



ARTIGO

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CONDIÇÕES DE SAÚDE E SINAIS DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS LONGEVOS*SOCIODEMOGRAPHIC DATA, HEALTH CONDITIONS AND SIGNS OF VIOLENCE AGAINST ELDERLY PEOPLE*

VÂNIA FERREIRA DIAS¹, LÍLIAN SANTOS LIMA ROCHA DE ARAÚJO², ALDRINA SILVA CONFESSOR CÂNDIDO³,
ARIANNA OLIVEIRA SANTANA LOPES⁴, LÍVIA MARA GOMES PINHEIRO⁵, LUCIANA ARAÚJO DOS REIS⁶

1 - Graduada em Enfermagem pela Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), Vitória da Conquista, Bahia, Brasil

2 - Mestre em Educação pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Vitória da Conquista, Bahia, Brasil

3 - Doutoranda em Ciências da Educação na Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina

4 - Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

5 - Professora da Universidade Paulista (UNIP), Vitória da Conquista, Bahia, Brasil

6 - Professora Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Vitória da Conquista, Bahia, Brasil

RESUMO

Este estudo objetivou identificar a relação entre dados socio-demográficos, condições de saúde e sinais de violência e maus tratos contra idosos longevos. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, realizado em cinco unidades básicas de saúde de Vitória da Conquista/BA, amostra de 310 idosos com idade superior a 80 anos. O instrumento foi constituído de dados sócios demográficos, condições de saúde e índice de avaliação de maus-tratos e abuso a idosos. No grupo Indicadores de Possível Abuso, encontrou-se diferença estatística significativa entre evidências possíveis de fraturas relacionada com a renda referente a aposentado ($p=0,002$), evidência possíveis de fraturas e estado civil relativo a viúvo ($p=0,033$); no grupo Indicadores de Possível Negligência, entre evidência possível de diarreia e estado civil referente a viúvo ($p=0,001$), evidência possível de desidratação e estado civil referente a viúvo ($p=0,001$); e, no grupo Indicadores de Possível Exploração, entre incapacidade de controlar dinheiro/bens e profissão aposentado ($p=0,001$), incapacidade de controlar dinheiro/bens e estado mental referente à alteração cognitiva sugestiva de déficit ($p=0,001$). Constatou-se no presente estudo que houve relação entre os sinais de violência e maus tratos nos idosos avaliados com a capacidade funcional, a nutrição baixa com o estado civil viúvo, a qualidade da pele com o comprometimento da capacidade funcional, a existência de fraturas com o estado civil viúvo e aposentado, diarreia e desidratação com estado civil viúvo, a incapacidade de controlar dinheiro e bens com aposentado e alteração cognitiva sugestiva de déficit nos achados.

Palavras-chave: Violência; Idoso; Maus tratos ao idoso.

ABSTRACT

This study aimed to identify the relationship between sociodemographic data, health and signs of violence and abuse against the elderly. This is a descriptive exploratory study with a quantitative approach, carried out in five basic health units from Victory da Conquista/BA, sample of 310 elderly aged over 80 years. The instrument consisted of sociodemographic data, health and evaluation index mistreatment and abuse against the elderly. In the Possible Abuse Indicators group, a statistically significant difference was found between possible evidence of fractures and income related to retirees ($p=0.002$), possible evidence of fractures, and widow marital status ($p=0.033$). In the group Indicators of Possible Neglect between possible evidence of diarrhea and widowed marital status ($p=0.001$), possible evidence of dehydration and widowed marital status ($p=0.001$). And in the group Possible Exploitation Indicators between inability to control money/goods and retired profession ($p=0.001$), inability to control money/goods and mental state regarding cognitive impairment suggestive of deficit ($p=0.001$). It was found in the present study that there was a relationship between signs of violence and abuse in the elderly evaluated with functional capacity, low nutrition with widowed marital status, skin quality with impairment of functional capacity, the existence of fractures with widowed and retired marital status, diarrhea and dehydration with widowed marital status, inability to control money and assets with retirement, and cognitive impairment suggestive of deficit in the finding.

Keywords: Violence; Elderly; Mistreatment against the elderly.



INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade presente em todo o mundo e no Brasil vem acontecendo em grande velocidade, gerando muitas consequências, formando desafios para o setor de saúde pública¹. Devido a essas transformações ocorridas no perfil populacional é preciso ter a construção de políticas mais adequadas à nova sociedade². É necessário também que se eleve a quantidade de estudos que abordem temas relacionados a esta faixa etária. A promoção de um envelhecimento saudável é uma meta para os serviços de saúde³. Mas, as mudanças no perfil da população brasileira geraram grandes dificuldades na adequação dos serviços, com o aumento de atendimento, pois os idosos são mais suscetíveis a desenvolverem doenças que necessitam de acompanhamento constante, gerando um custo maior⁴.

Outro grande problema encontrado é o aumento dos casos de vítimas de violência³. A violência praticada contra idosos já vem acontecendo há muito tempo, porém com pouca visibilidade e reconhecimento⁵. Com o aumento populacional de idosos o problema ganhou mais repercussão na sociedade, a idade se torna fator de risco para a violência e os maus tratos, pois quanto maior a idade, maior a susceptibilidade da vítima, devido ao grau de sua dependência. Por sua fragilidade se tornam alvo fácil de violência e maus-tratos, comprometendo sua saúde física e mental³.

A violência é um grande problema em todo o mundo, de difícil abordagem e de resultados pouco confiáveis devido à complexidade na busca de dados fidedignos⁴. Um dos principais índices encontrados são as agressões realizadas no âmbito familiar, por parentes e cuidadores do idoso, sendo estas as mais preocupantes⁶. Alguns desses idosos sofrem violência por muito tempo sem perceber que estão sendo maltratados, outros tem medo do que possa acontecer a ele se vierem a denunciar e outros ainda se sentem envergonhados para contar, favorecendo a continuidade das agressões¹.

O idoso vítima de violência e maus-tratos encontra muitas dificuldades no enfrentamento deste problema devido aos medos das consequências que podem ser geradas a partir da denúncia e acusação⁵. Nos casos do atendimento aos idosos, é necessário que as equipes de suporte ao idoso, sejam de saúde ou social, estejam atentas e com olhar ampliado para identificação dos casos de violência e o desempenho de abordagem preventiva³. Para isso é necessário investir na capacitação, acompanhamento e suporte dessas equipes e profissionais, para que possam prestar um serviço de qualidade e humanizado e com isso incentivar o diálogo entre o paciente e a equipe.

Estudos apontam um grande despreparo dos profissionais no atendimento às vítimas de violência que procuram os serviços de saúde por não saberem como agir diante dos casos e a quem encaminhar, e as iniciativas para uma melhoria na capacitação são quase inexistentes⁷. Nesta perspectiva, o presente estudo tem por objetivo identificar a

relação entre dados sociodemográficos, condições de saúde e sinais de violência e maus tratos contra idosos longevos. Este estudo justifica-se, uma vez que enfatiza a necessidade da avaliação de sinais de violência e maus-tratos contra os idosos, com o intuito de traçar metas para a resolução desta problemática que vem atingindo todo o mundo e só tende a aumentar devido ao envelhecimento populacional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. O local de estudo foram cinco unidades básicas de saúde do município de Vitória da Conquista/BA escolhidas pela facilidade de acesso, por possuírem uma grande quantidade de idosos nas condições a serem pesquisadas e pela disponibilidade dos profissionais de saúde e agentes comunitários que lá trabalham.

Os participantes do estudo foram 310 idosos cadastrados nas referidas unidades com idade superior a 80 anos, sendo a média de idade de 84,94 ($\pm 4,60$) anos e de ambos os sexos. Para participar do estudo, os indivíduos deveriam ter 80 anos ou mais; apresentar pontuação superior a 18 no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para idosos com baixa/média escolaridade, e pontuação igual ou superior a 26 para idosos com alta escolaridade⁸.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com o Índice de avaliação de maus-tratos e abuso a idosos⁹, com questões relacionadas a condições sociodemográficas e de saúde, Mini-Mental State Examination¹⁰, Índice de Barthel¹¹. O Índice de avaliação de maus-tratos e abuso inclui uma avaliação geral do idoso e ainda uma avaliação a nível físico, social, médico, nível de dependência e estilo de vida e ainda campos para resumos (direcionando o utilizador para o registro da probabilidade da presença de cada tipo de maus-tratos). Consiste numa escala do tipo Likert (1 a 4) com áreas para comentários adicionais em cada secção. Apresenta sete secções que fazem uma revisão dos sinais, sintomas e queixas subjetivas de abuso, negligência, exploração e abandono. O instrumento divide-se em sete grupos de indicadores de maus-tratos:⁹

I. Avaliação Geral; II. Indicadores de Possível Abuso; III. Indicadores de Possível Negligência; IV. Indicadores de Possível Exploração; V. Indicadores de Possível Abandono; VI. Resumo.

