View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
brought to you by CORE
provided by Repositório Institucional da UFSC

Carolina Carvalho Bolsoni

VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO E FATORES ASSOCIADOS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM FLORIANÓPOLIS – SC. *EPI*FLORIPA IDOSO 2009/2010.

Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva
Orientadora: Profª. Drª. Elza Berger Salema Coelho

Florianópolis
2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Bolsoni, Carolina Carvalho
Violência contra o idoso e fatores associados: estudo de base populacional em Florianópolis - SC. EpiFloripa idoso 2009/2010. [dissertação] / Carolina Carvalho Bolsoni ; orientadora, Elza Berger Salema Coelho - Florianópolis, SC, 2012.
98 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Violência. 3. Violência contra o idoso. 4. Estudos Transversais. I. Coelho, Elza Berger Salema. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

"Violência contra o idoso e fatores associados: estudo de base populacional em Florianópolis – SC, EpiFloripa Idoso 2009/2010".

Carolina Carvalho Bolsoni

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde**

Profa. Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Elza Berger Salema Coelho (Presidente)

Profa. Dra. Angela Maria Alvarez (Membro Externo)

Prof. Dr. Rodrigo Otavio Moretti Pires (Membro Titular)

Profa. Dra. Fatima Büchele (Suplente)

Aos meus pais Cleusa e Aldo.
Ao meu irmão Helder.
Ao meu esposo Leandro.
Por todo o amor, por quem sou e por tudo o que alcancei.

AGRADECIMENTOS

À Deus por todas as oportunidades que me foram dadas.

À Profª Drª Elza Berger Salema Coelho, pela orientação, confiança, exigência e principalmente amizade que cultivamos todos esses anos.

À Profª Drª Eleonora d'Orsi, por permitir que participasse deste estudo tão importante que foi o *Epi*Idoso, e ao seu esposo Profº Drº André Xavier por fazer parte da minha banca de qualificação, assim como o Profº Drº Rodrigo Moretti.

Aos meus familiares que sempre me deram amor e força, valorizando meus potenciais: Pai Aldo, irmão Helder, tia Márcia, Roze, Roseli, Cecília. Vó Merença, Guida, primo Davi, Yasmin. Em memória Tia Graça e Tio Gringo, saudades imensas.

E um obrigada especial a melhor mãe do mundo, sem ela não chegaria aqui.

Ao meu esposo Leandro, por todo carinho, atenção e paciência que teve comigo durante esses anos que estamos juntos. Aos meus sogros Lilia e Milton também.

Às melhores amigas Gabriela, Juliana, Sabrina e Fabíola, assim como as primas Mariáh e Lara, por fazer meus dias mais alegres e compartilharem comigo momentos tristes e felizes.

Aos demais colegas de mestrado e doutorandos que também me ajudaram na construção deste trabalho em especial à Sheila e Maruí.

Aos colegas do Curso de Especialização em Saúde da Família que me acolheram nesses dois anos de caminhada e mais recentemente a equipe do Pronto Atendimento 24 horas de Tijucas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior *(CAPES)*, pelo auxilio financeiro concedido.

Aos idosos que participaram desta pesquisa, pois sem eles nenhuma dessas páginas estaria completa.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução dessa dissertação de Mestrado.

Muito Obrigada!

.

RESUMO

BOLSONI, Carolina Carvalho. **Violência contra o idoso e fatores associados: estudo de base populacional em Florianópolis – SC *EpiF*loripa idoso 2009/2010.** 2012. 98 pgs. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas de Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

A proporção de pessoas com idade superior a 60 anos está crescendo mais rapidamente que qualquer outra faixa etária em todo o mundo. Além das perdas biológicas, psicológicas e sociais, o idoso se defronta com as dificuldades do ambiente onde vive e os locais que frequenta. Um tema que vem gerando preocupação é a violência contra o idoso, que no decorrer dos últimos anos, está começando a fazer parte das políticas destinadas a esta população, pois ela traz consequências graves aos mesmos. A dissertação teve como objetivo estimar a prevalência de violência contra idosos e fatores associados, a partir de um estudo transversal realizado na cidade de Florianópolis, SC nos anos de 2009 e 2010. Foram calculadas as prevalências de cada tipo de violência (psicológica, verbal, financeira e física) e verificada a prevalência da violência geral segundo as categorias das variáveis exploratórias. Em seguida, por meio da Regressão Logística, testaram-se os fatores associados à violência geral. Constatou-se que as mulheres relataram sofrer mais violência em relação aos homens. Solteiros(as) ou divorciados(as) apresentaram maior frequência do desfecho. Da mesma forma, a violência foi mais prevalente naqueles indivíduos menos escolarizados, com dependência moderada/grave para realizar suas atividades diárias e percepção de saúde ruim. Indivíduos que moravam sozinhos; com cuidador, filhos ou netos apresentaram maior proporção de violência. Desta forma enfatizamos que são necessárias políticas e planejamento que subsidiem e oferecem estruturas para que os idosos e seus familiares ou cuidadores possam ter um envelhecimento mais saudável, e que desta forma eles sejam menos vítimas de violência.

Palavras-chave: Idoso; Violência; Maus-Tratos ao Idoso; Estudos transversais.

ABSTRACT

Bolsoni, Carolina Carvalho. **Violence against the elderly and associated factors: population-based study in Florianópolis - SC EpiFloripa old 2009/2010**. 2012. 85 pgs. Dissertation (Master in Public Health - a major in Humanities and Public Policy Health) - Graduate Program in Public Health, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis.

The proportion of people aged over 60 is growing faster than any other age group worldwide. Besides the loss biological, psychological and social, the elderly are faced with the difficulties of the environment where they live and the places he frequents. A topic that has generated concern is violence against the elderly, who over the past year, is beginning to be part of policies aimed at this population, because it brings serious consequences to them. The dissertation aimed to estimate the prevalence of violence against the elderly and related factors, from a cross-sectional study conducted in the city of Florianópolis, SC in 2009 and 2010. Prevalences were calculated for each type of violence (psychological, verbal, financial and physical) and verified the prevalence of violence under the general categories of explanatory variables. Then, by means of logistic regression, we tested the factors associated with violence in general. It was found that women reported experiencing more violence than men. Singles (s) or divorced (as) had a higher frequency of the outcome. Similarly, violence was more prevalent in those less educated individuals with moderate / severe dependency to perform their daily activities and perception of poor health. Individuals who lived alone, with caregivers, children or grandchildren had a higher proportion of violence. Thus we emphasize that policies are needed that support and planning and provide facilities for the elderly and their families or caregivers can have a healthier aging, and thus they are less victims of violence.

Keywords: Aged, Violence, Abuse of the Elderly; sectional studies.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Bairros sorteados para as entrevistas..... 36
Quadro 2 - Blocos temático..... 38
Quadro 3 - Valores de *Kappa* da reprodutibilidade de algumas questões..... 43
Quadro 4 - Descrição das variáveis demográficas, socioeconômicas, de saúde, variáveis relacionadas ao cuidador e com quem o idoso mora..... 46
Quadro 5 - Descrição das variáveis relacionadas à violência contra o idoso..... 48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e socioeconômicas da amostra do estudo. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009/2010..... 67
Tabela 2 - Prevalência dos tipos de violência contra os idosos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009/2010..... 69
Tabela 3 - Razões de prevalência brutas e ajustadas da associação entre violência e fatores socioeconômicos, sociais e condições de saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009/2010..... 70

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 19

2 OBJETIVOS 22

2. 1 OBJETIVO GERAL..... 22

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 22

3 REVISÃO DE LITERATURA..... 23

3.1 A VIOLÊNCIA ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA..... 23

3.2 A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA..... 25

3.3 VIOLÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS..... 27

3.4 LEGISLAÇÕES DE PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA..... 30

3.4.1 Legislação Internacional..... 30

3.4.2 Legislação Nacional..... 30

3.4.3 Legislação Municipal..... 33

4 METODOLOGIA..... 35

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO..... 35

4.2 LOCAL DO ESTUDO..... 35

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO..... 35

4.4 AMOSTRA..... 35

4.4.1 Cálculo do tamanho da amostra do estudo *Epi*Floripa Idoso..... 37

4.4.2 Cálculo do tamanho da amostra para o estudo da violência contra o idoso..... 37

4.4.3 Critérios de inclusão e exclusão..... 38

4.5 INSTRUMENTO DA PESQUISA..... 38

4.6 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO..... 39

4.6.1 Equipe de Trabalho..... 39

4.6.2 Seleção e Treinamento das Entrevistadoras..... 39

4.6.3 Pré-teste..... 39

4.6.4 Estudo Piloto..... 40

4.6.5 Coleta de Dados..... 40

4.6.6 Perdas e Recusas..... 41

4.6.7 Suporte Técnico..... 41
4.7 ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIAS..... 42
4.8 CONTROLE DE QUALIDADE..... 42
4.9 VARIÁVEIS DO ESTUDO..... 43
4.9.1 Variável dependente – Desfecho..... 43
4.9.2 Variáveis Independentes 44
4.10 ASPECTOS ÉTICOS..... 49
4.11 FINANCIAMENTO..... 49
4.12 ANÁLISE DOS DADOS..... 50
5 RESULTADOS..... 51
REFERÊNCIAS..... 52
APÊNDICES..... 59
ANEXOS..... 91

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os países em desenvolvimento têm demonstrado progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e, mais recentemente, também nas suas taxas de fecundidade. Esses dois fatores associados resultam em um processo de envelhecimento dessas populações, à semelhança do processo que continua ocorrendo, ainda que em escala menos acentuada, nos países desenvolvidos[1-4].

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) define envelhecimento como:

> um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte[5].

A proporção de pessoas com idade superior a 60 anos está crescendo mais rapidamente que qualquer outra faixa etária em todo o mundo. Hoje há pelo menos uma pessoa idosa em 26% dos lares brasileiros e cerca de 130 mil pessoas com idade acima de 100 anos no país[6].

Em 2025, existirá aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, e estima-se que até 2050 haverá cerca de dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento[7]. No Brasil, estima-se que esta população represente 21% da população total até o ano de 2050[8].

Nos anos 90 a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” que consiste em incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Este conceito envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida. Para que isto ocorra, é preciso favorecer entre outras ações: a prática de atividades físicas, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco, entre outros. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde[5].

Diante deste cenário, buscando reforçar o atendimento da população idosa e considerando a necessidade de que o setor de saúde

atenda esse público, o Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, aprova em 2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa[9], que visa à manutenção e melhoria ao máximo da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a lhes garantir permanência no ambiente em que vivem.

Além das perdas biológicas, psicológicas e sociais, o idoso se defronta com as dificuldades do ambiente onde vive e os locais que frequenta. Essas dificuldades ele encontra em casa (escadas, piso escorregadio) no espaço público, locais estes não adaptados para atendê-los[10].

Outro tema que vem gerando preocupação é a violência contra o idoso, que no decorrer dos últimos anos, está começando a fazer parte das políticas destinadas a esta população, pois ela traz consequências graves aos mesmos.

A OMS[11] define violência contra idoso como um ato de agressão ou omissão, podendo ser intencional ou involuntário. De natureza física, sexual, psicológica, econômica, institucional, abandono/negligência e autonegligência[12].

A Rede Internacional para a Prevenção ao Abuso do Idoso[13] define a violência como:

> "um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause dano ou angústia a uma pessoa mais velha."

As agressões existentes contra a pessoa idosa contextualizam diversos aspectos que se qualificam em violência social e familiar. A doméstica é aquela praticada no ambiente familiar por parentes ou por cuidadores, enquanto que a violência social são ações de discriminações e preconceitos por parte da sociedade ou de instituições privadas ou públicas[14].

As mortes violentas, em idosos, são consequência principalmente de acidentes de trânsito e transporte, quedas e homicídios, causas que, em conjunto, seriam responsáveis por mais de 50% dos óbitos por causas externas nesse grupo[6]. No entanto, devemos considerar que óbitos de idosos, muitas vezes atribuídos a causas naturais, acidentais ou desconhecidas, são na verdade consequência de abuso ou negligência[11, 15].

Pesquisadores consideraram o nível de estresse do cuidador um fator relevante para a violência, mas, ele não responde, por si só, por essa ocorrência[16-18]. Um comportamento agressivo do idoso é uma situação de risco e pode provocar violência recíproca por parte do cuidador. Sendo assim, é importante considerarmos o histórico de violência familiar transgeracional, que pode aumentar a probabilidade de que ocorra a violência contra o idoso[6, 18].

As condições de vida devem ser consideradas um fator de risco por serem causa de conflitos familiares, particularmente a aglomeração e a falta de privacidade; e ainda que a violência contra o idoso possa ocorrer com a vítima e o agressor vivendo separadamente, o risco é maior quando o perpetrador convive com a pessoa idosa. Bibliografias demonstram que 95% dos casos de violência contra os idosos ocorrem na família[10, 11].

Em estudo realizado em Pernambuco, a residência foi o local onde mais frequentemente ocorreram os maus-tratos e encontrou-se a prevalência dos tipos de violência contra o idoso, sendo 62,1% psicológica, 31,8% física e 6,1% negligência[19].

Idosos com suposta condição de violência caracterizam-se como mulheres, solteiras, idade avançada, baixa escolaridade, com alguma dependência física ou psicológica e que vivem com seus familiares[3, 20, 21]. Existem alguns estudos brasileiros que demonstram a prevalência de violência contra os idosos e fatores associados, mas esses ainda são escassos[15, 17, 22, 23].

Particularmente, na cidade de Florianópolis/SC, não existe nenhum estudo abordando este tema. Desta forma, esta pesquisa justifica-se por sua relevância temática e pela escassez deste tipo de estudo no Brasil, que permitirá a obtenção de conhecimento sobre violência com a pessoa idosa, proporcionando evidências que podem contribuir para formulação de políticas públicas voltadas para atender essa população.

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência de violência em idosos residentes na zona urbana do município de Florianópolis – SC, levando-se em conta a associação com os fatores socioeconômicos, demográficos e de saúde desta população.

Este estudo faz parte de um inquérito abrangente intitulado de “EpiFloripa Idoso - Condições de saúde da população idosa do município de Florianópolis, SC: estudo de base populacional” que se constitui em um estudo epidemiológico transversal, de base populacional, cujo objetivo foi investigar os diversos aspectos referentes à vida e saúde da população idosa.

2. **OBJETIVOS**

2.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência e fatores associados da violência contra idosos com 60 anos ou mais da cidade de Florianópolis – SC nos anos de 2009 e 2010.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os tipos de violência aos quais os idosos estão submetidos (violência psicológica, física, verbal e financeira);
- Testar a associação entre a violência e as variáveis demográficas, socioeconômicas, condições de saúde (capacidade funcional e estado cognitivo), relacionadas ao cuidador e com quem o idoso mora.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A VIOLÊNCIA ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A Organização Mundial da Saúde[11] define violência como: O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Essa definição cobre uma ampla gama de consequências – inclusive dano psicológico, privação e deficiência de desenvolvimento. Reflete um reconhecimento cada vez maior por parte dos pesquisadores e profissionais acerca da necessidade de incluir a violência que não resulta, necessariamente, em lesões ou morte, mas que, contudo, oprimem as pessoas, as famílias, as comunidades e os sistemas de assistência à saúde no mundo todo[11].

A violência contra a pessoa idosa precisa ser analisada a partir do contexto das grandes mudanças familiares. Os idosos são vítimas dos mais diversos tipos de violência como a decorrente de políticas econômicas e sociais que mantenham ou aumentem as desigualdades socioeconômicas ou de normas sócio-culturais que legitimem o uso da violência. Isto coloca a violência como parte de uma questão mais ampla de construção da cidadania em um ambiente democrático[24].

A abordagem da saúde pública em relação à violência baseia-se em quatro etapas principais descritas a seguir[11]:

1- Revelar o máximo possível de conhecimento básico a respeito de todos os aspectos da violência - através da coleta sistemática de dados sobre a magnitude, o alcance, as características e as consequências da violência nos níveis local, nacional e internacional.

2- Investigar por que a violência ocorre, ou seja, realizar pesquisas para determinar:

— as causas e os fatores relacionados à violência;

— os fatores que aumentam ou diminuem o risco de violência;

— os fatores que podem ser modificados por meio de intervenções.

3- Explorar formas de evitar a violência, utilizando as informações obtidas, elaborando, implementando, monitorando e avaliando intervenções.

4- Implementar, em diversos cenários, intervenções que pareçam promissoras, divulgando amplamente as informações e determinando a relação custo/efetividade dos programas.

