







# Intervenções fisioterapêuticas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência: uma revisão de escopo

Physiotherapeutic interventions aimed at old people in situations of violence: a scope review

Adriana Luna Pinto Dias<sup>1</sup>   
Ana Maria de Almeida<sup>2</sup>   
Mariana Cabral Schweitzer<sup>3</sup>   
Rafaella Queiroga Souto<sup>4</sup> 

## Resumo

**Objetivo:** Identificar as intervenções fisioterapêuticas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo, em que foram acessadas as seguintes bases de dados/bibliotecas/buscaadores e literatura cinzenta: BVS, PubMed, *Web of Science*, Scopus, CINAHL, PEDro, BDTD, *OpenGrey*, *OpenThesis*, RCAAP, Portal de Teses e Dissertações da CAPES, *DART-Europe E-theses Portal* e *Theses Canada Portal*. As buscas utilizaram os descritores e palavras-chave, que foram combinados por meio dos operadores booleanos *OR* e *AND*: Fisioterapeutas, Fisioterapia, “*Physical Therapists*”, *Physiotherapy*, “*Physical Therapy*”, “*Physical Therapy Specialty*”, “*Physical Therapy Modalities*”, *Rehabilitation*, Reabilitação, “*Elder Abuse*”, “Maus-tratos ao Idoso”, “*Physical Abuse*”, “*Elder Neglect*”, “*Aged Abuse*” e “*Elder Mistreatment*”. **Resultados:** Dos 601 registros encontrados, 46 foram excluídos por serem duplicados, sendo selecionados 555 para leitura dos respectivos títulos e resumos. Foram excluídas 548 publicações por não se adequarem aos critérios de inclusão, sendo pré-selecionados 7 trabalhos. Pela estratégia *Snowballing* um foi identificado, originando um resultado final de 8 estudos. **Conclusão:** As intervenções fisioterapêuticas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência compreendem: educação em saúde, medidas no estresse do cuidador, recursos comunitários, rastreamento/triagem, avaliação, identificação, plano terapêutico/reabilitação e denúncia. Diante dos achados, observa-se que, apesar da lacuna no conhecimento dessa temática, o fisioterapeuta desempenha um papel imprescindível na condução de casos de violência contra a pessoa idosa.

**Palavras-chave:** Saúde do Idoso. Violência. Maus-Tratos ao Idoso. Assistência à Saúde. Fisioterapia.

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba, Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia. João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, PB, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Edital Universal: 28/2018. N° do processo: 424604-2018-3.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/*Correspondence*  
Rafaella Queiroga Souto  
rqs@academico.ufpb.br

Recebido: 15/04/2020  
Aprovado: 09/11/2020

## Abstract

**Objective:** Identify physical therapy interventions aimed at old people in situations of violence. **Method:** This is a scope review, in which the following databases/libraries/search engines and gray literature were accessed: VHL, PubMed, Web of Science, Scopus, CINAHL, PEDro, BDTD, OpenGrey, OpenThesis, RCAAP, CAPES Thesis and Dissertation Portal, DART-Europe E-theses Portal and Theses Canada Portal. The searches used the descriptors and keywords, which were combined using the Boolean operators OR and AND: *Fisioterapeutas*, *Fisioterapia*, “Physical Therapists”, Physiotherapy, “Physical Therapy”, “Physical Therapy Specialty”, “Physical Therapy Modalities”, Rehabilitation, *Reabilitação*, “Elder Abuse”, “*Maus-tratos ao Idoso*”, “Physical Abuse”, “Elder Neglect”, “Aged Abuse” e “Elder Mistreatment”. **Results:** Of the 601 records found, 46 were excluded because they were duplicated, and 555 were selected to read the respective titles and abstracts. 548 publications were excluded because they did not meet the inclusion criteria, and 7 papers were pre-selected. Through the Snowballing strategy, one was identified, resulting in a final result of 8 studies. **Conclusion:** Physical therapy interventions aimed at old people in situations of violence include: health education, measures of caregiver stress, community resources, screening/triage, evaluation, identification, therapeutic/rehabilitation plan and reporting. In view of the findings, it is observed that, despite the lack of knowledge on this topic, the physiotherapist plays an essential role in the conduct of cases of violence against old people.

**Keywords:** Helth of the Elderly. Violence. Elder Abuse. Delivery of Health Care. Physical Therapy Specialty.

## INTRODUÇÃO

A violência contra a pessoa idosa (VCPI) é um fenômeno internacional crescente. Nenhuma sociedade está imune à ocorrência desse agravo, representando um importante problema de saúde pública e de interesse mundial, principalmente nas últimas décadas<sup>1</sup>.

A natureza da VCPI pode se manifestar de diferentes formas: física, psicológica, sexual, financeira, abandono e negligência. Qualquer que seja o tipo da agressão, representa uma violação dos direitos humanos, podendo resultar em sofrimento psicológico, depressão, ideações suicidas, aumento na utilização dos serviços de saúde, dor, lesões físicas, traumas ou morte precoce<sup>1-3</sup>.

Estudos apontam as violências física, psicológica e a negligência como as ocorrências mais frequentemente identificadas<sup>4,5</sup>. Entretanto, muitas pessoas idosas não denunciam a violência por desconhecimento dos seus direitos, medo das consequências ou receio de afetar negativamente seus relacionamentos e integridade familiar<sup>6</sup>.

São apontados como fatores de risco para VCPI: a idade avançada, o gênero feminino, o baixo suporte

familiar, o contexto socioeconômico desfavorável, o humor depressivo, o isolamento social, o estresse do cuidador, as relações intergeracionais desrespeitosas, o comprometimento cognitivo e as dependências física, psíquica, financeira e funcional das pessoas idosas<sup>1,7,8</sup>.

Por ser um fenômeno pouco reconhecido e denunciado, o enfrentamento da VCPI requer um enfoque multidisciplinar. Os profissionais de saúde têm uma responsabilidade significativa nessa situação, uma vez que mantêm contato com as vítimas nos serviços de saúde e residências, podendo desencadear mecanismos de proteção e enfrentamento efetivos<sup>9,10</sup>.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)<sup>11</sup> estabelece que todo profissional de saúde deve promover a qualidade de vida da pessoa idosa, por meio do estabelecimento de ações que envolvam desde a atenção primária à reabilitação. Além disso, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)<sup>12</sup> destaca o papel da reabilitação de sequelas e incapacidades advindas de violências, propiciando condições para a sua reintegração sociofamiliar e favorecendo o alcance da independência do indivíduo dentro de uma nova situação.

O fisioterapeuta é um profissional que atua na prevenção de agravos, promoção da saúde e reabilitação da pessoa idosa, estabelecendo vínculo contínuo com essa população, e, muitas vezes, integrando-se ao seu ambiente familiar, onde mais comumente se encontram os agressores<sup>10,13</sup>. Desse modo, esse profissional é capaz de intervir em todo o contexto da VCPI: da prevenção e triagem dos casos à reabilitação das sequelas funcionais consequentes às situações de violência vivenciadas por muitas pessoas idosas.