O Mini-Mental State Examination (MMEE) é usado para detectar o déficit cognitivo nos idosos, compostos por dez perguntas, a qual avalia quatro parâmetros memória a curto e longo prazo, orientação, informações do cotidiano e capacidade para cálculo. A pontuação é feita da seguinte forma: 30 a 26 pontos (funções cognitivas preservadas); 26 a 24 pontos (alteração não sugestiva de déficit) e 23 pontos ou menos (sugestivo de déficit cognitivo)¹⁰.

O Índice de Barthel é utilizado para avaliar capacidade funcional estar sendo composto por 10 atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência

para higiene íntima, transferência - cadeira e cama, deambulação e subir escadas. O escore correspondente à soma de todos os pontos obtidos, sendo considerado independente o indivíduo que atingir a pontuação total, isto é, 100 pontos. Pontuações abaixo de 50 indicam dependência em atividades de vida diária¹¹.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste, sendo aprovado pelo Parecer nº 301.191. Após aprovação do Comitê de Ética foram realizadas visitas domiciliares aos idosos procedentes das unidades de saúde escolhidas, sendo os dados da pesquisa coletados pela própria autora da pesquisa. Para participar do estudo o idoso assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados coletados foram analisados no Programa Estatístico SPSS versão 20.0, no qual foram realizadas as análises estatísticas descritivas e aplicação do Teste de Kruskal-Wallis com um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Com base nos dados colhidos verificou-se que dos idosos avaliados houve uma maior frequência do sexo feminino (67,74%), alfabetizado (51,62%), aposentado (83,88%) e com estado civil referente a viúvo (58,06%), conforme Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo dados sociodemográficos. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2018

Dados Sociodemográficos	n	%
Sexo		
Masculino	100	32,26
Feminino	210	67,74
Estado Civil		
Casado (a)	110	35,48
Solteiro (a)	20	6,46
Viúvo (a)	180	58,06
Escolaridade		
Não alfabetizado	80	25,80
Alfabetizado	160	51,62
Ensino Fundamental	60	19,36
Ensino Médio	10	3,22
Tipo de Renda		
Aposentado	260	83,88
Pensionista	30	9,68
Aposentado e Pensionista	10	3,22
Outros	10	3,22
Total	310	100,00

Em relação às condições de saúde 83,87% dos idosos relataram a presença algum tipo de patologia, sendo mais frequente a Hipertensão Arterial Sistêmica (45,20%), 83,87% apresentaram comprometimento das atividades básicas de vida diária e Alteração Cognitiva não Sugestiva de Déficit (58,07%), segundo dados da Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo as condições de saúde. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2018

Condições de saúde	n	%
Presença de Problemas de Saúde		
Não	50	16,13
Sim	260	83,87
Atividade Básica de Vida Diária (Índice de Barthel)		
Com Comprometimento	260	83,90
Sem Comprometimento	50	16,13
Estado Mental (MMSE)		
Funções Cognitivas Preservadas (30 a 26 pontos)	120	38,71
Alteração Cognitiva não Sugestiva de Déficit (26 a 24 pontos)	180	58,07
Alteração Cognitiva Sugestiva de Déficit (≤ 23 pontos)	10	3,22
Total	310	100,00

Em relação à avaliação efetuada pelo índice de avaliação de maus-tratos e abuso a idosos, quanto ao grupo da Avaliação Geral, a maioria dos idosos apresentou resultados registrados com avaliação de Muito Bom e Bom. No entanto, verificou-se a presença de registros na classificação de Baixo nas dimensões Vestuário (6,45%), Higiene (3,22%), Nutrição (6,45%) e Qualidade da pele (9,68%), de acordo com a Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das dimensões dos grupos Avaliação Geral e Indicadores de Possível Abuso. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2018

