**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DANIEL RODRIGUES MACHADO

**VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE: ESTUDO POPULACIONAL
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SÃO PAULO

2014

DANIEL RODRIGUES MACHADO

**VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE: ESTUDO POPULACIONAL
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem na Saúde do Adulto –
PROESA, da Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem
na Saúde do Adulto

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Miako Kimura

SÃO PAULO

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: _____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Machado, Daniel Rodrigues

Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no Município de São Paulo / Daniel Rodrigues Machado. -- São Paulo, 2014.

104 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Miako Kimura

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Enfermagem 2. Idosos 3. Qualidade de Vida 4. Violência
I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Daniel Rodrigues Machado

Título: Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde:
estudo populacional no Município de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na
Saúde do Adulto – PROESA, da Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que primam por uma cultura de valorização e respeito ao ser idoso.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Miako Kimura, pela oportunidade de realizar o mestrado, amizade, carinho, confiança, paciência e ensinamentos que foram muito além dos conteúdos sobre envelhecimento e qualidade de vida.

À Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Lebrão, por ter me concebido o privilégio de participar do Estudo SABE.

Às Professoras Doutoras Yeda Duarte e Marília Berzins, pelos incentivos, ensinamentos e valiosas contribuições dispensadas na etapa de elaboração do projeto desta pesquisa e no exame de qualificação.

Ao estatístico Lucas Damiani, pela análise estatística dos dados e relevantes sugestões dadas ao trabalho.

À Prof.^a Ivone Borelli, pelas correções de português e momentos de aprendizado e incentivo.

Ao Prof. Dr. José Vitor da Silva, por ter me dado tantas oportunidades, como a de ser seu aluno na graduação, orientando de iniciação científica, escrever, participar de congressos e conhecer o ambiente acadêmico.

Aos amigos de pós-graduação: Alda Graciele, Gina Abdala, Jorge Bento, Marcel Queiroz e Rafaella Queiroga, pelo apoio e momentos de descontração ao longo dos últimos dois anos.

Aos idosos integrantes do Estudo SABE, que viabilizaram a concretização desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela concessão da bolsa de estudos.

A meu pai Iro Machado, minha mãe Alaíde e meus irmãos Iro Júnior e Marcelo, obrigado pelo amor, incentivo e por compreenderem minhas constantes ausências.

Finalmente, agradeço a minha irmã Érica, meu cunhado José Maria Santarém e meu sobrinho Rafael, muito obrigado pela acolhida em São Paulo e pelo carinho dispensado ao longo de minha vida. Com toda certeza, a conclusão desta etapa não teria sido concretizada sem a grande ajuda dessas pessoas.

Não há mal que sempre dure, nem bem que nunca se acabe
(Provérbio Português)

MACHADO, D. R. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no Município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2014.

RESUMO

Introdução: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) tem sido considerada como importante medida de avaliação do estado de saúde e de predição de mortalidade em idosos. Diversos estudos detectaram fatores associados à QVRS de idosos, mas, poucos deles, até o momento, propuseram-se a analisar as associações entre violência e QVRS dessa população. **Objetivos:** identificar a prevalência e as características da violência contra idosos não institucionalizados, residentes no Município de São Paulo; comparar idosos expostos e não expostos à violência em relação a dados sociodemográficos, econômicos, de saúde, de funcionalidade familiar, de incapacidade funcional e dos componentes físico e mental da QVRS; verificar se a violência é um fator independente associado aos escores dos componentes físico e mental da QVRS de idosos. **Método:** esta pesquisa transversal é parte integrante do Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). Os dados foram coletados em 2010 e a amostra compôs-se de 1.147 idosos que responderam o *Short-Form 12 Health Related Survey* (SF-12), instrumento genérico que avalia a QVRS em seus Componentes Físico (CF) e Mental (CM). O CF e o CM do SF-12 foram as variáveis dependentes do estudo. Utilizou-se a regressão linear múltipla, método *stepwise backward*, para identificação dos fatores associados aos componentes da QVRS. **Resultados:** a prevalência da violência contra idosos foi de 10,1% (IC 95% 8,4 – 12), e o tipo mais comum foi a psicológica (9,3%). As variáveis idade e coabitação não diferenciaram significativamente os idosos expostos e não expostos à violência. Sexo feminino, insuficiência de renda, baixa escolaridade, família disfuncional, saúde percebida como ruim, multimorbidade, dor referida, sintomas depressivos, deterioração cognitiva e dificuldades para executar ABVD ou AIVD foram as características presentes em maior proporção no grupo de idosos expostos à violência, quando comparados ao grupo não exposto. Além disso, os idosos expostos à violência, em comparação aos não expostos, alcançaram menores médias nos escores no CF (44,4, DP=10,8 contra 49,1, DP=9,3) e no CM (50,1, DP=12 contra 55,8, DP=7,5) com $p<0,001$ em ambos os componentes. Na análise múltipla, a violência contra idosos permaneceu significativamente associada ao CM da QVRS ($\beta=-2,69$; $p<0,001$), independente de covariáveis demográficas, econômicas, de saúde, de apoio familiar e de incapacidade funcional. **Conclusão:** a prevalência da violência contra idosos detectada neste estudo foi elevada; os idosos expostos à violência, em comparação aos não expostos, apresentaram diferenças em relação às suas características demográficas, econômicas, de saúde, de funcionalidade familiar e de incapacidade funcional; e a exposição à violência comprometeu o CM da QVRS dos idosos. Medidas de prevenção e controle desse agravo à saúde devem ser tratadas como prioritárias à população idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida. Idoso. Maus-tratos ao idoso.

MACHADO, D. R. Violence against the elderly and health-related quality of life: populational study in São Paulo [dissertation]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo, 2014.

ABSTRACT

Introduction: Health-related Quality of Life (HRQoL) has been considered as an important measure of health status assessment and a predictor of mortality in elderly. Several studies found factors associated to elderly's HRQoL, however, to date, few have proposed to examine the associations between violence and HRQoL of this population. **Objectives:** to identify the prevalence and characteristics of violence against non-institutionalized elderly who live in the city of São Paulo; to compare elderly who are exposed and not exposed to violence regarding to following variables: sociodemographic, economic and health data, familiar functionality, functional disability and HRQoL's physical and mental components; to verify whether violence is a factor independently associated to scores of the HRQoL's physical and mental components in elderly. **Method:** This cross-sectional study is part of the SABE (Health, Wellness, and Aging Study). Data were collected in 2010 and the sample was composed by 1,147 elderly who responded to the 12-Item Short-Form Health Related Survey (SF-12), a generic instrument that assesses the HRQoL in its Physical (CF) and Mental (CM) Components. The CF and CM of the SF-12 were the dependent variables of this study and we used the multiple linear regression, a method of backward stepwise selection to identify the factors associated to HRQOL's components. **Results:** The prevalence of violence against the elderly was 10,1% (IC 95% 8,4 – 12) and the psychological violence was the most common (9,3%). The cohabitation and age variables did not significantly differentiate the elderly exposed and those non- exposed to violence. Female sex, insufficient income, low education, dysfunctional family, health perceived as poor, multimorbidity, referred pain, depressive symptoms, cognitive impairment and difficulty to perform ABVD ou AIVD were the features presented with higher proportion in the group of elderly exposed to violence, compared to the unexposed ones. Furthermore, elderly exposed to violence achieved lower scores in HRQoL's CF(44,4, SD=10,8 vs. 49,1, SD=9,3) and CM(50,1, SD=12 vs. 55,8, SD=7,5) compared to unexposed ones, with $p<0,001$ in both components. In multiple analysis, the violence against the elderly remained significantly associated to HRQOL's CM ($\beta=-2,69$; $p<0,001$), independent of demographic, economic, health, family support and functional disability covariables. **Conclusion:** The prevalence of violence against elderly identified in this investigation was high; the elderly exposed to violence, compared to non-exposed ones, presented differences concerning their demographic, economic, health, family support and functional disability features; and the exposition to violence undermined the HRQOL's CM of elderly. Prevention and control actions for this health hazard should be considered as a priority for the elderly.

KEYWORDS: Quality of life. Aged. Elder abuse.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo conceitual que descreve as ligações entre variáveis do paciente e QVRS.....	26
Figura 2 – Múltiplas coortes do Estudo SABE.....	45
Figura 3 – Coortes do Estudo SABE selecionadas para a pesquisa.	46
Figura 4 – Correspondência entre os itens, dimensões e componentes do SF-12.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Correspondência entre as alternativas de resposta ao item 1 do SF-12 na versão original e no questionário do Estudo SABE.....	49
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1 – Distribuição dos idosos do Estudo SABE, conforme a amostra em 2006. São Paulo, SP, Brasil, 2000-2006.....	43
Tabela 4.2 – Distribuição dos idosos do Estudo SABE, conforme a amostra em 2010. São Paulo, SP, Brasil, 2006-2010...	44
Tabela 5.1 – Características sociodemográficas, econômicas, de apoio familiar, de estado de saúde e de incapacidade funcional dos idosos.....	58
Tabela 5.2 – Coeficiente alfa de <i>Cronbach</i> da Escala de Depressão Geriátrica, do <i>Apgar</i> de Família, do SF-12 e de seus componentes.....	60
Tabela 5.3 – Prevalência dos tipos de violência a que os idosos foram expostos.....	61
Tabela 5.4 – Distribuição das agressões, de acordo com os itens do instrumento de avaliação de violência.....	62
Tabela 5.5 – Distribuição dos idosos, de acordo com níveis de violência a que foram expostos.....	62
Tabela 5.6 – Comparação entre idosos expostos e não expostos à violência.....	63
Tabela 5.7 – Regressão linear múltipla para o escore do componente físico do SF-12.....	65
Tabela 5.8 – Regressão linear múltipla para o escore do componente mental do SF-12.....	67

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
CF	Componente Físico
CM	Componente Mental
DP	Desvio-Padrão
DW	<i>Durbin Watson</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ISA-SP	Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo
MEEM	Miniexame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SABE	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SF-12	<i>Short Form Health Survey 12</i>
SF-36	<i>Short Form Health Survey 36</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	MARCO REFERENCIAL.....	21
2.1	QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	22
2.2	MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	26
2.3	QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS.....	30
3	OBJETIVOS.....	36
4	MÉTODO.....	38
4.1	ESTUDO SABE.....	39
4.2	AMOSTRA DA PESQUISA.....	45
4.3	VARIÁVEIS E MEDIDAS.....	47
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	54
4.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	55
5	RESULTADOS.....	57
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	58
5.2	AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DOS INSTRUMENTOS PADRONIZADOS UTILIZADOS NO ESTUDO.....	60
5.3	PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS.....	61
5.4	COMPARAÇÃO ENTRE IDOSOS EXPOSTOS E NÃO EXPOSTOS À VIOLÊNCIA.....	63
5.5	ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA PARA IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS AOS ESCORES DOS CF E CM DO SF-12.....	65
6	DISCUSSÃO.....	69
7	CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	78
8	CONCLUSÕES.....	80
	REFERÊNCIAS.....	82
	ANEXOS.....	96

1 INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade humana é, sem dúvida, um dos acontecimentos mais relevantes desse período da História Contemporânea, tendo em vista as suas diversas repercussões nos âmbitos econômico, social e de saúde (QUEIROZ; LEMOS; RAMOS, 2010).

Em todo o mundo, a proporção de indivíduos com 60 anos ou mais está crescendo em ritmo maior que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223% ou em torno de 694 milhões, no número de idosos. Serão 1,2 bilhões de idosos em 2025 e dois bilhões em 2050, aproximadamente, dois terços deles estarão vivendo em países em desenvolvimento, como o Brasil (OMS, 2005).

“O Brasil é um jovem país de cabelos brancos”. A população idosa brasileira, representada pelos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos de idade, passou de três milhões, em 1960, para sete milhões, em 1975, e 17 milhões em 2006 – um aumento de 600% em menos de 50 anos (VERAS, 2007, p. 2464). Atualmente, existem 23,5 milhões de idosos vivendo em território brasileiro (IBGE, 2012), e as estimativas apontam que, em 2025, o Brasil será a sexta nação do mundo com o maior contingente de idosos em termos absolutos (KELLER et al., 2002).

O crescimento da população idosa não deve ser considerado um problema, pois é uma conquista decorrente do processo de desenvolvimento social. Cabe, assim, à sociedade criar condições para que o ser humano, ao viver mais tempo, possa usufruir de melhores condições de vida, a despeito das modificações naturais do processo do envelhecimento (GAIOLI, 2004).

No entanto, a maior fragilidade e vulnerabilidade fisiológica desse grupo etário o tornam vítima em potencial de diversas ocorrências negativas. A violência contra idosos, por exemplo, é um fenômeno que vem assumindo grandes proporções na sociedade moderna (MENEZES, 2010; RIBEIRO; SOUZA; VALADARES, 2012; BOND; BUTLER, 2013). Representa um problema de saúde pública de grande magnitude (WOLF; DAICHMAN; BENNETT, 2002; BOMBA, 2006; HALPHEN; VARAS; SODOWSKY, 2009; JARDIM, 2010; MELMAN et al., 2010; REICHENHEIM et al., 2011;

BERZINS; WATANABE, 2012) e constitui um dos tópicos mais relevantes dos dias atuais (VERAS, 2010).

A violência cometida contra idosos foi descrita pela primeira vez, em 1975, em publicação britânica. Desde então, tem sido tema de investigações científicas e alvo de ações governamentais em todo o mundo e, especificamente, no Brasil, desde a década de 1990 (WOLF; DAICHMAN; BENNETT, 2002).

O primeiro estudo de revisão sistemática sobre a prevalência da violência contra idosos detectou coeficientes de abuso físico entre 1,2%, na Holanda, e 18%, na Finlândia (ESPÍNDOLA; BLAY, 2007). No Brasil, não se conhece a prevalência de violência contra idosos, pois existem poucas pesquisas de base populacional publicadas sobre o assunto. Uma investigação com 315 idosos do município de Camaragibe, região metropolitana de Recife (Pernambuco), identificou que 21% dos participantes haviam sido expostos a algum tipo de violência (MELO; CUNHA; FALBO NETO, 2006). A versão em português da *Conflict Tactics Scales* (CTS1) foi utilizada para estimar a prevalência de violência física no ambiente doméstico contra 322 idosos residentes na cidade de Niterói (Rio de Janeiro), sendo constatado que 10,1% deles haviam sido expostos à violência física (MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008).

Essa grande variação de prevalência é influenciada por questões metodológicas e pelos aspectos culturais envolvidos (ESPÍNDOLA; BLAY, 2007). Mas, o principal impedimento à investigação epidemiológica rigorosa perpassa pela multiplicidade de definições de violência contra idosos (LACHS; PILLEMER, 1995; MACHADO; QUEIROZ, 2006).

O conceito “violência contra idosos” não admite uma única definição e as existentes, geralmente, enfatizam o relacionamento da vítima com o agressor, as características das pessoas envolvidas, a premeditação, o cenário e o tipo de violência cometida (DONDER et al., 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), violência contra idosos constitui “uma ação única ou repetida ou ainda a ausência de uma ação devida, que cause sofrimento e angústia, e que ocorre em uma relação em que haja expectativa de confiança” (OMS, 2003, p. 3). Ressalta-

se que diversos autores não fazem distinção entre abuso, violência e maus-tratos contra idosos (MINAYO, 2003; GAIOLI; RODRIGUES, 2008; SILVA et al., 2008; BERZINS; WATANABE, 2010; SANTANA, 2010; SOUZA; MINAYO, 2010; OLIVEIRA et al., 2012) e, nesta pesquisa, esses termos também serão tratados como sinônimos.

Algumas tipologias são adotadas para designar as formas de violência mais praticadas contra a população idosa. Conforme os autores do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, divulgado pela OMS, a *violência física* refere-se à dominação induzida por drogas ou pelo uso da força física, resultando em dor ou lesão; a *violência psicológica* corresponde à inflicção de angústia mental; a *violência financeira ou material* à exploração imprópria ou ilegal do idoso ou no uso não consentido por ele de seus recursos patrimoniais e/ou financeiros; a *violência sexual*, ao contato sexual não consentido pelo idoso, e a *negligência* manifesta-se pela recusa ou falha no desempenho do cuidado ao idoso (WOLF; DAICHMANN; BENNETT; 2002).

