

Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil

Breaking silence and its barriers: a household survey on domestic violence against the elderly within the scope of a Family Health Program in Niterói, Rio de Janeiro State, Brazil

Claudia Leite de Moraes ^{1,2}
Paulo Cavalcante Apratto Júnior ¹
Michael Eduardo Reichenheim ²

Abstract

The objective of this paper was to study the prevalence of domestic physical violence against the elderly in an area covered by the Family Health Program in Niterói, Rio de Janeiro State, Brazil. Using a household survey, 322 subjects 60 years or older were randomly selected from the census of seniors assigned to six health teams. Violence against seniors was detected by means of the Conflict Tactics Scales (CTS1). Physical violence in general was reported by 10.1% (95%CI: 6.7; 13.4) of interviewees, whereas 7.9% (95%CI: 4.9; 10.8) referred having been victims of severe physical violence in the preceding year. Violence was more frequent: against the "younger" elderly; in larger households; and against seniors with a history of diabetes and/or arthritis. The extent of violence against the elderly, even higher prevalence among those with other vulnerabilities, and its negative health consequences highlight the need for measures to deal with the problem within routine activities under the Family Health Program.

Elder Abuse; Domestic Violence; Family Physicians; Health Surveys; Primary Health Care

Introdução

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios contemporâneos da Saúde Pública ^{1,2}. Esse fenômeno ocorreu, inicialmente, em países desenvolvidos, mas os países em desenvolvimento também já o evidenciam de forma bastante acentuada ³. No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 14 milhões em 2002. Estima-se que alcançará 25 milhões em 2020, levando o país ao sexto lugar no *ranking* mundial ⁴. A maior fragilidade e vulnerabilidade fisiológica da população idosa a tornam vítima em potencial de várias mazelas psicossociais, dentre as quais, a crescente violência observada em nossos dias ⁵.

Inicialmente, a violência contra os idosos era vista como uma questão familiar, permanecendo encoberta até a metade do século XX. Representa, hoje, um grande desafio para a sociedade em geral, e particularmente para o setor saúde. Provoca, além de óbitos, traumas físicos e emocionais, o que cria uma demanda cada vez maior por serviços e programas de saúde. Visando à implementação de políticas efetivas ao seu enfrentamento, torna-se fundamental que os profissionais da área coloquem, em pauta, o problema, enfocando-o como prioridade na agenda de diagnósticos situacionais, no âmbito da saúde do idoso ⁶.

Estudos internacionais têm sugerido que a prevalência da violência contra os idosos seja

¹ Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

C. L. Moraes
Departamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rua São Francisco Xavier 524, 7º andar, Rio de Janeiro, RJ 20550-900, Brasil.
clmoraes@ims.uerj.br

mais alta do que muitas patologias alvos de programas de controle^{7,8}. Dentre suas várias manifestações, destacam-se os maus-tratos cometidos no âmbito familiar. Segundo recente revisão da literatura, inquéritos populacionais conduzidos em diversas regiões do mundo têm apontado prevalências de abuso físico no ambiente doméstico, por exemplo, que variam entre 1,2% (Holanda) e 18% (Finlândia), dependendo das diferentes definições conceituais e operacionais utilizadas para a sua caracterização⁹.

No Brasil, ainda não se conhece a real magnitude do problema. Em recente revisão bibliográfica nas bases eletrônicas LILACS e MEDLINE, identificou-se apenas um artigo científico anterior com objetivo de avaliar a prevalência de violência doméstica contra o idoso da comunidade através de uma abordagem epidemiológica¹⁰. Como consequência, ainda é baixo o grau de discussão das ações para o seu enfrentamento. Especificamente no setor saúde, muito pouco se tem feito para a incorporação do tema na agenda da atenção ao idoso. Dentre as justificativas para a baixa visibilidade do problema, destaca-se a difusão da idéia de que a violência é uma questão privada, que só pode ser resolvida pelos envolvidos. Ademais, as escolas formadoras de profissionais da saúde ainda não os preparam para o manejo de casos, o que contribui para uma grande dificuldade na suspeição e detecção das situações. Os idosos, por sua vez, não se dispõem a relatar facilmente os episódios de vitimização que vivenciam por medo de represálias e de um abandono ainda maior, já que, muitas vezes, a violência é cometida por pessoas de sua confiança e responsáveis por seu cuidado. A falta de estratégias sistematizadas que auxiliem os profissionais a suspeitarem das situações de violência, bem como de um arsenal resolutivo para o seu enfrentamento, dificulta ainda mais a abordagem das situações nos serviços de saúde^{7,11}.

Um maior engajamento das equipes da Estratégia Saúde da Família no enfrentamento das situações de violência contra os idosos pode vir a preencher essa lacuna. Em função de suas premissas básicas, a Estratégia Saúde da Família apresenta um enorme potencial para implementar ações de prevenção, detecção precoce e acompanhamento de famílias em situação de violência, visto que as atividades habitualmente realizadas tendem a estreitar as relações entre o serviço de saúde e a comunidade; facilitar a identificação de famílias de risco; possibilitar o levantamento das possíveis redes sociais de apoio disponíveis; e permitir uma frutífera prática trans-disciplinar.