A saúde pública é, acima de tudo, caracterizada por sua ênfase na prevenção. Em vez de simplesmente aceitar ou reagir à violência, seu ponto de partida é a forte convicção de que tanto o comportamento violento quanto suas consequências podem ser evitados[11].

De acordo com a OMS[11] a tipologia da violência está dividida em três grandes categorias, conforme as características de quem comete o ato de violência:

— Violência dirigida a si mesmo (auto-infligida);
— Violência interpessoal;
— Violência coletiva.

Estas três categorias gerais estão subdivididas para especificar melhor cada tipo de violência.

A **violência auto-infligida** é subdividida em comportamento suicida e auto-abuso. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio - também chamados de "parassuicídio" ou "autolesão deliberada" em alguns países - e suicídios completados. O auto-abuso, por outro lado, inclui atos como a automutilação.

A **violência interpessoal** é dividida em duas subcategorias:

· Violência da família e de parceiro (a) íntimo(a) - ou seja, violência que ocorre em grande parte entre os membros da família e parceiros íntimos, normalmente, mas não exclusivamente, dentro de casa.

· Violência comunitária – violência que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneo ou não), e que podem conhecer-se (conhecidos) ou não (estranhos), geralmente fora de casa.

A **violência coletiva** é subdividida em violência social, política e econômica. A violência coletiva cometida para seguir uma determinada agenda social inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. A violência política inclui guerras e conflitos de violência pertinentes, violência do Estado e atos semelhantes realizados por grupos maiores. A violência econômica inclui ataques de grupos maiores motivados pelo ganho econômico, tais como ataques realizados visando a interromper a atividade econômica, negar acesso a serviços essenciais ou criar segmentações e fragmentações econômicas.

3.2 A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

O abuso de idosos por membros da família não é um assunto novo. Este assunto permaneceu reservado e escondido do público, até o aparecimento de iniciativas para tratar do abuso infantil e da violência doméstica, nas últimas duas décadas e meia do século XX. Inicialmente visto como uma questão social e, em seguida, como um problema de idade, o abuso de idosos, tornou-se um problema de saúde pública e de justiça criminal[11, 25].

A violência contra idosos é um fenômeno de notificação recente no mundo e no Brasil. Entretanto a vitimização desse grupo é um problema cultural secular. No momento em que vivemos, a quantidade crescente de idosos oferece um clima de publicização e de politização das informações sobre maus tratos de que são vítimas tornando este problema uma prioridade na pauta de questões sociais e de saúde[26].

> Nos estudos epidemiológicos, o conceito no qual as violências se incluem é "causas externas". No entanto, as duas expressões (causas externas e violência) não se equivalem. "Causas externas" é uma categoria estabelecida pela Organização Mundial de Saúde para se referir às resultantes das agressões e dos acidentes, dos traumas e das lesões. "Violência" é uma noção referente aos processos e às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causandolhes danos físicos, mentais e morais[27].

Para Minayo[28] "o maltrato ao idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança." Afirma, ainda que de acordo com a literatura internacional a violência contra o idoso é um dilema universal.

As diversas maneiras pelas quais a violência contra o idoso se expressa é semelhante com os tipos de violência em geral e estão contidas em documentos oficiais e sua tipologia é definida da seguinte maneira[29]:

Violência Física: utilizar da força física para obrigar os idosos a fazerem o que não desejam, desta forma, ferí-los, provocar dor, dano ou morte.

Violência Psicológica: diz respeito às agressões verbais ou gestuais com o intuito de amedrontar e coagir, humilhá-lo, impedir sua liberdade e privá-lo do convívio social.

Violência Sexual: refere-se ao ato sexual homo ou hetero-racional, sem o consentimento da pessoa. Este ato visa a excitação, relação sexual ou práticas eróticas, por meio de ameaças e agressão física.

Violência Financeira e econômica: corresponde a exploração ou ao uso não consentido dos recursos financeiros e patrimoniais dos idosos. Este tipo de violência é mais comum no meio familiar.

Negligência: diz respeito à recusa ou à omissão de cuidados adequados e primordiais por parte dos reponsáveis legais, familiares ou intitucionais. Este tipo de violância é uma das mais comuns no Brasil e geralmente está associada à outros tipos de violência como a física e psicológica.

Autonegligência: quando ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados a si próprio.

Abandono: ausência ou deserção dos responsáveis institucionais, governamentais ou familiares de prestarem cuidados a uma pessoa idosa.

Outros autores[25, 27] também apontam na tipologia da violência ao idoso as definições:

Violação dos direitos humanos: privação de qualquer direito como a liberdade, direito de fala e privacidade.

Abuso médico: cuidados médicos de forma negligente ou imprópria.

Segregação involuntária: relaciona-se ao espaço das instituições sociais que abrigam o idoso. Manifesta-se por qualquer forma de segregação em outro ambiente ou ala de um idoso residente, sem o consentimento de seu representante legal.

Na cidade de Niterói no Estado do Rio de Janeiro foi realizado um inquérito domiciliar onde foram entrevistados 343 idosos, os dados provenientes deste estudo demonstraram a prevalência de diversas formas de violência, entre elas 43% foram violência psicológica e 9,6% violência física. A violência ocorreu prevalentemente entre os idosos mais jovens, com maior escolaridade, entre os que moram com maior número de indivíduos e que tinham alguma vulnerabilidade[30].

Independente do tipo de violência sofrida, os idosos serão submetidos a sofrimento desnecessário, lesão ou dor da perda, a violação dos direitos humanos e degradação da qualidade de vida[31, 32].

Em seu estudo, Minayo[26] afirma que idosos mais vulneráveis são os dependentes física e mentalmente e que ainda apresentam outros agravantes como esquecimento, confusão mental, incontinência e dificuldades de locomoção.

Meira[33] nos traz outro enfoque das possíveis causas da violência contra a pessoa idosa, que é o cansaço e estresse do cuidador como potencial fator de risco para a instalação de violência intrafamiliar, a saber: a sobrecarga do cuidador devida à função de cuidador único e de tempo prolongado de cuidados; a imposição da função de cuidador na família; história pregressa de violência na família; acúmulo de estressores; e comportamentos adversos do idoso em cuidado. Pimenta et al.[34] destacam que as diferentes dinâmicas do cuidar de um idoso fragilizado poderão, eventualmente, influir positivamente ou não no bem-estar de ambos.

Saber se os idosos sabem a qual órgão recorrer no caso de sofrerem violência é um dado relevante. Estudo realizado em Pernambuco[35] com 315 idosos que sofreram algum tipo de violência mostrou que 46,3% expressaram que sabiam a qual órgão público poderia denunciar a agressão, no entanto nenhum deles foi capaz de nominar um órgão de defesa dos idosos. Quando indagados se tinham conhecimento de algum caso de maus-tratos a um idoso na comunidade, apenas 7,6% responderam afirmativamente. Quando perguntados como a comunidade reagia em casos de maus-tratos, 51,1% não responderam; 27% afirmaram que a comunidade desaprovava e tomava alguma providência; e 21,9%, que a comunidade não tomava qualquer atitude.

3.3 VIOLÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

No ano de 1981, foi realizada a primeira pesquisa sobre a prevalência de maus-tratos e negligência contra os idosos, solicitada pela Comissão Especial da Velhice do Congresso Americano. Através desta pesquisa constatou-se que pelo menos 4% dos idosos americanos havia sofrido algum tipo de violência[36].

Em levantamento realizado em 2005 pelo Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (Claves) pautado nos registros da Delegacia do idoso no ano anterior demonstrou que os

motivos mais frequentes de denúncias são os maus tratos (48,5%). As mulheres são as mais vitimizadas e os agressores são, na maioria das vezes, os filhos (52,3%)[10, 37].

Estudos internacionais são os pioneiros em trabalhar essa temática. Investigação realizada na Espanha[38] demonstrou que a prevalência de violência contra os idosos chegou a quase 30%, dentre estes 16% foram negligência, 15,2% violência psicológica, 4,7% financeira e 0,1% física. O autor destaca que não foram observadas diferenças entre os sexos. Este achado difere de outros estudos que demonstram que as mulheres são mais vitimizadas que os homens[39, 40].

Quanto ao perpetrador da violência Laumann et al[41] afirmam que geralmente é um membro próximo da família, em seu estudo os idosos identificaram que 26% da violência verbal que sofreram foram por cônjuge ou companheiro e 15% pelos filhos.

Na América Latina, o primeiro estudo observado ocorreu na Argentina em 1989, mas a preocupação com os estudos de violência contra o idoso começa a surgir com mais frequência no final da década de 1990. A autora ainda destaca que na América Latina, incluindo o Brasil, não há estudo publicado de abrangência nacional sobre a incidência e prevalência de violência contra o idoso[42].

Existem algumas pesquisas[43] que ocorrem em âmbitos regionais como cidades, conforme duas pesquisas realizadas em Delegacias de Proteção ao Idoso, uma no Estado de São Paulo, pelo Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), e outra em Minas Gerais. Na primeira, foram analisados os boletins de ocorrência das delegacias do idoso referentes ao período de 1991 a 1998. A pesquisa do IBCCRIM apontou os maus-tratos psicológicos como o mais frequentemente reportado, seguidos pela violência física. Das vítimas identificadas, em 57% em São Paulo e 72% em Belo Horizonte, eram mulheres.

Alguns estudos[42, 44] destacam os fatores de risco para violência doméstica contra idosos: histórico de violência familiar, psicopatologia do cuidador (associados ou não a consumo de álcool e de drogas), incapacidade funcional do idoso, estresse causado pelo ato de cuidar, por questões financeiras ou físicas e emocionais, autopercepção de saúde e o isolamento social do agressor.

Desavenças entre os membros da família podem contribuir para o adoecimento dos mesmos, em especial o idoso, que aos poucos perde seu papel dentro do próprio lar, levando a uma relação disfuncional, na qual há ausência de comprometimento de seus familiares em oferecer-lhe um ambiente saudável e tornando-o vítima de maus tratos[45].

Em revisão sistemática publicada em 2007 sobre a prevalência de maus-tratos na terceira idade, apontou apenas 11 estudos de prevalência realizados entre 1988 e 2005, dos quais realizado no Brasil[46]. Dentre esses estudos, 7 apontaram a prevalência de abuso geral, de 1,6%[47] a 8%[48].

Ainda são escassos estudos que tratem das consequências da violência. Estes são mais comuns na literatura estrangeira, como nos estudos realizados em países desenvolvidos[49-51], onde seus achados comprovaram que os idosos violentados apresentam sentimentos de desamparo, alienação, culpa, vergonha, medo, ansiedade, negatividade e isolamento social.

Para López[31] o resultado da violência para a saúde do idoso, vai desde a morte até outros sintomas como transtornos de estresse pós-traumático, alta frequência de distúrbios de memória, sono e problemas de concentração, comportamento agressivo e ideação suicida. Resultado de um estudo mostrou que os casos confirmados de maus-tratos a idosos foram significantemente associados ao risco de mortalidade[52].

Estudo realizado nos Estados Unidos[47] com uma amostra de 2.812 idosos que foram acompanhados durante 12 anos, mostrou que 40% do grupo de idosos que não sofreu violência ou negligência ainda estavam vivos, comparados com 9% daqueles que tinham sofrido violência ou negligência. E após controlar os demais fatores que podiam afetar a mortalidade como idade, sexo, renda, condições funcionais e cognitivas e não encontrar relações significativas nesses fatores, os pesquisadores concluíram que a violência causa estresse tão extremo que pode representar um risco adicional de morte.

No Brasil, pesquisa realizada em Recife[53] durante 3 anos foram registrados 1027 casos de maus-tratos físicos contra pessoas idosas, uma média de 21,4 casos por mês. Em quase todos os casos, a violência foi produzida pela energia mecânica (que utiliza mãos, punhos e pés, para atingir os idosos). Domingo foi o dia da semana, em que as pessoas mais velhas sofreram mais abusos, seguido de sábado. A maioria dos casos ocorreu no período da tarde ou à noite e na casa da vítima.

Por serem fisicamente mais fracos e vulneráveis as consequências da violência para os idosos podem ser mais sérias. Estudos realizados em países desenvolvidos demonstraram que boa parte dos idosos vítimas de violência sofrem depressão ou distúrbios psicológicos. O grupo dos idosos vitimados por maus-tratos apresenta também uma taxa de mortalidade muito mais alta que o dos idosos que não sofreram abuso[11, 54, 55].

Diversos fatores fazem com que o idoso não denuncie seu agressor, tais como: segredo familiar, não compreender o evento como agressão, por perceber este ato como “natural”, cumplicidade, confiança e também pelo autoritarismo do agressor, situações estas que proporcionam a perpetuação e/ou continuidade da situação de violência[25, 56-58].

3.4 LEGISLAÇÕES DE PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA

3.4.1 Legislação Internacional

A Organização das Nações Unidas realizou a primeira Assembléia Mundial do Envelhecimento em agosto de 1982, em Viena, Áustria. O propósito principal dessa Assembléia foi iniciar um fórum para traçar um Plano Internacional de Ação, sensibilizando os governos e a sociedade da necessidade de instituir um Sistema de Seguridade Econômico Social para os idosos, assim como oportunidades de participação e contribuição ao desenvolvimento de seus países[59].

Foram adotados pelas Nações Unidas, em 1991 (Resolução ONU 46/91), os Princípios das Nações Unidas em favor dos idosos, sendo estes princípios relativos aos direitos humanos: independência, participação, cuidados, realização pessoal e dignidade[59].

Em 2002, foi realizada a segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento em Madri/Espanha, resultando no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, no qual foram adotadas medidas em âmbito nacional e internacional, em três direções prioritárias: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem estar na velhice e, ainda, criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento. O Plano de Ação pedia mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis para satisfazer as enormes potencialidades do envelhecimento no século XXI. Suas recomendações específicas para ação dão prioridade às pessoas mais velhas e desenvolvimento, melhorando a saúde e o bem-estar na velhice, e assegurando habilitação e ambientes de apoio[60].

3.4.2 Legislação Nacional

A constituição Federal do Brasil cita em seus artigos 229 e 230, deveres da família quanto aos idosos[61]:

> Os pais têm o direito de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade (Art. 229).
> A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida (Art. 230).

O Ministério da Saúde em 2002[62], elaborou materiais com orientações para profissionais da saúde e população em geral, com o intuito de programar políticas públicas de atenção à saúde do idoso e da abordagem da violência familiar. Um destes é o Caderno de Atenção Básica número 8, intitulado "Violência Intrafamiliar – Orientações para a prática em serviço", que teve como objetivo orientar os profissionais nas ações de diagnóstico, tratamento e prevenção da violência.

No mesmo ano foi aprovado o Decreto nº 4.227/02 que dispõe em seu artigo 1º a criação, competência e composição do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, e estabelece em seu Art. 3º que compete ao CNDI[63]:

> I - supervisionar e avaliar a Política Nacional do Idoso;
> II - elaborar proposições, objetivando aperfeiçoar a legislação pertinente à Política Nacional do Idoso;
> IV - estimular e apoiar tecnicamente a criação de conselhos de direitos do idoso nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios;
> V - propiciar assessoramento aos conselhos estaduais, do Distrito Federal e municipais, no sentido de tornar efetiva a aplicação dos princípios e diretrizes estabelecidos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994; VI - zelar pela efetiva descentralização político-administrativa e pela participação de organizações representativas dos idosos na implementação de política, planos, programas e projetos de atendimento ao idoso;
> VII - zelar pela implementação dos instrumentos internacionais relativos ao envelhecimento das pessoas, dos quais o Brasil seja signatário; e
> VIII - elaborar o seu regimento interno.

No ano de 2009 foi realizado um estudo por Souza[64] sobre as principais políticas públicas e portarias que se destinassem aos idosos. Em seus achados foram encontradas as seguintes políticas que organizam e estruturam a rede de serviços públicos e conveniados do SUS: Política Nacional do Idoso, Política Nacional de saúde da Pessoa Idosa, Política Nacional de Atenção às Urgências, Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e Pacto pela Saúde.

A autora[64] conclui através deste estudo que o tema violência vem aos poucos aparecendo nas políticas públicas voltadas aos idosos no Brasil. E ressalta que dentre todas as políticas existentes a mais objetiva e assertiva é o Estatuto do Idoso[65].

No que diz respeito à violência no Estatuto ele menciona em seu artigo 4º:

> Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.
> § 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.
> § 2º As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

Em seu artigo 47 indica as linhas de ação da política de atendimento composta de serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas e serviços de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência.

A política Nacional do Idoso (1994), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), o Estatuto do Idoso (2003) e as duas Conferências Nacionais dos Direitos do Idoso (2006, 2009) apontam as especificidades do atendimento preconizado para as vítimas, entretanto não apontam devidamente o tema violência[64].

