

UNISINOS - UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**A RELAÇÃO ENTRE O IDOSO E O SEU CUIDADOR
EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA**

Mestranda: Danyella da Silva Barreto

Orientadora: Dr^a Denise Falcke

São Leopoldo, maio de 2011.

**A RELAÇÃO ENTRE O IDOSO E O SEU CUIDADOR
EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA**

Mestranda: Danyella da Silva Barreto

Orientadora: Dr^a Denise Falcke

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

São Leopoldo, maio de 2011.

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

B273r Barreto, Danyella da Silva.
A relação entre o idoso e o seu cuidador em situações de violência / Danyella da Silva Barreto. – 2011.
94 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado em Psicologia Clínica, 2011.
Orientadora: Profa. Dra. Denise Falcke.

1. Psicologia do idoso. 2. Relação idoso-cuidador. 3. Violência contra o idoso.
I. Falcke, Denise. II. Título.

CDU: 159.9-053.9

Bibliotecária responsável – Simone da Rocha Bittencourt – 10/1171

Eu sou vermelha,
não porque eu quis,
a vida e a luta
foram me transformando.
As ruas de moleques pobres e mal vestidos,
cidade de muito ricos e miseráveis.
Foi o olhar sobre a diferença
que me fez ser assim,
A bondade no rosto
dos que eu amei
me mostrou o que eu não sabia
mas intuía: injustiça, preconceito, ignorância.
Assim eu fui me guiando, me moldando.
Aí um dia me disseram:
Menina, isto é idéia de comunista.

Barreto

AGRADECIMENTOS

Agradeço sempre ao meu “papito”, que me fez acreditar que eu poderia ir além do que podia imaginar ou sonhar. Aos meus irmãos, meus eternos torcedores. Às minhas muitas mães, que, com suas singularidades, contribuíram das diversas formas. À minha sempre mãe, mesmo não estando mais comigo fisicamente, a carrego dentro de mim aonde quer que eu vá.

Ao meu amado companheiro, que compartilhou comigo cada palavra desse projeto, obrigada pelo colo quando percebeu o meu cansaço, por me fazer dormir mais um pouquinho e me acordar quando era ora de marchar. Obrigada porque esteve atento ao que se passava, aos mínimos gestos de ansiedade e necessidades minhas.

Agradeço a minha amada tia Guida, que expressava todo seu carinho do outro lado do computador enviando textos, poesias e notícias, que me animavam e roubava um sorriso em meio a tantas páginas a serem escritas.

Obrigada a minha orientadora, que me ensinou a dar os primeiros passos nessa desconhecida caminhada. Obrigada pela presença constante e parceria durante todo o processo, do tema à dissertação.

Agradeço aos colegas e amigos da Dique, que conviveram no dia-a-dia com minhas angústias e expectativas. Obrigada por terem segurado as minhas pontas quando estive ausente.

Ao meu Deus, que me ensina a sonhar os seus sonhos, a caminhar na direção sem saber o rumo certo, mas me dá a certeza de não estar sozinha, seja no vale, na montanha ou no deserto.

Agora, vamos todos comemorar o fechamento desse ciclo.

Obrigada e amo todos vocês!

SUMÁRIO

<i>RESUMO</i>	9
<i>ABSTRACT</i>	10
<i>APRESENTAÇÃO</i>	11
<i>SEÇÃO I – ARTIGO TEÓRICO</i>	13
Resumo	13
Abstract	13
Introdução	14
Método	15
Resultados	16
Considerações Finais	34
Referência Bibliográfica	36
<i>SEÇÃO II – ARTIGO EMPÍRICO</i>	47
Resumo	47
Abstract	47
INTRODUÇÃO	48
Processo de envelhecimento	49
O papel do cuidador do idoso	50
A violência contra o idoso	51
MÉTODO	56
Participantes	56
Instrumentos para coleta de dados	57
Procedimento de coleta de dados	58
Procedimento de Análise dos Dados	59
RESULTADOS	59
Caso 1	59

Caso 2 _____	66
Caso 3 _____	73
INTEGRANDO OS CASOS _____	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	82
REFERÊNCIAS _____	84
<i>CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO</i> _____	88
<i>ANEXOS</i> _____	90
Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética _____	91
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento _____	92