Tendo como pressuposto que estimativas sobre a magnitude do problema e sobre seus

principais grupos de risco são essenciais para a avaliação do grau de prioridade a ser dado ao tema na agenda do setor saúde, este artigo tem como objetivo principal estimar a prevalência da violência física contra o idoso no ambiente doméstico em uma população de baixa/média renda assistida pelo Programa Médico de Família na cidade de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Como objetivo secundário, pretende-se avaliar a prevalência do evento em diferentes subgrupos populacionais de acordo com características sócio-demográficas e de saúde do idoso e de sua família. Considerando a escassez de pesquisas na área e a participação cada vez maior da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil, pretende-se que os frutos deste estudo não se restrinjam às equipes que participaram da pesquisa, mas que possam servir como ponto de partida para uma maior sensibilização do conjunto de profissionais de saúde comprometidos com a promoção da saúde do idoso.

Métodos

Contexto do estudo

O Município de Niterói tem cerca de 470 mil habitantes e está localizado na região litorânea do Estado do Rio de Janeiro. É considerado um município com destacada qualidade de vida, com um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,886¹². Apesar disso, como a maioria dos centros urbanos brasileiros, o município possui áreas geográficas de maior risco sócio-ambiental onde vivem populações empobrecidas, alvo principal do Programa Médico de Família. O bairro da Ilha da Conceição, região que abarca as equipes do Programa Médico de Família que participaram do estudo, localiza-se na região norte da cidade, sendo cercado pela Baía da Guanabara. Atualmente, é o principal pólo metalúrgico naval e pesqueiro do município. Segundo o censo realizado em 2006, a população do bairro é de cerca de 6.500 habitantes. Com grande percentual de idosos, é um dos bairros do município que apresenta alto índice de envelhecimento¹³. Atualmente, o Programa Médico de Família conta com um módulo na região que contempla seis equipes, o que permite uma cobertura de 100% da população.

Desenho de estudo, população alvo e fonte

Trata-se de um estudo transversal de base populacional. A população alvo do estudo congrega indivíduos não-institucionalizados com 60 anos

ou mais, residentes em áreas urbanas cobertas pelo Programa Médico de Família do Município de Niterói. Em função da plena cobertura do programa no bairro da Ilha da Conceição, optou-se por considerar os idosos cadastrados a esse módulo como população fonte da amostra de estudo. Segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB; <http://www.datasus.gov.br>), em setembro de 2006, esse grupo era composto por 754 indivíduos.

Tamanho e estratégia de seleção da amostra

A população de estudo foi selecionada por meio de uma amostragem aleatória simples dos idosos adscritos ao módulo do Programa Médico de Família. Assumindo-se uma prevalência esperada de violência física contra o idoso de 20%⁷, um erro de mais ou menos 20% e a um nível de 95% de confiança, o tamanho amostral previsto foi de 384 indivíduos.

Os critérios de inclusão no estudo foram: ter idade superior a 60 anos na época da entrevista e concordar em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Para não comprometer a qualidade das informações, os idosos com suspeita de déficit cognitivo foram excluídos do estudo (14 indivíduos). Detalhes processuais são oferecidos adiante.

Coleta de dados

Os dados foram colhidos entre março e julho de 2006 através de entrevistas face a face, realizadas preferencialmente no domicílio, mas também na unidade de saúde. As entrevistas foram conduzidas por uma equipe formada por alunas do 7^o e 8^o períodos da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, supervisionadas por um dos autores (P.C.A.J.), após treinamento visando à padronização da abordagem e aplicação correta do questionário. Os idosos foram entrevistados de forma individualizada, após contato inicial com uma das entrevistadoras, preservando-se a privacidade das entrevistas e o anonimato.

O perfil das entrevistadoras e o desenvolvimento de uma abordagem acolhedora e facilitadora da revelação de informações mais íntimas foram priorizados na condução das entrevistas visando reduzir as taxas de não-resposta; aumentar a aceitabilidade do instrumento e a validade das informações como um todo; e prover uma ação imediata buscando a interrupção das situações de violência grave. Ademais, montou-se um esquema de supervisão de campo que contemplou um apoio imediato aos entrevistados e às entrevistadoras nos casos graves de violência

física que compreendia o imediato encaminhamento e acolhimento das famílias pela equipe local do Programa Médico de Família.

Instrumentos de aferição

O questionário de coleta de dados foi composto por módulos de questionários já testados e validados em estudos anteriores realizados no Brasil, bem como por módulos elaborados especificamente para a pesquisa. Estruturado na premissa de uma avaliação multidimensional do idoso, o questionário final apresentou cinco módulos, a saber, saúde mental, sócio-demográfico, saúde física e uso inadequado de álcool, utilização de serviços de saúde e de caracterização da violência. Esse foi deixado propositalmente para o final da entrevista quando já se tinha estabelecido uma relação positiva entre entrevistador e entrevistado.