Após 8 anos da promulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é sancionada a lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011 que prevê a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra idosos atendidos em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, conforme artigos abaixo[66]:

> "Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos:
> § 1º Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico.

O INPEA, instituição de reconhecida relevância internacional na defesa dos direitos da pessoa idosa, em parceria com a Organização das Nações Unidas declarou o dia 15 de Junho como o Dia Mundial de Conscientização da Violência à Pessoa Idosa com o principal objetivo de sensibilizar a sociedade civil para lutar contra as diversas formas de violência à pessoa idosa. O ano de 2006 foi a primeira vez que esse dia foi celebrado no mundo e o slogan escolhido foi "Violência contra a pessoa idosa: vamos romper o pacto do silêncio". Foi um desafio lançado cujo conteúdo é extremamente atual e cuja repercussão no mundo foi eficiente e oportuno. O tema do ano de 2007 foi "Vamos em frente" entendendo que o pacto do silêncio ainda não foi rompido e que existe muita coisa para ser feita na defesa dos direitos das pessoas idosas(67).

As propostas para combater a violência contra o idoso envolvem transversalidade das ações, pois inclui diversas diretrizes e legislações. O setor saúde recebe destaque entre os segmentos socias, pois os profissionais deste setor têm amplos acesso a essa população contribuindo para a detecção e acompanhamento dos casos de violencia(68).

3.4.3 Legislação Municipal

Vigora no município de Florianópolis a Lei nº 7694, de 25 de agosto de 2008 (69), que dispõe sobre a Política Municipal do Idoso, cria o conselho municipal do idoso e dá outras providências. Esta lei rege-se de acordo com os dispositivos da Política Nacional do Idoso e da Lei nº 10.741 de 2003 - Estatuto do Idoso. Desta forma podemos afirmar que os princípios legais que regem as ações de proteção ao idoso vítima de

violência no município de Florianópolis são as mesmas descritas no Estatuto do idoso.

O órgão competente para receber idosos violentados é o Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPREVI)[70] que consiste em um programa da Prefeitura Municipal de Florianópolis, executado pela Secretaria Municipal de Assistência Social. O CIAPREVI realiza atendimento psicológico e social ao idoso e sua família em situação de vulnerabilidade ou de violência, visando à proteção e defesa de seus direitos, o fortalecimento da estrutura e dos vínculos familiares. São atendidos gestores e profissionais de programas e instituições da rede de atenção e proteção à pessoa idosa e cuidadores de idosos domiciliares e institucionais.

Em estudo[71] realizado no ano de 2008 no CIAPREVI, constatou-se que este órgão desenvolve o acolhimento e averiguação das denúncias que chegam ao mesmo, assim como avaliação das situações realizadas com uma abordagem multiprofissional. A abordagem dos casos ocorre com orientação à pessoa idosa e familiares, suporte ao cuidador, articulação na rede de atenção para melhor atendimento à situação da pessoa idosa e seus familiares.

4. METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de estudo observacional, com corte transversal, de base domiciliar.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este inquérito foi desenvolvido na zona urbana do município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, que está localizado no centro-leste do Estado. O município apresenta um índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de 0,875 em 2000, alto índice de desenvolvimento humano, colocando o município na 4ª posição dentre todos os municípios brasileiros. A esperança de vida ao nascer é de 72,8 anos e a taxa de fecundidade total é de 1,7 filhos por mulher[72]. A população estimada para Florianópolis em 2009 foi de 408.163 habitantes, sendo 44.460 pertencentes à faixa etária com idade igual ou superior a 60 anos (18.844 do sexo masculino e 25.616 do sexo feminino), representando desta forma, 10,8% da população total[73].

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população estudada foi composta por idosos de ambos os sexos, na faixa-etária de 60 anos ou mais, completos no ano da pesquisa, residentes na zona urbana do município de Florianópolis, Santa Catarina.

4.4 AMOSTRA

Selecionou-se a amostra por conglomerados em dois estágios, sendo tomados como unidades amostrais primárias os setores censitários definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[74] pelo Censo Demográfico de 2000, constituídas por aproximadamente 300 domicílios cada, e as unidades amostrais secundárias, os domicílios[75].

De acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2000, o município de Florianópolis é composto por 460 setores censitários: 429 urbanos, 28 rurais, 2 área urbano isolados e 1 extensão urbano-favela. Para a

presente pesquisa selecionou-se os setores urbanos, sendo que destes foram excluídos 9 setores por serem não-domiciliares, totalizando 420 setores censitários domiciliares. Dos 420 setores censitários, selecionou-se através de amostragem sistemática 80 para fazer parte do estudo[75]. O procedimento para o sorteio foi da seguinte forma, os setores censitários foram estratificados em decis de renda com 42 setores cada. Em cada decil de renda foram sorteados 8 setores de forma a contemplar todos os níveis de renda.

Como o último censo do IBGE[74] foi realizado nove anos antes da pesquisa, foi necessária a realização da contagem de todos os domicílios existentes em cada setor sorteado (arrolamento). O arrolamento foi realizado pelos mestrandos e doutorandos participantes do estudo e se caracterizou pela contagem dos endereços tendo como referência os mapas e as indicações do IBGE. Foram registrados apenas os endereços residenciais permanentemente ocupados.

A fim de diminuir o coeficiente de variação do número de domicílios por setor, tornando-o mais homogêneo, foi realizado o agrupamento de setores com menos de 100 domicílios e divisão dos setores com mais de 500 domicílios, respeitando o decil de renda correspondente. Isso deu origem a 86 setores censitários denominados nesta pesquisa de “episetores”. Os bairros dos setores sorteados foram os seguintes:

Quadro 1 - Bairros sorteados para as entrevistas.

Abraão	Coqueiros	José Mendes
Agronômica	Córrego Grande	Monte Cristo
Balneário	Costeira do Pirajubaé	Pantanal
Cachoeira do Bom Jesus	Daniela	Pedrita
Campeche Leste	Estreito	Porto da Lagoa
Canasvieiras	Ingleses Centro	Recanto dos Açores
Canto	Ingleses Sul	Rio Tavares
Canto da Lagoa	Itacorubi	Saco dos Limões
Capoeiras	Itaguaçu	Trindade
Carianos	Jardim Atlântico	Vargem do Bom Jesus
Centro	Jardim Atlântico (coloninha)	Vargem Pequena
Coloninha	João Paulo	

4.4.1 Cálculo do tamanho da amostra – EpiFloripa Idoso

O cálculo amostral foi feito com base na estimativa da população idosa de Florianópolis em 2009, que foi de 44.460 pessoas, equivalente a 10,8% do total da população estimada[73].

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula para cálculo de prevalência, para mostra causal simples multiplicada por um valor relativo ao efeito do delineamento estimado (amostra por conglomerados) e de uma proporção de perdas previstas. Para tal, foi usado o programa Epi-Info, versão 6.04 de domínio público[76]:

n = N. z2. P (1-P)/d2. (N – 1) + z2. P (1-P) X deff + % de perdas estimadas

Onde:

n = Tamanho mínimo da amostra necessária para o estudo

N = Número da população de referência para 2009: 44.460

Z = nível de confiança (igual a 5%) expresso em desvios-padrão (1,96)

P = prevalência esperada do fenômeno a ser investigado na população: 50% (dados desconhecidos)

d = Erro amostral previsto (precisão): 4 pontos percentuais

deff = efeito do delineamento amostral do estudo, por conglomerados, estimado como igual a 2

% Perdas estimadas: 20%

% Controle de fatores de confusão: 15% (estudos de associação)

Desta forma, para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula acima descrita, multiplicada por 2 (valor relativo ao efeito do delineamento estimado para amostra por conglomerados em dois estágios), sendo acrescidos 20% de perdas previstas e 15% para controle de fatores de confusão em estudos de associação, com os seguintes parâmetros: tamanho da população igual a 44.460, prevalência para o desfecho desconhecido (50%), nível de confiança de 95%, erro amostral igual a 4 pontos percentuais, resultando em um tamanho amostral de 1.634 pessoas. Assim, a pesquisa que resultou em uma amostra total de 1.720 indivíduos foi suficiente para estimar o desfecho.

4.4.2 Cálculo do tamanho da amostra para o estudo da violência contra o idoso

O cálculo do tamanho da amostra necessária para atender os objetivos deste estudo foi realizado a *posteriori*. Para tanto, considerou-se uma prevalência de violência contra o idoso de 6%[11], com 4 pontos

percentuais de margem de erro, nível de confiança de 95%, efeito de delineamento de 2,6, acréscimo de 20% para eventuais perdas e 15% para controle de fatores de confusão em estudos de associação, resultando em amostra de pelo menos 1702 indivíduos. Como este estudo foi parte do EpiFloripa Idoso, utilizou-se a maior amostra calculada.

4.4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foi adotado como critério de inclusão deste estudo indivíduos com 60 anos completos ou mais de ambos os sexos. E como critério de exclusão idosos institucionalizados (asilos, hospitais e presídios).

4.5 INSTRUMENTO DA PESQUISA

O instrumento de coleta foi elaborado pelos professores do corpo docente com colaboração dos discentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, envolvidos no projeto *Epi*Floripa. Foi elaborado um questionário inicial, estruturado em blocos de áreas temáticas, conforme o quadro abaixo:

Quadro 2 - Blocos temáticos.

Bloco	**Tema**
Bloco 1	Dados Cadastrais
Bloco 2	Geral - Socioeconômico e Demográfico
Bloco 3	Saúde Mental
Bloco 4	Condições de Saúde e Hábitos de Vida
Bloco 5	Capacidade Funcional e Quedas
Bloco 6	Morbidades
Bloco 7	Uso de serviços de saúde
Bloco 8	Saúde da Mulher
Bloco 9	Saúde Bucal
Bloco 10	Alimentação
Bloco 11	Atividade Física
Bloco 12	Percepção do ambiente relacionado à atividade física
Bloco 13	Uso de Medicamentos
Bloco 14	Violência contra idosos

No presente estudo, foram utilizados os blocos referentes às informações demográficas, socioeconômicas, condições de saúde, relacionadas ao cuidador e com quem o idoso mora.

4.6 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

4.6.1 Equipe de Trabalho

A equipe de trabalho da pesquisa contou com a coordenadora do inquérito, Professora Doutora Eleonora d'Orsi, do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, quatro pesquisadores principais, três supervisores gerais, professores e doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, uma secretária executiva, 13 supervisores de campo (mestrandos e doutorandos dos departamentos de Saúde Pública, Nutrição e Educação Física da UFSC), 5 estudantes de iniciação científica da graduação, 1 responsável pela comunicação visual e, por fim pelas entrevistadoras contratadas.

4.6.2 Seleção e Treinamento das Entrevistadoras

A seleção e treinamento das entrevistadoras se deu da seguinte maneira:
Etapa 1 – apresentação do projeto, treinamento com o Personal Digital Assistants (PDA) com o apoio de uma equipe do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
Etapa 2 – padronização e calibração das medidas antropométricas (massa corporal, estatura, perímetros da cintura, do quadril e panturrilha) e de pressão arterial;
Etapa 3 – prova teórica e
Etapa 4 – entrevista supervisionada.

4.6.3 Pré-teste

Os discentes da pós-graduação aplicaram um total de 20 pré-testes, em idosos servidores da UFSC, de diversos níveis de escolaridade, com a finalidade de averiguar a compreensão, e ajustar a ordem das questões, adequar ao tempo máximo de entrevista, cerca de uma hora e meia, e a melhorar a qualidade das informações coletas pelo questionário.

4.6.4 Estudo Piloto

O estudo piloto foi baseado em cerca de 100 entrevistas supervisionadas de setores censitários não sorteados no mês de agosto de 2009 para a avaliação geral do questionário bem como dos aspectos operacionais do estudo. Nesta etapa as candidatas foram avaliadas em situação prática de coleta de dados, sendo acompanhadas por um supervisor do estudo.

4.6.5 Coleta de Dados

Todas as entrevistas deste estudo foram realizadas com o auxílio do *Personal Digital Assistants (PDA)*, um computador de dimensões reduzidas onde as informações são coletadas e armazenadas. O PDA tem interconexão com computadores convencionais, os dados são exportados diretamente para os computadores para a construção do banco de dados, dispensando a etapa da digitação e com isso reduzindo os possíveis erros que acontecem durante esta etapa.

Para que a população tivesse conhecimento da realização desta pesquisa, foram divulgadas pelos coordenadores e supervisores todas as informações pertinentes a comunidade pelos meios de comunicação, como telejornal local, programas de rádio e no núcleo de idoso localizado na Universidade Federal de Santa Catarina.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro de 2009 e junho de 2010 totalizando dez meses de pesquisa. Esta coleta foi realizada por meio de entrevistas individuais realizadas nos domicílios sorteados. A mesma ocorreu em duas etapas, primeiramente os supervisores foram aos setores designados a cada entrevistadora e distribuíram as cartas de apresentação do estudo (Apêndice C) aos domicílios sorteados, no caso destes domicílios serem apartamentos, primeiramente foi entregue uma carta de apresentação ao condomínio (Apêndice D). Os supervisores também colocaram os cartazes de apresentação do estudo (Apêndice E) em locais estratégicos do setor, como postos de saúde, comércios, igrejas, centro de convivência de idosos, entre outros. Posteriormente a esta etapa, as entrevistadoras foram enviadas aos setores selecionados para a realização da coleta dos dados.

Para realizar a coleta, foi entregue a cada entrevistadora um mapa do setor que a mesma estava responsável, bem como a lista dos domicílios sorteados. A entrevistadora realizou a identificação de todos os domicílios sorteados do setor e o número de elegíveis em cada

domicílio, para então dar início às entrevistas propriamente ditas. As entrevistadoras realizavam em média 10 entrevistas por semana, tentando não ultrapassar o tempo de uma hora e meia de permanência nos domicílios.

Em caso de dúvidas por parte da entrevistadora durante a coleta dos dados, ela teve a possibilidade de recorrer ao Manual de Instruções ou ao seu supervisor. Imediatamente após a entrevista, as entrevistadoras foram instruídas a revisar as mesmas para verificar se estas estavam completas. Cada uma foi supervisionada por um aluno de mestrado ou doutorado dos programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Educação Física e Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina, todos envolvidos na pesquisa.

4.6.6 Perdas e Recusas

Foram consideradas perdas os idosos não localizados após quatro visitas, sendo pelo menos uma no período noturno e duas no final de semana, além daqueles que se encontravam impossibilitados de responder por motivo de viagem ou internação hospitalar e considerados como recusas os sujeitos que negaram a responder o questionário por opção pessoal. As perdas e recusas não foram substituídas.

Nos casos em que no domicílio sorteado não houvesse nenhum elegível (morador com idade igual ou superior a 60 anos) as entrevistadoras foram orientadas a dirigirem-se ao domicílio imediatamente à direita (sentido horário) e seus moradores, caso fossem da faixa etária em estudo, foram convidados a fazerem parte da pesquisa.

4.6.7 Suporte Técnico

Foram realizadas reuniões semanais entre a coordenadora da pesquisa e os supervisores para atualização das informações, resolução de problemas enfrentados no campo, revisão das entrevistas e relato do andamento da coleta, visando à resolução de problemas enfrentados no trabalho de campo com a maior brevidade possível.

Durante a realização do trabalho de campo, os supervisores, com a orientação da coordenadora do projeto, acompanharam diretamente o trabalho das entrevistadoras por meio de contato periódico. Para isto, seguiram uma lista de tarefas que incluíam: reunião semanal com as entrevistadoras para discussão de dúvidas e recebimento das entrevistas; revisão dos questionários concluídos, das fichas de perdas e recusas e

dos diários de campo; fornecimento de material e de novos setores; discussão e resolução das dúvidas e dificuldades; registro do recebimento de questionários e da saída de material; correções de inconsistências nas entrevistas e acompanhamento das entrevistadoras em setores e domicílios com dificuldade de acesso.

Para auxiliar esta etapa foi organizada uma escala semanal de plantões composta pelos mestrandos e doutorandos que esteve à disposição da equipe de entrevistadoras para resolução de qualquer problema que surgisse durante o trabalho de campo.

4.7 ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIAS

Buscou-se realizar a análise das inconsistências semanalmente. Após a entrega das entrevistas houve a verificação de consistência dos dados, realizando a frequência simples dos dados e comparando-se ao esperado. Assim, respostas contraditórias eram identificadas e repassadas aos supervisores para que solucionassem as inconsistências com a entrevistadora responsável. Após as devidas correções o supervisor alterava as variáveis no banco de dados de suas entrevistadoras e encaminhavam as correções ao responsável pelo banco final. Verificada e corrigida as inconsistências, obteve-se em definitivo o banco de dados do estudo.