Apesar disto, a literatura sobre essa temática é escassa e os documentos oficiais não são claros em relação ao manejo de casos de VCPI pelo fisioterapeuta. Torna-se, então, importante realizar uma revisão de escopo sobre as publicações relacionadas às intervenções realizadas por fisioterapeutas com pessoas idosas em situação de violência, como forma de examinar a extensão e a natureza das evidências sobre essa temática, a fim de subsidiar a prática dos profissionais que lidam com essa população e favorecer o processo de tomada de decisões. Assim sendo, o objetivo do presente estudo é identificar as intervenções fisioterapêuticas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo. Esses trabalhos visam sintetizar e divulgar os resultados de estudos; mapear conceitos que sustentam uma determinada área de conhecimento, apontando as principais fontes e tipos de evidências disponíveis; e identificar lacunas existentes na literatura<sup>14</sup>.

Com o objetivo de aperfeiçoar a redação do manuscrito, esta revisão seguiu o *PRISMA Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)<sup>15</sup>. No entanto, este estudo não apresenta protocolo de revisão registrado

e/ou acessível. As bases de dados/bibliotecas/buscadores acessados foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); PubMed; *Web of Science*; Scopus; *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); e *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro).

A pesquisa de literatura cinzenta e estudos não publicados incluiu: Base Digital de Teses e Dissertações (BDTD), *OpenGrey*, *OpenThesis*, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Portal de Teses e Dissertações da CAPES, *DART-Europe E-theses Portal* e *Theses Canada Portal* (catálogos Aurora e Voilà). Também foi realizada a estratégia de busca *Snowballing*, por meio da leitura de todas as referências dos artigos selecionados nesta revisão<sup>16</sup>.

O percurso metodológico foi baseado na estratégia PCC – acrônimo para População (P), Conceito (C) e Contexto (C)<sup>14</sup> – considerando P (fisioterapeuta), C (intervenções fisioterapêuticas diante da violência) e C (idosos em situação de violência). Desse modo, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: quais as intervenções fisioterapêuticas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência?

A partir de cada item da estratégia, foram encontrados palavras-chave e descritores presentes no MeSH (*Medical Subject Headings*) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): Fisioterapeutas, Fisioterapia, “*Physical Therapists*”, *Physiotherapy*, “*Physical Therapy*”, “*Physical Therapy Specialty*”, “*Physical Therapy Modalities*”, *Rehabilitation*, Reabilitação, “*Elder Abuse*”, “Maus-tratos ao Idoso”, “*Physical Abuse*”, “*Elder Neglect*”, “*Aged Abuse*” e “*Elder Mistreatment*”.

Esses descritores e palavras-chave foram combinados por meio dos operadores booleanos OR e AND, e aplicados nas bases de dados/bibliotecas/buscadores e literatura cinzenta, conforme demonstrado no Quadro 1.

**Quadro 1.** Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados/bibliotecas/busca e literatura cinzenta, incluídos na revisão de escopo sobre as intervenções fisioterapêuticas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência. João Pessoa, PB, 2019.

Bases de Dados/ Bibliotecas/ Buscadores/ Literatura Cinzenta	Estratégias de Busca
BVS (BIREME)	(tw:(fisioterapeutas OR fisioterapia OR "Physical Therapists")) AND (tw:(maus-tratos ao idoso" OR "elder abuse"))
PubMed Central: PMC	((("Physical Therapists" OR "Physical Therapy Specialty" OR "Physical Therapy Modalities" OR Rehabilitation OR "Physical therapy" OR "Physiotherapy")) AND ("Elder abuse" OR "Physical abuse" OR "Elder neglect" OR "Aged abuse" OR "Elder mistreatment"))
Web of Science: Coleção Principal	((("Physical Therapists" OR "Physical Therapy Specialty" OR "Physical Therapy Modalities" OR Rehabilitation OR "Physical therapy" OR "Physiotherapy") AND ("elder abuse" OR "Physical abuse" OR "Elder neglect" OR "Aged abuse" OR "Elder mistreatment"))
Scopus (Elsevier)	((Physical Therapists OR Physical Therapy Specialty OR Physical Therapy Modalities OR Rehabilitation OR Physical therapy OR Physiotherapy) AND (Elder abuse OR Aged abuse))
CINAHL (EBSCO)	((("physical therapists" OR "physical therapy" OR rehabilitation OR "physical therapists specialty") AND ("elder abuse" OR "aged abuse" OR "elder neglect"))
PEDro	Busca simples: "Elder abuse", "Aged abuse", "Physical abuse", "Elder Neglect", "Elder mistreatment"
BDTD	Fisioterapeutas OR fisioterapia OR reabilitação AND "maus-tratos ao idoso"
OpenGrey	((("physical therapists" OR "physical therapy" OR rehabilitation) AND ("elder neglect" OR "physical abuse" OR "elder abuse" OR "aged abuse"))
OpenThesis	("physical therapists" OR "Physical therapy" OR rehabilitation) AND ("elder abuse" OR "aged abuse" OR "elder neglect")
RCAAP	fisioterapia OR "physical therapists" AND "elder abuse" OR "maus-tratos ao idoso"
Portal de Teses e Dissertações da CAPES	fisioterapeutas OR fisioterapia OR reabilitação AND "maus-tratos ao idoso"
DART	("physical therapists" OR "Physical therapy" OR rehabilitation) AND ("elder abuse" OR "aged abuse" OR "elder neglect")
Theses Canada Portal (Aurora e Voilà)	("physical therapists" OR "physical therapy" OR rehabilitation OR "physical therapist modalities") AND ("elder abuse" OR "aged abuse" OR "elder neglect" OR "physical abuse")

Foram incluídos os estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade: estudos quantitativos, qualitativos, com métodos mistos e literatura cinza (textos de especialistas, dissertações e teses, textos editoriais, entre outros); nos idiomas inglês, português, francês ou espanhol; que fossem acessíveis e/ou disponíveis na íntegra (textos completos), em meios eletrônicos ou impressos; que abordassem fisioterapeutas atuando com pessoas idosas em situação de violência; e que descrevessem qualquer intervenção fisioterapêutica reconhecida e/ou implementada pelos profissionais frente à pessoa idosa em situação de violência.

Não houve delimitação quanto ao período de publicação dos estudos, devido ao escasso número

de publicações nessa temática. A busca e a seleção dos estudos foram realizadas por dois pesquisadores, de forma independente, no período de setembro a novembro de 2019. A seleção aconteceu em duas etapas: uma triagem inicial, considerando apenas a leitura dos títulos e resumos, a partir dos quais foram selecionados os estudos para leitura dos textos completos; e uma segunda etapa, quando os critérios de elegibilidade foram aplicados após leitura completa dos textos. Os casos discordantes foram resolvidos por intermédio de um terceiro pesquisador.

A extração dos dados ocorreu por meio de um instrumento desenvolvido pelos revisores, que incluíram: país do estudo; ano e revista de publicação; tipo e objetivo(s) do estudo; formação do autor

principal; categoria(s) profissional(ais) abordada(s); e intervenções fisioterapêuticas reconhecidas e/ou implementadas pelos profissionais frente à pessoa idosa em situação de violência.

A análise da qualidade dos artigos e o nível de evidência científica não foram utilizados como critério para exclusão de artigos, portanto não foram realizados, uma vez que esse tipo de revisão objetiva identificar a produção disponível sobre o assunto investigado<sup>14</sup>.