Avaliação geral e possíveis indicadores de abuso	n	%
I - Avaliação Geral		
Vestuário		
Bom	60	19,36
Muito Bom	230	74,19
Baixo	20	6,45
Higiene		
Bom	50	16,13
Muito Bom	240	77,43
Baixo	10	3,22
Muito Baixo	10	3,22
Nutrição		
Bom	50	16,13
Muito Bom	240	77,42
Baixo	20	6,45
Qualidade da Pele		
Bom	50	16,13
Muito Bom	230	74,19
Baixo	30	9,68
II - Indicadores de Possível Abuso		
Contusões		
Sem Evidência	310	100,00
Fraturas		
Sem Evidência	290	93,54
Evidência Possível	20	6,46
Evidência de Abuso Sexual		
Sem Evidência	310	100,0
Total	310	100,0

Quanto ao grupo dos Indicadores de Possível Negligência, a maioria dos idosos apresentou resultados registrados com avaliação de Sem Evidência. No entanto, verificou-se a presença de registros na classificação de Evidência Possível e Evidência Provável do índice de avaliação de maus-tratos e abuso aos idosos nas dimensões de Desidratação (3,23%), Diarreia (3,23%), Queimaduras de Urina (6,45%), Pouca Higiene (6,45%), Falha na Resposta de Doença Óbvia (3,23%) e Queixa de Negligência (3,23%), segundo Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição das dimensões do grupo Indicadores de Possível Negligência. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2018

Indicadores de Possível Negligência	n	%
Contraturas		
Sem Evidência	310	100,00
Lesões de Pele		
Sem Evidência	310	100,00
Desidratação		
Sem Evidência	300	96,77
Evidência Possível	10	3,23
Diarreia		
Sem Evidência	300	96,77
Evidência Possível	10	3,23
Impacto		
Sem Evidência	310	100,00
Desnutrição		
Sem Evidência	310	100,00
Queimaduras de Urina		
Sem Evidência	290	93,54
Evidência Possível	20	6,45
Pouca Higiene		
Sem Evidência	270	87,10
Evidência Possível	20	6,45
Evidência Provável	20	6,45
Falha na Resposta de Doença Óbvia		
Sem Evidência	300	96,77
Evidência Possível	10	3,23
Medicação Inadequada		
Sem Evidência	310	100,00
Vários Estádios de Cura		
Sem Evidência	310	100,00
Golpes		
Sem Evidência	310	100,00
Queixa de Negligência Repetida		
Sem Evidência	300	96,77
Evidência Possível	10	3,23
Evidências de Exploração Financeira		
Sem Evidência	310	100,00
Evidências de Bens em troca de Serviços		
Sem Evidência	310	100,00
Readmissão Hospitalar		
Sem Evidência	310	100,00
Total	310	100,00

Em relação aos grupos dos Indicadores de Possível Exploração e Resumo, a maioria dos idosos apresentou resultados registrados com avaliação de Sem Evidência. No entanto, verificou-se a presença de registros na classificação de Evidência Possível e Evidência Provável nas dimensões de Queixa de Exploração Repetida (3,23%), Incapacidade de Controlar Dinheiro/Bens (3,22%), Evidência de Negligência (6,46%), Evidência de Abuso (6,46%), Queixas de Abandono Repetido (3,23%), Evidência que o Idoso foi Abandonado em Ambiente Inseguro (3,23%), Evidências de Exploração (9,68%) e Evidências de Abandono (3,23%), conforme Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição das dimensões dos grupos Indicadores de Possível Exploração e Resumo. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2018

Indicadores de Possível Exploração e Resumo	n	%
IV- Indicadores de Possível Exploração		
Mau uso do Dinheiro		
Sem Evidência	310	100,00
Queixa de Exploração Repetida		
Sem Evidência	300	96,77
Evidência Possível	10	3,23
V- Indicadores de Possível Abandono		
Evidências de que o cuidador abandonou os cuidados propositalmente		
Sem Evidência	310	100,00
Depressão		
Sem Evidência	310	100,00
Incapacidade de controlar Dinheiro/Bens		
Sem Evidência	290	93,54
Evidência Possível	20	6,46
Evidência de Negligência		
Sem Evidência	270	87,10
Evidência Possível	30	9,68
Evidência Provável	10	3,22
VI – Resumo		
Evidência de Abuso		
Sem Evidência	290	93,54
Evidência Possível	20	6,46
Queixas de abandono repetido		
Sem Evidência	300	96,77
Evidência Possível	10	3,23
Evidências que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro		
Sem Evidência	300	96,77
Evidência Possível	10	3,23
Evidência de Exploração		
Sem Evidência	280	90,32
Evidência Possível	30	9,68
Evidência de Abandono		
Sem Evidência	300	96,77
Evidência Possível	10	3,23
Total	310	100,00