RESUMO

A violência contra o idoso é um problema de saúde pública, que comumente ocorre no âmbito familiar. O processo de envelhecer é heterogêneo. Alguns vivenciam o passar da idade com tranquilidade, mas é comum o aumento das perdas funcionais e, conseqüentemente, a necessidade de um cuidador. A relação idoso/cuidador familiar é vivida de diversas formas e permeada tanto por relações edificantes quanto por relações violentas e opressoras. Esse trabalho propõe-se a entender a relação do idoso com seu cuidador familiar, em contextos de violência. A Sessão I da dissertação corresponde a um artigo de revisão sistemática da literatura, no período de 2005 a 2010, sobre a violência contra o idoso. A Sessão II é composta por um artigo que descreve um estudo de casos múltiplos, realizado com o objetivo de conhecer a relação do idoso com seu cuidador familiar em situação de violência. Dentre os resultados obtidos, chamou atenção o fato de que os três cuidadores que abusaram do idoso relataram uma relação conflituosa prévia com este, anterior ao envelhecimento. Dois idosos reconheciam terem tido atitudes abusivas no passado e aceitavam a violência por se sentirem mercedores da retaliação. A idosa, que relatava o passado de uma forma positiva, revidava a agressão com cobranças e xingamentos. Desta forma, torna-se claro que é importante aprofundar o conhecimento das relações para que haja uma atenção voltada tanto para o idoso quanto para seu cuidador, a fim de compreender a relação entre eles e encerrar o ciclo da violência.

ABSTRACT

Violence against the elderly is a public health problem that occurs most commonly in the family. The aging process is heterogeneous. Some experience the aging process with ease, but is common the functional losses increase and hence the need for a caregiver. This relationship elderly / family caregiver is experienced in various forms and pervaded by both edifying and oppressive or violent relationships. This paper, therefore, aims to understand the relationship between the elderly and his family caregiver in context for violence. Session I of the dissertation is a systematic review of the literature in the period 2005 to 2010, on violence against the elderly. Session II is composed of an article that describes a multiple case study, conducted with the aim to know the relationship between the elderly and his family caregiver in violence situation. Among the results, highlighted the fact that the three caregivers who have abused the elderly reported a conflicting relationship prior to this, prior to aging. Two seniors have been recognized as unfair attitudes in the past and accept the violence because they feel worthy of retaliation. The elderly, who reported on the past in a positive way, returned the aggression with cursing and overcharging. Thus, it becomes clear that it is important to deepen the understanding of the relationships so that there is a carefully geared toward the elderly and for their caregivers in order to understand the relationship between them and end the cycle of violence.

APRESENTAÇÃO

A violência contra o idoso tem sido considerada um grave problema de saúde pública, em vista dos altos índices de crescimento da população idosa, que tem contribuído para a evidência de mais situações abusivas nessa faixa etária. Segundo dados do IBGE (2008), até 2020, o Brasil será o sexto maior país em número de idosos do mundo. A cada ano, mais 650 mil idosos são incorporados à população brasileira. Portanto, este será um seguimento da população que necessitará que as suas demandas sejam melhor estudadas e compreendidas.

Em todos os contextos, teremos idosos em fase produtiva e em fase de decadência, que necessitarão tanto de espaços que absorvam sua vitalidade como espaços dedicados ao seu cuidado. Nestes ambientes de cuidado, que podem ser os próprios domicílios, necessitarão de cuidadores formais ou informais para auxiliar nos casos de dependência, que tendem a aumentar de forma significativa acima dos 80 anos (Giacomin, Uchôa, Firmo e Lima-Costa, 2005). Por isso, faz-se necessário mais estudos que abordem a relação do idoso com seu cuidador proporcionando um maior entendimento das situações de violência.

A prevalência mundial do abuso contra o idoso varia de 1,6% a 47% a depender do país, amostra estudada e conceito de violência adotado (Espindola & Blay, 2007). Os maus-tratos contra os idosos acontecem mais comumente no seu próprio domicílio, tendo como agressor um familiar (Lemos, Gazzola & Ramos, 2006). A relação do idoso com seu cuidador é marcada por uma diversidade de interações e sentimentos, portanto, a compreensão das

relações passadas e presentes entre idoso e cuidador são importantes no entendimento da prática do cuidado ou da violência nessa fase da vida.