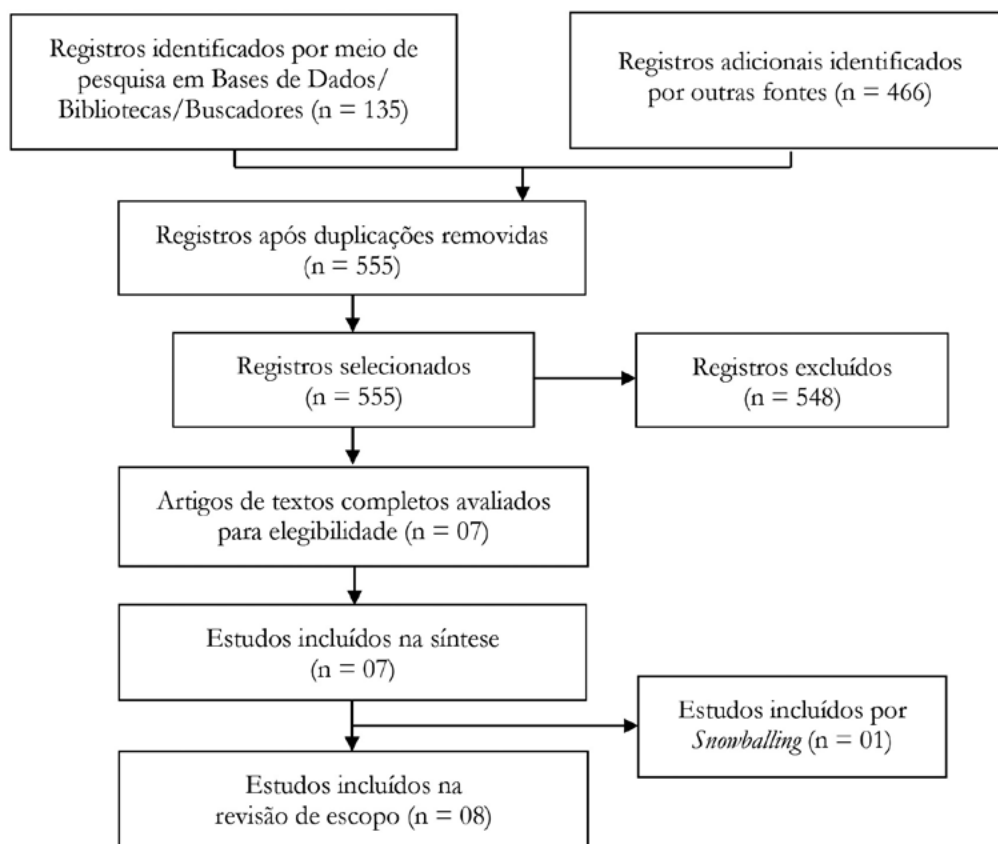
## RESULTADOS

Realizados os cruzamentos entre os descritores nas bases de dados/bibliotecas/buscadores, foram encontrados 135 artigos, sendo dois na BVS, 71 na *Web of Science*, 24 na Scopus, 36 na CINAHL, dois na PEDro e nenhum artigo na PubMed. Na literatura cinzenta identificou-se 466 produções, das quais uma

na BDTD, cinco na *OpenGrey*, 85 na *OpenThesis*, 22 no Portal de Teses e Dissertações da CAPES, 188 no RCAAAP, 165 no *Theses Canada Portal*, com nenhum material resgatado no *DART-Europe E-theses Portal*.

Dos 601 registros encontrados, 46 foram excluídos por serem duplicados, sendo selecionados 555 para leitura dos respectivos títulos e resumos. Após análise dos mesmos, foram excluídas 548 publicações por não se adequarem aos critérios de inclusão: 13 estavam publicados em idiomas divergentes aos estabelecidos nos critérios; dois não eram acessíveis na íntegra; e 533 não abordavam fisioterapeutas atuando na VCPI e/ou não descreviam qualquer intervenção fisioterapêutica direcionada à pessoa idosa em situação de violência.

Ao término dessa fase, foram pré-selecionados 7 trabalhos para serem lidos na íntegra, sendo um estudo resgatado pela estratégia *Snowballing*<sup>17</sup>, originando um resultado final de 8 estudos incluídos<sup>17-24</sup>. O resultado da busca e seleção pode ser visualizado na Figura 1.



**Figura 1.** Fluxograma de busca e seleção dos estudos sobre as intervenções fisioterapêuticas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência. João Pessoa, PB, 2019.

Fonte: Adaptado de PRISMA-ScR<sup>15</sup>.

Todos os trabalhos (n=8) foram procedentes dos Estados Unidos, produzidos no período de 1982 a 2005, em revistas na área da Fisioterapia (n=3), Fisioterapia Geriátrica (n=2), Fisioterapia e Terapia Ocupacional Geriátrica (n=2), e Geriatria (n=1).

No que se refere à formação dos autores principais, metade (n=4) dos trabalhos tiveram um Fisioterapeuta como autor principal; um estudo com autoria de Terapeuta Ocupacional; um escrito por Assistente Social; e em dois estudos não foi possível identificar essa informação. Em relação às características metodológicas, um artigo foi

identificado como quantitativo descritivo, cinco estudos do tipo reflexivos e dois editoriais.

Considerando as categorias profissionais abordadas, seis estudos apresentaram o Fisioterapeuta como o único profissional abordado, enquanto um incluiu tanto o Fisioterapeuta como o Terapeuta Ocupacional. O último estudo (n=1) retratou outros profissionais como Médico, Enfermeiro, Assistente Social, além do Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta. Esses dados, bem como os objetivos dos estudos, podem ser visualizados no Quadro 2.

**Quadro 2.** Descrição dos estudos incluídos na revisão de escopo sobre as intervenções fisioterapêuticas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência. João Pessoa, PB, 2019.

Autor(es), Ano/ Tipo de estudo	Formação do Autor Principal	Categoria(s) profissional(is) abordada(s)	Objetivo(s) do estudo
Dalton, 2005 <sup>18</sup> / Editorial	Não identificado	Fisioterapeuta	Discutir as violências infantil, pelo parceiro íntimo e de idosos, examinando as múltiplas maneiras que fisioterapeutas e seus assistentes podem reconhecer e prestar cuidados às vítimas dessas violências.
Saliga et al., 2004 <sup>19</sup> / Quantitativo Descritivo	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta	Determinar a extensão do conhecimento dos Fisioterapeutas em um segmento urbano de Michigan, em 3 áreas de gestão da violência contra o idoso: sinais/sintomas da violência física; leis obrigatórias de denúncia do estado; e conhecimento dos profissionais acerca de protocolos institucionais de denúncia. Além de investigar se os participantes já haviam suspeitado ou denunciado algum caso de violência contra o idoso.
Little, 2002 <sup>17</sup> / Reflexão	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta	Auxiliar os fisioterapeutas a reconhecerem sinais e sintomas de violência contra os idosos; mostrar a prevalência e fornecer diretrizes para determinar este tipo de violência; e recomendar intervenções em casos suspeitos.
Camaratta et al., 2000 <sup>20</sup> / Reflexão	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta	Fornecer um protocolo para fisioterapeutas que enfrentam possíveis violências contra idosos; fornecer informações sobre sinais e sintomas, leis que regem as denúncias e uma abordagem para intervenção e documentação nesses casos de violência.
Foose, 1999 <sup>21</sup> / Editorial	Não identificado	Fisioterapeuta	Compartilhar experiências de intervenções dos fisioterapeutas em casos de violências contra os idosos.
Holland et al., 1987 <sup>22</sup> / Reflexão	Terapeuta Ocupacional	Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional	Revisar a literatura sobre violência contra idosos e descrever o papel potencial do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional na sua detecção, tratamento e prevenção.
Mildenberger e Wessman, 1986 <sup>23</sup> / Reflexão	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta	Proporcionar aos fisioterapeutas reconhecimento da violência contra idosos, procedimentos de intervenção, pontos de prevenção e recursos comunitários disponíveis.
Tomita, 1982 <sup>24</sup> / Reflexão	Assistente Social	Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, Enfermeiro, Médico e Fisioterapeuta	Descrever um protocolo para uma resposta integrada dos profissionais de saúde no problema da violência contra o idoso.