Com a aplicação do Teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis do estudo e as dimensões dos grupos da escala de avaliação de maus tratos e abusos em idosos, encontrou-se diferença estatística significativa no grupo avaliação geral entre a dimensão vestuário baixo e comprometimento da capacidade funcional ($p=0,007$), nutrição baixa e estado civil viúvo ($p=0,026$), qualidade da pele baixa e comprometimento da capacidade funcional ($p=0,048$).

No grupo Indicadores de Possível Abuso, encontrou-se diferença estatística significativa entre evidências possíveis de fraturas e renda referente a aposentado ($p=0,002$), evidência possíveis de fraturas e estado civil relativo a viúvo ($p=0,033$). No grupo Indicadores de Possível Negligência entre evidência possível de diarreia e estado civil referente a viúvo ($p=0,001$), evidência possível de desidratação e estado civil referente a viúvo ($p=0,001$).

E no grupo Indicadores de Possível Exploração entre incapacidade de controlar dinheiro/bens e profissão aposentado ($p=0,001$), incapacidade de controlar dinheiro/bens e estado mental referente a alteração cognitiva sugestiva de déficit ($p=0,001$).

DISCUSSÃO

No presente estudo, a maioria dos idosos longevos pesquisados eram do sexo feminino. Acredita-se que a predominância de idosos pertencentes ao sexo feminino é devido a uma maior longevidade das mulheres em relação aos homens, fenômeno atribuído a menor exposição a determinados fatores de risco no trabalho, menor prevalência de tabagismo e ingestão de álcool e, também, diferenças quanto à atitude em relação a doenças, incapacidades e maior assistência médica¹.

Verificou-se uma maior distribuição de idosos que relataram ter sido apenas alfabetizados, sendo estes dados corroborados por outro estudo⁷. Uma vez que boas condições socioeconômicas, escolaridade adequada e desenvolvimento do nível cultural estão associados a menores riscos de saúde, a baixa escolaridade dos idosos avaliados aumenta os riscos de estes desenvolverem patologias.

Encontrou-se uma maior frequência de aposentados, sendo que a aposentadoria se constitui em um dos principais desencadeadores de alterações psicológicas¹¹. Constatou-se uma grande maioria da população idosa de viúvos. A viuvez é comum na sociedade atual, caracterizando-se pela perda do companheiro da vida toda, situação especial, não planejada, uma inesperada quebra do equilíbrio, real ou suposto, das relações familiares, sociais, econômicas e culturais que provoca modificações na vida das pessoas e faz com que o homem e a mulher deixem de ser esposo e esposa, tornando-se viúvo e viúva, obrigando o indivíduo a enfrentar essa transição e estabelecer novos arranjos em grupo⁵.

A maioria dos entrevistados apresenta algum tipo de patologia, constando a Hipertensão como a mais citada, com comprometimento das atividades básicas de vida diária.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos problemas de saúde atualmente de maior acometimento, caracterizada por níveis elevados de pressão arterial¹².

A pressão arterial aumenta com a idade, fazendo da HAS uma doença comum em indivíduos idosos, enquanto sua prevalência aumenta de forma progressiva com o envelhecimento, fator determinante nos altos índices de morbidade e mortalidade dessa população¹². Seu controle necessita de medidas dietéticas, mudanças no estilo de vida e uso regular de medicamentos¹³. O gênero, a idade avançada e a forma de atendimento, são fatores que podem interferir na adesão ao tratamento medicamentoso que tem sido apontado como um dos maiores desafios e principais problemas.

Houve também indícios de idosos com alteração cognitiva não sugestiva de déficit a maioria dessas alterações estão relacionadas aos casos de demência. A demência é uma doença crônica não transmissível muito comum entre a população idosa e sua prevalência aumenta com a idade, com isso, as alterações e os déficits cognitivos podem levar o idoso a um declínio funcional, diminuição ou perda da capacidade para realizar as atividades cotidianas, como por exemplo, tomar banho, vestir-se, fazer compras, ir ao banco, etc¹⁴.