Uma investigação derivada do Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) objetivou caracterizar os idosos com indicadores de violência física, psicológica, financeira e abandono/negligência, sendo estas identificadas por meio da observação direta do entrevistador. Os resultados demonstraram que a maioria dos idosos em situação de violência tinha várias características em comum, como: sexo feminino, idade avançada, baixa escolaridade, deterioração cognitiva, doença neurológica, reumática ou psiquiátrica, presença de sintomas depressivos, dificuldades para atividades da vida diária e insuficiência de renda (SANCHES, 2006).

Já um recente estudo de atualização reportou idade avançada, coabitação, isolamento social, comprometimento cognitivo, saúde comprometida, comportamento agressivo, história de violência doméstica e necessidade de cuidador, como fatores de risco para ocorrência de violência contra idosos (SWITZER; MICHIEZI, 2012).

Ressalta-se que as diversas tipologias de violência contra idosos ocorrem, predominantemente, de modo único ou combinado, no âmbito familiar (WOLF; DAICHMANN; BENNETT; 2002; MASCARENHAS et

al., 2012; BOND; BUTLER, 2013) e tendem a afetar severamente a saúde física e mental das vítimas (MENEZES, 2010; SACOL; ZAPPE, 2011).

Alterações na saúde física e mental podem ser mensuradas pelas avaliações da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que constituem medidas bastante úteis para monitorar a saúde de uma população, diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico das doenças, verificar os efeitos do tratamento, descobrir os fatores etiológicos (determinantes da QVRS), avaliar os efeitos das políticas sociais e de saúde, bem como alocar recursos, de acordo com as necessidades humanas (EBRAHIM, 1995).

O termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde é usual na literatura da área da saúde e vem sendo utilizado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral de qualidade de vida. No entanto, a QVRS implica aspectos mais íntimos às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

A OMS define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405).

A QVRS é definida como “o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais que são influenciados por doenças, dano, tratamento ou política de saúde” (PATRICK; ERICKSON, 1993, p. 419) não sendo, com frequência, diferenciada do estado funcional ou do estado de saúde (física e mental) de um indivíduo (WILSON; CLEARY, 1995).

Uma pesquisa de coorte prospectiva que contou com uma amostra representativa da população idosa espanhola (2.373 pessoas $\geq$ 60 anos) concluiu que mudanças da QVRS são preditoras de mortalidade em idosos, o que evidenciou ainda mais a avaliação da QVRS, como um valioso instrumento na área da saúde (OTERO-RODRÍGUEZ et al., 2010).

As investigações que se propõem a identificar os fatores determinantes de boa ou má QVRS também são cada vez mais necessárias e imprescindíveis, pois podem subsidiar a elaboração e implementação de políticas públicas que visem à melhoria da saúde física e mental das pessoas.

Nesse sentido, é válido mencionar que diversos pesquisadores nacionais e internacionais detectaram que indivíduos expostos à violência apresentaram piores níveis de QVRS em relação aos não expostos (MOUTON et al., 1999; EISENMAN et al., 2003; ALSAKER et al., 2006; BONOMI et al., 2007; DE AQUINO et al., 2009; PARANJAPE et al., 2009; SORENSEN et al., 2012).

No entanto, essas pesquisas têm foco direcionado para a violência contra pessoas que não alcançaram os 60 anos de idade e, até o momento, não se tem conhecimento de nenhum estudo científico empírico que objetivou investigar a violência, como fator independente associado à redução da QVRS de idosos.

No Brasil, recentes investigações ajudaram a identificar características sociodemográficas e de saúde associadas à QVRS de idosos não institucionalizados (LIMA et al., 2009; LIMA et al., 2011; CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011; RIBEIRO, 2011; CRUZ, 2012). A detecção de outras variáveis ligadas à QVRS dessa população é primordial para o avanço do conhecimento gerontológico.

Dessa forma, a presente pesquisa é inédita e visa a preencher uma lacuna do conhecimento científico, ao colocar em foco as relações entre violência e QVRS de idosos brasileiros não institucionalizados. Reveste-se de grande relevância, pois o estudo propõe-se a identificar os idosos expostos à violência em um subgrupo de nossa população e apontar as possíveis diferenças na QVRS de idosos com e sem experiência de violência, revelar características da violência e das vítimas, além de produzir informações sobre fatores sociodemográficos, de saúde e da violência relacionados com a QVRS de idosos.

Todas essas informações poderão nortear a assistência dos profissionais de saúde que lidam com a população idosa, bem como subsidiar políticas públicas que considerem as repercussões da violência na saúde física e mental dessa população.

2 MARCO REFERENCIAL

2 MARCO REFERENCIAL

2.1 QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Nas últimas décadas, a qualidade de vida vem sendo foco de crescente interesse em diversas áreas científicas, tais como as ciências econômicas, políticas, sociais e de saúde. O avanço tecnológico e a maior expectativa de vida são algumas das razões pelas quais há maior preocupação com a qualidade de vida das pessoas (LA GAMBA, 2011).

Os profissionais da área da saúde estão cada vez mais preocupados em avaliar a efetividade dos tratamentos médicos e o impacto das diversas ocorrências ligadas à saúde, na perspectiva do próprio indivíduo. Dessa forma, os resultados das intervenções em saúde têm sido avaliados também por meio de variáveis subjetivas, que incorporam as percepções dos pacientes em relação a seu bem-estar e à sua qualidade de vida, representando uma grande mudança no enfoque tradicionalmente pautado em dois indicadores objetivos: morbidade e mortalidade (GUEWEHR, 2007).

A primeira citação do termo qualidade de vida em um jornal médico data da metade dos anos 1960, quando Elkington publicou um editorial intitulado “*Medicine and Quality of Life*”, no qual o autor suscitou questões a respeito das responsabilidades da medicina sobre a condição exemplificada pela manutenção da vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise (PASCHOAL, 2011).

Em 1977, o termo qualidade de vida foi introduzido no PubMed (*Medical Publications*), como MeSH (*Medical Subject Headings*). Recentemente, ao realizar uma busca eletrônica no Portal *PubMed*, utilizando o MeSH *quality of life*, foram localizados 111.188 trabalhos publicados, entre 1966 e 2014. Tal abundância numérica pode induzir ao pensamento de que o construto qualidade de vida possui significado único e muito bem delineado, no entanto, isso não ocorre.

O conceito de qualidade é de natureza abstrata e boa qualidade tem significados diversos para diferentes pessoas em lugares e ocasiões distintas.

Por esse motivo, existem inúmeras conceituações de qualidade de vida e, talvez, cada indivíduo tenha uma conceituação própria sobre o construto. Assim, qualidade de vida é um construto que está submetido ao ponto de vista individual e oscila de época para época, de país para país, de cultura para cultura e de classe social para classe social. Mais do que isso, varia para o mesmo indivíduo, conforme a diversidade de experiências emocionais, sociais, econômicas e ecológicas vividas (PASCHOAL, 2011).

A definição de qualidade de vida permanece controversa, e a ausência de consenso em relação ao construto reflete-se nos diversos significados produzidos pelos estudiosos. Qualidade de vida “é o grau em que as experiências de vida de uma pessoa são satisfatórias” (ZHAN, 1992, p. 796).

A qualidade de vida mede a diferença entre as expectativas e as experiências reais ou atuais de um determinado indivíduo (CALMAN, 1984).

“Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que vem sendo aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural que incorpore todos os elementos considerados geradores de bem-estar e conforto para uma determinada sociedade. A relatividade da noção que, em última instância, remete ao plano individual tem, pelo menos, três fóruns de referência. O primeiro, é histórico, ou seja, para cada fase de seu desenvolvimento, em cada etapa histórica, uma sociedade constrói um parâmetro de qualidade de vida. O segundo, é cultural. Certamente, cada nação, guiada pelas tradições, hierarquiza valores e necessidades peculiares. O terceiro aspecto, refere-se às estratificações ou classes sociais. Os estudiosos que analisam sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes mostram que os padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados: a qualidade de vida está relacionada com o bem-estar dos estratos superiores e à passagem de um estrato a outro (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p.8).

O grupo de especialistas em qualidade de vida da OMS considera que, embora não exista uma definição consensual de qualidade de vida, há concordância entre os pesquisadores sobre algumas características do

construto, como a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A característica da subjetividade significa que o conceito de qualidade de vida está centrado em percepções e experiências pessoais, sendo, portanto, o próprio indivíduo a fonte mais fidedigna para emanar julgamento sobre a qualidade de sua vida (PASCHOAL, 2000; FLECK et al., 2008).

A avaliação da qualidade de vida realizada pelo julgamento de uma pessoa próxima ao entrevistado (proxi-respondente), como por exemplo, membros da família, cuidadores ou profissionais de saúde difere daquela proveniente do próprio indivíduo, em sentido positivo ou negativo, dependendo do aspecto avaliado (NIV; KREITLER, 2001).

Todavia, em algumas situações específicas de pesquisa e de seguimento de pacientes tem-se recorrido às informações oriundas de um proxi-respondente, especialmente, quando a amostra do estudo é constituída por pessoas com incapacidade cognitiva ou de comunicação. É necessário que o uso dessa estratégia seja permeado por uma postura crítica sobre suas peculiaridades e limitações, sobretudo em relação à coleta de dados de natureza abstrata e subjetiva (NORTHWAY; JENKINS, 2003).

Em relação à multidimensionalidade, há consenso no meio acadêmico de que a qualidade de vida abrange, pelo menos, três dimensões: física, psicológica e social. Entretanto, ao avaliar a qualidade de vida, outras dimensões podem ser incluídas por motivos conceituais, pragmáticos e/ou empíricos (PASCHOAL, 2011). O próprio Grupo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) – reconhece seis domínios na qualidade de vida, refletidos na estrutura de seu instrumento WHOQOL-100: domínio físico, psicológico, relações sociais, nível de independência, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais. Na versão abreviada desse instrumento (WHOQOL-BREF), permaneceram quatro desses seis domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 1999).

Quanto à bipolaridade, refere-se às dimensões positivas e negativas contidas no construto, que podem ser empregadas em diversas condições, como dor, fadiga, dependência, autonomia, entre outras (PASCHOAL, 2011).

Duas outras características podem ser acrescentadas ao construto: complexidade e mutabilidade. Por ser subjetivo, multidimensional e bipolar, o construto torna-se complexo e difícil de avaliar. Por outro lado, a avaliação da qualidade de vida pode mudar com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural; para uma mesma pessoa, oscila de acordo com seu estado de humor (PASCHOAL, 2011).

Há duas tendências quanto ao uso do termo na área da saúde: qualidade de vida como um construto mais genérico (QV geral) e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). No primeiro caso, o construto não faz referência específica às disfunções ou agravos à saúde e os pesquisadores que adotam essa aceção mais ampla de QV, geralmente, estudam as pessoas saudáveis da população. No segundo caso, o construto é utilizado de forma mais específica, para referir-se à percepção do bem-estar, que é diretamente influenciada por alterações no estado de saúde, doença e tratamento (SEIDL; ZANNON, 2004).

A definição de QVRS é complexa, mas pode ser pensada, como os aspectos do bem-estar autopercebido que estão relacionados à saúde e podem ser afetados pela presença de doença ou tratamento (EBRAHIM, 1995). Deve ser associada ao impacto das condições de saúde do indivíduo sobre sua capacidade de viver plenamente (FLECK et al., 1999).

A QVRS está estruturada em um modelo conceitual que pode ser entendido como um *continuum*. Nele, fatores biológicos e fisiológicos determinariam os sintomas, que influenciariam o funcionamento do indivíduo que, por sua vez, determinaria a avaliação de sua saúde (no seu conceito mais amplo, não como mera ausência de doença) e, conseqüentemente, de qualidade de vida. Em todos esses níveis também haveria interação de características individuais e ambientais (WILSON; CLEARY, 1995). Esse modelo teórico está apresentado esquematicamente na Figura 1.

Figura 1 – Modelo conceitual que descreve as ligações entre variáveis do paciente e QVRS

Fonte: WILSON; CLEARY, 1995.

2.2 MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Mensurar qualidade de vida não é tarefa das mais fáceis, dada à quantidade e complexidade das variáveis envolvidas. Entre os idosos, especialmente, somam-se numerosos outros fatores dificultadores, tais como: a heterogeneidade da velhice e as peculiaridades educacionais, cognitivas e culturais dessa faixa etária. Nesse contexto, os instrumentos de aferição da qualidade de vida solidificam ainda mais sua importância (PASCHOAL, 2011).

Em relação ao propósito de aplicação, os instrumentos de medida de qualidade de vida podem ser classificados como discriminativos, avaliativos e preditivos (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993). Um instrumento discriminativo tem a capacidade de diferenciar as pessoas com melhor qualidade de vida das com pior qualidade de vida. E se o foco for detectar mudanças na qualidade de vida através do tempo ou como efeito de algum tratamento, classifica-se o instrumento como avaliativo. Já os instrumentos preditivos, caracterizam-se por utilizarem uma medida alternativa às

tradicionais medidas fisiológicas para avaliação de desfechos, logo, nesse caso, a medida de qualidade de vida pode ser uma variável preditora de desfechos relevantes, como morbidade e mortalidade (GUEWEHR, 2007).

Para medir a qualidade de vida, diversos instrumentos foram desenvolvidos em forma de questionários padronizados, que podem ser classificados em duas categoriais: genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos não especificam doença, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, ao planejamento e à avaliação de políticas e programas de saúde (AGUIAR et al., 2008).

O *WHOQOL-BREF*, versão abreviada do *WHOQOL-100*, pode ser mencionado como exemplo de instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida geral, sendo composto por 26 itens e quatro domínios (FLECK et al., 2000).

Os instrumentos genéricos de medida de QVRS são utilizados com o objetivo de refletir o impacto de qualquer tipo de doença ou tratamento sobre os diferentes aspectos da vida de indivíduos sadios ou doentes e subdividem-se em perfis de saúde e medidas de preferência – *utility* (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

Os perfis de saúde tentam medir todos os aspectos importantes da qualidade de vida. Já as medidas de preferência surgiram de teorias econômicas e de tomadas de decisão e refletem as preferências dos doentes por diferentes estados de saúde, inclusive, pela morte (PASCHOAL, 2000).

Como exemplos de perfis de saúde, podem ser citados: o Medical Outcomes Study 36 – item Short Form Health Survey (SF-36), o Sickness Impact Profile (SIP) e o Nottingham Health Profile (NHP). As medidas de preferência podem ser exemplificadas pelo Quality of Well-Being Scale, EuroQol Instrument (EQ-5D) e Health Utilities Index (FERNANDES, 2009).

Dos questionários genéricos relacionados à saúde, o SF-36 é, com certeza, um dos mais utilizados pela comunidade científica, tendo sido traduzido e validado em diversos países, inclusive no Brasil (CICONELLI et al., 1999). Foi desenvolvido a partir de um estudo de desfechos em saúde, o *Medical Outcome Study* (cujo questionário original era formado por 149 itens), mas, depois, teve sua versão encurtada para 36 perguntas, com o

objetivo de aumentar a aplicabilidade dessa medida (WARE; SHERBOURNE, 1992). Os 36 itens do instrumento avaliam a QVRS em oito dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Estas dimensões formam dois componentes da QVRS: o físico (CF) e o mental (CM).

Apesar da exclusão de 113 itens do instrumento original, o SF-36 ainda pode ser considerado longo para a avaliação da QVRS em estudos com amostras grandes, tendo em vista os aspectos logísticos imbuídos nas pesquisas de maiores proporções (CAMELIER, 2004). Dentro desse contexto, foi criado o *Short-Form 12-Item Health Related Survey* (SF-12), um questionário de 12 perguntas, elaborado em uma versão encurtada, porém válida do SF-36 (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1996).