Esta dissertação, então, se propõe a estudar o tema da violência familiar contra o idoso, estando constituída por duas partes. A Secção I é composta por um artigo teórico, que descreve o estado da arte das pesquisas científicas sobre violência contra idosos realizadas nos últimos cinco anos, em âmbito nacional e internacional. A Seção II é constituída pelo artigo empírico “A relação entre o idoso e o seu cuidador em situações de violência”, que apresenta os resultados dos estudos de casos investigados na pesquisa realizada. Por fim, são apresentadas as considerações finais da dissertação, as referências bibliográficas consultadas e os anexos.

SEÇÃO I – ARTIGO TEÓRICO

Violência contra o idoso:

revisão sistemática de artigos nacionais e internacionais publicados entre 2005 e 2010

Resumo

A violência contra o idoso é um tema de relevância para a saúde pública, devido, sobretudo, ao crescimento da população acima de 60 anos. Este estudo objetivou fazer uma revisão bibliográfica sobre o tema da violência contra o idoso no período de 2005 a 2010. As bases de dados consultadas foram: LILACS, SciELO, MEDLINE, ISI Web of Knowledge e Academic Search Premier. Um total de 1098 artigos foi encontrado. Após a exclusão dos documentos que não eram artigos, que não estavam disponíveis na íntegra, materiais repetidos e que não abordavam diretamente à temática, restaram 211 artigos que foram analisados de acordo com o tipo de estudo, o país de origem e as subtemáticas mais estudadas dentro do grande tema da violência contra o idoso. Houve um predomínio de estudos quantitativos e, entre os países, Estados Unidos foi o país que mais publicou. As subtemáticas mais estudadas foram agrupadas nas seguintes categorias: 1) estudos de prevalência; 2) fatores de risco e proteção para o abuso; 3) diagnóstico e validação de instrumentos; 4) percepções sobre a violência contra o idoso; 5) conseqüências do abuso; e 6) prevenção e intervenção em situações de abuso.

Palavras chaves: abuso, idoso, maus-tratos ao idoso, violência contra o idoso.

Abstract

Violence against the elderly is a topic of relevance to public health, largely due to the 60 years and older population growth. This study aimed to make a bibliographic review on the subject of elder abuse in the period 2005 to 2010. The databases consulted were: LILACS, SciELO, MEDLINE, ISI Web of Knowledge and Academic Search Premier. A total of 1098 articles were found. After excluding documents that were not articles, were not available in full text, repeated material and material that did not address directly the issue, remaining 211 articles were analyzed according to the type of study, country of origin and the most studied sub themes within the major topic of violence against the elderly. There was a predominance of quantitative studies and, between countries, the United States was the country that most published. The most studied sub themes were grouped into the following categories: 1) prevalence studies; 2) risk and protection factors for abuse; 3) instruments' diagnosis and validation; 4) perceptions about elder abuse; 5) consequences of abuse; and 6) prevention and Intervention in situations of abuse.

Key-words: elder, abuse, elderly abuse, Elder mistreatment

Introdução

A violência contra o idoso ainda é um assunto velado e pouco discutido no âmbito público. Em 1994, foi aprovada a Política Nacional do Idoso e o Conselho Nacional do Idoso e, em 2004, foi criado o Estatuto do Idoso, com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos mesmos e criar condições para a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (Brasil, 1994, Lei N. 8.842/94). As iniciativas, além de promoverem a melhoria da qualidade de vida das pessoas acima de 60 anos, trazem a violência contra o idoso para um espaço de responsabilidade social, reconhecendo-a como problema de saúde pública.

A Organização Mundial da Saúde (2002) considera abuso contra idosos um ou mais atos, ou falta de ações apropriadas, ocorrendo em qualquer relação que cause danos ou omissões em relação ao idoso. O National Center on Elder Abuse (NCEA) classifica a violência contra o idoso de várias formas: 1) psicológica/emocional: inclui insultos verbais e não verbais, humilhação, infantilização, ameaças ou abandono; 2) física: qualquer forma de agressão física como puxões, empurrões, queimaduras e lesões; 3) financeira: quando alguém se apropria indevidamente de fundos do idoso ou faz chantagem econômica; 4) negligência: não atendimento das necessidades básicas como alimento, roupas e remédios; 5) abandono: ser deixado por alguém que tenha assumido a sua guarda oficial ou seus cuidados; 6) sexual: contato íntimo não consentido, devendo-se levar em conta as condições de idosos que, por questões cognitivas ou psíquicas, sejam incapazes de dar consentimento. 7) auto-negligência: quando o indivíduo tem comportamentos que ameaçam a sua própria saúde e segurança.