Após uma abordagem inicial do idoso, o módulo de saúde mental era aplicado visando à exclusão dos casos suspeitos de demência. Utilizando o *Mini-exame do Estado Mental* (MEEM)^{14,15,16}, foram retirados do estudo os idosos com escolaridade inferior a quatro anos que apresentaram escore inferior a 14 pontos ou aqueles com quatro anos ou mais de estudo com escore inferior a 18 pontos^{17,18}.

O segundo módulo do questionário se baseou no questionário da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) e contemplou dados de identificação que compreendiam características demográficas básicas, a saber, idade, número de filhos, coabitação, naturalidade, cor/raça e estado civil⁴, além de informações sobre indicadores sócio-econômicos (escolaridade e ocupação).

Para a coleta das informações sobre a saúde física, adaptou-se o instrumento empregado no inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis¹⁹. Acrescentaram-se patologias de alta prevalência em idosos e que, possivelmente, estivessem associadas à violência. Para avaliar a suspeita de uso abusivo de álcool pelo idoso do sexo masculino e feminino, foram utilizadas as versões nacionais dos instrumentos CAGE^{20,21} e TWEAK^{22,23}, respectivamente. Em ambas as situações, considerou-se um caso suspeito de abuso de álcool quando o indivíduo apresentava dois ou mais itens positivos. O módulo de utilização de serviços de saúde foi composto por questões estruturadas, especificamente elaboradas para a pesquisa.

Para identificação da violência física contra o idoso, utilizou-se a versão em português das Escalas Táticas de Conflitos (*Conflict Tactics Scales*

– CTS1)^{24,25}. Esse instrumento é composto por 19 itens que abordam a utilização de diferentes táticas para a resolução de conflitos entre pessoas íntimas, a saber: argumentação, agressão verbal e violência física, composta pelas subescalas violência física não grave e violência física grave. Os indivíduos que relataram ter sofrido, pelo menos, um ato de violência física por parte de seus principais cuidadores (identificados pelos próprios idosos) nos 12 meses anteriores à entrevista foram classificados como casos suspeitos de violência.

Processamento e análise de dados

A entrada de dados e o controle de qualidade foram realizados utilizando-se o programa Epi Info (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). O programa Stata (Stata Corp., College Station, Estados Unidos) foi usado para o processamento e análise de dados. Estimou-se a prevalência de violência física não grave, grave e total na amostra como um todo e nos vários subgrupos criados a partir das características sócio-demográficas e de saúde estudadas. Para avaliação da heterogeneidade das proporções nos subgrupos, utilizou-se o teste qui-quadrado.

A pesquisa foi autorizada pela Secretária Municipal de Saúde do município e aprovada pelo Núcleo de Educação Permanente (NEPE) do Pólo de Capacitação em Saúde da Família da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, uma vez que respeitou os princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* e a *Resolução nº. 196/1996* do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Da amostra sorteada (384), 322 idosos completaram a entrevista. Dentre os listados inicialmente, nove haviam se mudado para endereço fora da área de abrangência das equipes, 14 foram excluídos da amostra inicial após a aplicação do primeiro módulo do questionário por serem casos suspeitos de demência e 21 por terem idade inferior a 60 anos de acordo com a certidão de nascimento, não sendo mais elegíveis para a pesquisa. As perdas propriamente ditas (18 indivíduos – 4,7%) foram decorrentes de diferentes motivos. Quatro não participaram por estarem hospitalizados; seis por estarem morando fora do bairro durante todo o período de coleta de dados; e oito por não estarem no domicílio após três tentativas de contato e não terem comparecido ao módulo do Programa Médico de Família quando re-agendados.

Dentre os 322 que participaram efetivamente da pesquisa, 38,8% (IC95%: 33,5; 44,2) eram homens; e 62,1% (IC95%: 55,8; 66,5), mulheres. Como indicado na Tabela 1, a maioria dos idosos entrevistados apresentava entre 60-70 anos (57,1; IC95%: 51,7; 62,6) e se identificava com a cor negra ou mulata (51,6%; IC95%: 46,1; 57,0). Ainda que houvesse um contingente razoável de viúvos, cerca de 50% da amostra referia ser casada (IC95%: 44,8; 55,8). A mesma proporção de indivíduos (IC95%: 44,5; 55,5) relatou ter menos de quatro anos de estudo. Um pouco mais da metade dos idosos relatava morar sozinho ou com apenas mais uma pessoa (51,2%; IC95%: 45,7; 56,7). A maioria referiu ter tido uma profissão, mas ser, atualmente, beneficiário da Previdência Social (61%, IC95%: 55,6; 66,5).

A Tabela 2 apresenta a situação de saúde dos idosos entrevistados. A maioria (84,5%; IC95%: 80,5; 88,4) referiu ter, pelo menos, uma das patologias investigadas, sendo a hipertensão arterial a morbidade mais prevalente (72,1%; IC95%: 67,0; 77,1), seguida de reumatismo/artrose (44%; IC95%: 38,2; 49,7). Um pouco mais da metade dos idosos (55%; IC95%: 49,5; 60,4) referiu a concomitância de duas ou mais das patologias escurtinadas. Mais de 10% dos idosos foram considerados positivos para o uso inadequado de álcool, todos sendo do sexo masculino. A maior parte dos idosos entrevistados não referiu a necessidade da ajuda de cuidadores formais no desempenho de suas tarefas do dia-a-dia.