4.8 CONTROLE DE QUALIDADE

Para assegurar a confiabilidade do estudo, foi realizado o controle de qualidade. Foram sorteadas aleatoriamente 10% das entrevistas para a aplicação de um questionário resumido contendo perguntas-chave (Apêndice F), via telefone. Este controle foi realizado pelo supervisor responsável pelo setor e buscou verificar possíveis erros, respostas falsas, a concordância das respostas a algumas questões e a adequada aplicação da entrevista bem como a postura das entrevistadoras em relação aos entrevistados. O principal objetivo do controle de qualidade não foi validar as questões, mas garantir que as entrevistas estavam sendo aplicadas na íntegra e adequadamente assegurando a confiabilidade do trabalho das entrevistadoras.

Posteriormente a finalização do controle de qualidade, foi aplicado o teste *Kappa* visando o cálculo de reprodutibilidade de algumas questões do presente estudo. Conforme o controle de qualidade verificou-se que a reprodutibilidade de algumas questões foram

consideradas satisfatórias, com valores de *Kappa* 0,3 a 0,9, sendo que a maioria apresentou reprodutibilidade boa a excelente.

Quadro 3 - Valores de *Kappa* da reprodutibilidade de algumas questões

Questões	***Kappa***	***P***
O Sr. (a) estudou na escola	0,5	< 0,001
Como o Sr. (a) considera a cor da sua pele, raça ou etnia?	0,6	< 0,001
Quantas pessoas vivem com o Sr. (a)?	0,3	< 0,001
No último ano, o Sr. (a) tomou vacina contra gripe?	0,8	< 0,001
Algum médico ou profissional da saúde já disse que o Sr.(a) tem diabetes?	0,8	< 0,001
Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa?	0,3	< 0,001
Lembrando dos seus dentes de baixo, o Sr. (a) tem?	0,7	< 0,001
Nos últimos três meses o Sr. (a) consultou com médico?	0,4	< 0,001
Com que freqüência o Sr. (a) toma bebidas alcoólicas?	0,6	< 0,001
Nos últimos 30 dias o Sr. (a) usou algum remédio?	0,5	< 0,001
O Sr. (a) fuma ou fumou cigarros?	0,8	< 0,001
O Sr. (a) tem plano de saúde particular, de empresa ou órgão público?	0,6	< 0,001
Só para mulheres: A Sra. Já ouviu falar do exame de mamografia?	0,9	< 0,001

4.9 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.9.1 Variável dependente – Desfecho

A variável dependente deste estudo é a violência contra o idoso. Esta variável é medida no questionário através de um bloco específico denominado Bloco sobre relações com outras pessoas (Apêndice B), formado por 7 perguntas relacionadas a algum tipo de violência que o idoso possa ter sofrido.

Neste estudo foram investigados quatro tipos de violência (verbal, psicológica, física e financeira) por meio do questionário utilizado na Pesquisa Saúde Bem estar e Envelhecimento (SABE)[77], que trata-se de um estudo longitudinal sobre as condições de vida e saúde dos idosos do município de São Paulo no ano 2006 e que reúnem questões que avaliam se o idoso sofreu violência verbal, financeira, psicológica e física.

Foram utilizadas as seguintes perguntas para formar as variáveis de violência: 1) "*Sofreu algum tipo de violência", 2) "No último ano, algumas das pessoas que o rodeiam tem gritado com o (a) Sr (a) sem razão?", 3) "No último ano, alguma das pessoas que rodeiam o(a) tem chamado por algum nome ou apelido que o (a) Sr(a) não goste?", 4) "No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem usado ou mexido no seu dinheiro sem sua autorização?" 5) "No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam o(a) tem ameaçado(a) por não fazer o que eles querem que o(a) Sr(a) faça?" 6) "No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem batido ou esbofeteado o(a) Sr(a)?" 7) "No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem sacudido ou chacoalhado a(a) Sr(a)?" e 8) "No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem roubado seu dinheiro ou algum pertence importante para o(a) Sr(a)?".*

Salientamos que para formar a variável 1, bastava que o idoso respondesse "sim" em alguma das demais perguntas. Para este estudo, consideramos como violência verbal as questões 2 e 3. Como violência financeira as questões 4 e 8, violência psicológica a questão 5 e como violência física as questões 6 e 7.

4.9.2 Variáveis independentes

Variáveis de controle

No presente estudo foram definidas como variáveis de controle as informações demográficas, socioeconômicas, condições de saúde, variáveis relacionadas ao cuidador e com quem o idoso mora. As variáveis independentes estão descritas nos quadros 4 e 5.

Variáveis demográficas e socioeconômicas:

Idade, referida em anos completos no momento da pesquisa.
Sexo, observado pelo entrevistador.

Situação conjugal, referida através das opções de resposta casado(a)/com companheiro(a); solteiro (a); divorciado (a)/separado(a) ou viúvo (a).

Cor da pele, referida através das opções branca, parda, preta, amarela e indígena.

Renda *per capita* familiar, referida através da informação do total de ganhos mensal de todos os residentes do domicílio, dividida pelo número de moradores do domicílio, em reais. A renda familiar *per capita* foi estratificada em quartis da seguinte maneira: (1º quartil: ≤ R$ 327,50; 2º quartil: entre R$ 327,50 e R$ 700,00; 3º quartil: entre R$ 700,00 e R$1.500,00 e 4º quartil: > R$ 1.500,00).

Escolaridade, definida em anos completos (com aprovação) de estudo.

Variáveis de condições de saúde:

Estado cognitivo, verificado por meio da aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)[78]. Este instrumento é composto por questões que avaliam as funções cognitivas de orientação temporal, orientação espacial, memória imediata e evocada, atenção e cálculo, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos , até um total máximo de 30 pontos, o qual corresponde a melhor capacidade cognitiva. Neste estudo foram utilizados os pontos de corte sugeridos por Brucki et al.[79], que classifica com função cognitiva normal os indivíduos que atingirem a seguinte pontuação, conforme a escolaridade: Analfabetos: 20 pontos 1-4 anos de estudo: 25 pontos 5-8 anos de estudo: 26,5 pontos 9-11 anos de estudo: 28 pontos >11: 29 pontos Todos os indivíduos que atingiram uma pontuação menor que a sugerida, para cada nível de escolaridade, foram classificados com provável déficit cognitivo.

Capacidade funcional, por meio da aplicação da escala de atividades da vida diária (AVD), composta por 15 atividades: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro em tempo, deitar/levantar-se da cama ou cadeira, alimentar-se sozinho, pentear-se, cortar as unhas dos pés, subir um lance de escada, andar no plano (atividades básicas para a manutenção corporal ou atividades pessoais – AVDP), preparar refeições, subir escadas, pegar ônibus, ir andando a um lugar perto de sua casa, tomar remédios na hora certa e fazer limpeza de casa (atividades básicas para o convívio independente na comunidade ou instrumentais – AVDI). Para a classificação da capacidade funcional

foram adotados os seguintes critérios: ausência de dependência (incapacidade/dificuldade em nenhuma das atividades); dependência leve (incapacidade/dificuldade para realizar 1-3 atividades) e dependência moderada/grave (incapacidade/ dificuldade em quatro ou mais atividades)[80].

Quadro 4 - Descrição das variáveis demográficas, socioeconômicas, de saúde, variáveis relacionadas ao cuidador e com quem o idoso mora.

Variável	Definição	Tipo de variável
Sexo	Masculino/feminino	Categórica nominal dicotômica
Idade	Anos completos: 60 a 69 anos 70 a 79 anos 80 anos ou mais	Numérica
Estado civil	Casado/união estável Solteiro/Divorciado/Viúvo	Categórica nominal dicotômica
Cor da pele	Branca Parda Preta	Categórica nominal
Escolaridade	0 a 4 anos 5 a 8 anos 9 a 11 anos 12 anos ou mais	Categórica ordinal
Renda	Renda familiar per capita em quartis: 1º quartil: ≤ R$ 327,50; 2º quartil: > R$ 327,50 a R$ 700,00; 3º quartil: > R$ 700,00 a R$1500,00 4º quartil: > R$ 1500,00	Numérica
Capacidade funcional	Ausência de dependência (incapacidade/dificuldade em nenhuma das atividades); Dependência leve	Categórica ordinal

	(incapacidade/dificuldade para realizar 1-3 atividades) e Dependência moderada/grave (incapacidade/dificuldade em quatro ou mais atividades)	
Estado cognitivo	Pontuação: Função cognitiva normal: Analfabetos: ≥ 20 1-4 anos de estudo: ≥ 25 5-8 anos de estudo: ≥ 26 9-11 anos de estudo: ≥28 >11: ≥29 Déficit cognitivo: Analfabetos: < 20 1-4 anos de estudo: < 25 5-8 anos de estudo: < 26 9-11 anos de estudo: < 28 >11: < 29	Categórica ordinal
Auto percepção de saúde	Boa/ muito boa Regular Ruim/muito ruim	Categórica ordinal
Possui Cuidador	Não Sim	Categórica Dicotômica
Cuidador Principal	esposo(a)/companheiro(a) filho(a)/neto(a) cuidador formal Outros	Categórica nominal
Com quem mora	Com cônjuge/ outros de sua geração Sozinho Com filhos ou netos	Categórica nominal

Quadro 5 - Descrição das variáveis relacionadas à violência contra o idoso.

Variável	Definição	Tipo de variável
No último ano, algumas das pessoas que o rodeiam tem gritado com o (a) Sr (a) sem razão?	Sim/Não	Categórica nominal dicotômica
No último ano, alguma das pessoas que rodeiam o(a) tem chamado por algum nome ou apelido que o (a) Sr(a) não goste?	Sim/Não	Categórica nominal dicotômica
No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem usado ou mexido no seu dinheiro sem sua autorização?	Sim/Não	Categórica nominal dicotômica
No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam o(a) tem ameaçado(a) por não fazer o que eles querem que o(a) Sr(a) faça?	Sim/Não	Categórica nominal dicotômica
No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem batido ou esbofeteado o(a) Sr(a)?	Sim/Não	Categórica nominal dicotômica
No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem sacudido ou chacoalhado a(a)	Sim/Não	Categórica nominal dicotômica

Sr(a)?		
No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem roubado seu dinheiro ou algum pertence importante para o(a) Sr(a)?	Sim/Não	Categórica nominal dicotômica

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo aprovado em 23/12/2008 sob nº352/2008.

Após uma explicação geral dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos a serem realizados, foi solicitado aos entrevistados a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G) para a realização da entrevista. Foi garantida a confidencialidade das informações, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Tendo todas suas dúvidas esclarecidas, os entrevistados eram convidados a assinar o termo de consentimento, ficando com uma cópia. A via assinada foi arquivada na sede do estudo.

4.11 FINANCIAMENTO

O projeto original que deu origem a este estudo, obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), sob processo número 569834/2008 2, do Edital/Chamada nº 06/2008 Faixa B, sendo concedido auxílio financeiro no valor de Custeio: R$ 50.000,00, Capital: R$ 9.000,00, Valor Global: R$ 59.000,00.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) financia a bolsa de mestrado da pesquisadora deste trabalho.

4.12 ANÁLISE DOS DADOS

Foram calculadas as prevalências de violência segundo as categorias das variáveis exploratórias. Em seguida, por meio da Regressão Logística, testaram-se os fatores associados à violência. Assim, obtiveram-se as Razões de Chance (OR) nas análises bivariadas e multivariável com seus respectivos intervalos de confiança ($IC_{95\%}$)[81]. A partir dos resultados da regressão bivariada foram incluídas na análise multivariável todas as variáveis que apresentaram $p<0,20$, sendo associadas aquelas com $p<0,05$.

A modelagem foi realizada com a entrada das variáveis por blocos, sendo o primeiro bloco constituído pelas variáveis demográficas, o segundo socioeconômicas, o terceiro condições de saúde, e por fim as variáveis relacionadas ao cuidador e com quem o idoso mora.

Todas as análises foram realizadas considerando o efeito do desenho amostral por conglomerados e incorporando-se os pesos amostrais. A análise dos dados foi conduzida no programa estatístico Stata 11.0 (Stata Corp., College Station, EUA).

5 RESULTADOS

O resultado deste estudo será apresentado sob a forma de um artigo, conforme regulamento do Programa de Pós-graduação, apresentado no apêndice A do trabalho, juntamente com o regulamento da revista a qual o mesmo será encaminhado.

O artigo intitulado **Prevalência de Violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC,** tem como objetivo **e**stimar a prevalência de violência em idosos e analisar sua associação com fatores demográficos, socioeconômicos e condições de saúde. Trata-se de estudo de base populacional, transversal, conduzido com 1.705 indivíduos com 60 anos ou mais residentes na zona urbana de Florianópolis, SC, de setembro de 2009 a junho de 2010. Neste estudo foram investigados quatro tipos de violência (violência verbal, psicológica, física e financeira). Foram calculadas as prevalências de cada tipo de violência e verificada a prevalência da violência geral segundo as categorias das variáveis exploratórias. Em seguida, por meio da Regressão Logística, testaram-se os fatores associados à violência geral. Assim, obtiveram-se as Razões de Chance (OR) nas análises bivariadas e multivariável com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). A prevalência de violência foi quase 13%. A verbal ocorreu com 11,0% dos entrevistados, seguida da financeira, psicológica e física. Constatamos uma prevalência de violência contra os idosos considerada acima do que é esperado pela OMS. Idosos que moram com filhos e netos foram mais sujeitos a violência.

REFERÊNCIAS

1. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Revista de Saúde Pública. 1987;21(3).
2. Netto MP, Yuaso DR, Kitadai FT. Longevidade: desafio no terceiro milênio. Rev O Mundo da Saúde [Internet]. 2005 out-dez.; 29:594-606. Available from: http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/32/13_Longevidad._desafios3mil.pdf.
3. Sanches APRA. Violência doméstica contra idosos no município de São Paulo: estudo SABE, 2000. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. 2006.
4. Souza ERd, Correia BSC. Construção de indicadores avaliativos de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa vítima de acidentes e violência
Construction of indicators for assessing the policy of reducing accidents and violence for the elderly care. 2010;Array(Array):2753-62. pt.
5. Brasil. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. . 192 p.
6. Minayo MCdS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cadernos de Saúde Pública. 2003;19:783-91.
7. Unidas. OdN. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização das Nações Unidas; 2005. p. 60.
8. IBGE. População brasileira envelhece em ritmo acelerado. 2011.
9. Brasil. Portaria no 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília.: Ministério da Saúde.; 2006.
10. Njaine. Katie et. al. Impactos da violência na ssaúde. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz.2009. 3849.
11. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violênciae saúde In: OMS, editor. Genebra.2002. p. 380.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de atenção básica n. 19: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília(DF); 2006.
13. Action on Elder Abuse. (1995, May/June). Definition of elder abuse.Action on Elder Abuse Bulletin, 11.