Os estudos sobre abuso contra idoso vêm aumentando desde a década de 80. Erlingsson (2007) identificou que o primeiro artigo publicado no Brasil sobre essa temática foi na década de 90. Além disso, segundo este mesmo estudo, tendo em vista os primeiros artigos publicados sobre a temática, verificou-se que os autores principais destes trabalhos

estavam predominantemente ligados às áreas da medicina, da enfermagem e das ciências sociais.

Buscando identificar o estado da arte atual das publicações sobre a temática de abuso contra o idoso, o presente estudo objetivou fazer um levantamento dos artigos publicados de 2005 a 2010 e analisá-lo de acordo com o tipo de estudo, o país de publicação e as principais subtemáticas estudadas.

Método

A revisão foi construída baseada em quatro etapas. Na primeira etapa, foi feito um levantamento, nas bases de dados escolhidas, dos anos de 2005 a 2010 com os descritores e termos selecionados. As bases de dados investigadas foram: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), ISI Web of Knowledge (ISI) e Academic Search Premier. Os descritores utilizados foram “maus-tratos ao idoso” ou “abuso do idoso”, em português, e “elder abuse” ou “elder mistreatment”, em inglês. No Scielo, foi utilizado o termo “abuso AND idosos” e “violência AND idosos” como pesquisa integrada para aumentar o número de publicações encontradas.

No levantamento inicial, foram encontradas 1098 publicações. Foram excluídas as teses, os capítulos de livros, os guias, os comentários, as resenhas, os informativos governamentais, os artigos duplicados ou sem texto completo disponível e os artigos que se afastavam da temática violência contra o idoso, resultando em 211 publicações a serem analisadas. Foram incluídos somente os artigos que tivessem sido publicados na língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

Na terceira etapa da revisão, os artigos foram classificados conforme o ano de publicação, o tipo de estudo (teórico, qualitativo, quantitativo ou misto) e o país aonde foi

realizado o estudo. Por último, os estudos foram analisados e categorizados conforme as subtemáticas abordadas: 1) estudos de prevalência; 2) fatores de risco e proteção para o abuso, 3) diagnóstico e validação de instrumentos; 4) percepções sobre a violência contra o idoso; 5) consequências do abuso; e 6) prevenção e intervenção em situações de abuso.

Resultados

Considerando os 1098 estudos encontrados na primeira etapa, observou-se que, na base MEDLINE, foi localizado o maior número de publicações, correspondendo a 48% (531) do total, conforme tabela 1.

Tabela 1
Número de publicações por base de dados de 2005 a 2010

Base de Dados	Publicações
MEDLINE	531 (48%)
ISI	240 (21%)
Academic Search	237 (21%)
Scielo	51 (4,6%)
LILACS	39 (3,5%)
Total	1098

Após as exclusões, restaram 211 artigos para serem analisados e destes, 40% (86) pertenciam a base MEDLINE. Considerando-se todas as bases conjuntamente, os Estados Unidos apresentam o maior número de publicações, totalizando 41,2% (87) dos artigos. Em relação ao ano de publicação, os EUA mantêm a liderança em todos os anos selecionados, sendo que, no ano de 2006, teve um pico com 24 artigos quando comparado com os demais anos que variaram de 11 a 15 publicações. O Brasil contribuiu com 14% (30) das publicações, com um crescimento no número de estudos em 2010. Desses 30 estudos realizados de 2005 a 2010 no Brasil, 27 (90%) estão disponíveis nas bases LILACS e/ou Scielo.

Em relação à metodologia, o método quantitativo predominou entre os estudos em todos os anos selecionados totalizando 114 artigos, o que equivale a 54%, conforme tabela 2.

Tabela 2
Métodos de Pesquisa

Tipo de estudo	Ano de Publicação						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Quantitativo	12	22	14	15	24	27	114
Qualitativo	3	7	8	4	6	6	34
Teórico	1	9	7	6	4	7	34
Misto	0	5	2	1	0	7	15
Relato de experiência	0	5	0	9	0	0	14
Total	16	48	31	35	34	47	211

Observou-se uma diminuição progressiva dos estudos mistos e teóricos de 2006 a 2009. Por outro lado, os estudos com método quantitativos aumentaram em 2006, seguido de uma queda e novo crescimento a partir de 2009. Os relatos de experiência foram identificados somente nos anos de 2006 e 2008.