A Tabela 3 apresenta a situação da população de estudo em relação à prevalência das diferentes formas de violência física. A ocorrência de, pelo menos, um ato de violência física contra o idoso no ano anterior à entrevista foi relatada por 10,1% (IC95%: 6,78; 13,4) dos entrevistados. Um percentual um pouco menor é observado quando se aborda, separadamente, a presença de violência física não grave (7,9%; IC95%: 4,9; 10,8) e grave (6,3%; IC95%: 3,6; 9,0).

A Tabela 4 apresenta a prevalência da violência física não grave e grave nos diferentes subgrupos. De modo geral, as prevalências das duas modalidades de violência foram maiores entre os mais novos, os que moravam com maior número de indivíduos, os com relato de doença articular e entre os que apresentavam história de diabetes (ainda que com significância estatística limítrofe ao se avaliar a violência física grave). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros e entre os grupos classificados de acordo com a suspeição de uso inadequado de álcool.

Percebem-se algumas particularidades quanto ao perfil de ocorrência de cada tipo de violência isoladamente. Enquanto é nítida a maior

Tabela 1

Características sócio-demográficas da população estudada. Programa Médico de Família, Ilha da Conceição, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2006.

Características sócio-demográficas	n	%	IC95%
Sexo			
Masculino	125	38,8	33,5; 44,2
Feminino	197	62,1	55,8; 66,5
Faixa etária (anos)			
60-70	184	57,1	51,7; 62,6
71-80	114	35,4	30,1; 40,6
> 80	24	7,4	4,6; 10,3
Cor/Raça			
Branca	156	48,4	43,0; 53,9
Negro e mulatos	166	51,6	46,1; 57,0
Estado civil			
Casado	162	50,3	44,8; 55,8
Viúvo	103	32,0	26,9; 37,1
Outros	57	17,7	13,5; 21,9
Escolaridade (anos de estudo)			
Não estudou	55	17,2	13,0; 21,3
1-3	105	32,8	27,6; 38,0
4-7	115	35,9	30,6; 41,2
8-10	30	9,4	6,2; 12,6
11 ou mais	15	4,7	2,4; 7,0
Número de moradores do domicílio			
Mora sozinho	66	20,5	16,1; 24,9
Mora com 1 outra pessoa	99	30,7	25,7; 35,8
Mora com 2 ou mais pessoas	157	48,8	43,3; 54,2
Profissão			
Do lar	107	33,2	28,1; 38,4
Outros	215	66,8	61,6; 71,9
Situação previdenciária			
Aposentado	188	61,0	55,6; 66,5
Não aposentado	120	39,0	33,5; 44,4

prevalência de violência física não grave entre os que se referem como “do lar”, isso não ocorre em relação à violência física grave. Por outro lado, percebe-se uma maior frequência da violência grave entre os idosos com maior escolaridade e entre os que referem problema de memória. Ainda que com certa ressalva devido à menor significância estatística, é possível perceber que as duas formas de violência física parecem ser menos prevalentes entre os viúvos do que entre os com outra situação conjugal.

Discussão

De modo geral, o perfil sócio-demográfico da população entrevistada é semelhante ao de outros estudos que envolveram idosos que utilizam

o SUS e vivem nos grandes centros urbanos da Região Sudeste do país^{1,3,18,26}. Observa-se um predomínio de mulheres; indivíduos que se declaram casados ou viúvos; que se encontram na faixa etária entre 60-70 anos; com baixa escolaridade; que coabitam com outras pessoas; e que se declaram aposentados. O perfil de saúde dos idosos também se assemelha ao descrito em pesquisas anteriores, na medida em que indica uma população com grande autonomia, apesar de acumular diferentes morbidades^{3,27,28}. Essa similaridade reforça a idéia de que os achados do presente estudo possam ser generalizáveis às outras populações urbanas de baixa/média renda da Região Sudeste brasileira.

As comparações dos resultados do presente estudo com anteriores, no que tange especificamente à prevalência de violência contra os

Tabela 2

Morbidade referida e agravos identificados na população estudada. Programa Médico de Família, Ilha da Conceição, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2006.

Morbidades	n	%	IC95%
Morbidades referidas			
Hipertensão arterial	222	72,1	67,0; 77,1
Reumatismo/Artrose	128	44,0	38,2; 49,7
Doença cardíaca	63	21,6	16,8; 26,3
Diabetes mellitus	55	18,8	14,3; 23,3
Demência/"Problemas de memória"	51	17,6	13,2; 22,0
Depressão	47	16,4	12,1; 20,7
Acidente vascular cerebral	23	8,0	4,8; 11,1
Incontinência urinária/fecal	22	7,7	4,6; 10,8
Concomitância dos agravos			
Nenhuma das patologias acima	50	15,5	11,5; 19,5
Relato de apenas uma das patologias acima	95	29,5	24,5; 34,5
Relato de duas patologias acima	84	26,1	21,3; 30,9
Relato de três ou mais das patologias acima	93	28,9	23,9; 33,9
Suspeição de abuso de álcool *	38	11,8	8,3; 15,3
Presença de cuidador	69	21,4	16,9; 25,9

* Considerou-se um caso suspeito os idosos que tivessem dois ou mais itens positivos no instrumento CAGE.