O Quadro 3 traz a descrição das intervenções fisioterapêuticas reconhecidas e/ou implementadas pelos fisioterapeutas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência, por cada estudo incluído nesta revisão.

**Quadro 3.** Intervenções fisioterapêuticas reconhecidas e/ou implementadas pelos fisioterapeutas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência, identificadas nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2019.

Autor(es), Ano	Intervenções fisioterapêuticas reconhecidas e/ou implementadas pelos fisioterapeutas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência
Dalton, 2005 <sup>18</sup>	Triagem e rastreamento de rotina (incorporar ao protocolo de avaliação); Observação do comportamento do paciente (nervosismo e tendência a se afastar dos outros; não adesão ao programa de tratamento) e dos familiares (impaciência e expectativas irrazoáveis por parte dos familiares); Documentação (história de múltiplas fraturas, contusões, hematomas ou lesões de pele incomuns), utilizando mapas corporais; Relato ao fisioterapeuta supervisor; Orientações (onde obter aconselhamento, abrigo e assistência de profissionais); Disponibilização de material informativo ao paciente; Denúncia de acordo com lei estadual vigente.
Saliga et al., 2004 <sup>19</sup>	Observações/comportamentos identificados pelos profissionais como potenciais fontes de violência: desnutrição, ferida em cicatrização, mudanças de comportamento, lesões não tratadas, locais inconsistentes de feridas, recusa do cuidador em deixar o idoso sozinho nas visitas, contusão unilateral, dificuldade do idoso caminhar/sentar sem evidência de doença musculoesquelética, família/cuidador que respondem questionamentos e não permitem tomada de decisões pelo idoso; má higiene com uso de roupas inadequadas. Conhecimento em relação às leis locais; contato com assistente social ou supervisor diante de um caso de violência; e denúncia.
Little, 2002 <sup>17</sup>	Identificação: sinais de alerta e indicadores de abusos físico (múltiplas fraturas/ lesões em vários estágios de cicatrização, contusões agrupadas em padrão regular, hematomas bilaterais, lesões na virilha, fraturas dentárias, lesões ao redor da face e pescoço, queimaduras em forma de luva e meia, queda de cabelo irregular); emocional (confusão e desorientação, medo de estranhos e do ambiente, depressão ou raiva, ambivalência sobre o cuidador, hesitação do paciente em falar na presença do cuidador, baixa autoestima, anseio por atenção); financeiro (perda inexplicável do seguro social, ansiedade e falta de conhecimento sobre <i>status</i> financeiro, falta de pagamento para serviços contratados, pertences perdidos); e negligência (deterioração da saúde, desidratação ou desnutrição, sujeira e odor excessivo em roupas/ corpo, aparelhos auxiliares ausentes, roupas inadequadas para condições ambientais, apatia ou fadiga inexplicável, super/sub-medicação provocando sedação). Avaliação: entrevista com perguntas sobre segurança; observação do estado geral, comportamento e cuidados do paciente; interação cuidador-paciente; revisão neuro-músculo-esquelética (incluindo fraturas) e atividades funcionais; escalas geriátricas. Intervenções: documentação (descrição de lesões, uso de modelo corporal e fotos) e relato às autoridades; educação do paciente quanto à sua proteção (manter-se ativo, sociável e informado quanto às obrigações financeiras, legais e de proteção aos idosos); plano de independência funcional (através de exercícios terapêuticos e atividades funcionais).
Camaratta et al., 2000 <sup>20</sup>	Rastreamento e Triagem incorporados à rotina de atendimento, envolvendo perguntas diretas longe de familiares/cuidadores e observação quanto aos sinais gerais de violência (choro inexplicável frequente, ansiedade, tremores, irritabilidade, abuso de álcool ou medicamentos prescritos, medo ou suspeita de determinadas pessoas em casa); violência física (hematomas, olhos roxos, marcas de cordas, feridas abertas, cortes, perfurações, queimaduras, fraturas, óculos quebrados, achados laboratoriais de sobre/sub-dosagem medicamentosa, lesões não-tratadas e em vários estágios de cicatrização de padrão centralizado – cabeça, pescoço, mamas, abdômen, costas e genitália); negligência (desidratação, desnutrição, escaras não tratadas e falta de higiene). Em todos os estados americanos (com exceção de 06 deles), há leis que obrigam os profissionais de saúde denunciarem casos de violência contra o idoso. Avaliação incluindo queixas, situação financeira, apoio social, estresse emocional, observação da interação paciente-família/cuidador e exame físico para fornecer evidências. Intervenção envolvendo plano de segurança específica, educação e validação dos direitos do paciente. Documentação, contendo um registro com gráfico corporal, descrições e fotos de lesões.