Diversos pesquisadores nacionais e internacionais vêm utilizando o SF-12 para mensuração da QVRS (WITTENBERG et al., 2006; DE AQUINO et al., 2009; RIBEIRO, 2011; CRUZ, 2012; GROZDEV et al., 2012; SHAH et al., 2012; BENTLEY et al., 2013; LEE et al., 2013; SPENCER et al., 2013).

No Brasil, uma pesquisa feita com pacientes portadores de doenças reumatológicas verificou a equivalência do SF-12 na forma autoadministrada e na administrada por entrevistadores. A forma autoadministrada do instrumento apresentou utilidade limitada, pois houve alto índice de preenchimento incorreto (D'AMORIM, 2001). Posteriormente, o SF-12 foi validado no Brasil em estudo com indivíduos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (CAMELIER, 2004). Estudiosos também investigaram sua aplicabilidade em brasileiros portadores de esclerose sistêmica progressiva, sendo constatado que esse instrumento é confiável para medir a QVRS desses indivíduos (ANDRADE et al., 2007). Entre a população geral brasileira, níveis satisfatórios de sensibilidade, confiabilidade, validade de construto e de estrutura foram propriedades psicométricas constatadas pela aplicação do SF-12 em uma amostra de 2.157 indivíduos (SILVEIRA et al., 2013).

Já os instrumentos específicos, como o próprio nome indica, destinam-se à avaliação de determinados aspectos da qualidade de vida, tendo

a capacidade de detectar, com maior especificidade, a melhora ou a piora na área em estudo. Podem ser específicos para uma doença (câncer, asma), para uma função (mental, sexual), para uma alteração sensitiva (dor) ou faixa etária, como a dos idosos (PASCHOAL, 2000).

Em relação às vantagens e desvantagens das diferentes categorias de instrumentos de QVRS, os perfis de saúde apresentam como vantagens o fato de lidarem com grande variedade de dimensões; poderem ser utilizados em qualquer população; detectarem efeitos diferenciais sobre aspectos diferentes do estado de saúde; permitirem comparações do impacto relativo dos vários programas de atenção à saúde e corresponderem a um instrumento único. As suas desvantagens resumem-se à possibilidade de não focalizarem adequadamente a área de interesse e poderem ter reduzida responsividade – capacidade de detectar mudanças ao longo do tempo, em condições específicas (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

As medidas de preferência mostram como vantagem o fato de serem representadas por meio de um escore sumário único, possibilitando a análise custo/utilidade, e incorporarem a morte dentro da medida. Todavia, suas desvantagens não são poucas, destacando-se a dificuldade de os indivíduos determinarem valores, não permitirem a avaliação dos diferentes aspectos da QVRS, deixarem de revelar as dimensões nas quais os pacientes obtiveram melhora e naquelas em que houve piora, além de possibilitarem menor responsividade (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

Já os instrumentos específicos são clinicamente sensíveis e mais responsivos, contudo apresentam desvantagens, como: não permitem comparações, se existirem outras afecções ou condições, para as quais não foram desenhados; podem ser limitados, com respeito às populações e intervenções e serem restritos aos domínios de relevância para a doença, a população, a função; ou mostrarem restrição ao problema, sem avaliar outras dimensões também importantes para a QVRS (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

Do ponto de vista psicométrico, a confiabilidade e a validade são requisitos básicos em relação à correta escolha de qualquer instrumento de medida (MENEZES, 1998). A “confiabilidade é definida como o grau de

coerência ou precisão com que o instrumento mede o atributo que se propõe a medir”. Já a validade é “a habilidade de um método de medida em medir o que se propõe” (KIMURA, 1999, p. 8).

2.3 QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

O envelhecimento populacional é um triunfo. Essa nova realidade mundial deriva do desenvolvimento das sociedades, prova cabal das vitórias do ser humano sobre os percalços e adversidades da natureza, até mesmo um atestado de competência para muitas políticas e programas. Todavia, o envelhecimento populacional pode ter uma contrapartida de fracasso, pois o acréscimo de anos à vida pode resultar em demandas difíceis de serem resolvidas, como sobrecarga no setor de previdência social, perdas, incapacidades e dependência. Assim, o aumento da longevidade humana trouxe a necessidade de se avaliar a qualidade dessa sobrevida (PASCHOAL, 2011).

Na velhice, a qualidade de vida pode ser entendida como a avaliação multidimensional referenciada a critérios sicionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas envolvendo o idoso e seu ambiente (LAWTON, 1983).

Existe um modelo de qualidade de vida na velhice (LAWTON, 1983), que é bastante explorado pelos estudiosos, sendo reconhecido internacionalmente, como altamente explicativo e harmonioso. Nele, quatro dimensões inter-relacionadas representam a multiplicidade de aspectos e influências inerentes ao fenômeno. A primeira, trata das condições ambientais, refere-se ao contexto físico, ecológico e ao construído pelo homem que influencia diretamente a competência adaptativa (emocional, cognitiva e comportamental) do indivíduo e oferece-lhe alicerce, ou seja; o ambiente deve propiciar condições adequadas à vida das pessoas. A segunda, competência comportamental, representa o desempenho das pessoas frente às diversificadas situações proporcionadas pela vida e, portanto, está atrelada ao potencial de cada um, de suas experiências e condições de vida, dos valores

agregados ao longo do curso da vida e do desenvolvimento pessoal que, por sua vez, é influenciado pelo contexto histórico cultural. A terceira, qualidade de vida percebida, abrange a avaliação da própria vida, das condições de seu ambiente, físico e social e à eficácia de seus comportamentos nesse ambiente. Por último, o bem-estar subjetivo refere-se à satisfação com a própria vida, satisfação global e específica em determinadas dimensões da vida; reflete as relações entre as condições objetivas (ambientais), competência adaptativa e percepção da própria qualidade de vida, as três dimensões precedentes (LAWTON, 1983).

Na tese intitulada “Qualidade de Vida do Idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico” foi construída a seguinte definição de qualidade de vida com a finalidade de operacionalizar o construto qualidade de vida na velhice:

qualidade de vida é a percepção de bem estar de uma pessoa, que deriva de sua avaliação do quanto realizou daquilo que idealiza como importante para uma boa vida e de seu grau de satisfação com o que foi possível concretizar até aquele momento (PASCHOAL, 2004, p. 62).

O autor citado, ao entrevistar 193 idosos do Município de São Paulo, divididos em quatro grupos (doentes, de um ambulatório de Geriatria; saudáveis, pertencentes a grupo de idosos; doentes, com dificuldade para sair de casa; saudáveis, praticantes de atividade física regular), identificou que as dimensões “saúde física”, “capacidade funcional/autonomia”, “psicológica”, “social/família”, “econômica”, “espiritualidade/transcendência”, “hábitos/estilos de vida” e “meio ambiente” são extremamente relevantes à qualidade de vida dos idosos (PASCHOAL, 2004).

Na velhice, o bem-estar depende de vários elementos, tais como: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e das relações informais em grupos primários (sobretudo, rede de amigos). Além disso, uma boa qualidade de vida na idade avançada ultrapassa os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de

abrangência sociocultural, ou seja, uma velhice satisfatória não é um atributo exclusivo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade de interação entre pessoas em mudança, que habitam uma sociedade em constante transformação (NERI, 1993).

Um estudo foi realizado objetivando conhecer o significado de qualidade de vida para os ingleses com 65 anos ou mais de idade. Os idosos, espontaneamente, atribuíram adjetivos como “boa” e “ruim” ao construto qualidade de vida. “Relações familiares”, “contatos sociais” e “atividades de lazer” foram apontados como fatores tão importantes para a qualidade de vida quanto o “estado geral de saúde” e a “capacidade funcional” (FARQUHAR, 1995).

Em outra pesquisa, foram entrevistados idosos residentes na Grã-Bretanha para conhecer os fatores que contribuem positivamente para a qualidade de vida. As respostas evocadas com maior frequência foram: “relações sociais”, “casa e vizinhos”, “bem-estar psicológico”, “realizar atividades sozinho” e “saúde” (GABRIEL; BOWLING, 2004).

Cidadãos octogenários de Veranópolis (Rio Grande do Sul) foram pesquisados sobre as definições de qualidade de vida e os fatores associados a ela. A maioria dos idosos (57%) definiu sua qualidade de vida com avaliações positivas, relacionadas à situação de “saúde”, “renda”, “envolvimento em atividades religiosas”, “vida social” e “relacionamento com a família”. Em relação aos octogenários que definiram negativamente sua qualidade de vida (18%), a principal fonte de mal-estar foi atribuída ao “maior número de doenças crônicas” e à “perda de saúde” (XAVIER et al., 2003).

A opinião de 365 idosos sobre o significado de qualidade de vida foi tema de um estudo realizado no município de Botucatu, interior paulista. Após a análise das categorias de resposta, foram indicados três grupos. No primeiro grupo, a qualidade de vida significou “dispor de uma rede social de suporte sólida, associada à saúde física e mental”; o segundo, enfatizou a “obtenção do prazer e conforto” e o terceiro, poderia ser sumarizado como, “a pessoa idosa que identifica a qualidade de vida colocando em prática seu ideário de vida” (VECCHIA et al., 2005).

Moradores de um distrito de Porto Alegre (Rio Grande do Sul) participaram de uma investigação transversal que objetivou conhecer a percepção de idosos sobre o significado de qualidade de vida. A idade dos 260 participantes variou de 60 a 94 anos e, os principais significados de qualidade de vida foram: “ter saúde”, “viver bem”, “conviver bem com a família e amigos”, “ter o que comer e dispor de uma alimentação saudável”, “poder realizar atividades de lazer” e “ter recursos para manter suas necessidades”. Os mesmos reforçaram que qualidade de vida é um construto multidimensional, e que as percepções sobre qualidade de vida dos idosos têm significados específicos para esse grupo etário (PASKULIN et al., 2010).

A percepção da qualidade de vida entre idosos da comunidade de Porto Alegre e idosos institucionalizados do interior de Minas Gerais foi comparada em estudo que utilizou dados secundários de duas investigações epidemiológicas transversais. Na análise bivariada, os domínios “psicológico” e “relações sociais” do WHOQOL-*bref* alcançaram maiores pontuações entre os idosos que viviam na comunidade, mas análises multivariadas não revelaram diferenças significativas na percepção da qualidade de vida entre idosos residentes na comunidade e institucionalizados (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013).

Pesquisa realizada na Itália analisou a associação entre as relações sociais e a QVRS de idosos. A amostra do estudo foi representativa da população idosa italiana não institucionalizada (33.744 pessoas ≥ 60 anos), e a QVRS foi medida por meio do instrumento SF-12. Menores escores alcançados no CM foram associados com: sexo feminino, menor satisfação com a renda familiar, pouca dedicação às atividades recreativas e espirituais, viver muito longe dos parentes, ter pouca relação com amigos e parentes e portar doença crônica. Já, os menores escores atingidos no CF estiveram associados com: idosos mais velhos, menor satisfação com a renda familiar, estado civil solteiro, dedicar pouco tempo às atividades recreativas, viver muito longe dos parentes, ter poucas relações com amigos, portar doença crônica e fazer uso de medicamentos (DE BELVIS et al., 2008).

No Brasil, o Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP) entrevistou mais de seis mil pessoas para traçar as condições de vida e de

saúde. Um recorte transversal dessa pesquisa foi realizado com 1.958 idosos, objetivando analisar a associação de fatores socioeconômicos e demográficos com a QVRS. Apresentaram pior QVRS os idosos do sexo feminino, com idade mais avançada, praticantes da religião evangélica e com níveis mais baixos de renda e escolaridade (LIMA et al., 2009).

Outra investigação derivada do ISA-SP (n=1.958) analisou a associação entre comportamentos saudáveis e QVRS de idosos. A realização de atividade física foi positivamente associada com as oito dimensões do SF-36, idosos que ingeriam bebida alcoólica, pelo menos uma vez por semana apresentaram melhor QVRS do que os que não o faziam, e o hábito de fumar reduziu as pontuações no escore do CM dos idosos, quando comparados aos não fumantes (LIMA et al., 2011).

Pesquisa utilizou o SF-36 com o objetivo de analisar a associação de doença crônica com a QVRS de idosos da comunidade no Município de São Paulo. A análise de variância revelou variação significativa da QVRS, em vários domínios, conforme o aumento do número de doenças crônicas. O domínio “aspectos físicos” foi o mais comprometido entre os participantes (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011).

Recente estudo de base populacional no Município de São Paulo, utilizando o SF-12, teve como meta a identificação de fatores associados à QVRS de uma população representativa de idosos paulistanos não institucionalizados. Tendo em vista que algumas investigações demonstraram que a avaliação da QVRS na população idosa também varia, de acordo com o sexo, sendo pior entre as idosas (DE BELVIS et al., 2008; LIMA et al., 2009), a autora optou por realizar as análises separadamente para pessoas do sexo masculino e feminino. Entre as idosas, estiveram associados a baixos escores no CF do SF-12: idade ≥ 80 anos, ter duas ou mais doenças crônicas (multimorbidade), internação, incontinência urinária, depressão, dificuldades para executar Atividades Instrumentais e Básicas da Vida Diária (AIVD, ABVD) e não praticar atividades físicas. Baixos escores no CF entre idosas associaram-se à idade ≥ 80 anos, renda insuficiente, multimorbidade, tomar dois ou mais medicamentos, ter dificuldade para ABVD e não ser adepto à realização de atividades físicas. Baixos escores no CM das idosas estiveram

associados a ser fumante, percepção negativa da saúde geral e bucal, queda no último ano e depressão. Baixos escores no CM entre os idosos associaram-se a ser mais jovem (60 a 69 anos), percepção negativa de saúde, incontinência urinária e depressão (RIBEIRO, 2011).

As investigações supracitadas fornecem um panorama da variedade dos significados e fatores associados ao bem-estar de idosos, com destaque para a saúde que, sem dúvida, vem se mostrando um componente fundamental para a boa vida em etapas mais avançadas da existência humana.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

- Identificar a prevalência e as características da violência contra idosos não institucionalizados, residentes no Município de São Paulo.
- Comparar idosos expostos e não expostos à violência em relação a dados sociodemográficos, econômicos, de saúde, de funcionalidade familiar, de incapacidade funcional e dos componentes físico e mental da QVRS.
- Verificar se a violência é um fator independente associado aos escores dos componentes físico e mental da QVRS de idosos.

4 MÉTODO

4 MÉTODO

A presente pesquisa é parte integrante do Estudo SABE e caracteriza-se como uma investigação de corte transversal, com base nos dados coletados em 2010. No Brasil, o Estudo SABE é coordenado pelo Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e pelo Ministério da Saúde (MS).

4.1 ESTUDO SABE

O Estudo SABE foi uma investigação multicêntrica inicialmente coordenada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), cujo propósito foi traçar um perfil comparável das condições de vida e saúde de idosos residentes em sete centros urbanos da América Latina e Caribe (PALLONI; PELAÉZ, 2003).

O inquérito multicêntrico ocorreu, entre outubro de 1999 e dezembro de 2000, e foi conduzido em Bridgetown (Barbados); Buenos Aires (Argentina); Havana (Cuba) e Montevideu (Uruguai), que estavam em estágios mais avançados do processo de envelhecimento e Cidade do México (México); Santiago (Chile) e São Paulo (Brasil) que se encontravam ligeiramente atrás; no entanto, com possibilidade de superar os primeiros, em razão da velocidade com que o processo de envelhecimento estava ocorrendo nesses três países (PALLONI; PELAÉZ, 2003).

Em 2000, a população brasileira do Estudo SABE foi composta pelos idosos com 60 anos ou mais de idade que residiam no Município de São Paulo (LOUVISON, 2011). Conforme a contagem realizada pela Fundação IBGE, a população idosa do Município em 1996 era igual a 836.223 habitantes, correspondendo a 8,1% do total da população. Para atender ao plano de análise estatística proposto, o tamanho inicial da amostra – 1.500 idosos – foi

distribuído, de acordo com os estratos definidos por sexo e grupo etário (SILVA, 2003).