Tabela 3

Prevalência das diferentes formas de violência doméstica contra os idosos. Programa Médico de Família, Ilha da Conceição, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2006.

Tipos de violência	n	%	IC95%
Violência física menor	25	7,9	4,9; 10,8
Violência física grave	20	6,3	3,6; 9,0
Violência física total	32	10,1	6,7; 13,4

idosos, requerem algum cuidado. As diferentes definições conceituais e operacionais, bem como os diferentes instrumentos de coleta de dados utilizados para a identificação das situações de violência, tornam a tarefa complexa. Ainda assim, diante da incipiência do campo de estudo e da novidade do tema entre pesquisadores brasileiros, parece interessante confrontar as prevalências encontradas com aquelas oriundas de estudos realizados em outros países e com as provenientes do único inquérito populacional sobre o tema realizado no Brasil¹⁰. Entende-se que essa discussão permitirá a geração de hipóteses preliminares explicativas da situação encontrada, incentivando a ampliação da agenda de investigação sobre o tema.

A prevalência da violência física variou entre 10,1% (qualquer forma de violência física) e 6,3% (violência física grave). Ao se considerar apenas os artigos cuja avaliação crítica da metodologia indicou uma baixa possibilidade de viés em recente revisão sistemática da literatura⁹, as prevalências encontradas aqui são bem maiores do que as reportadas em outros países. Segundo os autores, em grandes inquéritos populacionais realizados nos Estados Unidos da América²⁹, Inglaterra³⁰ e Holanda³¹, as estimativas de abuso físico contra o idoso não ultrapassam 2% nas populações avaliadas.

Por outro lado, grosso modo, as estimativas de violência física contra o idoso se mostram similares às do único estudo epidemiológico de base populacional brasileiro¹⁰. Abrangendo uma população adstrita a uma unidade de saúde da família de Camaragibe, Pernambuco, o estudo estimou uma prevalência de 6,7% em 2006, o que corresponde ao limite inferior do intervalo de confiança da estimativa do presente estudo, quando se considera a violência física total e é idêntica à obtida para as situações mais graves. Ainda assim, algumas diferenças metodológicas entre os dois estudos nacionais merecem ser ressaltadas para balizar uma possível comparação. O estudo realizado em Pernambuco não focalizou, como aqui, apenas a violência contra os idosos perpetrada no ambiente doméstico e não se restringiu à violência nos últimos 12 meses, mas se

Tabela 4

Prevalência de violência física em diferentes subgrupos da população adscrita ao Programa Saúde da Família (PSF). Programa Médico de Família, Ilha da Conceição, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2006.

Características sócio-demográficas e de saúde	n	Violência física	
		Menor %	Grave %
Sexo			
Feminino	195	8,7	5,6
Masculino	123	6,5	7,3
Valor de p		0,475	0,549
Faixa etária (anos)			
60-70	180	11,7	9,4
71-80	114	3,5	2,6
> 80	24	0	0,0
Valor de p		0,013	0,027
Cor/Raça			
Negro e mulatos	164	10,4	7,9
Branca	154	5,2	4,5
Valor de p		0,087	0,215
Estado civil			
Viúvo	103	3,9	2,9
Outros	215	9,8	7,9
Valor de p		0,068	0,086
Escolaridade (anos de estudo)			
Até 3	159	9,4	6,9
4-10	142	6,3	4,2
11 ou mais	15	6,7	20,0
Valor de p		0,600	0,053
Profissão			
Do lar	105	12,4	5,7
Outros	213	5,6	6,6
Valor de p		0,036	0,767
Número de moradores			
Até 5	292	6,8	5,1
6 ou mais	26	19,2	19,2
Valor de p		0,025	0,005
Relato de diabetes			
Não	233	6,0	5,6
Sim	55	18,2	12,7
Valor de p		0,003	0,061
Relato de artrose/reumatismo			
Não	161	5,0	3,7
Sim	126	12,7	11,1
Valor de p		0,019	0,015
Relato de problema de memória/demência			
Não	235	7,7	5,5
Sim	51	11,8	13,7
Valor de p		0,338	0,038
Suspeição de abuso de álcool			
Positivo	38	7,9	6,8
Negativo	280	7,9	2,6
Valor de p		0,994	0,322

o idoso havia sido vítima de maus-tratos físicos por pessoa conhecida ou não e sem a especificação de qualquer janela temporal. Quanto à forma de identificação das situações de violência, no presente estudo, optou-se por utilizar um questionário consagrado internacionalmente, cujas propriedades psicométricas já foram sistematicamente avaliadas, ainda que não especificamente na população idosa brasileira. No estudo de Pernambuco, os autores desenvolveram um questionário especificamente para a pesquisa, no qual a identificação da ocorrência do abuso se restringia a uma única e direta pergunta sobre o tema. Seria válido indagar se essa estratégia não estaria detectando apenas os casos mais graves, fazendo com que somente parte dos eventos estivesse representada ⁷.