continua

Continuação do Quadro 3

Autor(es), Ano	Intervenções fisioterapêuticas reconhecidas e/ou implementadas pelos fisioterapeutas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência
Foose, 1999 <sup>21</sup>	Reconhecimento dos sinais da violência, entendendo suas origens, encaminhando a serviços sociais e denunciando. Diferenciação entre violência real e resultado de um acidente/doença. Avaliação da necessidade de indicar institucionalização na falta de rede de apoio familiar e/ou de cuidador. Rastreo de: problemas físicos/biomecânicos; evidências físicas de violência (contusões, hematomas em forma de mão, lesões na cabeça/pescoço, luxações, feridas abertas, óculos quebrados); sinais de negligência (desnutrição, desidratação, cuidados precários, múltiplas contraturas e úlceras de decúbito); interações emocionais inapropriadas (comportamento agressivo); bem-estar social. Avaliação da capacidade física, cognitiva e social do cuidador em prestar assistência ao idoso; necessidade de auxílio adicional no cuidado; e formas de aliviar o estresse do cuidador. Educação do cuidador quanto ao posicionamento/transferências seguras do paciente, cuidados de higiene, inspeção da pele e processo saúde-doença. Garantia de boa forma aos idosos através de exercícios, tornando-os menos vulneráveis, como parte do Programa de Condicionamento contra o Crime.
Holland et al., 1987 <sup>22</sup>	Detecção da violência durante avaliação e tratamento. Intervenção mais direta consiste na reabilitação das habilidades adaptativas de autocuidado (diminuindo a dependência do idoso), bem como informações sobre conservação de energia e recomendação de dispositivos auxiliares; além de auxílio ao idoso a resgatar antigos interesses de lazer, identificação de novas áreas de capacidades potenciais em tarefas domésticas, fortalecendo a unidade familiar e aumentando sua autoestima. Intervenção na estrutura familiar e de cuidadores, fornecendo informações de recursos de apoio comunitários disponíveis (serviços de transporte e recreação para idosos, visitantes amigáveis e creches geriátricas), aliviando as responsabilidades diurnas dos cuidadores. Educação da comunidade sobre violência contra idosos.
Mildenberger e Wessman, 1986 <sup>23</sup>	Reconhecimento de sinais de alerta para violências: física (hematomas em tórax, ombros, costas, braços ou pernas; queimaduras de cigarro; marcas de cordas/correntes resultantes de restrições físicas; lacerações na face; ferimentos na cabeça, com ausência de cabelos ou hemorragia do couro cabeludo); psicológica (mudanças de comportamento, apresentando-se assustado ou chateado, evitando falar da família); interrupção do tratamento fisioterapêutico; família impede que o idoso permaneça sozinho durante atendimentos; financeira (o idoso relata que perdeu dinheiro ou objetos de valor); negligência (deterioração física, desnutrição, perda de peso, dentes negligenciados ou quebrados, óculos quebrados, falta de higiene, roupas repetidamente usadas); violação de direitos (cuidadores impõem restrições irrealistas nas tomadas de decisões pelo idoso, nas mobilizações físicas e oportunidades de socialização). Intervenções incluem aconselhamentos familiares e treinamento específico para o cuidador de idosos dependentes; uso de serviços de apoio comunitário (cuidados-dia, creche, serviço de enfermagem domiciliar, transportes acessíveis, ajuda financeira – permitindo aliviar o estresse do cuidador), educação social e de saúde. Em casos suspeitos, a ação dependerá do tipo de abuso e perigo físico ao idoso. Caso ameace a vida, os profissionais devem conhecer as agências locais de proteção para denunciar.
Tomita, 1982 <sup>24</sup>	Avaliação funcional: avaliar atividades de vida diária (capacidade de autocuidado e de preparar refeições, utilizar transportes, fazer compras) e condição ambulatorial; observação dos traumas ou contusões, condizendo com a condição de dependência do paciente. Solicitação da descrição de um dia típico e suas expectativas sobre si mesmo e seu cuidador. Exame físico: se há lesão decorrente de um acidente, documentar as circunstâncias e registrar em esboços e gráficos de tronco e extremidades; examinar efeitos de super/sub-medicação, nutrição, higiene e cuidados pessoais. Avaliação de queimaduras, lesões físicas na cabeça, hematomas (bilateralmente no braço, aglomerados no tronco), presença de contusões e lesões em diferentes estágios de resolução, fraturas, quedas, contraturas, tônus muscular ruim e evidências de restrição física; condição de deambulação (se deficiente pode sugerir agressão sexual). Observação das contusões apresentadas em uma admissão hospitalar, se desaparecem durante internação (nesse caso, suspeitar de violência). Entrevista com o cuidador: idade e fontes de renda do cuidador, responsabilidades dentro e fora de casa, expectativas do cuidador em relação ao paciente e suas dificuldades experimentadas no cuidado ao idoso; avaliação da capacidade do cuidador em suportar o estresse do cuidado e os sistemas de apoio disponíveis ao cuidador. Plano educacional: educação de autocuidado para o paciente; informar ao cuidador sobre o processo de envelhecimento. Plano terapêutico: instrução de técnicas de autocuidado para reduzir dependência dos cuidadores; ajudar o paciente com arranjos alternativos, modificando sua situação de vida (utilizar centros-dia, congregar moradia ou lar de idosos).



Observa-se que as intervenções fisioterapêuticas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência envolveram: educação em saúde, medidas no estresse do cuidador, recursos comunitários, rastreamento/triagem, avaliação, identificação, plano terapêutico/reabilitação e denúncia.

As intervenções educativas envolveram a educação da pessoa idosa, do cuidador e da comunidade/sociedade. As mais relatadas, em metade dos estudos, foram aquelas direcionadas à população idosa: orientações de locais de abrigo, proteção, aconselhamento e assistência de profissionais; disponibilização de material educativo; atividades de prevenção da violência, manutenção de atividades e socialização; fornecimento de informações sobre dispositivos legais e de proteção às pessoas idosas; educação sobre os direitos e autocuidado<sup>17,18,20,24</sup>.

Em três dos estudos, as atividades educativas com o cuidador foram assim descritas: treinamento específico para o cuidador de pessoas idosas dependentes, incluindo posicionamentos/transferências seguras, cuidados de higiene e inspeção da pele; e informações ao cuidador sobre os processos de envelhecimento e saúde-doença<sup>21,23,24</sup>. A educação da comunidade também foi uma intervenção relatada em dois dos estudos<sup>22,23</sup>.

A avaliação do estresse do cuidador foi uma intervenção abordada em quatro estudos, que reforçam a avaliação dos sistemas de apoio disponíveis às famílias, as dificuldades experimentadas no cuidado à pessoa idosa e a capacidade do cuidador em suportar o estresse do cuidado. Estes estudos relatam que o fisioterapeuta pode sugerir meios de diminuir o estresse e a sobrecarga do cuidador, fornecendo informações sobre os serviços de apoio comunitário<sup>21-24</sup>.

Recursos comunitários foram descritos em três trabalhos. Dentre esses recursos, podemos citar: visitantes amigáveis, creches geriátricas, cuidados-dia, serviços de transporte e recreação para pessoas idosas, e ajuda financeira<sup>22-24</sup>.

Quanto ao rastreamento/triagem, três estudos relataram a importância de rastrear fontes potenciais de violência, podendo-se incorporar essa estratégia ao protocolo de avaliação e à rotina de atendimento<sup>18-20</sup>.

A avaliação geral incluiu a observação do paciente, da família e interação paciente-cuidador. Em sete estudos, os sinais gerais de VCPI, que também podem indicar provável violência psicológica, foram: confusão; desorientação; medo de estranhos e do ambiente; choro frequente inexplicável; mudanças repentinas no comportamento; depressão; baixa autoestima; anseio por atenção; nervosismo; raiva; agressividade; não adesão ao programa de tratamento fisioterapêutico; tendência ao afastamento; medo ou suspeita de determinadas pessoas em casa; ambivalência de sentimento em relação ao cuidador; e hesitação em falar sobre o cuidador<sup>17-21,23,24</sup>.

A importância da avaliação do comportamento familiar foi relatada em três estudos, e incluía como sinais: impaciência da família; recusa em deixar a pessoa idosa sozinha; familiares respondendo aos questionamentos em vez da pessoa idosa; não permissão da tomada de decisões por parte da pessoa idosa; e expectativas irrazoáveis por parte da família, como desejar que a pessoa idosa adquira marcha, quando o mesmo não almeja mais esse objetivo<sup>17,18,23</sup>.

Em quatro estudos houve relato da observação de sinais e sintomas de negligência contra pessoas idosas, elencados como: cuidados precários ou deterioração da saúde; desnutrição; desidratação; má higiene corporal; dentes negligenciados; uso de roupas sujas e/ou inadequadas ao clima; aparelhos auxiliares ausentes; apatia ou fadiga inexplicáveis; super/sub-medicação, podendo ocorrer sedação; múltiplas contraturas ou úlceras por pressão<sup>17,20,21,23</sup>.

Metade dos estudos (n=4) recomendaram documentar lesões de pele incomuns, contusões, hematomas, fraturas e lesões decorrentes de acidentes. Essa documentação se dá por meio da descrição das lesões, registro em mapas/modelos corporais e fotografias<sup>17,18,20,24</sup>.

A avaliação do sistema neuro-músculo-esquelético e/ou avaliação funcional foram relatados em dois estudos. A avaliação funcional deve envolver as atividades de vida diária (capacidades de autocuidado, preparar refeições, utilizar transportes, fazer compras) e observação se a ocorrência de traumas condiz com a condição de dependência do paciente<sup>17,24</sup>. Em um estudo há o relato da necessidade de rastreio de distúrbios físicos e biomecânicos<sup>21</sup>.