O número mínimo de domicílios calculado para o alcance dos 1.500 idosos desejados foi de 5.882 (SILVA, 2003) e foram sorteados pelo método de amostragem por conglomerados, em dois estágios, sob critério de partilha proporcional ao tamanho (SILVA, 1998). Um cadastro permanente de 72 setores censitários, existente no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, foi considerado como amostra do primeiro estágio, que foi tomada do cadastro da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1995, composto por 263 setores censitários sorteados sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios. O número mínimo de domicílios sorteados no segundo estágio foi aproximado para 90 ($5.882/72=81.69$). A atualização dos endereços foi realizada pelas listas da PNAD 1998, adquiridas na Fundação IBGE (SILVA, 2003; LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Noventa domicílios de cada setor foram visitados e, para tanto, dividiu-se o total de endereços de cada setor censitário em segmentos de dez residências e, em cada setor, sortearam-se nove segmentos (SILVA, 2003).

Ao final dessa primeira fase de trabalho de campo, foram realizadas 1.568 entrevistas decorrentes do processo de sorteio de domicílios, ressaltando-se que, posteriormente, uma amostra não probabilística (intencional) de 575 idosos foi acrescentada ao Estudo. O objetivo desse acréscimo foi compensar a mortalidade entre aqueles que possuíam idade ≥ 75 anos e completar o número desejado de entrevistas nessa faixa etária (SILVA, 2003).

Portanto, a amostra final foi de 2.143 idosos (A_{00}), sendo composta por dois segmentos. O primeiro, resultante do sorteio, correspondeu à amostra probabilística formada por 1.568 idosos. O segundo segmento, representado por uma amostra intencional, foi constituído por 575 idosos que habitavam moradias próximas aos setores selecionados, ou no máximo, residiam dentro dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário elaborado por um comitê regional, formado pelos principais pesquisadores dos sete países participantes do Estudo SABE e por especialistas em temas específicos da pesquisa. Inicialmente, o instrumento foi submetido a dois pré-testes até alcançar a forma final, composto por 11 Seções – Seção A: Dados Pessoais, Seção B: Avaliação Cognitiva, Seção C: Estado de Saúde, Seção D: Estado Funcional, Seção E: Medicamentos, Seção F: Uso e Acesso a Serviços, Seção G: Rede de Apoio Familiar e Social, Seção H: História Laboral e Fontes de Renda, Seção J: Características de Moradia; Seção K: Antropometria e Seção L: Flexibilidade e Mobilidade (SANCHES, 2006). Este questionário pode ser acessado na íntegra por meio de endereço eletrônico: <http://www.fsp.usp.br/sabe>.

As pessoas idosas foram entrevistadas em seus domicílios por uma equipe de entrevistadores, especialmente, treinada para atuação no Estudo SABE e os dados foram coletados por meio de entrevistas face a face. Destaca-se que a coleta de dados foi realizada em duas etapas em razão da extensão do questionário e pelas características peculiares das questões das Seções K e L que exigiam maior disponibilidade do idoso para a realização de alguns testes, além do material específico (MARQUESINI, 2011).

Na primeira etapa da coleta, foram preenchidas as Seções de A a J e, na segunda, que ocorreu de 1 a 6 meses após a primeira, as perguntas das Seções K e L foram investigadas (MARQUESINI, 2011). A maior parte das entrevistas (88%) foi feita de forma direta. Quando da impossibilidade do idoso para responder às questões (por problemas físicos ou cognitivos) utilizou-se um proxi-respondente (TELLES, 2008; LOUVISON, 2011). Ressalta-se que o tempo médio gasto para o preenchimento do questionário (Seções de A a J) foi de 2 horas.

Considerou-se como perda de entrevista, os casos em que após, pelo menos, três visitas ao domicílio, incluindo um dia no final de semana, além de contatos telefônicos, o idoso não concordou com a entrevista ou não pôde ser encontrado. O percentual de perdas foi equivalente a 15,4%, portanto, dentro do esperado estatisticamente. Em relação à antropometria, foram realizadas medidas em 1.893 idosos, ocorrendo perdas de 11,7% do total de

entrevistas, sendo duas perdas por institucionalização (0,1%), três por internação (0,1%), 41 por óbitos (1,9%), 43 por mudança (2,0%) e 161 por recusas (7,5%) (NAZÁRIO, 2003).

A elaboração do banco de dados do Estudo SABE iniciou-se em dezembro de 1999 e o *software* escolhido para auxiliar nessa etapa foi o EPIINFO, pelo fato de ser um *software* de domínio público, apresentar uma interface amigável com o usuário, ser de fácil manipulação e dispor de recursos de checagem de dados de fácil manuseio. Após o término da digitação, houve conversão dos arquivos de EPIINFO para STATA, e todos eles foram encaminhados aos consultores da OPAS que haviam elaborado rotinas de consistência (LIMA, 2003). Na etapa de análise dos dados, foi atribuído a cada questionário um peso e, dessa forma, a amostra do Estudo SABE passou a representar os idosos (≥ 60 anos) não institucionalizados do Município de São Paulo (SILVA, 2003).

O peso de cada questionário foi calculado, de acordo com o setor censitário de que faz parte ($\text{peso} = 1/f$). Para os questionários preenchidos com indivíduos em domicílios que foram selecionados, porém não sorteados (faixa etária ≥ 75 anos), o cálculo do peso foi realizado considerando a população de idosos de ambos os sexos desses grupos etários, residentes no Município de São Paulo em 1998, e o número de idosos nessas mesmas faixas etárias encontrados na amostra final do Estudo (SILVA, 2003; LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Em 2006, houve uma nova onda do Estudo SABE somente no Brasil, e a investigação transformou-se em longitudinal e de múltiplas coortes. Assim, os idosos entrevistados, em 2000, e que estavam vivos e acessíveis em 2006, foram reentrevistados (LEBRÃO; DUARTE, 2008).

Para a localização dos idosos, realizou-se, primeiramente, uma busca dos óbitos constantes nas bases de dados da SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados) e do PRO-AIM (Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade), entre 2000 e 2006. Em um segundo momento, a busca deu-se por meio dos endereços que haviam sido registrados no questionário de 2000, sendo esses confirmados por uma equipe de “batedoras”. Para os não localizados em seus endereços originais, fez-se uma

ampla busca por informações no próprio bairro (vizinhança e serviços como farmácias, padarias, mercados de bairro, igrejas e outros) e também foram usados os dados extras constantes no questionário-base (telefone de recado, contato com filhos ou outros parentes), para tentar restabelecer contato. Ao final, a mídia escrita foi utilizada para auxiliar na localização dos “desaparecidos”. Após essa intensa busca, considerou-se fechada a amostra, e o grupo não encontrado foi denominado “não localizado” (LEBRÃO; DUARTE, 2008).

Foram entrevistados novamente 1.115 idosos (A_{06}), todos na época com 65 anos ou mais de idade. A diferença foi composta por óbitos, institucionalizações, mudanças para outros municípios, não localização e recusas, conforme os dados da Tabela 4.1.

Tabela 4.1 – Distribuição dos idosos do Estudo SABE, conforme a amostra em 2006. São Paulo, SP, Brasil, 2000-2006

Situação da amostra	N	%
Reentrevistados em 2006	1.115	52,0
Institucionalização	11	0,5
Mudanças para outros municípios	52	2,4
Não localizados	139	6,5
Recusas	177	8,3
Óbitos	649	30,3
Total	2.143	100

Fonte: LEBRÃO; DUARTE, 2008.

Em 2006, foi adicionada uma nova coorte (B_{06}) de 298 idosos com idade entre 60 e 64 anos, a fim de se identificar, ao longo do tempo, modificações no padrão de envelhecimento em diferentes gerações. Destaca-se que o processo de amostragem da nova coorte foi semelhante ao realizado em 2000 (probabilística), e a amostra final constituiu-se de 1.413 idosos ($A_{06} + B_{06}$). Um reajuste ponderal foi realizado, para que a junção das duas cortes fosse representativa da população idosa do Município de São Paulo, em 2006 (SILVA, 2011).

Respeitando-se as características metodológicas do Estudo SABE referidas anteriormente, 989 idosos foram reentrevistados em 2010. A diferença foi explicada por óbitos, institucionalizações, mudanças para outros municípios, não localização e recusas (Tabela 4.2), assim como pela recuperação de alguns idosos que se recusaram a participar do Estudo ou não foram localizados em 2006, mas foram reentrevistados em 2010.

Tabela 4.2 – Distribuição dos idosos do Estudo SABE, conforme a amostra em 2010. São Paulo, SP, Brasil, 2006-2010

Situação da amostra	N	%
Reentrevistados em 2010	953	67,45
Institucionalização	10	0,71
Mudanças para outros municípios	45	3,18
Não localizados	65	4,60
Recusas	72	5,10
Óbitos	268	18,97
Total	1.413	100

Ressalta-se que uma nova amostra probabilística de 356 idosos (60 a 64 anos) passou a fazer parte da investigação (C_{10}) e a amostra final, portanto, em 2010, foi composta por 1.345 idosos ($A_{10} + B_{10} + C_{10}$). A Figura 2 ilustra as múltiplas coortes do Estudo SABE.

Figura 2 – Múltiplas coortes do Estudo SABE

*60 anos e mais ⁺ 60 a 64 anos

O eixo original do questionário aplicado em 2000 foi mantido para melhor comparabilidade da investigação, sendo, no entanto, revisto e atualizado. No processo de revisão e atualização do questionário, salienta-se o acréscimo da Seção M (Maus-Tratos) e N (Sobrecarga dos Cuidadores) no ano de 2006. Os questionários utilizados em 2006 e 2010 estão no Anexo 1, em formato CD-ROM.

4.2 AMOSTRA DA PESQUISA

Os idosos que compuseram as coortes A₁₀, B₁₀ e C₁₀ do Estudo SABE foram selecionados para a presente pesquisa (n=1.345), conforme ilustrado na Figura 3.

Figura 3 – Coortes do Estudo SABE selecionadas para a pesquisa

Dos 1.345 participantes, foram excluídos 189, cujos questionários foram respondidos por um informante auxiliar ou substituto. A adoção desse critério de exclusão é justificada pela premissa de que a qualidade de vida, principal desfecho do presente estudo, é um construto de natureza subjetiva e, portanto, deve ser aferida com base nas respostas do próprio indivíduo que está sendo avaliado (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1996; SEIDL; ZANNON, 2004; PASCHOAL, 2011). Nove questionários respondidos pelos próprios idosos também foram excluídos desta pesquisa, pois oito deles apresentavam ausência de dados em quatro itens do SF-12 e um questionário tinha ausência de dados em dez itens desse mesmo instrumento. Logo, a amostra final da presente pesquisa constituiu-se de 1.147 idosos e atribuindo-se a cada questionário um peso relativo à sua representatividade na população estima-se que 1.196.814 idosos participaram deste estudo.

4.3 VARIÁVEIS E MEDIDAS

➤ Variáveis dependentes

- **Escore do Componente Físico do SF-12 (CF)**
- **Escore do Componente Mental do SF-12 (CM)**

O instrumento SF-12 está contido na seção D (Estado Funcional) do questionário do Estudo SABE (Anexo 2). Validado no Brasil em amostras clínicas e na população geral (D'AMORIM, 2001; CAMELIER, 2004; ANDRADE et al., 2007; SILVEIRA et al., 2013), o SF-12 está composto por 12 itens derivados do SF-36 (WARE; SHERBOURNE, 1992), um instrumento genérico de avaliação de QVRS que encontra-se traduzido e validado em português (CICONELLI et al., 1999). Os pesquisadores que construíram o SF-12 (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1996) não explicitaram uma definição para a QVRS, porém, a concepção multidimensional e subjetiva do conceito está refletida na proposta de mensurar a QVRS por meio de oito dimensões, com base na perspectiva dos próprios indivíduos: estado geral de saúde, capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade, saúde mental, aspectos emocionais e aspectos sociais da vida (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1996). Dessas oito dimensões, as quatro primeiras formam o Componente Físico (CF) e as demais, o Componente Mental (CM). Os escores do CF e CM podem variar de 0 a 100%, e os escores mais elevados traduzem melhor percepção de saúde física ou mental, e mais baixos indicam o oposto (CAMELIER, 2004).

A correspondência entre os itens, dimensões e componentes do SF-12 está ilustrada na Figura 4.

Figura 4 – Correspondência entre os itens, dimensões e componentes do SF-12

Fonte: WARE et al., 2007; SILVEIRA et al., 2013.

Nesta pesquisa, foram consideradas algumas alterações para a pontuação do item 1 do SF-12 (autoavaliação da saúde), pois as opções de resposta para esse item no Estudo SABE possuem algumas diferenças em relação às alternativas apresentadas no instrumento original, conforme os dados do Quadro 1.

Quadro 1 – Correspondência entre as alternativas de resposta ao item 1 do SF-12 na versão original e no questionário do Estudo SABE

SF-12	Questionário do Estudo SABE
Excelente	Muito boa
Muito Boa	
Boa	Boa
Regular	Regular
Ruim	Ruim
	Muito Ruim

No Estudo SABE, a alternativa de resposta “Muito boa” foi considerada como o extremo da boa saúde e, por isso, englobou as alternativas “Excelente” e “Muito boa” do SF-12. Assim como as respostas “Ruim” e “Muito ruim”, do questionário do Estudo SABE, equivalem a “Ruim” do SF-12. Não houve alteração nas respostas “Boa” e “Regular”.

O tamanho do possível erro implicado nessas alterações não pode ser calculado com exatidão, pois, para tanto, seria necessário conhecer as respostas dos idosos para ambas as formas de alternativas apresentadas no Quadro 1.

➤ **Variáveis independentes**

Variáveis sociodemográficas e econômicas:

- **Sexo:** masculino e feminino.
- **Idade:** número de anos completos no momento da entrevista.
- **Coabitação:** sozinho e acompanhado.
- **Escolaridade:** anos de estudo no momento da entrevista.
- **Suficiência de renda:** suficiente e insuficiente. Este dado foi acessado por meio do item: “*o(a) senhor(a) considera que tem dinheiro suficiente para cobrir suas despesas diárias?*”.

Variável de funcionalidade familiar:

- **Funcionalidade familiar:** funcional e disfuncional. A funcionalidade familiar foi avaliada pelo instrumento denominado APGAR de Família (*Family Apgar*), que se compõe de cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva. Sua pontuação varia de zero a 20, e quanto mais elevado for o escore, melhor será a funcionalidade familiar. O instrumento foi desenvolvido nos Estados Unidos da América (SMILKSTEIN, 1978) e no Brasil foi traduzido e adaptado para ser aplicado em idosos (DUARTE, 2001). Neste estudo, os escores de 0 a 12 foram categorizados como família disfuncional e de 13 a 20, família funcional (RIBEIRO, 2011; SILVA, 2011).

Variáveis do estado de saúde:

- **Percepção do estado de saúde:** ruim, regular, boa. Este dado foi acessado por meio do item: “*o(a) Senhor(a) diria que sua saúde é...*” A categoria “boa” foi composta pelas respostas boa e muito boa, a categoria “regular” correspondeu à própria alternativa regular e a categoria “ruim”, foi formada pelo agrupamento das respostas ruim e muito ruim.