Vale ressaltar que, além de utilizar um instrumento para identificação de violência mais abrangente, o presente estudo também implementou esforços adicionais visando aumentar a capacidade de identificação das situações de violência. A opção por uma equipe de entrevistadoras acolhedora e bem treinada, bem como a utilização de um questionário multidimensional abordando vários outros aspectos relacionados à saúde do idoso podem ter criado uma atmosfera de confiança entre entrevistador-entrevistado, uma condição facilitadora do relato de experiências pessoais mais íntimas e a revelação de situações de violência que, de outra forma, passariam despercebidas. Entretanto, não se pode deixar de ressaltar que algumas situações de violência podem ainda não estar sendo reveladas, dado o caráter velado e ameaçador do problema. É possível conceber que, a despeito do cuidado realizado com vistas à garantia da qualidade das informações na detecção das situações, as estimativas apresentadas aqui ainda possam estar subestimadas.

Em relação à frequência da violência nos diferentes subgrupos populacionais, os resultados corroboram os achados de alguns estudos, mas contradizem outros. Como em estudos prévios, de modo geral, a violência física foi mais frequente entre os que tinham companheiro e entre os que coabitavam com um número maior de pessoas ^{7,11,32}. Isso suporta a literatura que aponta o cônjuge e os descendentes como os principais perpetradores de violência contra os idosos ^{5,7,33}. As explicações para esse comportamento por parte dos familiares são muitas, havendo ainda pouco consenso entre pesquisadores. Boa parte dos autores sugere que a violência cometida contra o idoso por membros da família seja decorrente da história precedente de um relacionamento pouco afetuosos e solidário na relação conjugal ou naquela entre pais e filhos ^{7,11}. Outros apon-

tam a sobrecarga do cuidador como o principal fator desencadeante do abuso ³⁴. Certos grupos indicam ainda que o grau de interdependência cuidador-idoso, quer no âmbito físico, afetivo ou econômico, seja mais um fator importante no processo ³².

A maior prevalência do abuso físico entre os que apresentavam certas patologias também não foi exclusividade deste estudo. Pesquisas indicam que os idosos com história de maus-tratos apresentam maior prevalência de demência, depressão, problemas de memória e reumatológicos do que aqueles que não foram vitimizados ^{35,36,37}. Dentre várias hipóteses postuladas para justificar esse excesso de patologias em idosos que vivenciam a violência em seus lares, parece ter destaque a perda da autonomia física e/ou cognitiva, e que, levando à demanda de outra pessoa a realização das atividades diárias e instrumentais, cria conseqüentemente uma relação de “desempoderamento” e subordinação do idoso ^{11,38}. Certos autores, porém, sugerem que as co-morbidades possam ser, pelo menos em parte, conseqüências da própria violência, na medida em que esta pode gerar um grau de estresse permanente, o que, em si, é um importante mediador das doenças crônico-degenerativas e mentais ³⁹.

Conforme aludido, alguns achados são inconsistentes com a literatura consultada. O diferencial de violência física segundo grupos de escolaridade e uso de álcool mostra um padrão inverso ao esperado ⁷. Discordando da maior parte dos estudos, a ocorrência de violência física grave foi cerca de três vezes mais comum entre os idosos com maior escolaridade em comparação aos idosos com até três anos de estudo, sendo quatro vezes mais freqüente entre os de maior escolaridade, quando comparados aos idosos com primeiro grau completo. É possível que a menor prevalência de violência nos idosos com menos de 11 anos de estudo seja decorrente de um menor grau de identificação do problema nesse subgrupo. Presume-se que idosos com menor escolaridade apresentem um maior grau de dependência financeira ou em atividades do dia-a-dia com relação aos seus cuidadores, impondo uma “lei do silêncio” ao indivíduo vitimizado. O medo de perder a única fonte de cuidado e afeto, bem como o receio de represálias ainda mais duras por parte dos cuidadores, poderia estar impedindo a declaração da violência sofrida entre os mais vulneráveis. Dada a importância de se conhecer o perfil da violência nos diferentes estratos sócio-econômicos da população, pesquisas realizadas em outros contextos e subgrupos e que contemplem a coleta de informações com outros membros da família e/ou utilizem diferentes abordagens metodoló-

gicas para a detecção da violência seriam bem vindas.