14.Gondim, LVC. Violência intrafamiliar contra o idoso: uma preocupação social e jurídica. Revista Acadêmica da Escola Superior do Ministério Público do
Ceará. Fortaleza, ano 3, n. 2. ago./dez. 2011. Disponível em: http://www.pgj.ce.gov.br/esmp/publicacoes/edi002_2011/artigos/04-violencia.Intrafamiliar.Contra.o.Idoso.pdf. Acesso em: 12 ago 2012 . ISSN 2176-7939.
15. Gaioli CCLdO, Rodrigues RAP. Occurrence of domestic elder abuse
Ocurrencia de maltratos a los ancianos en el domicilio
Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. 2008;Array(Array):465-70. en.
16. Conceição LFSd. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado
Elderly health: guidance to bedridden elderly caregivers. 2010;Array(Array). pt.
17. Queiroz ZPVd, Lemos NdFD, Ramos LR. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar
Factors potentially associated to domestic negligence among elders assisted in home assistance program. 2010;Array(Array):2815-24. pt.
18. Souza AS, Meira EC, Neri IG, Silva JAd, Gonçalves LHT. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. Textos sobre Envelhecimento. 2004;7:63-85.
19. Melo VLd, Cunha JdOCd, Falbo Neto GH. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco
Elder abuse in Camaragibe, Pernambuco. 2006;Array(Array):s43-s8. pt.
20. Bruno LMdSM. Considerações sobre o abuso financeiro de pessoas idosas e a dinâmica das relações familiares. Textos sobre Envelhecimento. 2005;8:224-37.
21. Santos ACPdO, Silva CAd, Carvalho LS, Menezes MdRd. A construção da violência contra idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2007;10:129-40.
22. Apratto Júnior PC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil)
The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). 2010;Array(Array):2983-95. pt.
23. Abath Mde B, Leal MC, Melo Filho DA, Marques AP. Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in

Recife, Pernambuco State, Brazil. Cad Saude Publica. 2010 Sep;26(9):1797-806. PubMed PMID: 20877940. Epub 2010/09/30. eng.
24. Pasinat MT, Camarano AA, Machado L. Idosos Vítimas de Maus-Tratos Domésticos: Estudo Exploratório das Informações dos Serviços de Denúncia. 2004.
25. Minayo MCdS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema
Violence against the elderly: the relevance of an old health problem. 2003;Array(Array):783-91. pt.
26. Minayo MCdS. Violência contra idosos:o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. 2ª. ed. Brasília.: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005. 48 p.
27. Minayo MCdS. Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria
Violence against aged: the reverse of the respect to experience and knowledge. 2005:48-. pt.
28. Brasil. Violência contra idosos:o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. 2ª. ed. Brasília.: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005. p. 48.
29. Brasil. Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.
30. Apratto Júnior PC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil)
The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). Ciênc saúde coletiva. 2010;15(6):2983-95.
31. Díaz López RC, Llerena Álvarez Á. Principales manifestaciones de la violencia intrafamiliar en pacientes de la tercera edad, como factor de riesgo para la conservación de la salud: Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Junio 2008-junio 2009. Revista Médica Electrónica. 2010;32:0-.
32. Souza JAGDE, Iglesias ACRG. Trauma no idoso. Revista da Associação Médica Brasileira. 2002;48:79-86.
33. Meira EC, Gonçalves LHT, Xavier JdO. Relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar. Ciênc cuid saúde. 2007;6(2):171-80.
34. Pimenta GMF, Costa MAdSMCd, Gonçalves LHT, Alvarez ÂM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio

doméstico da grande Região do Porto, Portugal. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2009;43:609-14.
35. Melo VLd, Cunha JdOCd, Falbo Neto GH. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. Rev bras saúde matern infant. 2006;6(supl.1):s43-s8.
36. US Senate Special Committee on Aging. Elder Abuse: An Examination of a Hidden Problem. Washington DC. Government Printing Office, 1981.
37. Mouton CP, Rodabough RJ, Rovi SL, Brzyski RG, Katerndahl DA. Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women. Ann Fam Med. 8. United States2010. p. 206-13.
38. Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, Lopez-Pousa S, Juvinya D, Vila A, Vilalta-Franch J. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. J Am Geriatr Soc. 2009 May;57(5):815-22. PubMed PMID: 19484837. Epub 2009/06/02. eng.
39. Docampo Santaló L, Barreto Lacaba R, Santana Serrano C. Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor
Behavior of the intrafamilial violence in the elderly. 2009;Array(Array). es.
40. Ruelas González MG, Salgado Zinder N. Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores en México
Factors associated with self-reporting of abuse in seniors citizens in Mexico. 2009;Array(Array):90-9. es.
41. Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 63. United States2008. p. S248-S54.
42. Machado, L.; Queiroz, Z. Negligência e maus-tratos. In: FREITAS, E. V. et al. (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.
43. Pasinato, MT; Camarano, AA; Machado, L. Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações dos serviços de denúncia. Texto para discussão n. 1200. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006.Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_234.pdf>. Acesso em:11 ago 2012. .
44. Amstadter AB, Begle AM, Cisler JM, Hernandez MA, Muzzy W, Acierno R. Prevalence and correlates of poor self-rated health in the United States: the national elder mistreatment study. Am J Geriatr

Psychiatry. 2010 Jul;18(7):615-23. PubMed PMID: 20220579. Pubmed Central PMCID: 2893408. Epub 2010/03/12. eng.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Básica nº19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006.
46. Espíndola CR, Blay SL. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática
Prevalence of elder abuse: a systematic review. 2007;Array(Array):301-6. pt.
47. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. JAMA. 280. United States1998. p. 428-32.
48. Tornstam L. Abuse of the Elderly in Denmark and Sweden. Journal of Elder Abuse & Neglect. 1988 1988/02/19;1(1):35-44.
49. Phillips LR. Abuse and neglect of the frail elderly at home: an exploration of theoretical relationships. J Adv Nurs. 1983 Sep;8(5):379-92. PubMed PMID: 6556198. Epub 1983/09/01. eng.
50. Hightower J, Smith MJ, Hightower HC. Hearing the voices of abused older women. J Gerontol Soc Work. 2006;46(3-4):205-27. PubMed PMID: 16803785. Epub 2006/06/29. eng.
51. Tam S, Neysmith S. Disrespect and isolation: elder abuse in Chinese communities. Can J Aging. 2006 Summer;25(2):141-51. PubMed PMID: 16821197. Epub 2006/07/06. eng.
52. Dong XQ, Simon MA, Beck TT, Farran C, McCann JJ, Mendes de Leon CF, et al. Elder abuse and mortality: the role of psychological and social wellbeing. Gerontology. 57. Switzerland: Basel.; 2011. p. 549-58.
53. Abath MdB, Leal MCC, Melo Filho DAd, Marques APdO. Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State, Brazil
A violência física contra a pessoa idosa revelada em serviço médico-legal, Recife, Pernambuco, Brasil. Cad saúde pública. 2010;26(9):1797-806.
54. Ribeiro AP, Barter EACdP. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil
Rehabilitation service to the elder person victim of accidents and violence on different regions of Brazil. 2010;Array(Array):2729-40. pt.
55. Kleinschmidt KC. Elder abuse: a review. Ann Emerg Med. 30. United States1997. p. 463-72.

56. Ritt, CF. Violência doméstica e familiar contra o idoso: o município e a implementação das políticas públicas previstas no Estatuto do Idoso. Santa Cruz do Sul, 2007.175. Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), 2007. .
57. Souza JAVd, Freitas MCd, Queiroz TAd. Violência contra os idosos: análise documental
Violence against the aged: documental analysis
Violencia contra los ancianos: análisis documental. 2007:268-72. pt.
58. Minayo MCdS, Souza ERd. As múltiplas mensagens da violência contra idosos
The multiple messages of the violence against senior. 2003:l223-42. pt.
59. Portal do Envelhecimento. Os direitos humanos e a pessoa idosa.2010.
60. ONU. Organização das Nações Unidas. A ONU e as pessoas idosas. 2010.
61. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.
62. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde.2002. Brasília:Ministério da Saúde. .
63. Brasil. Decreto n.° 4227, de 13 de maio de 2002, Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências . Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil, Brasília.
64. de Souza ER, Minayo MC. [The insertion of the violence against elderly theme at health care public policies in Brazil]. Cien Saude Colet. 15. Brazil2010. p. 2659-68.
65. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.: Diário Oficial da União; 2003.
66. Lei nº 12.461/2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1o de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília, DF. .
67. Secretaria da Saúde. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.
68. Wanderbroocke, ACNS. A violência familiar na perspectiva de idosos e Profissionais no contexto da atenção primária à Saúde. 2011. 325 f. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2011.

69. Lei nº 7694, de 25 de agosto de 2008. Dispõe sobre a Política Municipal do Idoso, cria o conselho municipal do idoso e dá outras providências. Florianópolis2008.
70. CIAPREVI. Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa. Acesso em: 02 Jun 2011. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/semas/?cms=ciaprevi&menu=1>.
71. JOSÉ, Jaqueline Damiani Ricardo. Um Estudo exploratório do Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa (CIAPREVI). Florianópolis, SC, 2009. 172 f. TCC (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em : <http://tcc.bu.ufsc.br/.
72. PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.2003.
73. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para o TCU. 2009, editor.
74. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000.
75. Silva NN. Amostragem probabilística. Um curso introdutório. 2. ed. São Paulo.2004.
76. Dean A, al e. Epi Info, version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.
77. SABE - Estudo Longitudinal sobre as condições de vida e de saúde dos idosos do Município de São Paulo, 2006.
78. Folstein M.F.; Folstein, S.E.; Mchugh, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. J Psychiatr Res, v. 12, p. 189-98, 1975.
79. Brucki, SM. et al. Sugestões para o uso do Mini- Exame do Estado Mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr, v. 61, n. 3B, p. 777-81, 2003.
80. Rosa, TEC. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.
81. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol. 2003 Oct 20;3:21. PubMed PMID: 14567763. eng.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ARTIGO CIENTÍFICO

Prevalência de Violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC.

RESUMO: O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de violência em idosos e analisar sua associação com fatores demográficos, socioeconômicos e condições de saúde. Foi um estudo de base populacional, transversal, conduzido com 1.705 indivíduos com 60 anos ou mais residentes na zona urbana de Florianópolis, SC, de setembro de 2009 a junho de 2010. Neste estudo foram investigados quatro tipos de violência (violência verbal, psicológica, física e financeira) por meio do questionário utilizado na Pesquisa Saúde Bem estar e Envelhecimento (SABE). Foram calculadas as prevalências de cada tipo de violência e verificada a prevalência da violência geral segundo as categorias das variáveis exploratórias. Em seguida, por meio da Regressão Logística, testaram-se os fatores associados à violência. Assim, obtiveram-se as Razões de Chance (OR) nas análises bivariadas e multivariável com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). A prevalência de violência foi aproximadamente 13%. A verbal ocorreu com 11,0% dos entrevistados, seguida da financeira, psicológica e física. Através da análise ajustada observamos que houve associação ao desfecho, ser do sexo feminino (OR = 2.08 [IC95%: 1.3-3.2]). Idosos solteiros(as) ou divorciados(as) tiveram 66% mais chance de sofrer violência (IC95%: 1.10-2.49), em relação aos casados(as) ou com companheiros(as). Os menos escolarizados apresentaram maior oportunidade de sofrer violência em comparação aos mais escolarizados. Da mesma forma, idosos com dependência moderada a grave apresentaram uma chance 70% maior do desfecho (IC95%: 1.08-2.66), os que moravam com filhos ou netos apresentaram duas vezes mais chance de sofrer violência (IC95%: 1.40-3.40). O presente artigo mostrou a prevalência de violência contra os idosos acima da esperada pela OMS, porém é possível que este número seja ainda maior. Por se tratar de assunto delicado, muitas vezes os idosos têm medo de revelar que estão em situação de violência, considerando que na maioria das vezes, os perpetradores são os próprios familiares, eles acabam não expondo a circunstância em que vivem.

Descritores: Idoso; Violência; Maus-Tratos ao Idoso; Estudos transversais.

Prevalence of violence against the elderly and associated factors, population-based study in Florianópolis, SC.

ABSTRACT: The objective of this study was to estimate the prevalence of violence in the elderly and to analyze its association with demographic, socioeconomic and health conditions. It was a cross sectional population-based study, conducted with 1,705 individuals 60 years or older living in the city of Florianópolis, SC, from September 2009 to June 2010. We have investigated four types of violence (verbal, psychological, physical and financial) through the questionnaire used in Welfare Research Health and Aging. Prevalences were calculated for each type of violence and found the prevalence of violence under the general categories of explanatory variables. Then, by means of logistic regression, we tested the factors associated with violence. Thus, we obtained the odds ratios (OR) in bivariate and multivariable with their respective confidence intervals (95%). The general prevalence of violence was approximately 13%. The verbal occurred with 11.0% of respondents, followed by financial, psychological and physical. Through the adjusted analysis shows that there was an association with the outcome, being female (OR = 2.08 [95% CI: 1.3-3.2]), Elderly Singles (s) or divorced (as) had 66% more likely to suffer violence (95% CI: 1:10 to 2:49), compared to married (as) or companions (as). The less educated had a higher chance of suffering violence compared to the more educated. Likewise, elderly patients with moderate to severe dependence showed a 70% greater chance of outcome (95% CI: 1.08-2.66), those who lived with their children or grandchildren were twice as likely to suffer violence (95% CI: 1:40 to 3:40). This article showed the prevalence of violence against the elderly greater than expected by the WHO, but we suspect that this number is even higher. Because it is tricky, often the elderly are afraid to reveal who are victims of violence, whereas in most cases, the perpetrators are family members themselves, they end up not exposing the circumstances in which they live. **Keywords:** Aged, Elder Abuse; Cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional não se refere a indivíduos ou a uma geração, mas sim à mudança na estrutura etária da população, considerada como definidora do início da velhice[1, 2]. Para que estes possam ter uma maturidade digna são necessárias estratégias como a promoção do envelhecimento ativo e saudável e preferência na formulação e execução de políticas sociais públicas específicas e demais ações previstas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e Estatuto do Idoso [3, 4]. Outro ponto que deve ser levado em consideração é a violência pela qual o idoso pode estar sendo submetido.

A violência contra o idoso é definida como um ato de agressão ou omissão, que pode ser intencional ou involuntário. O abuso pode ser de natureza física ou psicológica ou pode envolver maus-tratos de ordem financeira ou material[5].

Estudo realizado na Espanha[6] mostrou que a prevalência de suspeita de sofrer algum tipo de violência foi de 29,3%. Dentre estas, 16% foram negligência, 15,2 violência psicológica, 4,7% financeira e 0,1% física. Enquanto no México 16,3% dos idosos que participaram de estudo sofreram alguma forma de violência[7].

No Brasil pesquisa realizada na cidade de Niterói demonstrou a prevalência de violência, entre elas 43% violência psicológica e 9,6% física[8]. Outras pesquisas comprovam que os idosos com suposta condição de violência caracterizam-se como mulheres, solteiras, idade avançada, baixa escolaridade, com alguma dependência física ou psicológica que vivem com filhos, noras e netos[9-11].

Sabe-se que a violência propicia danos na capacidade funcional dos idosos, e qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação de direitos humanos, e uma redução da qualidade de vida para estes[5, 12-14].

Considerando-se que a violência sofrida por idosos é um importante agravo a ser pesquisado, conforme demonstrado, o objetivo deste estudo é estimar a prevalência de violência e os fatores associados, em idosos residentes no município de Florianópolis/SC.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal populacional de base domiciliar composto por idosos de 60 anos ou mais residentes no município de Florianópolis/SC. O estudo faz parte de inquérito sobre as condições de saúde das pessoas idosas, realizado entre 2009 e 2010 - *EpiFloripa* Idoso.

A população estimada no período da realização do estudo para Florianópolis, capital de Santa Catarina era de 408.163 habitantes, sendo 44.460 com idade igual ou superior a 60 anos (18.844 do sexo masculino e 25.616 do sexo feminino), o que representa 10,8% da população total[(IBGE)]. Neste período, o município apresentava um índice de desenvolvimento humano de 0,88 em 2000, colocando-o na quarta posição dentre os brasileiros, e a esperança de vida ao nascer era 72,8 anos[(15)].

Para calcular o tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula para cálculo de prevalência, para amostra causal simples multiplicada por 2 (valor relativo ao efeito do delineamento estimado para amostra por conglomerados em dois estágios), sendo acrescidos 20% de perdas previstas e 15% para controle de fatores de confusão em estudos de associação, com os seguintes parâmetros: tamanho da população igual a 44.460, prevalência para o desfecho (6%), nível de confiança de 95%, erro amostral igual a 4 pontos percentuais, resultando em um tamanho amostral mínimo de 1.072 pessoas. Para tal, foi usado o programa Epi-Info[(16)], versão 6.04 de domínio público.

A seleção da amostra ocorreu por conglomerados em dois estágios. No primeiro, foram sorteados 80 (oito setores em cada decil de renda) dos 420 setores censitários urbanos da cidade em ordem crescente de renda média mensal do chefe da família. Os domicílios formaram o segundo estágio.

Para atualização do número exato de domicílios em cada setor, percorreu-se cada um dos setores censitários sorteados e procedeu-se à contagem de todos os domicílios habitados. Este procedimento foi necessário devido ao último censo anterior à pesquisa ter sido realizado no ano de 2000. O número de domicílios nos setores variou entre 61e 725.

Setores com menos de 150 domicílios foram agrupados e setores com mais de 500 domicílios foram divididos, respeitando o decil de renda correspondente, com a finalidade de diminuir o coeficiente de variação do número de domicílios por setor. Desta forma, chegou-se ao total de 83 setores censitários e reduziu o coeficiente de variação inicial

de 52,7% para 35,2%. Segundo o IBGE, o número médio de moradores por domicílio equivale a 3,1. Como a faixa etária de interesse da pesquisa corresponde a 10,8% da população, obtêm-se em média, por setor censitário, 102 pessoas na faixa etária de interesse, correspondente a 1:3 idoso por domicílios. Sendo assim, deveriam ser visitados cerca de 60 domicílios por setor censitário, para se encontrarem os 20 idosos. Esses domicílios foram sorteados de forma sistemática e foram considerados elegíveis para serem entrevistados todos os idosos residentes nos domicílios sorteados.