A identificação dos casos, relatada em sete dos estudos, pode ser feita durante a avaliação e/ou atendimento fisioterapêutico, por meio do reconhecimento dos seguintes sinais de alerta: lesões na face, cabeça e pescoço; queda de cabelo irregular; óculos quebrados; fraturas dentárias; cortes; perfurações; queimaduras, podendo ser em forma de luva e meia; locais inconsistentes de feridas ou lesões de pele incomuns; hematomas ou contusões agrupadas, em padrão regular ou central (cabeça, pescoço, mamas, abdômen, costas e genitália/virilha); contusões/lesões/fraturas em diferentes estágios de resolução; quedas; tônus muscular ruim; e evidências de restrição física (marcas de cordas/correntes)<sup>17-21,23,24</sup>.

Em quatro trabalhos foram descritas intervenções que compõem um plano terapêutico e reabilitação: exercícios terapêuticos para manutenção de independência funcional e boa forma; reabilitação de atividades funcionais e habilidades de autocuidado; além de medidas de conservação de energia e recomendações de dispositivos auxiliares<sup>17,21,22,24</sup>.

Por fim, a denúncia foi uma intervenção relatada em seis artigos<sup>17-21,23</sup>. A obrigatoriedade das denúncias varia de acordo com a legislação local vigente. Em dois estudos foi incluído o relato do fisioterapeuta ao seu supervisor ou a um assistente social como intervenção anterior à denúncia<sup>18,19</sup>.

## DISCUSSÃO

Muitos países têm se empenhado em fortalecer políticas de proteção e apoio às pessoas idosas em situação de violência, contudo os Estados Unidos se destacam pelo desenvolvimento de programas que vem sendo implementados para disponibilizar às vítimas apoio social e de saúde multidisciplinares<sup>25</sup>. Essa realidade retrata a procedência dos trabalhos incluídos nesta revisão, em que se observa a unanimidade de estudos norte-americanos com esta temática.

A primeira publicação a respeito da VCPI, abordada por fisioterapeutas, se deu em 1986<sup>23</sup>. Após essa produção, alguns poucos textos reflexivos foram produzidos em uma tentativa incipiente de debater o papel do fisioterapeuta nesta área.

Em 2011, Aveiro et al.<sup>13</sup> contribuíram para a discussão sobre a participação do fisioterapeuta na promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação dos principais problemas de saúde das pessoas idosas, dentre eles a VCPI. Somente em 2020, foi publicado um estudo de caso relatando as intervenções fisioterapêuticas realizadas em um idoso institucionalizado vítima de violência urbana<sup>26</sup>. Dessa forma, a escassez de publicações reflete o tímido envolvimento dos fisioterapeutas nesse contexto, sugerindo incompreensão e/ou desconhecimento dessa problemática por parte desses profissionais.

A Secretaria de Direitos Humanos da República do Brasil (SDHRB)<sup>2</sup> recomenda que os profissionais de saúde se especializem e atuem em todos os tipos de VCPI. Contudo, os fisioterapeutas que identificam essas situações as compreendem como uma questão de manejo psicológico e/ou de assistência social, não se percebendo como protagonistas de intervenções relevantes nessas situações. Ribeiro e Barter<sup>27</sup> evidenciaram esse distanciamento, relatando que fisioterapeutas não se consideravam responsáveis pela escuta, apoio, atendimento e orientação às pessoas idosas com histórico de violência. Ao contrário, esses profissionais pressupunham que deviam apenas atuar sobre lesões físicas e transferir para outros profissionais (como psicólogos e assistentes sociais) a responsabilidade pela situação de violência.

Reforçando essa percepção, esse estudo avaliou ainda, como uma prática distante, a consolidação da rede de proteção para os casos de pessoas idosas vítimas de violência. Os profissionais julgavam os serviços de reabilitação como uma ação isolada, descontínua e pontual, demonstrando a falta de engajamento nesta problemática<sup>27</sup>.

Em relação às intervenções educativas, a literatura reconhece que o melhor caminho para a prevenção da VCPI é o conhecimento. Muitas pessoas idosas desconhecem seus direitos ou mesmo não se reconhecem como vítimas, tampouco suas formas de prevenção e defesa nessas situações<sup>28,29</sup>.

Além disso, alguns trabalhos também relatam que o papel de cuidador é assumido, frequentemente, por familiares, muitas vezes despreparados, fazendo com que o cuidado ocorra de forma intuitiva e equivocada, podendo ocasionar situações de negligência<sup>30</sup>.

Portanto, muitos casos de VCPI poderiam ser evitados com intervenções educativas voltadas aos familiares e cuidadores.

A SDHRB<sup>2</sup> destaca a importância que se produzam campanhas de sensibilização sobre o envelhecimento e valorização da pessoa idosa, voltadas para toda a sociedade brasileira. Para Hirst et al.<sup>31</sup>, a educação é uma estratégia preventiva fundamental, de modo que campanhas de conscientização pública e iniciativas educacionais são essenciais para evitar situações de violência em pessoas idosas. Desse modo, a educação se constitui uma poderosa ferramenta de prevenção dessa violência e os fisioterapeutas podem contribuir com esclarecimentos necessários à pessoa idosa, família/cuidadores e comunidade.

Medidas voltadas para o estresse do cuidador também foram relatadas, já que essa condição atua como um fator de risco para situações de violência<sup>32</sup>. Os cuidadores estão predispostos ao quadro de estresse, fadiga mental, dificuldade de concentração, perda de memória, apatia, indiferença emocional, crises de ansiedade e depressão<sup>33</sup>.

Pillemer et al.<sup>1</sup> afirmam que o potencial para o início da violência pode ser reduzido por intervenções de apoio ao cuidador, bem como Lopes et al.<sup>30</sup> descrevem fatores relacionados à VCPI: ausência de apoios formais e informais, e de políticas ou suportes públicos às famílias provedoras de cuidados.

As intervenções junto ao cuidador são, portanto, uma abordagem promissora à prevenção, sendo necessário igualmente avaliar os sistemas de apoio disponíveis aos cuidadores. A SDHRB<sup>2</sup> destaca a necessidade de apoiar as famílias com equipamentos sociais como: Centros de Convivência, Centros-Dia, Residências Coletivas e Serviços de Apoio aos Cuidadores Familiares. Vale ressaltar que esses ambientes comunitários favorecem a novas dinâmicas relacionais e de fortalecimento da autonomia e do protagonismo da pessoa idosa, favorecendo seu acesso às redes de proteção e serviços<sup>34</sup>.

Sabe-se que a sobrecarga do cuidador aumenta quanto maior for a dependência funcional da pessoa idosa<sup>30</sup>. Ademais, estudos têm relacionado o comprometimento da capacidade funcional ao risco para violência, bem como a sinais de violência

nessa população<sup>35-37</sup>. Maia et al.<sup>38</sup> relataram ainda que a pessoa idosa que sofre algum tipo de violência encontra-se em situação de dependência funcional. Ou seja, pessoas idosas que necessitam de auxílio para atividades de vida diária podem desencadear situações de estresse no cuidador e aumentar a chance de sofrer algum tipo de violência.

Nesse cenário, o fisioterapeuta assume o compromisso da universalidade e integralidade da assistência, com intervenções voltadas à independência funcional da pessoa idosa, promovendo alívio do estresse do cuidador e, com isso, prevenindo situações de violência. Desse modo, essas intervenções consistem em ações preventivas da violência, assim como contribuem para a melhora da qualidade de vida da pessoa idosa, sua família e cuidador.