- **Número de doença(s) crônica(s) referida(s):** nenhuma, uma, duas ou mais. Foram considerados os seguintes desvios de saúde: hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença cardíaca, neoplasia (excluindo os tumores menores de pele), problema neurológico ou psiquiátrico, doença osteoarticular e cerebrovascular.
- **Dor referida:** sim e não. Este dado foi acessado por meio do item: “*o(a) Senhor(a) tem alguma dor há mais de 3 meses, que dói continuamente ou que vai e vem, pelo menos, uma vez por mês (excluir dor articular)?*”.
- **Presença de sintomas depressivos:** sim e não. Este dado foi acessado por meio dos resultados obtidos pela Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (15 itens), validada no Brasil (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Conforme os autores, a pontuação da escala varia de zero a 15, e 6 ou mais pontos alcançados na escala indicam que o idoso tem sintomas sugestivos de depressão.
- **Deterioração cognitiva:** sim e não. Foi utilizada a versão modificada e validada no Chile (ICAZA; ALBALA, 1999 *apud* CERQUEIRA, 2003) do Miniexame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Desenvolvida, especialmente, para o Estudo, a versão modificada do MEEM não é composta por questões com forte influência da escolaridade dada à prevalência de falta de letramento e poucos anos de estudo entre os idosos dessa região. A pontuação da escala varia de zero a 19 e a deterioração cognitiva é indicada por 12 ou menos pontos obtidos na versão modificada do MEEM (CERQUEIRA, 2003).

Variáveis de incapacidade funcional:

- **Dificuldades para executar Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD):** nenhuma dificuldade, dificuldade em uma ou duas ABVD, dificuldade em três ou mais ABVD. As ABVD avaliadas foram: usar o vaso sanitário, alimentar-se, banhar-se, vestir-se, transferir-se e atravessar um quarto caminhando.
- **Dificuldade para executar Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD):** nenhuma dificuldade, dificuldade em uma ou duas AIVD, dificuldade em três ou mais AIVD. As AIVD avaliadas foram utilizar um meio de transporte, fazer compras, cuidar do próprio dinheiro, usar o telefone e ingerir medicamentos (LAWTON; BRODY, 1969). No presente estudo, foram desconsideradas as atividades de preparação de alimentos e tarefas domésticas por estarem mais diretamente relacionadas ao sexo feminino.

Variáveis de violência:

- **Exposição à violência:** sim e não. Uma resposta afirmativa para qualquer item do instrumento de avaliação de violência contra idosos (Seção M – Maus-Tratos) ou uma situação de violência descrita pelo entrevistador na seção de Perguntas e Comentários Finais caracterizou o idoso como exposto à violência.

Para avaliação de violência intrafamiliar contra idosos, o Estudo SABE utiliza um instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde, como subsídio técnico aos profissionais que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2006). Este é composto por 14 itens, sendo três deles sobre violência psicológica (itens 1, 3 e 7), dois sobre violência física (itens 9 e 11) e dois sobre violência financeira (itens 5 e 13), bem como possui questões

elaboradas para detectar a frequência desses tipos de violência contra idosos (itens 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14) (ANEXO 3).

“A violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família”. Ela pode ser praticada dentro ou fora do domicílio por algum membro da família, incluindo os indivíduos que passam a assumir função parental, mesmo que não existam laços de consanguinidade (BRASIL, 2002, p. 15).

O Estudo SABE também aborda a violência doméstica contra o idoso observada pelo entrevistador, por meio das seguintes questões: PCF1 “*observou situação de violência, abandono ou maus tratos de algum integrante da casa com relação ao entrevistado?*”; PCF2 “*descreva a situação*”. A primeira pergunta serviu de base para a análise dos casos de violência descrita pelo entrevistador, e a segunda, após a categorização, permitiu conhecer as tipologias de violência contra idosos.

A violência doméstica difere da intrafamiliar por incluir outros membros ou grupos, sem função parental, que convivem no espaço doméstico, como os cuidadores (BRASIL, 2002).

- **Tipologia de violência:** psicológica, física, financeira e negligência. Os itens de violência psicológica (1,3 e 7), física (9 e 11) e financeira (5 e 13) que compõem o instrumento de avaliação de violência contra idosos foram analisados para se conhecer a tipologia de violência relatada pelo idoso. Já a questão PCF2, após a categorização das respostas, determinou a tipologia de violência contra idosos descrita pelo entrevistador. A categorização foi realizada, conforme classificação editada por especialistas e divulgada pela OMS. Nessa classificação, a *violência física* significa dominação causada por drogas ou pela utilização da força física, culminando em dor ou lesão; a *violência psicológica* refere-se à inflicção de angústia mental; a *violência financeira ou*

material representa a exploração imprópria ou ilegal do idoso ou ao uso não consentido por ele de seus recursos patrimoniais e/ou financeiros, e a *negligência* manifesta-se pela negação ou descuido no desempenho do cuidado ao idoso (WOLF; DAICHMANN; BENNETT; 2002).

- **Frequência da violência:** raramente e frequentemente. A categoria “raramente” foi composta pela resposta “uma vez por mês ou menos” e a categoria “frequentemente” foi formada pelas respostas “duas a três vezes por mês”, “uma vez por semana”, “duas ou três vezes por semana” e “todos os dias” do instrumento de avaliação de violência contra idosos.
- **Níveis de violência:** nível I e nível II. O nível I está relacionado ao idoso que foi exposto a um tipo de violência (por exemplo, violência financeira), e o nível II inclui o idoso que foi exposto a mais de um tipo de violência (por exemplo, violência física e negligência).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Contemplando as diretrizes de ética em pesquisa, o Estudo SABE foi, em todos os momentos, submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e sempre obteve aprovação (ANEXOS 4, 5 e 6).

Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram assegurados o sigilo das informações, anonimato e o direito da desistência de participação na pesquisa a qualquer momento, de acordo com o que é postulado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A estatística descritiva foi utilizada para análise das variáveis independentes e dependentes da pesquisa.

Para maximizar o número de idosos incluídos na análise, houve imputação de dados nos casos em que havia até dois itens do SF-12 sem resposta (ADAY, 1989 *apud* VIACAVA, 2002). Existem diversos métodos para imputação de dados em inquéritos populacionais, sendo mais comum fazê-lo com base nas médias gerais (VIACAVA, 2002). Neste estudo, a imputação foi feita apoiada nos valores médios dos itens em que constavam dados faltantes, o que ocorreu em 21 questionários (1,8% do total). Ressalta-se que, desses 21 questionários, 18 tinham um item do SF-12 sem resposta e três apresentavam ausência de resposta em dois itens do instrumento.

A confiabilidade dos instrumentos padronizados foi testada por meio da análise de consistência interna, utilizando-se o coeficiente alfa de *Cronbach*. O valor de referência adotado como aceitável (boa confiabilidade) foi igual ou maior a 0,60 (HAIR JUNIOR et al., 2009).

Calculou-se a prevalência da violência contra idosos com intervalo de 95% de confiança.

O teste exato de *Fischer* foi utilizado para comparar a distribuição dos dados categóricos, e o teste *t-student* para testar diferenças entre médias. Em todos os testes, utilizou-se a correção de *Rao-Scott* para amostragem complexa. O nível de significância dos testes foi de 5%.

Foram ajustados modelos de regressão linear ponderados para explicar os escores dos CF e CM da QVRS. O método utilizado na análise de regressão foi o *stepwise backward*, adotando-se o critério de *Akaike* para a seleção do modelo final (VENABLES; RIPLEY, 2002). Autocorrelação dos resíduos (colinearidade) foi testada pelo Teste de *Durbin Watson*, e a qualidade do ajuste do modelo foi representada pelo coeficiente de determinação (R^2). Os modelos apresentaram ligeiro desvio da suposição de normalidade dos resíduos à esquerda, mas preferiu-se manter o ajuste dessa forma a aplicar transformações na variável resposta. Não houve indícios de heterocedasticidade.

O programa utilizado para a organização do banco de dados foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17. As análises estatísticas foram realizadas no *software* R versão 3.0.1, utilizando-se o comando *survey* que permite a análise de dados provenientes de amostras complexas.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados descritos neste capítulo consideram a ponderação da amostra, de forma a representar a população idosa não institucionalizada do Município de São Paulo, de acordo com a metodologia já mencionada. Assim, os 1.147 participantes incluídos correspondem a 1.196.814 idosos.

É importante ressaltar que todos os resultados apresentados a seguir foram baseados nos dados do Estudo SABE, no Município de São Paulo, no ano de 2010. Por esse motivo, a fonte dos dados e o local do estudo foram omitidos nas tabelas subsequentes.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A Tabela 5.1 mostra os dados de caracterização sociodemográfica, econômica, de apoio familiar, de estado de saúde e de incapacidade funcional dos idosos.

Tabela 5.1 – Características sociodemográficas, econômicas, de apoio familiar, de estado de saúde e de incapacidade funcional dos idosos

Características	N	%	Média	Continua
				Desvio-Padrão (DP)
<i>Sexo</i>				
Masculino	478.066	39,9		
Feminino	718.748	60,1		
<i>Idade</i>			69,4	7,4
<i>Coabitação</i>				
Sozinho	191.946	16,0		
Acompanhado	1.004.868	84,0		
<i>Escolaridade</i>			5,7	4,4
<i>Suficiência de renda</i>				
Suficiente	685.334	57,7		
Insuficiente	503.071	42,3		
<i>Funcionalidade familiar</i>				
Funcional	1.002.625	92,6		
Disfuncional	80.541	7,4		

Tabela 5.1 – Características sociodemográficas, econômicas, de apoio familiar, de estado de saúde e de incapacidade funcional dos idosos

dos idosos			Continuação	
Características	N	%	Média	Desvio-Padrão (DP)
<i>Percepção do estado de saúde</i>				
Boa	616.654	51,5		
Regular	502.511	42,0		
Ruim	77.649	6,5		
<i>Número de doenças crônicas</i>				
Nenhuma	175.647	14,7		
Uma	315.326	26,3		
Duas ou mais	705.842	59,0		
<i>Dor referida</i>				
Sim	407.711	34,1		
Não	789.104	65,9		
<i>Sintomas depressivos</i>				
Sim	209.193	17,5		
Não	986.576	82,5		
<i>Deterioração cognitiva</i>				
Sim	37.703	3,2		
Não	1.159.111	96,8		
<i>Dificuldade para executar ABVD</i>				
Nenhuma dificuldade	906.992	75,8		
Dificuldade em uma ou duas ABVD	217.143	18,1		
Dificuldade em Três ou mais ABVD	72.679	6,1		
<i>Dificuldade para executar AIVD</i>				
Nenhuma dificuldade	955.819	79,8		
Dificuldade em uma ou duas AIVD	189.873	15,9		
Dificuldade em três ou mais AIVD	51.123	4,3		

Observa-se nos dados da Tabela 5.1, o predomínio de idosos do sexo feminino (60,1%), com média de idade de 69,4 anos (DP=7,4), que viviam acompanhados (84,0%), que estudaram, em média, 5,7 anos (DP=4,4), com percepção de renda suficiente (57,7%) e estavam inseridos em família com bom nível de funcionalidade (92,6%).

Mais da metade dos idosos (51,5%) qualificou seu estado de saúde geral como “bom”, embora quase 60% sejam portadores de duas ou mais doenças crônicas (multimorbidade); 65,9% não referiram dor, 82,5% não apresentavam sintomas depressivos e 96,8% mantinham a capacidade cognitiva preservada.

Em relação à execução de ABVD, a maioria dos idosos (75,8%) não apresentava nenhuma dificuldade. No tocante às AIVD, 79,8% relataram que as realizavam sem nenhuma dificuldade.

5.2 AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DOS INSTRUMENTOS PADRONIZADOS UTILIZADOS NO ESTUDO

Os instrumentos padronizados utilizados neste estudo foram testados quanto à sua confiabilidade. Os resultados são apresentados nos dados da Tabela 5.2.

Tabela 5.2 – Coeficiente alfa de *Cronbach* da Escala de Depressão Geriátrica, do *Apgar* de Família, do SF-12 e de seus componentes

Instrumentos e componentes	Número de itens	Alfa de <i>Cronbach</i>
Escala de Depressão Geriátrica	15	0,69
<i>Apgar</i> de Família	5	0,89
CF do SF-12	6	0,77
CM do SF-12	6	0,74
SF-12 total	12	0,84

Os dados da Tabela 5.2 mostram que os instrumentos padronizados utilizados nesta pesquisa apresentaram valores do alfa de Cronbach maiores que 0,60, indicativos de consistência interna satisfatória (HAIR JUNIOR et al., 2009).

5.3 PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS

Conforme a ponderação amostral adotada neste estudo, os 1.147 participantes incluídos, em 2010, representaram 1.196.814 idosos não institucionalizados do Município de São Paulo. Do total, pode-se estimar que 120.759 foram expostos à violência, o que corresponde à prevalência de 10,1% (IC 95% 8,4 – 12).

O instrumento de avaliação de violência identificou 120.131 casos de violência, e os entrevistadores observaram situação de violência em 4.498 idosos. Destaca-se que a violência foi detectada simultaneamente pelo instrumento e pelo observador em 3.870 ocorrências, perfazendo o total acima mencionado de 120.759 idosos submetidos à violência. Nesse total de idosos, foram identificados quatro tipos de violência. A prevalência destes tipos de violência identificados pelo instrumento de avaliação e pela observação dos entrevistadores está apresentada nos dados da Tabela 5.3 a seguir.

Tabela 5.3 – Prevalência dos tipos de violência a que os idosos foram expostos

Tipo de violência	N	%
Psicológica	111.549	9,3
Financeira	21.341	1,8
Física	6.382	0,5
Negligência	1.167	0,1

Constata-se nos dados da Tabela 5.3 que a violência psicológica foi a mais prevalente entre os idosos (9,3%), e a negligência, o tipo menos detectado (0,1%).

Nos dados da Tabela 5.4 mostra-se a distribuição das agressões, de acordo com os itens do instrumento de avaliação de violência.

Tabela 5.4 – Distribuição das agressões, de acordo com os itens do instrumento de avaliação de violência

Itens	Raramente		Frequentemente		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alvo de gritos sem razão	40.919	23,4	59.386	33,9	100.305	57,3
Chamado por nome ou apelido desagradável	12.241	7,0	15.992	9,1	28.233	16,1
Utilizaram ou mexeram em seu dinheiro	11.255	6,4	3.667	2,1	14.922	8,5
Recebeu ameaças	4.902	2,8	4.907	2,8	9.809	5,6
Apanhou ou foi esbofeteado	1.502	0,9	0	0	1.502	0,9
Foi sacudido ou chacoalhado	4.150	2,4	759	0,4	4.909	2,8
Teve dinheiro ou pertence roubado	14.672	8,4	759	0,4	15.431	8,8
Total	89.641	51,3	85.470	48,7	175.111	100

Os dados da Tabela 5.4 revelam que as agressões foram praticadas raramente (51,3%), e a maioria dos idosos expostos à violência foi alvo de gritos sem razão (57,3%).

Os dados da Tabela 5.5 apresentam a distribuição dos idosos, de acordo com níveis de violência a que os idosos foram expostos.

Tabela 5.5 – Distribuição dos idosos, de acordo com níveis de violência a que foram expostos

Nível	N	%
Nível I	101.079	83,7
Nível II	19.680	16,3
Total	120.759	100

Observa-se nos dados da tabela acima que a maioria dos idosos expostos à violência (83,7%) foi classificada no nível I, ou seja, exposição a um tipo de violência.

5.4 COMPARAÇÃO ENTRE IDOSOS EXPOSTOS E NÃO EXPOSTOS À VIOLÊNCIA

Dos 1.196.814 participantes do estudo, 120.759 (10,1%) foram expostos à violência e 1.076.055 (89,9%) não foram expostos à violência. A comparação das características dos idosos, conforme exposição ou não a violência é mostrada nos dados da Tabela 5.6.