Foram incluídos no estudo indivíduos com 60 anos completos ou mais de ambos os sexos. E excluídos idosos institucionalizados (asilos, hospitais e presídios). Consideramos perdas, os idosos não localizados após quatro visitas pelas entrevistadoras (sendo pelo menos uma no período noturno e uma no final de semana) e os que estavam viajando. Foram consideradas recusas, os idosos elegíveis que se negaram a responder.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário padronizado e pré-testado aplicado por entrevistadoras treinadas, com ensino médio completo e disponibilidade integral para a realização do trabalho de campo. Anteriormente à coleta houve um estudo piloto ocorreu com 99 idosos em setores não amostrados para a pesquisa. A entrevista foi realizada face a face, utilizando-se o *Personal Digital Assistant (PDA)* para registro das informações.

Semanalmente verificou-se a consistência dos dados e o controle de qualidade das entrevistas ocorreu por telefone com a aplicação do questionário reduzido em 10% das entrevistas selecionadas aleatoriamente.

Neste estudo foram investigados quatro tipos de violência (violência verbal, psicológica, física e financeira) por meio do questionário utilizado na Pesquisa Saúde Bem estar e Envelhecimento (SABE)[17], que constitui um estudo longitudinal sobre as condições de vida e saúde dos idosos do no município de São Paulo no ano 2006 e que reúnem questões que avaliam se o idoso sofreu violência verbal, financeira, psicológica e física.

Foram utilizadas as seguintes perguntas para formar as variáveis de violência: 1) "*Sofreu algum tipo de violência", 2) "No último ano, algumas das pessoas que o rodeiam tem gritado com o (a) Sr (a) sem razão?", 3) "No último ano, alguma das pessoas que rodeiam o(a) tem chamado por algum nome ou apelido que o (a) Sr(a) não goste?", 4) "No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem usado ou mexido no seu dinheiro sem sua autorização?" 5) "No último ano,*

alguma das pessoas que o rodeiam o(a) tem ameaçado(a) por não fazer o que eles querem que o(a) Sr(a) faça?" 6) "No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem batido ou esbofeteado o(a) Sr(a)?" 7) "No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem sacudido ou chacoalhado a(a) Sr(a)?" e 8) "No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem roubado seu dinheiro ou algum pertence importante para o(a) Sr(a)?".

Para a construção da variável desfecho deste estudo, que consistiu da violência geral, bastava que o idoso respondesse "sim" em alguma das perguntas. Para este estudo, consideramos como violência verbal as questões 2 e 3. Como violência financeira as questões 4 e 8, violência psicológica a questão 5 e como violência física as questões 6 e 7.

As variáveis exploratórias demográficas e socioeconômicas foram sexo, idade (60 a 69 anos, 70 a 79 e 80 ou mais), cor da pele autorreferida (branca, parda ou preta), escolaridade (≥ 12 anos de estudo, 9 a 11 5 a 8, ≤ 4), renda familiar *per capita* estratificada em quartis (1º quartil: ≤ R$ 327,50; 2º quartil: entre R$ 327,50 e R$ 700,00; 3º quartil: entre R$ 700,00 e R$1.500,00 e 4º quartil: > R$ 1.500,00).

Concomitantemente foram investigadas as condições de saúde, capacidade funcional verificada por meio da aplicação da escala de atividades da vida diária (AVD), sendo classificada em ausência de dependência (incapacidade/dificuldade em nenhuma das atividades), dependência leve (incapacidade/dificuldade para realizar 1-3 atividades) e dependência moderada/grave (incapacidade/ dificuldade em quatro ou mais atividades), estado cognitivo investigado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), dicotomizado em ausência de déficit cognitivo e provável déficit cognitivo, utilizando pontos de corte que levam em consideração o nível de escolaridade, autopercepção de saúde (muito boa/boa, regular e ruim/muito ruim). Do mesmo modo foram realizadas perguntas para verificar se os idosos tinham cuidador (sim ou não), quem era o cuidador principal (cônjuge(a)/companheiro(a), filhos/netos, cuidador formal e outros) e com que os idosos moravam (cônjuge/outros de sua geração, sozinho e com filhos/netos).

Foram calculadas as prevalências de cada tipo de violência e foi verificada a prevalência da violência geral segundo as categorias das variáveis exploratórias. Em seguida, por meio da Regressão Logística, testaram-se os fatores associados à violência geral. Assim, obtiveram-se as Razões de Chance (OR) nas análises bivariadas e multivariável com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%)[18]. A partir dos resultados da regressão bivariada foram incluídas na análise

multivariável todas as variáveis que apresentaram p<0,20, sendo associadas aquelas com p<0,05.

A modelagem foi realizada com a entrada das variáveis por blocos, sendo o primeiro bloco constituído pelas variáveis demográficas, o segundo socioeconômicas, o terceiro condições de saúde, e por fim as variáveis relacionadas ao cuidador e com quem o idoso reside.

Todas as análises foram realizadas considerando o efeito do desenho amostral por conglomerados e incorporando-se os pesos amostrais. A análise dos dados foi conduzida no programa estatístico Stata 11.0 (Stata Corp., College Station, EUA).

O projeto recebeu aprovação do comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, protocolo nº352/2008, solicitou-se aos entrevistados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Nos domicílios sorteados foram encontrados 1.911 idosos elegíveis, sendo efetivamente entrevistados 1.705, resultando em uma taxa de resposta de 89,2%. Os principais motivos de perdas (n = 206) foram: "*não tinha ninguém em casa*", "*o idoso estava viajando*", "*marcou com a entrevistadora e não compareceu*", "*estava de férias*", "*estava muito doente*", "*tinha cachorro bravo no terreno*". Houve 3 perdas por motivo de hospitalização no momento da entrevista, não afetando os resultados. Os principais motivos de recusas foram: "não quis dar entrevista", "entrevista muito longa", "sem tempo para responder a entrevista", "acha perda de tempo responder entrevistas", "não acredita em pesquisas".

No controle de qualidade verificou que a reprodutibilidade de algumas questões utilizadas no estudo foi considerada satisfatória, com valores de kappa variando entre 0,6 a 0,9.

A tabela 1 descreve amostra e prevalência dos idosos que sofreram algum tipo de violência. As mulheres representaram a maioria (63,9%) dos entrevistados. Metade dos idosos encontra-se na faixa etária de 60 e 69 anos (50,1%), com variação de 60 e 102 anos (média de 70,4; dp = 7,8 e mediana de 69 anos). 58,2% referiu ser casado(a) ou ter companheiro(a), seguido dos viúvos(as), 87,0% dos entrevistados se identificaram com a cor branca.

Quanto às características socioeconômicas, a amostra congregou idosos de baixa escolaridade (44,0%), com quatro anos ou menos de estudo. Destaca-se que aproximadamente um quarto dos idosos possuía

3º grau completo (23,3%) e a renda *per capita* média foi de R$ 1.348,97 (dp =R$ 2.596,28; mediana de R$ 700,00).

A saúde foi considerada boa ou muito boa por 51,2% dos idosos que participaram do estudo e somente 9,2% possuíam algum cuidador, enquanto 16% moravam sozinhos. A maioria dos idosos possuía dependência leve ou moderada a grave para a realização de tarefas da vida diária (41,6% e 31,5%, respectivamente).

Constatou-se que as mulheres relataram sofrer mais violência em relação aos homens. Solteiros(as) ou divorciados(as) apresentaram maior frequência do desfecho. Da mesma forma, a violência foi mais prevalente naqueles indivíduos menos escolarizados, com dependência moderada/grave para realizar suas atividades diárias e percepção de saúde ruim. Indivíduos que moravam sozinhos; com cuidador, filhos ou netos apresentaram maior proporção de violência (tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e socioeconômicas da amostra do estudo. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009/2010.

Variáveis	Amostra		Prevalência de violência	Valor de p
	N	%	n (%)	
Sexo				0,000
Feminino	1089	63,9	158 (14,7)	
Masculino	616	36,1	51 (8,4)	
Faixa etária				0,335
60-69	854	50,1	115 (13,5)	
70-79	612	35,9	71 (11,7)	
80 ou mais	239	14,0	23 (10,2)	
Estado Civil				0,042
Casado(a)/com companheiro(a)	993	58,2	111 (11,3)	
	231	13,6	40 (17,4)	
Solteiro(a)/divorciado(a)/separado(a)				
Viúvo(a)	481	28,2	58 (12,4)	
Cor da pele autorreferida				0,786
Branca	1444	87,0	171 (11,9)	
Parda	131	7,9	18 (13,7)	
Preta	84	5,1	9 (10,8)	
Escolaridade em anos de estudo				0,005
12 ou mais	745	23,3	29 (7,4)	
9 a 11	321	13,8	30 (12,9)	
5 a 8	234	18,9	49 (15,5)	
0 a 4	394	44,0	99 (13,5)	
Renda				0,324
Quartil 1 (menor)	427	25,1	60 (14,2)	

Quartil 2	435	25,5	56 (13,1)	
Quartil 3	425	24,9	51 (12,2)	
Quartil 4 (maior)	418	24,5	42 (10,1)	
Capacidade Funcional				0,003
Ausência de dependência	458	26,9	49 (10,7)	
Dependência leve	709	41,6	75 (10,6)	
Dependência moderada/grave	538	31,5	85 (16,5)	
Deficiência Cognitiva				0,195
Não	777	52,0	100 (11,4)	
Sim	686	48,0	107 (13,5	
Auto percepção de saúde				0,001
Boa/ muito boa	860	51,2	88 (10,2)	
Regular	646	38,4	86 (13,3)	
Ruim/muito ruim	175	10,4	34 (19,8)	
Possui cuidador				0,877
Não	1548	90,8	193 (12,5)	
Sim	157	9,2	16 (12,0)	
Cuidador Principal				0,531
esposo(a)/companheiro(a)	40	25,5	3 (8,5)	
filho(a)/neto(a)	73	46,5	9 (14,5)	
cuidador formal	28	17,8	4 (17,4)	
Outros	16	10,2	-	
Com quem mora				< 0,001
Com cônjuge/ outros de sua geração	713	42,1	61 (8,7)	
Sozinho	270	16,0	36 (13,4)	
Com filhos ou netos	708	41,9	109 (15,7)	

Observa-se que 12,4% dos idosos relataram ter sofrido pelo menos um episódio de algum tipo de violência. A verbal foi relatada por 10,7% dos entrevistados, seguida da financeira, psicológica e física (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência dos tipos de violência contra os idosos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009/2010.

Sofreu violência	N	%
Sim	209	12,4
Não	1496	87,6
Violência verbal		
Sim	180	10,7
Não	1500	89,3

Violência financeira		
Sim	42	2,5
Não	1636	97,5
Violência psicológica		
Sim	25	1,5
Não	1655	98,5
Violência física		
Sim	5	0,3
Não	1675	99,7

Na análise bruta observou-se que as variáveis associadas ao desfecho foram: ser do sexo feminino (OR = 2,15 [IC95%: 1,37-3,38]), situação conjugal, solteiros (as) ou divorciados(as) (OR = 1,91 [IC95%: 1,28-2,86]) e idosos com escolaridade menor que 11 anos de estudo. Constatou-se que as chances de sofrer violência foram superiores nos indivíduos que apresentaram dependência moderada ou grave (OR = 1,72 [IC95%: 1,11-2,66]), com auto percepção de saúde ruim ou muito ruim (OR = 1,85 [IC95%: 1,15-2,99]), assim como naqueles que relataram morar com filhos ou netos (OR = 2,52 [IC95%: 1,58-4,03]).

Após análise ajustada manteve-se associados ao desfecho, ser do sexo feminino, sendo que as mulheres apresentaram chance duas vezes superior aos homens de sofrer violência (IC95%: 1,3-3,2). Idosos solteiros(as) ou divorciados(as) tiveram 66% mais chance de sofrer violência (IC95%: 1,10-2,49). Os menos escolarizados apresentaram maior chance do desfecho. Da mesma forma, idosos com dependência moderada a grave apresentaram uma chance 70% maior do desfecho (IC95%: 1,08-2,66), e aqueles que disseram morar com filhos ou netos apresentaram duas vezes mais chance de sofrer violência (IC95%: 1,40-3,40) (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise de regressão brutas e ajustadas da associação entre violência e fatores socioeconômicos, sociais e condições de saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009/2010.

Variáveis	Odds ratio bruta (IC95%)	Valor de p	Odds ratio ajustada (IC95%)	Valor de p
Sexo (n=1678)		0,011		0,002
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	2,15 (1,37-3,38)		2,08 (1,3-3,2)	
Faixa etária (n=1678)		0,196		0,114

60-69	1,00		1,00	
70-79	0,79 (0,59-1,07)		0,78 (0,58-1,06)	
80 ou mais	0,76 (0,43-1,32)		0,75 (0,41-1,37)	
Estado Civil (n=1678)		0,110		0,500
Casado	1,00		1,00	
Solteiro/divorciado	1,91 (1,28-2,86)		1,66 (1,10-2,49)	
Viúvo	1,32 (0,85-2,05)		1,07 (0,68-1,70)	
Cor da pele autorreferida (n=1645)		0,848*		
Branca	1,00			
Parda	1,16 (0,63-2,10)			
Preta	0,80 (0,36-1,76)			
Escolaridade (n=1670)		0,005		0,023
12 ou mais	1,00		1,00	
9 a 11	1,67 (0,76-3,67)		1,54 (0,70-3,40)	
5 a 8	2,46 (1,21-4,98)		2,14 (1,07-4,26)	
0 a 4	2,17 (1,26-3,74)		1,88 (1,05-3,36)	
Renda (n=1678)		0,066		0,449
Quartil 1	1,00		1,00	
Quartil 2	1,00 (0,61-1,63)		1,03 (0,62-1,69)	
Quartil 3	0,80 (0,51-1,27)		0,89 (0,56-1,40)	
Quartil 4	0,59 (0,32-1,11)		0,79 (0,42-1,45)	
Capacidade Funcional (n=1678)		0,011		0,018
Ausência de dependência	1,00		1,00	
Dependência leve	0,88 (0,59-1,33)		0,94 (0,63-1,42)	
Dependência moderada/grave	1,72 (1,11-2,66)		1,70 (1,08-2,66)	
Deficiência Cognitiva (n=1670)		0,060		0,110
Não	1,00		1,00	
Sim	1,36 (0,98-1,90)		1,32 (0,91-1,90)	
Auto percepção de saúde (n=1675)		0,019		0,807
Boa/ muito boa	1,00		1,00	
Regular	1,30 (0,88-1,91)		0,98 (0,63-1,52)	
Ruim/muito ruim	1,85 (1,15-2,99)		1,13 (0,59-2,14)	

Possui cuidador (n=1678)		0,803*		
Não	1,00			
Sim	0,93 (0,54-1,60)			
Cuidador Principal (n=120)		0,589		
esposo(a)/companheiro(a)	1,00			
filho(a)/neto(a)	2,85 (0,68-1,93)			
cuidador formal	2,89 (0,55-5,16)			
Com quem mora (n=1691)		< 0,001		0,001
Com cônjuge/ outros de sua geração	1,00		1,00	
Sozinho	1,66 (0,97-2,86)		1,45 (0,87-2,42)	
Com filhos ou netos	2,52 (1,58-4,03)		2,18 (1,40-3,40)	

* Variáveis não incluídas na análise multivariável, pois p>0,20.

DISCUSSÃO

Estudos de base populacional sobre a prevalência da violência contra idosos no Brasil são incipientes[8], e no município de Florianópolis, este tipo de estudo era inédito. O tamanho da amostra e metodologia utilizada assegura que os resultados provenientes sejam representativos da população de idosos residentes na zona urbana de Florianópolis.

Aproximadamente 12,4% dos participantes deste estudo referiram ter sofrido algum tipo de violência, a prevalência encontrada representa o dobro da estimado pela OMS[5] para a população de idosos. Entretanto, outros estudos demonstram que a prevalência varia entre 1,2% a 11%[19-21]. Essas diferentes estimativas podem ser decorrentes de diferentes metodologias utilizadas nos estudos, a condução da entrevista, se ocorrem na presença de cuidadores, familiares, como ainda pelo entendimento do idoso sobre o que é violência.

Dentre os tipos de violência, constatamos que a psicológica foi mais prevalente, resultados encontrados em outras pesquisas[22-25] afirmam ser o tipo que mais ocorre e aumenta a possibilidade das demais ocorrerem, uma vez que colocam o idoso em situação de humilhação e medo, permitindo que o agressor mantenha ou cometa outros tipos de abusos.