O total de 211 artigos também foi analisado conforme a subtemática estudada. A seguir serão descritos os dados referentes a cada uma das categorias de análise.

1) **Estudos de Prevalência:** Nesta categoria, constam os 20 artigos que tiveram como objetivo fazer um estudo epidemiológico dos casos de violência ao idoso ou artigos teóricos que revisaram a prevalência relatada em estudos empíricos. Os estudos foram realizados em uma ampla diversidade de países, como Israel, China, EUA, Espanha, Turquia, Taiwan, Coréia, Cuba e Brasil. Apenas nos EUA e na Coréia foram realizados estudos de base populacional com amostra de representação nacional. A maioria dos estudos foi realizada com populações limitadas a uma determinada região ou serviço. Em relação à tipologia, há uma grande variedade entre os subtipos de violência encontrados nas diversas populações analisadas.

Estudo de base populacional mostrou uma prevalência de 6,3% na Coréia, sendo o abuso emocional mais freqüente e o físico menos prevalente (Oh, Martins, Kimb & Kim, 2006). Em Taiwan, 22,6% tinham suspeita de abuso psicológico (Wang, 2006). Em uma

população rural de Girona, estudo revelou que 29,3% dos participantes vivenciaram algum tipo de violência, mais especificamente, 16% tinham suspeita de negligência, 15,2% de abuso psicossocial, 4,7% de abuso financeiro e 0,1% de abuso físico (Garre-Olmo et al., 2009). Já, em dois estudos realizados nos Estados Unidos houve uma variação, no primeiro, 9% dos idosos relataram maus-tratos verbais, 3,5% maus-tratos financeiro e 0,2% de maus-tratos físicos por membros familiares (Laumann, Leitsch & Waite, 2008). No segundo estudo, realizado em 2010, a prevalência foi de 4,6% no abuso emocional, 5,2% no financeiro, 1,6% no físico e 5,1% na negligência (Acierno, et al., 2010).

Na Turquia, em distrito de baixo nível socioeconômico, estudo realizado por Keskinoglu et al. (2007) revelou que a prevalência de negligência foi de 27,4%, de abuso financeiro foi de 2,5% e de abuso físico foi de 1,5%. Na população de alto nível socioeconômico, foi encontrado 11,2% de negligência, 2% de abuso físico e 0,3% de financeiro.

Alguns autores fizeram um levantamento a partir de usuários de clínicas, centros médicos e hospitais. Em Cuba, 3,8% dos usuários de uma Policlínica relataram serem vítimas de violência (Santaló, Lacaba, & Serrano, 2009). Cohen (2008) estudou pacientes internados em um hospital de Israel e encontrou que 14,1% dos pacientes já tinham sido vítimas de alguma forma de violência. Já entre as participantes selecionadas de um centro médico na China, 35,2% referiram ter sido abusadas, sendo a negligência de cuidadores a forma mais comum (16,9%), seguida da exploração financeira com 13%, abuso emocional com 11,4%, abuso físico com 5,8%, abuso sexual com 1,2% e abandono com 0,7% (Dong, Simon & Gorbien, 2007).

Em pesquisa realizada nas clínicas geriátricas de Los Angeles, 5,4% dos participantes relataram abuso, sendo que o abuso financeiro e a auto-negligência foram os mais comuns, ambos com 29% das ocorrências (Moon, Lawson, Carpiac & Spaziano, 2006). Em casas de

cuidados de longa duração, nos EUA, 31% dos usuários relataram ter sofrido abuso, mas somente 22,5% tinham sinais clínicos (Cohen, Halevy-levin, Gagin, Priltuzky, & Friedman, 2010). Por outro lado, ao se investigar esses mesmos serviços em Israel, 53% dos profissionais admitiram ter cometido abuso no último ano (Natan, Lowenstein, & Eisikovits, 2010) e, na Noruega, 87% dos enfermeiros de casas de repouso tinham cometido pelo menos um ato inadequado (Malmedal, Ingebrigtsen & Saveman, 2009).