Da mesma forma, ao contrário do que se esperaria, a violência física não variou segundo o grau de suspeição de uso inadequado de álcool^{32,40}. Aqui também, uma questão de cunho metodológico merece ser trazida ao debate. Recentemente, alguns autores vêm questionando o rastreamento das situações de uso inadequado de álcool na população idosa através de questionários baseados nas conseqüências sociais do abuso de álcool, tais como os utilizados neste estudo^{41,42,43}. De fato, tanto o CAGE como o TWEAK foram, originalmente, propostos para utilização em homens e mulheres adultos jovens, não sendo especificamente desenhados para a detecção do uso inadequado de bebidas alcoólicas por idosos. Esses questionários são formados por itens que, em sua maioria, baseiam-se na desaprovção social e do próprio indivíduo sobre seu consumo de bebidas alcoólicas. Em função do senso comum de que os indivíduos idosos não devem consumir bebidas alcoólicas devido à presença de co-morbidades e ao decorrente uso de medicamentos, é possível que muitos tenham respondido positivamente às questões sem que isso efetivamente corresponda a uma situação de consumo exagerado de álcool. Dessa forma, haveria uma quantidade de idosos mal classificados como tendo um consumo excessivo, dificultando uma apreciação clara do diferencial de prevalência de violência de acordo com o perfil de utilização de álcool.

Algumas lacunas não preenchidas pelo estudo também merecem ser apontadas. A utilização da CTS1 não permitiu que se avaliasse a ocorrência de situações de negligência, abandono e abuso econômico, dimensões importantes que vêm sendo cada vez mais enfatizadas na literatura internacional como parte da violência contra os idosos. Outra demanda a ser preenchida em estudos futuros diz respeito à coleta de informações com outros indivíduos que convivam com o idoso em seu ambiente doméstico. Estudos internacionais vêm chamando a atenção para a necessidade de incorporar os cuidadores no processo de detecção de situações de risco potencial para a violência ao idoso^{7,29}.

Como transparece nos parágrafos anteriores, muitas são as questões ainda por responder. Diante da relevância do problema e da escassez de estudos em nosso meio, torna-se fundamental a ampliação dos programas de investigação nessa área, visando ao detalhamento das características e contextos de ocorrência do problema e o efetivo planejamento de ações para seu enfrentamento. No âmbito clínico, também é nítida e urgente a necessidade de investimento.

O abuso em idosos se manifesta de múltiplas formas, cujas conseqüências freqüentemente se sobrepõem e se confundem com sinais e sintomas relacionados a diversas patologias prevalentes nessa faixa etária. É fundamental um olhar aguçado e sistematizado que permita levantar a suspeita do abuso. A inclusão da temática nas escolas de formação de profissionais de saúde e a discussão do tema nos serviços certamente contribuiriam para uma maior sensibilização e capacitação desse grupo.

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

A opção pela abordagem familiar em contraposição à individual é outro trunfo das equipes de saúde da família, tanto na prevenção como na detecção precoce e acompanhamento das situações de violência ao idoso. A inclusão dos familiares cuidadores/acompanhantes nas ações de saúde facilita o processo, já que a saúde e as circunstâncias de vida dos cuidadores estão, com freqüência, intimamente ligadas àquelas das vítimas. Dessa forma, o reconhecimento da díade cuidador-idoso e a intervenção direta nesse relacionamento oferecem possibilidades concretas de quebrar-se um eventual ciclo de violência em curso⁵.

Em função das elevadas estimativas observadas neste estudo e diante dos potenciais custos individuais e sociais da violência, ressalta-se que sua prevenção, detecção precoce e enfrentamento de situações já instaladas devam ser incluídos dentre as prioridades na atenção aos idosos no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Para o seu enfrentamento, não há “receita de bolo”. Somente a partir de diagnósticos da magnitude do problema e suas nuances, tais como, o tipo de violência

praticada, seus perpetradores, as condições que a determinam, as redes sociais de apoio disponíveis, dentre outras, ações concretas de promoção de um envelhecimento saudável, que garantam um bom convívio do idoso com seus familiares e cuidadores, bem como as voltadas especificamente à prevenção da violência doméstica poderão ser planejadas e postas em prática.

Apesar de a presente avaliação restringir-se a uma área geográfica delimitada do Município de Niterói, é possível supor que o cenário ob-

servado tenda ao encontrado em várias outras populações atendidas pela Estratégia Saúde da Família, não só no Município de Niterói, mas em outras cidades de médio porte da Região Sudeste do país, já que, de maneira geral, a localidade focalizada tem características não muito distintas das demais. Espera-se que a divulgação dos resultados deste estudo possa vir a contribuir para o melhor conhecimento do problema e facilitar a busca de soluções para o seu enfrentamento.

Resumo

O objetivo do estudo é estimar a prevalência da violência física contra idosos no ambiente doméstico em população adstrita ao Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Por meio de um inquérito de base populacional, foram entrevistados 322 indivíduos com 60 anos ou mais, selecionados através de amostragem aleatória simples a partir do censo de idosos adstritos a seis equipes de saúde da família. Para detecção de violência física contra idosos, utilizou-se a versão em português da Conflict Tactics Scales (CTS1). A violência física de qualquer gravidade foi relatada por 10,1% (IC95%: 6,7; 13,4) dos entrevistados, enquanto que 7,9% (IC95%: 4,9; 10,8) referiram ter sido vítimas de violência física grave no ano anterior à entrevista. A violência esteve mais presente entre os mais novos, os que moram com maior número de indivíduos, os com história de diabetes e/ou doença articular. A grande magnitude do evento, sua maior prevalência entre indivíduos que apresentam outras vulnerabilidades e suas conseqüências negativas à saúde impõem que a Estratégia Saúde da Família incorpore ações para o enfrentamento da violência física contra idosos às suas atividades de rotina.