A violência financeira ocupou o segundo lugar dentre as mais ocorridas. Menezes[26] pontua que uma das queixas mais registradas nas delegacias especializadas em idosos é a violência patrimonial, que decorre de uso indevido de bens de outrem usando como mecanismo a violência. Ainda pontua que os idosos permitem que os agressores se apropriem de seus bens, por medo de solidão ou que sejam deixados em asilos e clínicas geriátricas.

As mulheres relataram sofrer mais violência em relação aos homens, achado recorrente em estudos de violência[7, 27-30]. Esta associação manteve-se na análise ajustada mostrando que mulheres possuem duas vezes mais chance de sofrer violência que homens. Estudos[31-33] chamam atenção para o fato de a mulher sofrer violência em todas as faixas etárias e sua maior susceptibilidade para a violência, situação esta, que se agrava com o envelhecimento. Segundo Venturi et al[34], uma em cada cinco mulheres foi agredida pelo menos uma vez na vida; em 56% destes casos, o marido ou companheiro foi o agressor.

Percebemos neste estudo que houve elevada prevalência de idosos com nível superior completo, comparados com o restante do país que é de 12%, notamos que idosos que se encontram nessa faixa de escolaridade sofreram menos violência em comparação aos menos escolarizados.

Os idosos solteiros(as) ou viúvos(as) com baixa escolaridade demonstraram maiores chances de sofrer violência em comparação aos demais. Queiroz[35] afirma que a ausência de um companheiro é apontada como fator potencialmente associado a situações de negligência em idosos. Segundo Santaló et al[30], a baixa escolaridade se constitui fator de risco para sofrer violência em seu estudo a autora mostra que este risco chega a 70% nos idosos com baixa escolaridade.

A dependência moderada a grave mostrou-se fortemente associado ao desfecho, esta associação pode ser explicado pelo fato da dependência tanto na locomoção como na fala, torna-o mais susceptível a sofrer violência sem que o agressor seja acusado ou denunciado. Wanderbroocke[36] coloca que um aspecto potencializador dos conflitos intergeracionais é quando os idosos necessitam de cuidados decorrentes da idade avançada ou pelo surgimento de alguma doença, problemas de esquecimento, confusão mental, alterações no sono, incontinência, dificuldades de locomoção ou comprometimento da capacidade funcional, gerando dificuldades e aumento na demanda de cuidado para filhos e netos.

Estudo conduzido em São Paulo demonstrou que a dependência moderada ou grave é fator potencialmente associado a situações de

negligência nessa população[35]. Assim como a violência contra a criança, a cometida contra o idoso é, certamente, uma de suas formas mais cruéis. Afinal, estes podem ser indivíduos vulneráveis devido à fragilidade física ou à dependência a outras pessoas por questões de incapacidades funcionais e financeiras[37].

Morar com filhos ou netos apresentou uma chance considerável de sofrer violência. Pesquisa realizada em 2007 demonstrou que, dos 18 milhões de idosos brasileiros, 12% sofreram algum tipo de maus-tratos, dos quais 54% foram causadas pelos filhos[38]. Este achado é corrobado por autores que demonstram que idosos morando com filhos ou parentes próximos são por eles mais agredidos[28, 29, 39, 40]. Dados internacionais legitimam os levantamentos nacionais, descrevendo que, nos Estados Unidos, o espaço doméstico abriga 90% dos casos de maus-tratos e negligência notificados. Destes, dois terços dos agressores seriam os filhos e cônjuges[41, 42].

A constatação de casos de violência por parte da família requer a criação de espaços de discussão e comunicação dos participantes do processo, de forma a possibilitar o enfrentamento da situação e auxiliar o idoso a lidar com o problema[43]. O aumento da expectativa de vida tornou o idoso uma nova realidade a ser absorvida pela sociedade. Esta evolução permitiu que se abrisse com mais clareza o ambiente privativo dos lares, expondo seus dilemas[44].

A situação de violência ocasiona sequelas irreversíveis para as pessoas acometidas, estudos mostram que além das marcas visíveis como hematomas, fraturas, os idosos agredidos manifestam outros sintomas como dores no estômago, dores de cabeça, irritabilidade, passam a sentir depressão, alienação, desordem pós-traumática, sentimentos de culpa e negação das ocorrências e situações que os vitimam e a viver em desesperança[45, 46].

Desta forma, a complexidade da violência, suas causas, atores e formas de expressão, fazem com que seu enfrentamento e discussão sejam um desafio, pois exige o desenvolvimento de ações governamentais, não-governamentais, comunitários e familiares[10].

Entre as limitações deste estudo, se encontra o desenho transversal de investigação o qual não permite estabelecer causalidade, como por exemplo, saber se o idoso tem sua percepção de saúde ruim/péssima ou dependência por sofrer a violência, ou se a doença antecede aos maus tratos. Entretanto este estudo nos possibilitou ter um panorama da situação de violência às quais os idosos residentes em Florianópolis estão submetidos.

O presente artigo mostrou a prevalência de violência contra os idosos acima da esperada pela OMS, porém desconfiamos que este número seja ainda maior. Por se tratar de assunto delicado, muitas vezes os idosos têm medo de revelar que estão em situação de violência, considerando que na maioria das vezes, os perpetradores são os próprios familiares, eles acabam não expondo a circunstância em que vivem, maquiando a real situação de violência.

Os idosos que moram com filhos e netos são os mais violentados. Este dado demonstra que familiares que são cuidadores devem estar preparado e receber apoio para que se rompam estes índices. Enfatizamos que são necessárias políticas e planejamento que subsidiem e oferecem estruturas para que os idosos e seus familiares ou cuidadores possam ter um envelhecimento mais saudável, e que desta forma eles sejam menos vítimas de violência.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JAMd, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cadernos de Saúde Pública. 2003;19:725-33.
2. Souza ERd, Correia BSC. Construção de indicadores avaliativos de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa vítima de acidentes e violência. Construction of indicators for assessing the policy of reducing accidents and violence for the elderly care. 2010; Ciência & Saúde Coletiva:2753-62. pt.
3. Brasil. Portaria no 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília.: Ministério da Saúde.; 2006.
4. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.: Diário Oficial da União; 2003.
5. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violênciae saúde In: OMS, editor. Genebra.2002. p. 380.
6. Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, Lopez-Pousa S, Juvinya D, Vila A, Vilalta-Franch J. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. J Am Geriatr Soc. 2009 May;57(5):815-22. PubMed PMID: 19484837. Epub 2009/06/02. eng.
7. Ruelas González MG, Salgado Zinder N. Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores en México. Factors

associated with self-reporting of abuse in seniors citizens in Mexico. 2009;Array(Array):90-9. es.
8. Apratto Júnior PC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). 2010;Array(Array):2983-95. pt.
9. Bruno LMdSM. Considerações sobre o abuso financeiro de pessoas idosas e a dinâmica das relações familiares. Textos sobre Envelhecimento. 2005;8:224-37.
10. Santos ACPdO, Silva CAd, Carvalho LS, Menezes MdRd. A construção da violência contra idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2007;10:129-40.
11. Sanches APRA. Violência doméstica contra idosos no município de São Paulo: estudo SABE, 2000. [Tese]. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. 2006.
12. Ribeiro AP, Barter EACdP. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. Rehabilitation service to the elder person victim of accidents and violence on different regions of Brazil. 2010;Array(Array):2729-40. pt.
13. Pavlik VN, Hyman DJ, Festa NA, Bitondo Dyer C. Quantifying the problem of abuse and neglect in adults--analysis of a statewide database. J Am Geriatr Soc. 49. United States2001. p. 45-8.
14. Kleinschmidt KC. Elder abuse: a review. Ann Emerg Med. 30. United States1997. p. 463-72.
15. Organização das Nações Unidas. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2003. Brasília; 2003[citado 2012 ago 7]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/atlas/.
16. Dean A, al e. Epi Info, version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.
17. SABE - Estudo Longitudinal sobre as condições de vida e de saúde dos idosos do Município de São Paulo, 2006.
18. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol. 2003 Oct 20;3:21. PubMed PMID: 14567763. eng.
19. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. JAMA. 280. United States1998. p. 428-32.

20. Cooper C, Katona C, Finne-Soveri H, Topinkova E, Carpenter GI, Livingston G. Indicators of elder abuse: a crossnational comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. Am J Geriatr Psychiatry. 14. United States2006. p. 489-97.
21. Shugarman LR, Fries BE, Wolf RS, Morris JN. Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. J Am Geriatr Soc. 51. United States2003. p. 24-31.
22. Ogg J, Bennett G. Elder abuse in Britain. BMJ. 1992 Oct 24;305(6860):998-9. PubMed PMID: 1458149. Pubmed Central PMCID: 1884039. Epub 1992/10/24. eng.
23. Kivela, S.L., Kongas-Saviaro, P., Kesti, E., Pahkala, K. & Ijas, M. L. (1992). "Abuse in old age: Epidemiological data from Finland. Journal of Elder Abuse & Neglect, 4(3), 1-18.
24. Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Bouter LM, Jonker C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. J Am Geriatr Soc. 1998 Jul;46(7):885-8. PubMed PMID: 9670877. Epub 1998/07/22. eng.
25. Yan ECW, Tang CSK. Elder abuse by Caregivers: a study of prevalence and risk factors in Hong Kong chinese families. *J Fam Violence*. 2004;19(5):269-277.
26. Menezes MR. Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso. [tese]. Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1999.
27. Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 63. United States2008. p. S248-S54.
28. Daskalopoulos MD, Kakouros A, Stathopoulou G. Perspectives on elder abuse in Greece. J Elder Abuse Negl. 2006;18(2-3):87-104. PubMed PMID: 17926742. Epub 2007/10/12. eng.
29. Daskalopoulos MD, Borrelli SE. Definitions of elder abuse in an Italian sample. J Elder Abuse Negl. 2006;18(2-3):67-85. PubMed PMID: 17926741. Epub 2007/10/12. eng.
30. Docampo Santaló L, Barreto Lacaba R, Santana Serrano C. Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. Behavior of the intrafamilial violence in the elderly. 2009;Array(Array). es.
31. Sanches APRA, Lebrão ML, Duarte YAdO. Violência contra idosos: uma questão nova? Violence against aged people: a new issue? 2008;Array(Array):90-100. pt.

32. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Revista de Saúde Pública. 2007;41:797-807.
33. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. Intimate partner sexual violence among men and women in urban Brazil, 2005. 2008;Array(Array):127-37. en.
34. Venturi, G; Recáman, MO. A mulher brasileira nos espaços públicos e privados. São Paulo. Fundação Perseu Abramo, 2004.
35. Queiroz ZPVd, Lemos NdFD, Ramos LR. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. Factors potentially associated to domestic negligence among elders assisted in home assistance program. 2010;Array(Array):2815-24. pt.
36. Wanderbroocke, ACNS. A violência familiar na perspectiva de idosos e Profissionais no contexto da atenção primária à Saúde. 2011. 325 f. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2011.
37. Silva MJd, Oliveira TMd, Joventino ES, Moraes GLAd. A violência na vida cotidiana do idoso: um olhar de quem a vivencia. Violence in elder daily life: A sight of who is facing it. 2008;Array(Array):124-36. pt.
38. Faleiros VdP. Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores. Violence towards the elderly: cases, victims and aggressors. 2007:394-. pt.
39. Minayo MCdS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cadernos de Saúde Pública. 2003;19:783-91.
40. Araújo LFd, Lobo Filho JG. Análise psicossocial da violência contra idosos. Psychosocial analysis of violence against elders. 2009;Array(Array):153-60. pt.
41. Minayo MCdS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Violence against the elderly: the relevance of an old health problem. 2003;Array(Array):783-91. pt.
42. Hijar-Medina M, Flores-Regata L, Valdez-Santiago R, Blanco J. [Medical care of injuries caused intentionally by domestic violence]. Salud Publica Mex. 2003 Jul-Aug;45(4):252-8. PubMed PMID: 12974042. Epub 2003/09/17. Atencion medica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. spa.
43. Porto I, Koller SH. Violência na família contra pessoas idosas. Interações. 2006; Xll105-142.Disponível

em:http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=35402206. Acessado em 7 de julio de 2012.
44. Day VP, Telles LEdB, Zoratto PH, Azambuja MRFd, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2003;25:9-21.
45. Ayres MM, Woodtli A. Concept analysis: abuse of ageing caregivers by elderly care recipients. J Adv Nurs. 35. England2001. p. 326-34.
46. Jorge MHPdM. Violência como problema de saúde pública. Ciência e Cultura. 2002;54:52-3.

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ESTUDO POPULACIONAL SOBRE SAÚDE DO IDOSO
FLORIANÓPOLIS 2009

BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO	*Etiqueta de identificação*
Setor censitário __ __ __ Número do domicílio: __ __ __ __ Número do questionário: __ __ __ __ __ Número de idosos do domicílio Nome DO ENTREVISTADO_____ NOME DA MÃE _____ Nome do entrevistador: _____	
Data da 1ª visita: ____/ ____/ __ Data da 2ª visita: ____/ ____/ ____ Data da 3ª visita: ____/ ____/ ____ Data da 4ª visita: ____/ ____/ ____ Endereço completo: Logradouro:____Nome:_____ Número:_____Complemento:_____Bairro:_____ CEP:_ _ _ _ _-_ _ _ Telefone residencial (fixo)_____ Celular do entrevistado _____ Telefone trabalho _____ Celular de outro membro da família: _____(nome:_____) Telefone de um parente/amigo próximo_____ (nome:_____) Ponto de referência do domicílio _____	
BLOCO A: GERAL	
As questões a seguir são para a entrevistadora somente anotar as respostas, sem perguntar ao entrevistado.	
1. Sexo do(a) entrevistado(a): (1) masculino (2) feminino	*SOCI002_*

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O(A) SENHOR (A), SUA FAMÍLIA E SUA CASA	
2. Quantos anos o(a) Sr(a) tem? (marcar os anos completos) *idade* |__ __| (só fazer a entrevista se a pessoa tiver 60 anos ou mais) (9999) IGN	*SOCIO04_ _ _*
3. Neste momento o(a) Sr(a) está? (1) Casado(a)/ com companheiro(a) (2) Solteiro(a) (3) Divorciado(a)/separado(a) (4) Viúvo(a) (9999) IGN	*SOCIO08_ _*
4. O(a) Sr(a) considera a sua cor da pele, raça ou etnia é: (1) branca (2) parda (3) negra ou preta (4) amarela (5) indígena (9999) IGN	*SOCIO09_*
5. O Sr(a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (9999) IGN	*SOCIO10_*
6. O Sr(a) estudou na escola? (0) Não – PULA PARA QUESTÃO 13 (1) Sim (9999) IGN	*SOCIO11_*
7. Até que ano o(a) Sr(a) completou na escola? ***(marcar a última série que concluiu)*** série |__ __| (9999) IGN	*SOCIO12_ _*
8. De que grau? (1) Mobral ou curso de alfabetização para adultos (2) Primário (3) Ginásio (4) Primeiro grau (4) Segundo grau (clássico, científico, técnico, normal) (5) Curso superior (9999) IGN	*SOCIO13_ _*
9. Cuidador é uma pessoa que fica lhe ajudando nas suas atividades diárias, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se ou ajudar a tomar seus remédios. O(a) Sr(a) tem cuidador? (0) Não - *Pule para a questão 16, marque 8888 na questão 14 e 15* (1) Sim (9999) IGN - *Pule para a questão 16, marque 8888 na questão 14 e 15*	*CUIDA18_ _*
10. Quem é seu cuidador principal? (1) Esposo(a)/companheiro(a) (2) Filho(a)/Neto(a) (3) Cuidador formal (pessoa contratada para cuidar do idoso) (4) Outros (5) Sem cuidador fixo (9999) IGN	*CUIDA19 _ _*
11. **Entrevistador, favor marcar o sexo do cuidador informado pelo entrevistado** (1) masculino (2) feminino (9999) IGN	**CUIDA20 _**
12. **Com quem o (a) Sr.(a) mora? (Entrevistador marcar a última geração)** (1) Só – Pule para a questão 18, marque 0 na questão 17, marque 8888 na questão 27 (2) Somente com cuidador profissional (3) Com o cônjuge (4) Com outros de sua geração (irmã(o), cunhada(o), amigo(a))	SOCIO15 _