Tabela 5.6 – Comparação entre idosos expostos e não expostos à violência

	Expostos	Não Expostos	<i>Odds Ratio</i> (IC 95%)	P
<i>Sexo</i>				
Feminino	85.321 (70,7%)	633.427 (58,9%)	1	
Masculino	35.438 (29,3%)	442.628 (41,1%)	0,59 (0,38-0,93)	0,022
<i>Idade</i>	70,2 (DP=6,7)	69,3 (DP=7,5)		0,138
<i>Coabitação</i>				
Acompanhado	106.269 (88%)	898.599 (83,5%)	1	
Sozinho	14.490 (12%)	177.456 (16,5%)	0,69 (0,40-1,20)	0,187
<i>Escolaridade</i>	4,6 (DP=3,9)	5,8 (DP=4,5)		0,004
<i>Suficiência de renda</i>				
Insuficiente	68.997 (57,1%)	433.074 (40,7)	1	
Suficiente	51.763 (42,9%)	633.572 (59,3%)	0,51 (0,34–0,77)	0,001
<i>Funcionalidade familiar</i>				
Funcional	87.631 (72,9%)	956.163 (89,2%)	1	
Disfuncional	35.500 (27,1%)	116.249 (10,8%)	3,05 (1,91-4,87)	<0,001
<i>Percepção do estado de saúde</i>				
Boa	45.646 (37,8%)	571.008 (53%)	1	
Regular	62.776 (52%)	439.735 (40,9%)	1,79 (1,17-2,74)	0,007
Ruim	12.337 (10,2%)	65.312 (6,1%)	2,36 (1,16-4,81)	
<i>Número de doenças crônicas</i>				
Nenhuma	10.269 (8,5%)	165.378 (15,4)	1	
Uma	24.964 (20,7%)	290.362 (27%)	1,39 (0,61-3,12)	0,028
Duas ou mais	85.526 (70,8%)	620.315 (57,6%)	2,22 (1,08-4,58)	
<i>Dor referida</i>				
Não	50.385 (41,7%)	738.719 (68,7%)	1	
Sim	70.374 (58,3%)	337.337 (31,3%)	3,06 (2,04-4,58)	<0,001

Continua

Tabela 5.6 – Comparação entre idosos expostos e não expostos à violência

Continuação

	Expostos	Não Expostos	Odds Ratio (IC 95%)	P
<i>Sintomas depressivos</i>				
Não	81.284 (67,3%)	905.292 (84,2%)	1	
Sim	39.475 (32,7%)	169.718 (15,8%)	2,59 (1,66-4,05)	<0,001
<i>Deterioração cognitiva</i>				
Não	112.304 (93%)	1.046.807 (97,3%)	1	
Sim	8.455 (7%)	29.248 (2,7%)	2,70 (1,25-5,80)	0,009
<i>Dificuldade para executar ABVD</i>				
Nenhuma	71.535 (59,2%)	835.457 (77,6%)	1	
Uma ou duas	37.662 (31,2%)	179.481 (16,7%)	2,45 (1,57-3,82)	<0,001
Três ou mais	11.562 (9,6%)	61.117 (5,7%)	2,21 (1,13-4,34)	
<i>Dificuldade para executar AIVD</i>				
Nenhuma	82.092 (68%)	873.727 (81,2%)	1	
Uma ou duas	29.767 (24,6%)	160.106 (14,9%)	1,97 (1,23-3,16)	0,002
Três ou mais	8.900 (7,4%)	42.223 (3,9%)	2,24 (1,11-4,54)	
CF – QVRS	44,4 (DP=10,8)	49,1 (DP=9,3)		<0,001
CM – QVRS	50,1 (DP=12)	55,8 (DP=7,5)		<0,001

Os dados da Tabela 5.6 indicam associação significativa entre exposição à violência e as variáveis sexo, escolaridade, suficiência de renda, funcionalidade familiar, percepção do estado de saúde, número de doenças crônicas referidas, dor referida, sintomas depressivos, deterioração cognitiva, dificuldade para executar ABVD e AIVD e o CF e CM do SF-12.

São observadas maiores chances de exposição à violência entre os idosos inseridos em famílias disfuncionais (OR=3,05, IC 95% 1,91-4,87), com percepção do estado de saúde “ruim” (OR=2,36, IC 95% 1,16-4,81), portadores de multimorbidade (OR=2,22, IC 95% 1,08-4,58), dor (OR=3,06, IC 95% 2,04-4,58), sintomas depressivos (OR=2,59, IC 95% 1,66-4,05), deterioração cognitiva (OR=2,70, IC 95% 1,25-5,80), dificuldades para executar três ou mais ABVD (OR=2,21, IC 95% 1,13-4,34,) e AIVD (OR=2,24, IC 95% 1,11-4,54). Já os idosos do sexo masculino (OR=0,59, IC 95% 0,38-0,93) e com percepção de renda suficiente (OR=0,51, IC 95% 0,34-0,77) apresentaram menores chances de exposição à violência.

5.5 – ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA PARA IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS AOS ESCORES DOS CF E CM DO SF-12

- **Componente Físico**

Nos dados da Tabela 5.7 são apresentados os resultados da análise de regressão linear múltipla para o escore do CF do SF-12.

Tabela 5.7 – Regressão linear múltipla para o escore do componente físico do SF-12

ANEXO DO SF-12				
Modelo	Variáveis	Coefficiente β	P-valor	
1	Constante	54,73	<0,001	
	Masculino	0,96	0,040	
	Idade	-0,05	0,098	
	Escolaridade	-0,02	0,657	
	Renda suficiente	0,93	0,042	
	Funcionalidade familiar	-0,03	0,623	
	Mora sozinho	0,69	0,247	
	Deterioração cognitiva	-0,72	0,565	
	Sintomas depressivos	0,72	0,229	
	Dor	-2,27	<0,001	
	1 doença crônica	-0,74	0,287	
	2 ou mais doenças crônicas	-3,63	<0,001	
	Ajuda em 1 ou 2 ABVD	-4,83	<0,001	
	Ajuda em 3 ou mais ABVD	-14,12	<0,001	
	Ajuda em 1 ou 2 AIVD	-5,34	<0,001	
	Ajuda em 3 ou mais AIVD	-8,35	<0,001	
	Violência	-1,49	0,043	
7	Constante	54,51	<0,001	R²
	Renda suficiente	0,91	0,038	0,443
	Dor	-2,18	<0,001	DW
	1 doença crônica	-0,90	0,191	0,342
	2 ou mais doenças crônicas	-3,91	<0,001	
	Ajuda em 1 ou 2 ABVD	-4,95	<0,001	
	Ajuda em 3 ou mais ABVD	-14,01	<0,001	
	Ajuda em 1 ou 2 AIVD	-5,45	<0,001	
	Ajuda em 3 ou mais AIVD	-8,65	<0,001	
	Violência	-1,38	0,053	

Nos dados da Tabela 5.7, observa-se que, para o CF, a regressão estabilizou no 7º modelo, permanecendo como variáveis associadas: a suficiência da renda, dor, multimorbidade, necessidade de ajuda em ABVD e AIVD. A exposição à violência não foi uma variável significativamente associada com o CF da QVRS ($p=0,0053$), porém, pelo critério de *Akaike*, a variável mantém-se no modelo. O valor de R^2 ajustado indica que 44,3% da variabilidade é explicada por essas variáveis, e o teste de *Durbin Watson* indica que não há colinearidade entre os resíduos.

- **Componente Mental**

Os dados da Tabela 5.8 mostram os resultados da análise de regressão linear múltipla para o escore do CM do SF-12.

Tabela 5.8 – Regressão linear múltipla para o escore do componente mental do SF-12

Modelo	Variáveis	Coefficiente β	P-valor		
1	Constante	52,04	<0,001		
	Masculino	0,57	0,234		
	Idade	0,03	0,326		
	Escolaridade	-0,14	0,007		
	Renda suficiente	1,03	0,028		
	Funcionalidade familiar	0,35	<0,001		
	Mora sozinho	0,43	0,477		
	Deterioração cognitiva	-0,68	0,597		
	Sintomas depressivos	-3,74	<0,001		
	Dor	-1,69	<0,001		
	1 doença crônica	-0,59	0,411		
	2 ou mais doenças crônicas	-1,45	0,030		
	Ajuda em 1 ou 2 ABVD	-0,82	0,179		
	Ajuda em 3 ou mais ABVD	-0,50	0,642		
	Ajuda em 1 ou 2 AIVD	-2,64	<0,001		
	Ajuda em 3 ou mais AIVD	-6,53	<0,001		
	Violência	-2,60	0,001		
6	Constante	52,51	<0,001	R ²	DW
	Escolaridade	-0,14	0,006		
	Renda suficiente	1,19	0,01	0,212	0,310
	Funcionalidade familiar	0,36	<0,001		
	Sintomas depressivos	-3,96	<0,001		
	Dor	-1,77	<0,001		
	1 doença crônica	-0,65	0,360		
	2 ou mais doenças crônicas	-1,63	0,012		
	Ajuda em 1 ou 2 AIVD	-2,84	<0,001		
	Ajuda em 3 ou mais AIVD	-6,71	<0,001		
	Violência	-2,69	<0,001		

Os dados apresentados na Tabela 5.8 indicam que, para o CM, a regressão estabilizou no 6º modelo, permanecendo como variáveis associadas: a escolaridade, renda suficiente, funcionalidade familiar, sintomas depressivos, dor, multimorbidade, ajuda em AIVD e violência.

Ressalta-se que a exposição à violência teve um coeficiente β negativo de 2,69 e um nível de significância $p < 0,001$, o que significa que ser exposto à violência reduz uma estimativa de 2,69 pontos o escore do CM do SF-12. O valor de R^2 ajustado significa que 21,2% da variabilidade é explicada por essas variáveis e o teste de *Durbin Watson* indica que não há colinearidade entre os resíduos.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A violência contra idosos está cada vez mais presente nas sociedades e constitui-se em fenômeno merecedor de atenção no atual processo de envelhecimento da população mundial.

A prevalência da violência encontrada nesta pesquisa foi de 10,1%, e esse achado não contrapõe um recente estudo de revisão que documentou prevalência da violência contra idosos, variando de 1,1% nos Estados Unidos da América a 44,6% na Espanha. O coeficiente detectado na presente pesquisa (10,1%) foi superior ao registrado na Irlanda (2,2%), Finlândia (5,4%), Holanda (5,6%) e Coreia do Sul (6,3%) e inferior ao encontrado na China (27,5%), Turquia (13,3%), Índia (14%) Tailândia (14,6%) e Rússia (28,6%) (SOORYANARAYANA; CHOO; HAIRI, 2013).

No entanto, uma comparação mais verticalizada entre pesquisas sobre a ocorrência da violência contra idosos não é muito esclarecedora, em razão das características das amostras, diferentes definições conceituais adotadas sobre violência e ausência de procedimentos padronizados utilizados em seu reconhecimento. A maioria dos dados foi pautada nas variadas fontes de informação que utilizaram diferentes critérios para a detecção da violência. Destacam-se as notificações, as ocorrências policiais, os estudos de demandas de atendimentos em instituições governamentais e não governamentais e as investigações da área judicial (PAIXÃO JÚNIOR; ROCHA, 2011).

Apesar desse contexto, pode-se considerar que o número de casos de violência contra idosos no Município de São Paulo é elevado, e a opção metodológica adotada neste estudo, que detectou tanto a violência relatada pelos idosos, como a descrita pelo entrevistador, aumentou a capacidade de identificação de idosos expostos à violência. O treinamento prévio e a abordagem amigável dos entrevistadores, assim como a utilização de um questionário contendo questões relacionadas a vários outros aspectos da saúde podem ter criado uma atmosfera de confiança entre entrevistador-entrevistado, condição facilitadora do relato de experiências desagradáveis.

Ressalta-se, entretanto, que algumas situações de violência podem ainda não terem sido reveladas, tendo em vista que indivíduos mais velhos

tendem a não relatar acontecimentos dessa natureza (NERI, 2007) e alguns tipos de violência são difíceis de serem identificados, visto que não se tratam apenas de lesões físicas, visíveis aos olhos dos entrevistadores, como também de danos sociais, psicológicos e morais.

Pesquisa conduzida em 204 municípios distribuídos nas cinco macrorregiões do Brasil (Sudeste, Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste) registrou que 40% dos idosos expostos à violência não relataram o fato a pessoas conhecidas ou a órgãos competentes (NERI, 2007).

A vergonha, o receio de retaliações do agressor, o medo do rompimento dos laços familiares, da perda da autonomia e do local onde reside, já que grande parte das vítimas vive com o agressor, são alguns dos fatores associados à omissão da ocorrência da violência (SOUSA et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2013).

Dessa forma, a determinação fidedigna da prevalência da violência contra idosos é muito difícil ou até mesmo impossível de ser obtida, pelo caráter, muitas vezes, velado do problema (BOND; BUTLER, 2013). Ainda assim, os estudos que se propõem a identificar a ocorrência de violência contra idosos são de grande utilidade, pois ajudam a dar visibilidade ao problema e oferecem subsídios para a estimação da magnitude do fenômeno (BRASIL, 2005). “Precisamos dar visibilidade à violência contra os idosos, para que as pessoas se sensibilizem” (BERZINS, 2009, p. 166).

No Brasil, a criação de políticas públicas para essa população nos últimos anos, destacando-se a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, representa passo importante para o reconhecimento dos direitos desse grupo social e para o controle da violência (MENEZES, 2010). Considera-se, atualmente, que existem suficientes dispositivos legais e normativos para o enfrentamento da violência contra idosos (MINAYO, 2004), porém, infelizmente, ainda há imensa distância entre o estabelecido e o cumprido.

As iniciativas direcionadas à prevenção e ao controle da violência contra indivíduos mais velhos, quando ocorrem, geralmente, limitam-se à notificação do caso e à punição do agressor. Os direitos dos envolvidos previstos na legislação, como acesso à moradia, alimentação, serviços de saúde, trabalho, renda, transporte, lazer, entre outros, permanecem

basicamente no terreno das palavras e as causas e circunstâncias que favorecem a violência, muitas vezes, relacionadas à ausência de condições ideais de sobrevivência, raramente são alvos de intervenções.

É preciso considerar que, grande parte dos idosos brasileiros, pertence a famílias pobres do ponto de vista econômico, seus membros têm pouca disponibilidade para ajudá-los e vivem no limite emocional, muitas vezes, não suportando o fardo de tocar a própria vida e a vida do outro, ao mesmo tempo (FLORÊNCIO; FERREIRA FILHA; SÁ, 2007).

Portanto, conforme as autoras supracitadas, não basta apenas culpar e punir o agressor se a ele não forem dadas oportunidades de modificação comportamental, o que requererá, muitas vezes, transformações na conjuntura familiar, social e econômica.

É neste ponto que as ações previstas no Estatuto do Idosos e em outros documentos precisam ser implementadas com mais força e empenho. Trata-se da criação e extensão de programas de assistência, como as “casas lares” para idosos, centros de cuidados diurnos, centros de convivência, melhor acessibilidade e atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), reinserção do idoso no mercado de trabalho, entre outras providências, que proporcionariam um convívio mais harmonioso entre idoso e seus familiares, diminuindo os conflitos e, conseqüentemente, o risco de atos que violam os direitos humanos (FLORÊNCIO; FERREIRA FILHA; SÁ, 2007).

O combate à violência contra idosos também perpassa por mudanças das representações sociais que a sociedade tem em relação aos indivíduos mais velhos. Atualmente, apesar de alguns avanços, ainda prevalece uma visão no imaginário social que desvaloriza a velhice. Para muitos, o idoso é um sujeito improdutivo, dependente sob vários aspectos (econômico, familiar, de saúde) e obsoleto do ponto de vista cultural, o que o torna um ser marginalizado, excluído dos acontecimentos e desrespeitado pela família e sociedade (MELMAN et al., 2010). A maioria das culturas tende a segregar esses indivíduos e, real ou simbolicamente, a desejar sua morte (MINAYO, 2003).

O papel do idoso na mudança desse panorama é fundamental. Sua participação em programas educativos e de lazer é importante para atualizar-

se em relação aos novos acontecimentos que emergem do universo que está a sua volta. O engajamento em movimentos comunitários e ações voluntárias também podem contribuir para uma imagem mais positiva do idoso na comunidade e no contexto familiar (MACHADO; QUEIROZ, 2006).

Considera-se também de suma importância a estimulação das ações que promovam a educação gerontológica, em todas as etapas da vida, em todos os níveis, na sociedade, na comunidade e nas famílias. (MACHADO; QUEIROZ, 2006; SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008).