Percebeu-se a existência de algumas variáveis, indicando possíveis sinais de violência e maus tratos com os idosos avaliados, sendo encontrados indícios nos itens vestuário, higiene, nutrição, qualidade da pele.

Sabe-se que o envelhecimento é um processo universal e irreversível que traz consigo diversas alterações gradativas e gerais, tanto na composição corporal, como mudanças orgânico-funcionais, verificadas em várias idades em graus diferentes dependendo da genética de cada um. Uma importante alteração encontrada é a redução da força muscular, associada à diminuição das fibras musculares e como consequência da massa muscular¹⁵. Tais modificações fazem do idoso dependente dos familiares e cuidadores, que muitas vezes negligenciam esses cuidados.

Constatou-se uma parcela de idosos apresentando evidência possível de fraturas, desidratação, diarreia, queimaduras de urina, pouca higiene, falha na resposta de doença óbvia, queixa de negligência repetida, queixa de exploração repetida, incapacidade de controlar dinheiro/bens.

Com as mudanças fisiológicas que ocorrem no envelhecimento os idosos se tornam mais suscetíveis à fragilidade e à dependência de cuidados, e essas limitações podem ser superadas ou minimizadas com hábitos de vida saudáveis e contarem com oportunidades de integração social, segurança e bem-estar, que não dependem exclusivamente de escolha pessoal, mas também das oportunidades oferecidas pelo contexto social¹⁶.

Identificou-se que uma porcentagem dos idosos selecionados possui uma possível evidência de negligência, evidência de abuso, queixas de abandono repetido, evidências que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro, evidência de exploração e evidência de abandono. Nota-se que o vestuário baixo e a qualidade da pele estão relacionados

diretamente com a capacidade funcional, pois se o idoso está com diminuição da capacidade de exercer funções, isso implicará nos cuidados básicos com a pele e seu vestuário, necessitando de ajuda. À medida que a idade aumenta as pessoas tornam-se menos ativas, diminuindo a capacidade física causando alterações psicológicas como o stress, a depressão e sentimentos de velhice⁷.

Com o envelhecimento humano, tornam-se cada vez mais difíceis de serem realizadas muitas tarefas do dia a dia, implicando em dependência física e cognitiva, comprometendo o autocuidado e gerando uma carga muito grande para a família¹².

A avaliação da incapacidade funcional em idosos é muito importante, podendo ser identificada pela declaração do próprio idoso ou até pela observação da sua necessidade de ajuda na realização de tarefas básicas diárias de cuidados pessoais, para se viver de forma independente, necessária para um envelhecimento ativo. Este estudo ajuda no entendimento da vivência dos anos adicionais de vida resultantes do aumento da longevidade¹².

Nutrição baixa, desidratação, diarreia e fraturas relacionam-se com estado civil viúvo. Com a perda do companheiro, muitas vezes o idoso abandona seus próprios cuidados, ficando à mercê de seus familiares. O processo de luto normal nesta faixa etária está associado diretamente com o impacto negativo para diversos aspectos da saúde¹¹.

O estado de viuvez pode vir a fazer com que as pessoas, após anos de convivência, enfrentem momentos de solidão, não só pela perda do marido ou esposa, mas pelas dificuldades em administrar a casa e os filhos, influenciando na saúde física e mental do idoso⁵.

Mostra também que o idoso com renda proveniente de aposentadoria possui maior incapacidade de controlar dinheiro e bens, além de serem os que mais possuem sinais de fraturas. Na aposentadoria, os valores atribuídos pelo meio social têm grande influência, fazem a pessoa se lembrar da chegada da velhice, e a considerar-se economicamente improdutivo, o que pode afetar em sua estrutura psíquica e influenciar no desenvolvimento de tarefas diárias simples⁵.

Na aposentadoria, o idoso pode manifestar sinais e sintomas de ansiedade, depressão, irritabilidade, insatisfação generalizada, além de repercutir indiretamente no funcionamento cognitivo do idoso, pois quanto maior a interação social, as atividades intelectuais e físicas, menor o risco de ocorrência de demência⁵.