(5) Com filhos (6) Com netos (9999) IGN			
13. **Em relação à sua vida financeira o (a) Sr.(a) tem algum tipo de renda?** (0) Não (dona de casa, dependente) – *Pule para a questão 27, marque 8888 nas questões 21 a 26* (1) Sim (salário, aposentadoria, pensão, aluguel, etc) (9999) IGN			**SOCIO20 _**
14. **O(a) Sr(a) tem algum trabalho remunerado atualmente?** (0) Não (1) Sim (9999) IGN			*SOCIO21 _*
15. **Recebe aposentadoria?** (0) Não (1) Sim (9999) IGN			*SOCIO22_*
16. **Recebe pensão?** (0) Não (1) Sim (9999) IGN			*SOCIO23_*
17. **Recebe ALGUMA outra renda?** (0) Não (1) Sim (9999) IGN			*SOCIO24*
18. **Considerando todas as suas fontes de renda, quanto o (a) Sr.(a) recebeu no último mês?** R$ _____,00 (9999) IGN			*SOCIO25_ _ _ _ _, _ _*
19. **Quantas pessoas dependem dessa renda, incluindo o(a) Sr(a)?** (1) só eu (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ou mais (9999) IGN			*SOCIO26_*
20. **No último mês, quanto receberam EM REAIS as OUTRAS pessoas que moram na casa?** (lembrar que inclui salários, pensões, mesadas, aluguéis, bolsas, etc). renda1|_____| renda2|_____| renda3|_____| renda4|_____| renda5|_____| renda6|_____| renda7|_____| renda8|_____| renda9|_____| (9999) IGN			*SOCIO27a_ _ _ _, _ _* *SOCIO27b_ _ _ _, _ _* *SOCIO27c_ _ _ _, _ _* *SOCIO27d_ _ _ _, _ _* *SOCIO27e_ _ _ _, _ _* *SOCIO27f_ _ _ _, _ _* *SOCIO27g_ _ _ _, _ _* *SOCIO27h_ _ _ _, _ _* *SOCIO27i_ _ _ _, _ _*
BLOCO SAÚDE MENTAL			
AGORA EU FAREI ALGUMAS PERGUNTAS PARA SABER COMO ESTÁ SUA MEMÓRIA.			
21. **Que dia do mês é hoje?**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE01_
22. **Em que mês estamos?**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE02_
23. **Em que ano estamos?**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE03_
24. **Em que dia da semana estamos?**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE04_
25. **Qual é a hora aproximada?** *(Considere a variação de + ou -1 hora)*	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE05_
26. **Em que local nós estamos?**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE06_
27. **Em que rua nós estamos?**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE07_
28. **Em que bairro nós estamos?**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE08_
29. **Em qual cidade nós estamos?**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE09_
30. **Em qual estado nós estamos?**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE10_
Eu vou dizer 3 palavras e o (a) Sr.(a) irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO *(Se ele não conseguir acertar as três palavras, repita pausadamente mais 3 vezes, no máximo. Conte as tentativas e registre)*			

31. CARRO	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE11_
32. VASO	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE12_
33. TIJOLO	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE13_
34. **O (a) Sr.(a) faz cálculos / contas?** (0) Não – *Se não, peça para soletrar a palavra mundo de trás para diante, pule as questões 44 a 48, e responda as questões 49 a 53* (1) Sim – *Se sim, peça para fazer a subtração seriada, e responda as questões 44 a 48, e pule as questões de 49 a 53*			MMSE15_
Se a resposta for Sim, pergunte: **Se de 100 reais forem tirados 7, quanto resta? E se retirarmos mais 7 reais, quanto resta?** (total de 5 subtrações, continuar a subtração seguinte do resultado anterior, mesmo que esteja errado)			
35. _____	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE16_
36. _____	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE17_
37. _____	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE18_
38. _____	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE19_
39. _____	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE20_
*Se a resposta for **Não**, peça-lhe para soletrar a palavra* "**MUNDO**" *de trás para diante.*			
40. **O**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE21_
41. **D**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE22_
42. **N**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE23_
43. **U**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE24_
44. **M**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE25_
45. **O(a) Sr. (a) poderia repetir as três palavras que disse há pouco**? Registre as palavras que foram repetidas, corretamente. Se houver erros, corrija-os e prossiga. Considere correto se o entrevistado espontaneamente se auto-corrigir.			
46. **1-** _____ (carro)	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE26_
47. **2-** _____ (vaso)	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE27_
48. **3-** _____ (tijolo)	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE28_
*Mostre um **relógio de pulso** e pergunte-lhe: O que é isto? Repita com a **caneta**. Registre as respostas corretas.*			
49. **Relógio**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE29_
50. **Caneta**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE30_
51. **Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que o (a) Sr.(a) a repita depois de mim**: (*Considere acerto somente se a repetição for perfeita*).			
"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE31_
Diga: **Por favor, pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão**: *(Considere acerto a realização de cada etapa pedida. Não mostre como se faz. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas).*			
52. Com a mão direita	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE32_
53. Dobre-o ao meio	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE33_
54. Coloque-o no chão	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE34_
Por favor, faça o que está escrito aqui: (**mostre o cartão**) *(Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando. Pergunte antes se a pessoa está enxergando bem ou se precisa colocar os óculos).*			
55. **"FECHE OS OLHOS"**	(0) resposta errada	(1) resposta correta	MMSE35_
56. **Peça-lhe para escrever uma frase**. *Se não compreender o significado ajude com: "alguma frase que tenha começo, meio e fim; ou alguma coisa que queira dizer ou alguma coisa que aconteceu hoje".* (0) resposta errada (1) resposta correta			MMSE36_
57. **Copie este desenho**: (*mostre o cartão*). *Peça–lhe que copie o desenho no espaço abaixo, da melhor forma possível. Considere certo se ambas as figuras tiverem 5 lados e uma intersecção entre elas.* (0) resposta errada (1) resposta correta			MMSE37_
AGORA EU VOU PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES E TAREFAS DO SEU DIA-A-DIA. POR FAVOR, DIGA SINCERAMENTE SE CONSEGUE FAZER CADA COISA SEM NENHUMA DIFICULDADE, COM POUCA DIFICULDADE, COM MUITA DIFICULDADE OU NÃO CONSEGUE FAZER			

58. **Deitar/ levantar da cama**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD01 _
59. **Comer**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD02 _
60. **Cuidar da aparência**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD03 _
61. **Andar no plano**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD04 _
62. **Tomar banho**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD05 _
63. **Vestir-se**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD06 _
64. **Ir ao banheiro, quando sente vontade, em tempo**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD07 _
65. **Subir um lance de escadas**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD08 _
66. **Tomar seus remédios na hora**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD09 _
67. **Andar perto de casa**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD10 _
68. **Fazer compras**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD11 _
69. **Preparar refeições**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD12 _
70. **Cortar as unhas dos pés**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD13 _
71. **Sair de ônibus ou táxi**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD14 _
72. **Fazer limpeza da casa**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	AVD15 _
73. **Usar o computador**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	INFO01 _
74. **Enviar e receber mensagens pelo computador**	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9999) IGN	INFO02 _
BLOCO SOBRE RELAÇÕES COM OUTRAS PESSOAS						
FAREMOS AGORA ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA RELAÇÃO COM AS PESSOAS QUE O RODEIAM E A ATITUDE QUE ESSAS PESSOAS COSTUMAM TER COM O(A) SR(A)						
75. **No último ano, algumas das pessoas que o rodeiam tem gritado com o (a) Sr (a) sem razão?** (0) Sim (1) Não (9999) IGN						VIOL01 _
76. **No último ano, alguma das pessoas que rodeiam o(a) tem chamado por algum nome ou apelido que o (a) Sr(a) não goste?** (0) Sim (1) Não (9999) IGN						VIOL03 _
77. **No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem usado ou mexido no seu dinheiro sem sua autorização?** (0) Sim (1) Não (9999) IGN						VIOL05 _
78. **No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam o(a) tem ameaçado(a) por não fazer o que eles querem que o(a) Sr(a) faça?** (0) Sim (1) Não (9999) IGN						VIOL07 _
79. **No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem batido ou esbofeteado o(a) Sr(a)?** (0) Sim						VIOL09 _

(1) Não (9999) IGN	
80. **No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem sacudido ou chacoalhado a(a) Sr(a)?** (0) Sim (1) Não (9999) IGN	VIOL11 _
81. **No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem roubado seu dinheiro ou algum pertence importante para o(a) Sr(a)?** (0) Sim (1) Não (9999) IGN	VIOL13 _

APÊNDICE C

CARTA DE APRESENTAÇÃO AO DOMICÍLIO

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Projeto EpiFloripa 2009/10
Saúde da População de Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado(a) Sr.(a),

Está sendo realizado um grande estudo sobre a Saúde da População de idosos de Florianópolis. Esse estudo se chama EpiFloripa 2009/10 e está sendo conduzido por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina, com financiamento do CNPq e apoio do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI/UFSC) e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG/SC).

Sua casa está entre as que foram sorteadas para a pesquisa. Com este trabalho será possível conhecer aspectos importantes sobre as necessidades de saúde dos idosos. Contamos com a sua colaboração no sentido de responder algumas perguntas sobre condições socias e econômicas, atividade física, dieta, qualidade e segurança no bairro, problemas de saúde, hábitos de vida, uso de serviço de saúde, exames preventivos, saúde dos dentes e uso de medicamentos, entre outras.

Todas as nossas entrevistadoras foram treinadas na Universidade Federal de Santa Catarina e estão qualificadas para esta função. Além disso, elas estarão usando colete azul e crachá amarelo de identificação Nós temos a preocupação em realizar nossa pesquisa sem provocar transtornos para o (a) Sr. (a). Portanto, caso não possa responder as perguntas no momento que a entrevistadora vier lhe visitar, pedimos que informe o horário mais adequado para a entrevistas.

É muito importante que o(a) Sr.(a) participe, pois as residências sorteadas não poderão ser substituídas. Para maiores esclarecimentos, favor entrar em contato pelo telefone: (48) 3721-9388.

Desde já agradecemos sua colaboração,

Eleonora d'Orsi

Prof. Dra. Eleonora d´Orsi
Coordenadora do Estudo

APÊNDICE D

CARTA DE APRESENTAÇÃO AO CONDOMÍNIO

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Projeto EpiFloripa 2009/10
Saúde da População de Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado(a) Sr.(a),

Está sendo realizado um grande estudo sobre a Saúde da População de idosos de Florianópolis. Esse estudo se chama EpiFloripa 2009/10 e está sendo conduzido por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina, com financiamento do CNPq e apoio do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI/UFSC) e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG/SC).

Seu condomínio está entre os locais que foram sorteados para realizarmos a pesquisa. Necessitamos de sua colaboração para autorizar a entrada das entrevistadoras no condomínio para a realização das entrevistas.

Com este trabalho será possível conhecer aspectos importantes sobre as necessidades de saúde dos adultos e idosos. Serão realizadas perguntas sobre condições sociais e econômicas, atividade física, dieta, qualidade e segurança no bairro, problemas de saúde, hábitos de vida, uso de serviços de saúde, exames preventivos, saúde dos dentes e uso de medicamentos, entre outras.

Todas as nossas entrevistadoras foram treinadas na Universidade Federal de Santa Catarina e estão qualificadas para esta função. Além disso, elas estarão usando colete azul e crachá amarelo de identificação Nós temos a preocupação em realizar nossa pesquisa sem provocar transtornos, no horário mais adequado para o morador.

É muito importante que o(a) Sr.(a) colabore, pois as áreas sorteadas não poderão ser substituídas. Para maiores esclarecimentos, favor entrar em contato pelo telefone: (48) 3721-9388.

Desde já agradecemos sua colaboração,

Eleonora d'Orsi

Prof. Dra. Eleonora d´Orsi

APÊNDICE E

CARTAZ DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

APÊNDICE F

QUESTIONÁRIO CONTROLE DE QUALIDADE

CONTROLE DE QUALIDADE – FORMULÁRIO	
Setor censitário:	
Número do domicílio:	
Endereço:	
Nome do(a) Supervisor:	
Nome do(a) Entrevistador:	
Nome do(a) Entrevistado(a):	
Data do Controle de Qualidade: ____/____/___	
1. Quantas pessoas vivem com o (a) Sr. (a)? |__| pessoas (9999) IGN	*SOCIO16*____
2. Qual sua data de nascimento? __/__/____	*SOCIO05*
O (A) Sr (a) estudou na escola? (1) Sim (2) Não (9) IGN	*SOCIO11*_____
4. No último ano o (a) Sr(a) tomou a vacina contra a gripe? (0) Não (1) Sim (9) IGN	*IMUNO01*____
5. Algum médico ou profissional de saúde já falou que o(a) Sr(a) tem diabetes? (0) não (1) sim (9) IGN	*CRON5*
6. Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (9) IGN	*NEWS1*_____
7. Lembrando dos seus dentes de baixo, o(a) Sr.(a) tem *(adultos têm no máximo 16 dentes embaixo incluindo o dente do siso)* : (1) **10 dentes naturais ou mais** (2) **< 10 dentes naturais** (3) **Nenhum dente natural** (9) IGN	*DENBAIXO*
8. O entrevistador verificou a sua estatura? (0) Não (1) Sim (9) IGN	*VERESTAT*
9. Nos últimos 3 meses o(a) Sr.(a) consultou com médico? (0) Sim (1) Não (9) IGN	*USOSER02*
10. Com que freqüência o(a) Sr.(a) toma bebidas alcoólicas? (0) Nunca (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (8) NSA (9) IGN	*AUDIT1* _____
11. Nos 30 dias anteriores a entrevista, o Sr. (a) utilizou medicamentos? (0) Não (1) Sim	*USOMED*

(9) IGN	
12. O(a) Sr(a) fuma ou já fumou cigarros? (0) Não (1) fumou e parou (2) fuma atualmente (9) IGN	*FUMO1* _____
13. O Sr. (a) possui plano de saúde? (0) Sim (1) Não (9) IGN	*USOSER01* _____
14. O Sr. (a) considera a caro da sua pela, raça ou etnia: (1) Branca (2) Parda (3) Negra ou preta (4) Amarela (5) Indígena (6) IGN	*SOCIO09* _____
15. A entrevistadora verificou sua pressão arterial? (0) Não (1) Sim (9) IGN	*VERPA* _____
SOMENTE PARA O SEXO FEMININO 16. A Sra já ouviu falar no exame mamografia? (0) Sim (1) Não (9) IGN	*MAM03*

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa **"CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL, 2009/10"**. Sua colaboração neste estudo é MUITO IMPORTANTE, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) Senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a situação de saúde dos idosos com idade igual ou superior a 60 anos da cidade de Florianópolis – SC e sua relação com condições socioeconômicas, demográficas e de saúde.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. NÃO HÁ RISCOS quanto à sua participação e o BENEFÍCIO será conhecer a realidade da saúde dos moradores de Florianópolis, a qual poderá melhorar os serviços de saúde em sua comunidade.

Será realizada uma entrevista e também serão verificadas as seguintes medidas: pressão arterial (duas vezes), peso, altura, cintura e panturrilha que não causarão problemas à sua saúde. Para isso será necessário aproximadamente uma hora.

Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professora Eleonora d'Orsi, coordenadora deste projeto de pesquisa, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública na UFSC, no Departamento de Saúde Pública, Campus Universitário, Trindade, ou pelo telefone (48) 3721 9388, ou e-mail eleonora@ccs.ufsc.br

Eu....., declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados e consinto por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Florianópolis, _____ de _____ de 2010.

_____
(Assinatura do participante)

ANEXOS

ANEXO 1
INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. **CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:**

1.1 - Revisão – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
1.2 - Artigos – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
1.3 - Notas – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 5 ilustrações);
1.4 - Resenhas – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
1.5 - Cartas – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);
1.6 - Debate – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
1.7 - Fórum – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. **Normas para envio de artigos**

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
2.2 - Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.
2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
2.4 - A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. **Publicação de ensaios clínicos**

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.
3.3 - As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Nederlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. **Fontes de financiamento**

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. **Conflito de interesses**

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. **Colaboradores**

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações doInternational Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1.

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. **Agradecimentos**

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. **Referências**

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote ®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. **Nomenclatura**

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. **Ética em pesquisas envolvendo seres humanos**

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da World Medical Association.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres

humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. **Processo de submissão *online***

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em:http://www.ensp.fiocruz.br/csp/.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contado com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. **Envio do artigo**

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigoshttp://www.ensp.fiocruz.br/csp/. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.
12.5 - O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: http://decs.bvs.br/.
12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.
12.8 - *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.
12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.
12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material

ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.
12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.
12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.
12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.
12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. **Acompanhamento do processo de avaliação do artigo**

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. **Envio de novas versões do artigo**

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos http://www.ensp.fiocruz.br/csp/ do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. **Prova de prelo**

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.