É imprescindível que as pessoas sejam educadas, desde muito cedo, para ver o idoso como um cidadão, um membro contribuinte, detentor de direitos e deveres, participativo e autônomo em suas decisões. Nesse sentido, é indispensável a promoção de campanhas de esclarecimento sobre o ser idoso, sobre seus direitos, sobre as leis que o amparam e as instituições que podem ajudá-lo nos momentos de necessidade ou dificuldade (SACOL; ZAPPE, 2011).

Em relação à tipologia da violência contra idosos, a presente pesquisa detectou que a violência psicológica foi a mais comum. Esse tipo de violência é praticada por meios, como: humilhações, insultos, agressões verbais ou gestuais, e é altamente difícil de ser detectada, apesar das inúmeras consequências que causa ao indivíduo exposto. Diversas pesquisas realizadas em diferentes localidades também encontraram que a violência psicológica foi a mais corriqueira entre os tipos estudados (LAUMANN; LEITSCH; WAITE, 2008; APRATTO JUNIOR, 2010; MARTINA et al., 2010; NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011; ZAMBONI et al., 2011; LINDERT et al., 2013).

Estudo europeu investigou a prevalência de violência psicológica, física, sexual, financeira e negligência contra idosos (≥ 60 anos) residentes nas cidades de Stuttgart (Alemanha), Atenas (Grécia), Ancona (Itália), Kaunas (Lituânia), Porto (Portugal), Granada (Espanha) e Estocolmo (Suécia). A violência psicológica foi a mais detectada em todas as localidades e variou de 10,4% (IC 95% 8,1-13,0) na Itália a 29,7% (IC 95% 26,2-33,5) na Suécia (LINDERT et al., 2013).

Pesquisa realizada em Lima (Peru) com idosos (≥ 60 anos) atendidos em um centro de emergência identificou os tipos de violência familiar (física, psicológica e sexual) cometidas contra esses indivíduos. A violência psicológica foi a mais reportada (77,1%) e manifestava-se sob a forma de gritos e insultos em 33,4% das ocorrências (MARTINA et al., 2010).

No Brasil, estudo realizado com pessoas mais velhas (≥ 60 anos) residentes na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família localizada no Rio Grande do Sul utilizou um instrumento de avaliação da presença de violência contra idosos e detectou que a maioria dos entrevistados (20%) foi exposta à violência psicológica (ZAMBONI et al., 2011).

A presente pesquisa também se propôs a comparar idosos expostos e não expostos à violência em relação a dados sociodemográficos, econômicos, de saúde, de apoio familiar, de incapacidade funcional e dos componentes físico e mental da QVRS.

Os conhecimentos disponíveis na literatura apontam que a idade avançada (SOUSA et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2013) e viver acompanhado (LACHS; PILLEMER, 1995; MACHADO; QUEIROZ, 2006; PAIXÃO JUNIOR; ROCHA, 2011; OLIVEIRA et al., 2013) são fatores potencialmente ligados à violência contra idosos. Na presente pesquisa, porém, essas duas variáveis não diferenciaram significativamente os idosos expostos e não expostos à violência.

No tocante à variável idade, o resultado obtido exprime grande preocupação, pois indica que a violência contra idosos não está presente de maneira predominante entre as pessoas cronologicamente mais velhas, ou seja, acontece também entre os idosos mais jovens.

Morar acompanhado proporciona maiores chances de interação entre as pessoas, e a convivência com os membros da família pode ilustrar situações de felicidade e bem-estar (LUZ; AMATUZZI, 2008), assim como momentos adversos, incluindo discórdias, tensões, conflitos, debates e exposição à violência (LACHS; PILLEMER, 2005). Contudo, os idosos que moram sozinhos podem também vivenciar essas mesmas situações adversas, sobretudo, quando são provedores ou dependentes de recursos financeiros

vinculados a outros membros da família.

Por outro lado, a maior parte dos resultados obtidos na presente pesquisa foi semelhante aos divulgados em estudos prévios. No grupo de idosos expostos à violência, em comparação ao grupo de não expostos, observou-se maior proporção de indivíduos do sexo feminino (MINAYO, 2003; SANCHES, 2006; GONZÁLEZ; ZINDER, 2009; SOUSA et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2013), com percepção de renda insuficiente (SANCHES, 2006) e percepção negativa do estado geral de saúde (AMSTADTER et al., 2011), com dor (OLOFSSON; LINDQVIST; DANIELSSON, 2012), com sintomas depressivos (DYER et al., 2000; GONZÁLEZ; ZINDER, 2009), com deterioração cognitiva (LACHS; PILLEMER, 1995; MINAYO, 2003; MINAYO, 2004; MACHADO; QUEIROZ, 2006), com dificuldades para realizar atividades da vida diária (ROUNDS, 1992; MINAYO, 2003; MINAYO, 2004; MACHADO; QUEIROZ, 2006; AMSTADTER et al., 2011), portadores de doenças crônicas (SOUSA et al., 2010) e inseridos em famílias disfuncionais (SOUZA et al., 2004). Os idosos expostos à violência referiram menos anos de estudo do que os não expostos (SANCHES, 2006).

A disponibilização e compreensão desses resultados é reconhecidamente um passo relevante para a prevenção da violência contra idosos, uma vez que potencializa a detecção de indivíduos em maior risco de exposição ao agravo. Associado a isso, torna-se necessário o conhecimento das características do ambiente familiar e do cuidador do idoso e, nessa direção, alguns pesquisadores (KLEINSCHMIDT, 1997; REAY; BROWNE, 2001) vêm desmistificando a ideia de que a violência nessa faixa etária é resultante apenas de um quadro de debilidade física e mental das pessoas mais velhas. Sem dúvida, a relação entre idoso dependente e cuidador pode ser muito estressante, mas só se transforma em violenta quando o cuidador isola-se socialmente, quando sofre de problemas mentais ou alcoolismo, quando são frouxos os laços afetivos entre o idoso e ele ou quando o idoso foi agressor da pessoa que o assiste atualmente (KLEINSCHMIDT, 1997; REAY; BROWNE, 2001).

É notório que as demandas oriundas do cuidado ao idoso podem reduzir consideravelmente a participação do cuidador em atividades sociais e

de lazer, levando o cuidador a vivenciar um processo de isolamento social, com possível instalação do estresse e ocorrência de violência contra o indivíduo que deveria ser alvo de cuidados. A ingestão frequente de bebida alcoólica tem repercussões negativas na personalidade do usuário/cuidador e na dinâmica da relação intrafamiliar, com alta probabilidade de mal funcionamento da unidade familiar; laços afetivos frouxos entre o idoso e o cuidador podem ser o gatilho para ocorrência de violência (SOUZA et al., 2004).

A análise dos dados obtidos por meio do SF-12 revelou que os idosos expostos à violência apresentaram pior saúde física e mental do que os não expostos. Utilizando-se da regressão linear múltipla, encontrou-se que a violência contra idosos não foi significativamente associada ao CF da QVRS, mas foi fator independentemente associado ao CM da QVRS ($\beta=2,69$, $p<0,001$).

Esse resultado é semelhante aos recentes achados de estudiosos que desenvolveram uma pesquisa com 2.021 idosos (≥ 65 anos) residentes em sete regiões da Irlanda, objetivando identificar fatores associados à violência contra pessoas mais velhas (NAUGHTON et al., 2012). Por meio de análise multivariada, os autores observaram que obter escore abaixo da média no CM da QVRS, aferida pelo SF-8, aumentou em mais de quatro vezes as chances de relato de qualquer tipo de violência (OR=4,51, IC 95% 2,22-9,14). O CF da QVRS, por sua vez, não foi significativamente associado ao aumento da chance de relatar violência (NAUGHTON et al., 2012).

Todavia, é preciso ter cautela ao se comparar os resultados dessas duas investigações, pois uma comparação entre as amostras desses estudos aponta diferenças em relação às características demográficas e culturais dos idosos. Cabe também destacar que a QVRS foi tratada com enfoques diferentes no plano de análise. No presente estudo, a QVRS foi a variável desfecho, e no estudo irlandês, os componentes de saúde física e mental foram tratados, como variáveis independentes potencialmente associadas ao desfecho violência contra idosos.

Em relação à tipologia da violência, há semelhança entre os achados das duas pesquisas, visto que o abuso psicológico e o financeiro foram os

tipos mais prevalentes, ao passo que a violência física ocorreu em menor magnitude. Isso talvez explique a ausência de associação significativa entre violência contra idosos e o CF da QVRS nas análises multivariadas, pois seria plausível inferir que a agressão física estaria potencialmente mais ligada aos indicadores que compõem o CF da QVRS (capacidade funcional, dor e aspectos físicos).

Por outro lado, a violência psicológica foi bastante frequente nos dois estudos, o que pode explicar a associação com o CM, que inclui indicadores de natureza psicossocial (aspectos sociais, saúde mental, vitalidade e aspectos emocionais).

A associação entre violência contra idosos e piores escores alcançados no CM da QVRS entre os participantes do presente estudo deve servir de alerta aos vários segmentos da sociedade, sobretudo, aos profissionais de saúde e aos próprios indivíduos idosos. No caso dos profissionais da saúde, é preciso que muitos deles passem a reconhecer a violência como um problema também pertencente ao campo da saúde e abandonem a posição de expectadores do fenômeno. Já os idosos necessitam ser alertados de que a omissão no relato de violência pode resultar em queixas e sintomas inespecíficos que dificultam o diagnóstico e tratamento de distúrbios mentais associados com exposição à violência.

Uma boa vida tem como premissa básica a existência de respeito nas relações humanas e o art. 4º do Estatuto do Idoso exemplifica muito bem como devem ser os relacionamentos interpessoais que envolvem as pessoas mais velhas, ao afirmar que “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” (BRASIL, 2003, s.p.).

7 CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES DA PESQUISA

7 CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Um dos méritos da presente pesquisa foi a representatividade da amostra. A técnica de amostragem randomizada, baseada em setores censitários, garantiu uma amostra representativa dos idosos não institucionalizados residentes no maior município brasileiro, em termos populacionais.

A diversidade e qualidade dos dados do Estudo SABE viabilizaram a investigação da violência, como fator potencialmente associado à saúde física e mental dos idosos. Esta é a primeira pesquisa de campo que sustenta a violência, como variável associada a pior escore no CM da QVRS dos idosos, mesmo após o controle de fatores sociodemográficos, econômicos, de apoio familiar, de saúde e de incapacidade funcional.

A contribuição deste estudo também pode ser exemplificada pela identificação da prevalência e das características da violência contra idosos, assim como pela obtenção de informações sobre o perfil dos idosos expostos e não expostos à violência. Todos esses conhecimentos são escassos na literatura brasileira, e a detecção da violência por meio de diferentes formas (relatada pelo próprio idoso e observada pelo entrevistador) é uma virtude deste estudo. Acredita-se que essa opção metodológica otimizou as chances de identificar os casos de violência contra idosos, tão comuns nessa faixa etária.

Entre as limitações, cita-se a opção pelo corte transversal que não permitiu estabelecer relação temporal ou causal entre exposição à violência e QVRS. Portanto, análises longitudinais são necessárias para melhor compreensão dessa relação. Acredita-se também que futuros estudos poderão explorar o impacto dos diferentes tipos de violência sobre a QVRS das pessoas mais velhas, assim como identificar o perfil sociodemográfico e clínico do agressor. No entanto, esta pesquisa preenche uma lacuna do conhecimento e estabelece bases para futuros estudos sobre a exposição à violência ao longo do tempo e seu impacto na saúde física e mental dos idosos.

8 CONCLUSÕES

8 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo permitiram concluir que a prevalência da violência contra idosos foi de 10,1%; a maioria dos idosos foi exposta a um único tipo de violência, sendo a psicológica a mais comum.

Sexo feminino, insuficiência de renda, família disfuncional, saúde percebida como ruim, multimorbidade, dor referida, sintomas depressivos, deterioração cognitiva e dificuldades para executar ABVD ou AIVD foram as características presentes em maior proporção no grupo de idosos expostos à violência, quando comparados ao grupo de idosos não expostos. Os idosos expostos à violência referiram menos anos de estudo do que os não expostos.

A análise de regressão múltipla detectou que a violência compromete a saúde mental dos idosos, independente das covariáveis sociodemográficas, econômicas, de saúde, de apoio familiar e de incapacidade funcional analisadas neste estudo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. C. T. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arquivos Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia**, v. 52, n. 6, p. 931-939, 2008.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 57, n. 2, p. 421-426, 1999.
- ALSAKER, K. et al. Low health-related quality of life among abused women. **Quality of Life Research**, v. 15, n. 6, p. 959-965, 2006.
- AMSTADTER, A. B. et al. Prevalence and Correlates of Elder Mistreatment in South Carolina: The South Carolina Elder Mistreatment Study. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 26, n. 15, p. 2947-2972, 2011.
- ANDRADE, T. L. et al. Aplicabilidade do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde – the 12-Item-Short-Form Health Survey – em pacientes portadores de esclerose sistêmica progressiva. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, n. 4, p. 414-422, 2007.
- APRATTO JUNIOR, P. C. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2983-2995, 2010.
- BENTLEY, J. P. et al. Functional status, life-space mobility, and quality of life: a longitudinal mediation analysis. **Quality of Life Research**, v. 22, n.7, p. 1621-1632, 2013.
- BERZINS, M. A. V. S. **Violência institucional contra a pessoa idosa: A contradição de quem cuida**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BERZINS, M. V.; WATANABE, H. A. W. A violência doméstica contra a pessoa idosa. In: FALCÃO, D. V. S. (Org.). **A família e o idoso: desafios da contemporaneidade**. Campinas: Papirus, 2010. p. 151-170.
- BERZINS, M. V.; WATANABE, H. A. W. Falar de suicídio é também falar da vida e da qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 1955-1962, 2012.
- BOMBA, P. A. Use of a single page elder abuse assessment and management tool: a practical clinician's approach to identifying elder mistreatment. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 46, n. 3-4, p. 103-122, 2006.

BOND, M. C.; BUTLER, K. H. Elder Abuse and Neglect – Definitions, Epidemiology, and Approaches to Emergency Department Screening. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 29, n. 1, p. 257-273, 2013.

BONOMI, A. E. et al. Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. **Journal of Women's Health**, v. 16, n. 7, p. 987-997, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CALMAN, K. C. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. **Journal of medical ethics**, v. 10, n. 3, p. 124-127, 1984.

CAMELIER, A. A. **Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com DPOC**: Estudo de Base Populacional com o SF-12 na Cidade de São Paulo-SP. 2004. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2919-2925, 2011.

CERQUEIRA, A. T. A. R. Deterioração cognitiva e depressão. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs.). **SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 141-165.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CRUZ, K. C. T. **Qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos sem sintomas depressivos do Estudo SABE**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

D'AMORIM, A. B. **Avaliação das formas auto-administradas dos questionários MHAQ e SF-12 em pacientes com doenças reumatológicas**. 2001. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

DE AQUINO, N. M. R. et al. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 954-960, 2009.

DE BELVIS, A. G. et al. Social relationships and HRQL: A cross-sectional survey among older Italian adults. **BMC Public Health**, v. 8, n. 348, s.p., 2008.

DONDER, L. et al. European map of prevalence rates of elder abuse and its impact for future research. **European Journal of Ageing**, v. 8, p. 129-143, 2011.

DUARTE, Y. A. O. **Família: rede de suporte ou fator estressor**. A ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DYER, C. B. et al. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. **The American Geriatrics Society**, v. 48, n. 2, p. 205-208, 2000.

EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1383-1394, 1995.

EISENMAN, D. P. et al. Mental health and health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in the United States with previous exposure to political violence. **JAMA**, v. 290, n. 5, p. 627-634, 2003.

ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 301-306, 2007.

FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1439-1446, 1995.

FERNANDES, W. C. **Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLORÊNCIO, M. V. D. L.; FERREIRA FILHA, M. O.; SÁ, L. D. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 847-857, 2007.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State – A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

GABRIEL, Z.; BOWLING, A. Quality of life from the perspectives of older people. **Ageing & Society**, v. 24, n. 5, p. 675-691, 2004.