A incapacidade de controlar dinheiro e bens está claramente relacionado com as alterações cognitivas sugestivas de déficit, um idoso que tem suas alterações cognitivas afetadas não está apto a controlar seu próprio dinheiro. Sendo que a diminuição das capacidades cognitivas, característica principal da demência, que levam o idoso a perder progressivamente sua autonomia e a sua capacidade de desenvolver atividades normais do dia a dia. O idoso demente torna-se vulnerável e dependente da família³.

Com base no crescimento expressivo da faixa etária idosa e a transformação da característica populacional enquanto fenômeno consolidado, o desenvolvimento de pesquisas que busquem investigar e desvelar as circunstâncias que cercam esse processo é uma importante ferramenta tanto no planejamento de estratégias de enfrentamento e sistematização de medidas preventivas, quanto na desconstrução de estereótipos que desmerecem e incentivam maus-tratos aos idosos.

CONCLUSÃO

Constatou-se, no presente estudo, que houve relação entre os sinais de violência e maus tratos nos idosos avaliados com a capacidade funcional, a nutrição baixa com o estado civil viúvo, a qualidade da pele com o comprometimento da capacidade funcional, a existência de fraturas com o estado civil viúvo e aposentado, diarreia e desidratação com estado civil viúvo, a incapacidade de controlar dinheiro e bens com estar aposentado e alteração cognitiva sugestiva de déficit nos achados.

Como limitação metodológica, ressalta-se o fato de ter sido utilizado um único instrumento de rastreamento de violência e maus-tratos. Assim, sugere-se que novos estudos sejam realizados utilizando vários instrumentos para que se tenha uma visão mais ampla sobre a questão e que políticas públicas de saúde eficazes de combate a violência e maus-tratos aos idosos sejam implementadas.

REFERÊNCIAS

1. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, Eskinazi FMV, Duque AM. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciênc. Saúde Colet.** 2012; 17(8): 2199-2208.
2. Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. saúde pública** 2012; 28 (2): 208-210.
3. Saraiva ERA, Coutinho MPL. A difusão da violência contra idosos: um olhar psicossocial. **Psicol. Soc.** 2012; 24 (1):112-121.
4. Baldoni AO, Pereira LRL. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.** 2011; 32(3): 313-321.
5. Irigaray TQ, Esteves CS, Pacheco JTB, Grassi-Oliveira R, Argimon IIL. Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. **Estud. psicol.** 2016; 33(3): 543-551.
6. Gondim LVC. **Violência intrafamiliar contra o idoso: uma preocupação social e jurídica.** Escola do ministério público do estado do Ceará – ESMP. Universidade Estadual do Ceará – UECE, 2011.

7. Lima MLC, Souza ER, Lima MLLT, Barreira AK, Bezerra ED, Acioli RML. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços sus no recife (PE, Brasil). **Ciênc. Saúde Colet.** 2010; 15(6): 2677- 2686.
8. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq neuropsiquiatr** 1994; 52(1): 01-07.
9. Fulmer T. Elder abuse and neglect assessment. **Dermatology Nursing** 2004; 16 (5): 473.
10. Trindade APNT, Barboza MA, Oliveira FB, Borges APO. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioter. mov.** 2013; 26(2): 281-89.
11. Morés G et al. Avaliação funcional de idosos do CRAS-Centro de Referência da Assistência social de barra do garças-MT através da escala de equilíbrio de berg e mini exame do estado mental (MEEM), uma relação entre os fatores. **Revista Eletrônica da UNIVAR**2013; 1(9): 17-23.
12. Silveira J, Scherer F, Deitos A, Bosco SMD. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa hiperdia. **Cad. Saúde Colet.** 2013; 21 (2): 129-34.
13. Silva LOL, Dias CA, Rodrigues SM, Soares MM, Oliveira MA, Machado CJ. Hipertensão arterial sistêmica: representações sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. **Cad. Saúde Colet.** 2013; 21 (2):121-8.
14. Santos AGP, Avarini SCI. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Acta paul. enferm.** 2011; 24(4): 520-6.
15. Souza ER, Minayo MCS. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Colet.** 2010; 15(6): 2659-2668.
16. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto contexto-enferm** 2012; 21(1): 167-76.

Endereço para correspondência

Luciana Araújo dos Reis
Av. Luiz Eduardo Magalhães, 1035, Candeias
CEP: 45.028105, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.
E-mail: lucianauesb@yahoo.com.br