Para detectar precocemente situações de abuso, é necessário reconhecer os sinais de alerta de todos os tipos de violência, que inclui sinais gerais no comportamento da pessoa idosa, bem como sinais físicos visíveis. Os sinais de alerta descritos nesse artigo corroboram com achados literários de outras revisões, *guidelines* e publicações governamentais<sup>39-41</sup>.

O fisioterapeuta, por ter um enfoque de intervenção física, pode se atentar mais para sinais físicos de violência. Porém, pelo relacionamento fisioterapeuta-paciente que se desenvolve durante a terapia, esse profissional deve ficar atento às alterações psicológicas, de comportamento e a interação pessoa idosa-família/cuidador, que podem indicar violência psicológica. Dessa forma, mediante uma situação de violência, a pessoa idosa pode apresentar alterações do estado emocional<sup>29,39,41</sup>, que corroboram com os sinais gerais e de provável violência psicológica apresentados nesta revisão.

A PNSPI<sup>11</sup> estabelece que devem ser implementados instrumentos gerenciais para o enfrentamento das dificuldades pela pessoa idosa, e um desses instrumentos inclui a avaliação funcional. A partir dela, a depender da condição funcional dessa pessoa, serão estabelecidas ações como: reabilitação para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional e/ou recuperação da saúde.

Desse modo, é pertinente a utilização de exercícios terapêuticos direcionados para reabilitação de atividades funcionais, sendo possível promover qualidade de vida à pessoa idosa e atuar na prevenção de situações de violência.

Dentre esses exercícios, destacam-se o de força e multicomponentes (treinamento de força combinado com exercícios de equilíbrio, aeróbico e alongamento) como boas estratégias para melhorar a funcionalidade em pessoas idosas<sup>42</sup>.

Além disso, a combinação das intervenções fisioterapêuticas individuais e coletivas direcionadas ao atendimento da pessoa idosa vítima de violência podem proporcionar melhora das capacidades cognitiva, social, física-funcional e qualidade de vida em geral<sup>26</sup>.

Alguns estudos já demonstram resultados otimistas com a inserção de serviços de reabilitação para pessoas idosas vítimas de violência. Fisioterapeutas apresentaram resultados positivos atuando na reabilitação dos pacientes, como a retomada da locomoção, orientação às famílias, retorno à comunidade e reintegração social<sup>27</sup>.

A retomada da locomoção e reintegração social podem ser favorecidas pelo uso de dispositivos auxiliares da marcha, bem como outras Tecnologias Assistivas (TA), como próteses e órteses. A avaliação, prescrição, adequação e treinamento de TA são estratégias utilizadas para minimizar disfunções motoras e mobilidade reduzida, permitindo maior autonomia, retardando ou reabilitando incapacidades funcionais, e, assim, melhorando a qualidade de vida das pessoas idosas<sup>43</sup>.

Em relação à denúncia, no Brasil, o Estatuto do Idoso<sup>44</sup> adverte a obrigatoriedade dos serviços públicos e privados em comunicar os casos suspeitos ou confirmados de VCPI às autoridades competentes, e estabelece como infração administrativa a falta desta comunicação pelo profissional de saúde.

Na esfera ética, os fisioterapeutas respondem pelo Código de Ética e Deontologia do Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, que institui que “o fisioterapeuta deve comunicar à chefia imediata da instituição em que trabalha ou à

autoridade competente, fato que tenha conhecimento que seja tipificado como crime, contravenção ou infração ética”<sup>45</sup>.

Dessa forma, constata-se que a notificação da situação de violência é compulsória ao fisioterapeuta, sendo sua comunicação ao chefe imediato uma intervenção pautada numa conduta ética, configurando a sua omissão uma infração administrativa.

Todavia, Oliveira et al.<sup>9</sup> descrevem que a principal dificuldade apontada pelos profissionais na comunicação dos casos de VCPI é o não reconhecimento dessa situação. Os profissionais admitem que é necessária uma melhor capacitação a fim de identificar e prevenir esse agravo<sup>46</sup>. No estudo de Saliga et al.<sup>19</sup>, fisioterapeutas relataram falta de treinamento/informações acerca da VCPI, reforçando a concepção do distanciamento deste profissional da problemática em questão.

O presente estudo apresenta limitações inerentes às revisões de escopo, pois inclui estudos diversos, não se preocupando com a qualidade ou nível de evidência. Além disso, esta revisão identificou, majoritariamente, textos reflexivos e editoriais, publicados há mais de 15 anos, demonstrando a fragilidade científica com que este conteúdo vem sendo abordado.

Ademais, a maioria dos estudos enfatizou a identificação de sinais e sintomas, e a avaliação da pessoa idosa no contexto da violência, em detrimento de intervenções fisioterapêuticas concretas mais específicas. Outrossim, em alguns estudos, foram abordadas categorias profissionais diversas, abrangendo intervenções comuns a outros profissionais, limitando o reconhecimento das ações do fisioterapeuta.

## CONCLUSÃO

A presente revisão forneceu uma síntese acerca das intervenções fisioterapêuticas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência, que envolveram: educação em saúde, medidas no estresse do cuidador, recursos comunitários, rastreamento/

triagem, avaliação, identificação, plano terapêutico/reabilitação e denúncia.

Essas intervenções estão consoantes com as políticas de saúde voltadas à pessoa idosa, incluindo a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Essas políticas convergem para que a assistência à saúde das pessoas idosas seja garantida nos diversos níveis de atenção, resguardando-as de qualquer tipo de violência.

Apesar disto, identificou-se a escassez de estudos observacionais e experimentais atualizados, publicados sobre esta temática. Dessa forma, observa-se que algumas questões ainda urgem serem respondidas: como está atuando o fisioterapeuta nas situações de violência contra a pessoa idosa (VCPI)? Quais seriam as ações específicas do profissional fisioterapeuta nessas situações? Quais ações são multiprofissionais? Qual a eficácia destas intervenções nessa problemática? Como deveria ser o protocolo de atendimento fisioterapêutico diante da VCPI?

Considerando que muitas ações importantes no enfrentamento da VCPI, principalmente a níveis de

prevenção e promoção, são compartilhadas com outros profissionais de saúde, sugere-se a realização de futuras revisões que incluam abordagens interdisciplinares direcionadas a esse agravo, possibilitando a identificação de estudos atualizados e que retratem intervenções comprovadamente eficazes.

Por outro lado, os fisioterapeutas contribuem com ações específicas e significativas para essa problemática, em especial, no que se referem ao plano terapêutico e reabilitação, e que constituem o diferencial desses profissionais no contexto da VCPI, necessitando serem divulgadas entre pesquisadores e profissionais da prática.

Com base nesta e em futuras revisões, sugere-se a condução de pesquisas metodológicas para a elaboração e validação de protocolos de atendimento, tanto específicos do fisioterapeuta quanto multiprofissionais. Esses protocolos poderiam subsidiar uma prática profissional qualificada e com foco na assistência integral à pessoa idosa vítima de violência, contribuindo para a efetivação das políticas públicas de saúde existentes e com a melhoria da qualidade de vida e saúde dessa população.