GAIOLI, C. C. L. O. **Ocorrências de maus-tratos em idosos no domicílio**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GAIOLI, C. C. L. O.; RODRIGUES, R. A. P. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 465-470, 2008.

GONZÁLEZ, G. R.; ZINDER, N. S. Factores asociados con el auto-reporte de maltrato em adultos mayores de México. **Revista Chilena de Salud Pública**, v. 13, n. 2, p. 90-99, 2009.

GROZDEV, I. et al. Physical and Mental Impact of Psoriasis Severity as Measured by the Compact Short Form-12 Health Survey (SF-12) Quality of Life Tool. **Journal of Investigative Dermatology**, v. 132, n. 4, p. 1111-1116, 2012.

GUEWEHR, K. **Teoria da resposta ao Item na Avaliação de Qualidade de Vida de Idosos**. 2007. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Annals of Internal Medicine**, v. 118, n. 8 p. 622-629, 1993.

HAIR JUNIOR, J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. 6^a.ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HALPHEN, J. M.; VARAS, G. M.; SODOWSKY, J. M. Recognizing and reporting elder abuse and neglect. **Geriatrics**, v. 64, n. 7, p. 13-18, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese Indicadores Sociais** – Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores Sociais/Sintese de Indicadores Sociais_2012/SIS_2012.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf). Acesso em: 21 março 2013.

JARDIN, S. E. G. **Maus-tratos contra a pessoa idosa**. Da suspeita à notificação: um desafio para os profissionais do Hospital do Servidor Público Municipal. 2010. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

KELLER, I. et al. **Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum**. Geneva: World Health Organization, 2002.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index”, de Ferrans e Powers**. 1999. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

KLEINSCHMIDT, K. C. Elder abuse: a review. **Annals of emergency medicine**, v. 30, n. 4, p. 463-472, 1997.

LA GAMBA, J. G. G. **Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos em pacientes transplantados renais**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

LACHS, M. S.; PILLEMER, K. Abuse and neglect of elderly persons. **The new England journal of medicine**, v. 332, n. 7, p. 437-443, 1995.

LAUMANN, E. O.; LEITSCH, S. A.; WAITE, L. J. Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study. **The Journals of Gerontology**, v. 63, n. 4, p. 248-254, 2008.

LAWTON, M. P. Environment and Other Determinants of Well-Being in Older People. **The Gerontologist**, v. 23, n. 4, p. 349-357, 1983.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Desafios de um estudo longitudinal: o projeto SABE. **Saúde Coletiva**, v. 5, n. 24, p. 166-167, 2008.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LEE, H. A. et al. How do life-course trajectories of socioeconomic position affect quality of life in patients with diabetes mellitus? *Quality of Life Research*. Publicado eletronicamente antes da versão impressa em: 2013 oct. 11.

LIMA, F. D. Elaboração do Banco de Dados. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs.). **SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 69-71.

LIMA, M. G. et al. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2159-2167, 2009.

LIMA, M. G. et al. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 485-493, 2011.

LINDERT, J. et al. Abuse and neglect of older persons in seven cities in seven countries in Europe: a cross-sectional community study. **International journal of public health**, v. 58, n. 1, p. 121-132, 2013.

LOUVISON, M. C. P. **Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como condições traçadoras**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LUZ, M. M. C.; AMATUZZI, M. M. Vivências de felicidade de pessoas idosas. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 303-307, 2008.

MACHADO, L.; QUEIROZ, Z. V. Negligência e maus-tratos. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1152-1159.

MARQUESINI, E. A. **Automedicação em idosos: Estudo SABE**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARTINA, M. et al. Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima-Perú, 2009. **Revista Peruana de Epidemiología**, v. 14, n. 3, p. 2-8, 2010.

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

MELMAN, J. et al. Políticas públicas para superação da violência contra a pessoa idosa: o desafio para a construção de uma cultura de paz. In: BERZINS, M. V.; MALAGUTTI, W. (Orgs.). **Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice**. São Paulo: Martinari, 2010. p. 309-325.

MELO, V. L.; CUNHA, J. O. C.; FALBO NETO, G. H. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, p. 43-48, 2006. Suplemento 1.

MENEZES, P. R. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 214-216, 1998. Edição especial.

MENEZES, M. R. Violência contra idosos: é preciso se importar. In: BERZINS, M. V.; MALAGUTTI, W. (Orgs.). **Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice**. São Paulo: Martinari, 2010. p. 25-58.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

MINAYO, M. C. S. **Violência contra Idosos** – o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: SEDH, 2004.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORAES, C. L.; APRATTO JÚNIOR, P. C.; REICHENHEIM, M. E. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2289-2300, 2008.

MOUTON, C. P. et al. The associations between health and domestic violence in older women: results of a pilot study. **Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine**, v. 8, n. 9, p. 1173-1179, 1999.

NAUGHTON, C. et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. **Age Ageing**, v. 41, n. 1, p. 98-103, 2012.

NAZÁRIO, C. L. Trabalho de campo para coleta de dados. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs.). **SABE** – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 59-67.

NERI, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: _____. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993. p. 9-55.

NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil** – Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007.

NIV, D.; KREITLER, S. K. Pain and quality of life. **Pain Practice**, v. 1, n. 2, p. 150-161, 2001.

NOGUEIRA, C. F.; FREITAS, M. C.; ALMEIDA, P. C. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 543-554, 2011.

NORTHWAY, R.; JENKINS, R. Quality of life as a concept for developing learning disability nursing practice? **Journal of clinical nursing**, v. 12, n. 1, p. 57-66, 2003.

OLIVEIRA, S. C. et al. Violência em idosos após a aprovação do Estatuto do Idoso: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 974-982, 2012.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 128-133, 2013.

OLOFSSON, N.; LINDQVIST, K.; DANIELSSON, I. Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65-84 years. **Public Health**, v. 126, n. 4, p. 358-364, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Declaración de Toronto para La prevención global Del maltrato de lãs personas mayores**. Ginébra, 2003.

OTERO-RODRIGUÉZ, A. et al. Change in health-related quality of life as a predictor of mortality in the older adults. **Quality of Life Research**, v. 19, n. 1, p. 15-23, 2010.

PAIXÃO JUNIOR, C. M.; ROCHA, S. M. Violência Doméstica contra Idosos. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1324-1334.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. Histórico e natureza do estudo. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs.). **SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 15-32.

PARANJAPE, A. et al. Lifetime Exposure to Family Violence: Implications for the Health Status of Older African American Women. **Journal of Women's Health**, v. 18, n. 2, p. 171-175, 2009.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. 2004. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 99-106.

PASKULIN, L. M. G. et al. Percepções de pessoas idosos sobre qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 101-107, 2010.

PATRICK, D. L.; ERICKSON, P. **Health Status and health policy** – quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press, 1993.

QUEIROZ, Z. P. V.; LEMOS, N. F. D.; RAMOS, L. R. Fatores associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2815-2824, 2010.

REAY, A. M. C.; BROWNE, K. D. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. **Aging & Mental Health**, v. 5, n. 1, p. 56-62, 2001.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, 2011.

RIBEIRO, K. T. **Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes no Município de São Paulo – Estudo SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento**. 2011. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; VALADARES, F. C. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1167-1177, 2012.

ROUNDS, L. Elder abuse and neglect: a relationship to health characteristics. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 4, n. 2, p. 47-52, 1992.

SACOL, K. L. P.; ZAPPE, J. G. Violência contra idosos: análise da produção científica nacional no período de 2003 a 2010. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 19, n. 1-2, p. 39-50, 2011.

SANCHES, A. P. R. A. **Violência Doméstica Contra Idosos no Município de São Paulo** - Estudo SABE, 2000. 2006. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANCHES, A. P. R. A.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Violência contra idosos: uma questão nova? **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 90-100, 2008.

SANTANA, M. S. Maus-tratos em adultos mais velhos e seus cuidadores familiares: um estudo de revisão. **Gerais – Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 33-41, 2010.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SHAH, S. J. et al. Financial Stress and Outcomes after Acute Myocardial Infarction. **Plos one**, v. 7, n. 10, s.p., 2012.

SILVA, N. N. **Amostragem probabilística**. São Paulo: Edusp, 1998.

SILVA, N. N. Aspectos Metodológicos – Processo de amostragem. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs.). **SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 47-58.

SILVA, H. S. **Fatores associados ao melhor desempenho cognitivo global em idosos do Município de São Paulo, Estudo SABE**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, M. J. et al. A violência na vida cotidiana do idoso: um olhar de quem a vivencia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 124-136, 2008.

SILVEIRA, M. F. et al. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1923-1931, 2013.

SMILKSTEIN, G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. **The Journal of Family Practice**, v. 6, n. 6, p. 1231-1239, 1978.

SOORYANARAYANA, R.; CHOO, W. Y.; HAIRI, N. N. A Review on the prevalence and measurement of elder abuse in the community. **Trauma Violence Abuse**, v. 14, n. 4, p. 316-325, 2013.

SORENSEN, J. et al. Physical violence and health-related quality of life: Danish cross-sectional analyses. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 10, n. 113, p. 110-119, 2012.

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

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2659-2668, 2010.

SOUZA, A. S. et al. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. **Textos sobre Envelhecimento**, v. 7, n. 2, p. 63-84, 2004.

SPENCER, S. M. et al. Influence of Caregiving on Health-Related Quality of Life among American Indians. **The American Geriatrics Society**, v. 61, n. 9, p. 1615-1620, 2013.

SWITZER, J. A.; MICHIEZI, A. E. Elder abuse: An Update on Prevalence, Identification, and Reporting for the Orthopaedic Surgeon. **Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons**, v. 20, n. 12, p. 788-794, 2012.

TELLES, A. C. M. **Prevalência, Incidência, Fatores Preditivos e Impacto das Quedas entre as Pessoas Idosas no Município de São Paulo: Uma Análise Longitudinal**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.

VENABLES, W. N.; RIPLEY, B. D. **Modern Applied Statistics with S**. 4. ed. Oxford: Springer, 2002. 495 p.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

VERAS, R. Vida plena sem violência na maturidade: a busca contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2671-2673, 2010.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 74, n. 4, p. 607-621, 2002.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 3-11, 2013.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M. A.; KELLER, S. D. A 12-Item Short-Form Health Survey – Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. **Medical Care**, v. 34, n. 3, p. 220-233, 1996.

WARE, J. E. et al. **User's Manual for the SF-12v2™ Health Survey (With a Supplement Documenting SF-12® Health Survey)**. Boston, Massachusetts, 2007.

WILSON, I. B.; CLEARY, P. D. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. **JAMA**, v. 273, n. 1, p. 59-65, 1995.

WITTENBERG, E. et al. Community preferences for health states associated with intimate partner violence. **Medical Care**, v. 44, n. 8, p. 738-744, 2006.

WOLF, R.; DAICHMANN, L.; BENNETT, G. Abuse of the elderly. In: KRUG, E. G. et al. (Eds.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 123-144.

XAVIER, F. M. F. et al. Elderly people's definition of quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 1, p. 31-39, 2003.

ZAMBONI, C. et al. Violência contra idoso: um velho estigma. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 634-639, 2011.

ZHAN, L. Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, n. 7, p. 795-800, 1992.

ANEXOS

**ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DO ESTUDO SABE, 2006 e
2010**

ANEXO 2 – SF-12, AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

1. O (a) Sr. (a) diria que sua saúde é...

Muito Boa	Boa	Regular	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim Dificulta muito	Sim Dificulta um pouco	Não Não dificulta de modo algum
2. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
3. Subir vários lances de escada	1	2	3

Durante as últimas quatro semanas (último mês), você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

4. Realizou menos tarefas do que gostaria?	Sim 1	Não 2
5. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	Sim 1	Não 2

Durante as últimas quatro semanas (último mês), você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

6. Realizou menos tarefas do que gostaria?	Sim 1	Não 2
7. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	Sim 1	Não 2

8. Durante as últimas quatro semanas (último mês), quanto a presença de dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação as últimas quatro semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
9. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
10. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
11. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6

12. Durante as últimas quatro semanas (último mês), quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

1.	No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem gritado com o(a) Sr(a) SEM RAZÃO?	Sim Não NS NR	() () () ()
2.	Com que Frequência?	Todos os dias Duas ou três vezes por semana Uma vez por semana Duas a três vezes por mês Uma vez por mês ou menos NS NR	() () () () () () ()
3.	No último ano, algumas das pessoas que o rodeiam o(a) tem chamado por algum nome ou apelido que o(a) Sr(a) não goste?	Sim Não NS NR	() () () ()
4.	Com que Frequência?	Todos os dias Duas ou três vezes por semana Uma vez por semana Duas a três vezes por mês Uma vez por mês ou menos NS NR	() () () () () () ()
5.	No último ano, algumas das pessoas que o rodeiam tem usado ou mexido no seu dinheiro sem a sua autorização?	Sim Não NS NR	() () () ()
6.	Com que Frequência?	Todos os dias Duas ou três vezes por semana Uma vez por semana Duas a três vezes por mês Uma vez por mês ou menos NS NR	() () () () () () ()
7.	No último ano, algumas 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 NS NR	() () () ()
8.	Com que Frequência?	Todos os dias Duas ou três vezes por semana Uma vez por semana Duas a três vezes por mês Uma vez por mês ou menos NS NR	() () () () () () ()

9.	No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem batido ou esbofeteado o(a) Sr(a)?	Sim Não NS NR	() () () ()
10.	Com que Frequência?	Todos os dias Duas ou três vezes por semana Uma vez por semana Duas a três vezes por mês Uma vez por mês ou menos NS NR	() () () () () () ()
11.	No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem sacudido o chacoalhado o(a) Sr(a)?	Sim Não NS NR	() () () ()
12.	Com que Frequência?	Todos os dias Duas ou três vezes por semana Uma vez por semana Duas a três vezes por mês Uma vez por mês ou menos NS NR	() () () () () () ()
13.	No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem roubado seu dinheiro ou algum pertence importante para o(a) Sr(a)?	Sim Não NS NR	() () () ()
14.	Com que Frequência?	Todos os dias Duas ou três vezes por semana Uma vez por semana Duas a três vezes por mês Uma vez por mês ou menos NS NR	() () () () () () ()

ANEXO 4 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (2000)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 315/99

Processo nº 25000.024350/99-60 Registro CONEP = 675 (Protocolo CEP :158)
Projeto de Pesquisa: "As condições de saúde dos idosos na América do Sul e Caribe".
Pesquisador Responsável: Dr. Ruy Laurenti
Instituição: Faculdade de Saúde Pública / USP
Área Temática Especial: Pesquisa com cooperação estrangeira.

Ao se proceder à análise do protocolo em questão, cabem as seguintes considerações:

- a) as informações enviadas atendem aos aspectos fundamentais das Res. CNS 196/96 e 251/97, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;
- b) o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da instituição.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições da Res. CNS 196/96, manifesta – se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, com a seguinte recomendação a ser acompanhada pelo CEP:

- 1) Orçamento financeiro detalhado, especificando a remuneração do pesquisador (Res. CNS 196/96, VI,"j").

Situação : Projeto aprovado com recomendação.

Brasília, 17 de junho de 1999.

WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP-MS

ANEXO 5 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (2006)

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066-7779 – e-mail: cep@fsp.usp.br

OI.COEP/83/06

14 de março de 2006

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **aprovou** o Protocolo de Pesquisa n.º 1345, intitulado: "PROJETO SABE-2005 – SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO", apresentado pela pesquisadora Maria Lúcia Lebrão.

Atenciosamente,

Helena Akemi Wada Watanabe
Professora Doutora

Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

ANEXO 6 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (2010)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/23/10

5 de março de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2044**, intitulado **"ESTUDO SABE 2010: SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO - ESTUDO LONGITUDINAL SOBRE AS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Maria Lucia Lebrão**, e considerou que a pendência anteriormente apresentada por este COEP foi atendida. Protocolo de pesquisa **APROVADO "AD-REFERENDUM"**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Tit. Maria Lucia Lebrão
Departamento de Epidemiologia da FSP/USP