Maus-Tratos ao Idoso; Violência Doméstica; Médicos de Família; Levantamentos Epidemiológicos; Atenção Primária à Saúde

Colaboradores

C. L. Moraes participou da concepção e elaboração do projeto de pesquisa, coleta e análise de dados e foi uma das responsáveis pela redação e revisão final do manuscrito. P. C. Apratto Júnior também participou da concepção do projeto de pesquisa, coleta de dados e redação final do manuscrito. M. E. Reichenheim colaborou na revisão final do manuscrito.

Referências

- Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública* 1987; 21:200-10.
- Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:700-1.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:793-7.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais 2004. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 15).
- Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:783-91.
- Machado L, Queiroz ZV. Negligência e maus-tratos. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002. p. 791-7.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Ministério da Saúde. Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Legislação de Saúde – Série E).
- Espíndola C, Blay SL. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:301-6.
- Melo VL, Cunha JOC, Falbo Neto GH. Maus-tratos contra idosos no Município de Camaragibe, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006; 6 Suppl 1:S43-8.
- Pillemer KA. Risk factors in elder abuse: Results from a case-control study. In: Pillemer KA, Wolf RS, editors. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover: Auburn House; 1986. p. 239-63.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. <http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php> (acessado em 02/Jan/2008).
- Apratto PC. Refletindo sobre a metodologia do Programa Médico de Família. Niterói: Fundação Municipal de Saúde/Programa Médico de Família; 1998.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-98.
- Lourenço RA. Validação do mini-exame do estado mental em uma unidade ambulatorial de saúde [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
- Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHE, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61:777-81.
- Almeida OP. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 1998; 56:605-12.
- Lourenço RA, Veras RP. Mini-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:712-9.
- Figueiredo VC. Um panorama do tabagismo em 16 capitais brasileiras e Distrito Federal: tendências e heterogeneidades [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
- Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974; 131:1121-3.
- Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res* 1983; 16:215-8.
- Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Jacobson S, Jacobson J. Detecting risk drinking during pregnancy: a comparison of four screening questionnaires. *Am J Public Health* 1996; 86:1435-9.
- Moraes CL, Viellas EF, Reichenheim ME. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE, and TWEAK in a Brazilian setting. *J Stud Alcohol* 2005; 66:165-73.
- Straus MA. Measuring intra-familial conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales. *J Marriage Fam* 1979; 41:75-88.
- Hasselmann MH, Lopes CS, Reichenheim ME. Confiabilidade das aferições de um estudo sobre violência familiar e desnutrição severa na infância. *Rev Saúde Pública* 1998; 32:437-46.
- Veras RP. País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará; 1994.
- Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1924-30.
- Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997; 31:184-200.
- Pillemer KA, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist* 1988; 28:51-7.
- Ogg J, Bennett G. Elder abuse in Britain. *BMJ* 1992; 305:998-9.
- Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Bouter LM, Jonker C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46:885-8.
- Baumhover LA, Beall SC. *Abuse, neglect, and exploitation of older persons: strategies for assessment and intervention*. Baltimore: Health Professions Press; 1996.
- Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *J Elder Abuse Negl* 1992; 4:5-58.
- Gorbien MJ, Eisenstein AR. Elder abuse and neglect: an overview. *Clin Geriatr Med* 2005; 21:279-92.
- Cooney C, Mortimer A. Elder abuse and dementia: a pilot study. *Int J Soc Psychiatry* 1995; 41:276-83.
- Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:205-8.

37. Shugarman LR, Fries BE, Wolf RS, Morris JN. Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 24-31.
38. Jones JS, Holstege C, Holstege H. Elder abuse and neglect: understanding the causes and potential risk factors. *Am J Emerg Med* 1997; 15:579-83.
39. Norman SB, Means-Christensen AJ, Craske MG, Sherbourne CD, Roy-Byrne PP, Stein MB. Associations between psychological trauma and physical illness in primary care. *J Trauma Stress* 2006; 19:461-70.
40. Barnett OW, Martinez TE, Keyson M. The relationship between violence, social support, and self-blame in battered women. *J Interpers Violence* 1996; 11:221-33.
41. Reid MC, Tinetti ME, O'Connor PG, Kosten TR, Concato J. Measuring alcohol consumption among older adults: a comparison of available methods. *Am J Addict* 2003; 12:211-9.
42. Di Bari M, Silvestrini G, Chiarlone M, De Alfieri W, Patussi V, Timpanelli M, et al. Features of excessive alcohol drinking in older adults distinctively captured by behavioral and biological screening instruments. An epidemiological study. *J Clin Epidemiol* 2002; 55:41-7.
43. Conigliaro J, Kraemer K, McNeil M. Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000; 13:106-14.

Recebido em 07/Jan/2008

Versão final reapresentada em 18/Mar/2008

Aprovado em 24/Mar/2008