Editado por: Maria Helena Rodrigues Galvão

## REFERÊNCIAS

1. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*. 2016;56(S2):194-205.
2. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa: É possível prevenir. É necessário superar [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos; 2014 [acesso em 09 nov. 2019]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/sdh/noticias/2014/junho/ManualdeEnfrentamentoViolenciacontraaPessoaIdosa.pdf/view>
3. Yunus RM, Hairi NN, Yuen CW. Consequences of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review of Observational Studies. *Trauma Violence Abuse*. 2019;20(2):197-213.
4. Hohendorff JV, Paz AP, Freitas CPP, Lawrenz P, Habigzang LF. Caracterização da violência contra idosos a partir de casos notificados por profissionais da saúde. *Rev SPAGESP*. 2018;19(2):64-80.
5. Garbin CAS, Joaquim RC, Rovida TAS, Garbin AJI. Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):87-94.
6. Adib M, Esmaceli M, Zakerimoghdam M, Nayeri ND. Barriers to help-seeking for elder abuse: A qualitative study of older adults. *Geriatr Nurs*. 2019;40(6):565-71.
7. Alves CS, Serrão C. Fatores de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa: revisão sistemática. *PAJAR*. 2018;6(2):58-71.
8. Paiva MM, Tavares DMS. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(6):1035-41.
9. Oliveira BG, Freire IV, Assis CS, Sena ELS, Boery RNSO, Yarid SD. Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. *Rev bioét*. 2018;26(3):403-11.

10. Lopes LGF, Leal MCC, Souza EF, Silva SZR, Guimarães NNA, Silva LSR. Violência contra a pessoa idosa. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(9):2257-68.
11. Brasil. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*. 20 out. 2006.
12. Brasil. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*. 18 maio 2001.
13. Aveiro MC, Aciole GG, Driusso P, Oishi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(S1):1467-78.
14. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, Editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis* [Internet]. 2020 [acesso em 05 abr. 2020]. Chapter 11. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
15. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73.
16. Greenhalgh T, Peacock R. Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. *BMJ*. 2005;331(5):1064-65.
17. Little CD. What every Physical Therapist should know about Elder Abuse. *Gerinotes*. 2002;9(4):5-9.
18. Dalton A. Family Violence: Recognizing the Signs, Offering Help. *PT Magazine*. 2005;13(1):34-40.
19. Saliga S, Adamowicz C, Logue A, Smith K. Physical Therapist's Knowledge of physical elder abuse: signs, symptoms, laws, and facility protocols. *J Geriatr Phys Ther*. 2004;27(1):5-12.
20. Camaratta F, Fenstermaker J, Hoffman AJ, Kolongowski M, Tecklin JS. Elder Abuse and the Physical Therapist. *Issues Aging*. 2000;23(1):9-12.
21. Foose D. Elder Abuse: Stepping in and Stopping It. *PT Magazine*. 1999;7(1):56-62.
22. Holland LR, Kasraian KR, Leonardelli CA. Elder Abuse: an analysis of the current problem and the potential role of the rehabilitation professional. *Phys Occup Ther Geriatr*. 1987;5(3):41-50.
23. Mildenberger C, Wessman HC. Abuse and neglect of elderly persons by family members: a special communication. *Phys Ther*. 1986;66(4):537-9.
24. Tomita SK. Detection and treatment of elderly abuse and neglect: a protocol for health care professionals. *Phys Occup Ther Geriatr*. 1982;2(2):37-51.
25. Bobitt J, Carter J, Kuhne J. Advancing National Policy on Elder Abuse. *Public Policy Aging Rep*. 2018;28(3):85-9.
26. Neto EM, Rocha DS, Silva EA, Silva MB. Intervenção Fisioterapêutica em Idoso institucionalizado vítima de violência urbana: estudo de caso. *J Ciênc Biomed Saúde*. 2020;5(3):58-60.
27. Ribeiro AP, Barter EACP. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(6):2729-40.
28. Colussi EL, Kuyawa A, de Marchi ACB, Pichler NA. Percepções de idosos sobre envelhecimento e violência nas relações intrafamiliares. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(4):e190034.
29. São Paulo. Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público. Manual de Segurança e Direitos da Pessoa Idosa [Internet]. São Paulo: CEDEP; 2013 [acesso em 09 nov. 2019]. Disponível em: <http://www.iamsp.sp.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/manual-segurana-direitos-pessoa-idosa.pdf>
30. Lopes EDS, Ferreira AG, Pires CG, Moraes MCS, D'Elboux MJ. Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(5):652-62.
31. Hirst SP, Penney T, McNeill S, Boscart VM, Podnieks E, Sinha SK. Best-Practice guideline on the prevention of abuse and neglect of older adults. *Can J Aging*. 2016;35(2):242-60.
32. Lino VTS, Rodrigues NCP, Lima IS, Athie S, Souza ER. Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(1):87-96.
33. Souza LR, Hanus JS, Libera LBD, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Colet*. 2015;23(2):140-9.
34. Moura LBA, Noronha VMAS, Vieira ABD, Faustino AM. Percepções de qualidade de vida e as experiências de violências em idosos. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(8):2146-53.
35. Dias VF, Araújo LSLR, Cândido ASC, Lopes AOS, Pinheiro LMG, Reis LA. Dados sociodemográficos, condições de saúde e sinais de violência contra idosos longevos. *Rev Saúde Colet*. 2019;9:186-92.

36. Oliveira BS, Dias VF, Reis LA. Relação entre capacidade funcional e sinais de violência e maus tratos em idosos longevos. *Fisioter Brasil*. 2015;16(1):32-7.
37. Santos MAB, Moreira RS, Faccio PF, Gomes GC, Silva VL. Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(6):2153-75.
38. Maia PHS, Ferreira EF, Melo EM, Vargas AMD. A ocorrência da violência em idosos e seus fatores associados. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):64-70.
39. Borda LMF, Porto SH, Martínez VB, Ramírez RAH. Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. *Univ Med*. 2019;60(4):1-16.
40. Elder Abuse Task Force of Santa Clara County. Elder Abuse: Guidelines for Professional Assessment and Reporting: Identification, Assessment, Reporting, Prevention, Resources [Internet]. California: EATF; 2019 [acesso em 18 dez. 2019]. Disponível em: <https://www.sccgov.org/sites/da/prosecution/DistrictAttorneyDepartments/Documents/Elder%20Abuse%20%E2%80%93%E2%80%93Guidelines%20For%20Professional%20Assessment%20and%20Reporting%20%28April%202019%29.pdf>
41. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Enfrentamento da Violência contra Pessoa Idosa na Saúde: Orientações para Gestores e Profissionais de Saúde [Internet]. Porto Alegre; Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. 2016 [acesso em 15 nov. 2019]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201705/22152615-cartilha-enfrentamento-da-violencia-contra-pessoa-idosa.pdf>
42. Lemos ECWM, Guadagnin EC, Mota CB. Influência do treinamento de força e do treinamento multicomponente na funcionalidade de idosos: revisão sistemática e metanálise. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2020;22:e60707.
43. Lustosa LP, Andrade MAP, Araújo MRN, Bonolo PF, Campos TVO, Araújo VL. Uso terapêutico de tecnologias assistivas: direitos das pessoas com deficiência e habilidade física e motora. Belo Horizonte: Nescon; 2015.
44. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 3 out. 2003.
45. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 424 de 08 de Julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. *Diário Oficial da União*. 01 ago 2013.
46. Mazzotti MC, Scarcella E, D'Antone E, Fersini F, Salsi G, Ingravallo F, et al. Italian healthcare professionals' attitude and barriers to mandatory reporting of elder abuse: an exploratory study. *J Forensic Leg Med*. 2019;63:26-30.