No Brasil, em estudo realizado por Moraes, Apratto Júnior e Reichenheim (2008), 10% dos participantes relataram ter sofrido pelo menos um ato de violência no ano anterior à entrevista. Um percentual um pouco maior foi observado quando se abordou, separadamente, a presença de violência física não grave (7,9%) e grave (6,3%), totalizando 14,2%. Estudo realizado no Brasil, na cidade de Camaragipe/PE, revelou que 21% dos idosos participantes da pesquisa referiram ter vivido uma situação de maus-tratos. O abuso psicológico foi o mais prevalente, com 41%, e a negligência teve menor prevalência, com 4% (Melo, Cunha & Falbo Neto, 2006). Outro estudo brasileiro, realizado por Souza, Freitas e Queiroz (2007), em Fortaleza/CE, foi encontrado um predomínio da negligência (38%), seguido por apropriação indébita de aposentadoria (27%), agressão verbal (19%) e física (16%).

Por fim, a prevalência variou de 3,8% em Cuba a 35,2% na China (Santaló, Lacaba & Serrano, 2009; Dong, Simon & Gorbien, 2007). Contudo, percebe-se uma variação muito grande entre os resultados obtidos sobre a prevalência entre os países e entre as regiões de um mesmo país. Esse fato pode ser justificado pela falta de um conceito universal sobre abuso contra o idoso, o que faz com que algumas atitudes possam ser consideradas como abusivas em um país e em outro não. De outro modo, a variabilidade dos resultados pode ter se dado pela variação de metodologias aplicadas e na seleção das amostras e instituições estudadas.

2) Fatores de risco e proteção para a violência: Esta categoria abrange os 67 artigos que estudaram os fatores determinantes para a violência ou fatores de proteção. Os EUA

contribuíram com 40% (n=27) dos estudos e o método quantitativo correspondeu a 76% (n=51) do total das publicações. Essa categoria foi subdividida em três tópicos, devido ao grande número de artigos encontrados.

Fatores de risco relacionados às características do idoso abusado

Neste tópico, estão os artigos que tentam fazer associação ou descrever fatores de risco que coloquem o idoso em situação de vulnerabilidade para a violência, a partir de características físicas, psicológicas ou sociais relacionadas ao próprio idoso. As diversas formas de abuso sofrem influência do gênero e do estado civil do idoso, das suas condições sócio-econômicas, da mudança na estrutura social ou econômica, assim como do baixo nível educacional, da escassez de recursos e do suporte social (Chokkanathan & Lee, 2005; Oh, Martins Kimb & Kim, 2006; Dong, Simon & Gorbien, 2007; Dyer, Goodwin, Pickens-Pace, Burnett & Kelly, 2007; Cohen, 2008; Acierno, et al., 2010; Podnieks, Anetzberger, Wilson, Teaster, & Wangmo, 2010).

Estudo realizado por Keskinoglu et al. (2007) revelou diferença nas características de idosos expostos à violência em localidades de baixo ou alto nível socioeconômico. Na localidade de baixo nível sócio econômico, a prevalência de negligência estava associada com contato familiar infrequente, ausência de renda própria e poucos anos de educação do idoso. Nos locais de alto nível sócio econômico, a negligência esteve associada com baixo nível de escolaridade, estado ruim de saúde e doença crônica do idoso. No entanto, contrapondo com os dados anteriores, outra investigação encontrou uma maior frequência da violência grave entre os idosos com maior escolaridade e nos que moravam com maior número de indivíduos (Moraes, Apratto Júnior & Reichenheim, 2008). Na mesma direção, Lecovich (2005) traz em seu artigo que compartilhar moradia com outros familiares, principalmente entre os imigrantes, também seria um fator de risco para o abuso.

A falta de companhia, vivenciar sentimento de isolamento em relação aos outros e morar sozinho esteve associado as vítimas de abuso em vários estudos (Oh, Kim, Martins & Kim, 2006; Jam & Neysmith, 2006; Buri, Daly, Hartz & Jogerst, 2006; Dong, Simon, Gorbien, Percak & Golden, 2007; Garre-Olmo et al., 2009; Cohen, Halevy-Levin, Gagin, Priltuzky, & Friedman, 2010; Podnieks, Anetzberger, Wilson, Teaster, & Wangmo, 2010). A auto-negligência esteve relacionada com pessoas que procuram menos os serviços de saúde (Payne & Gainey, 2005), bem como com afro-americanos, mulheres, pessoas com dificuldades cognitivas e físicas, rede de apoio frágil e com muitas comorbidades (Dong, Simon, & Evans, 2010).

Um outro fator importante no contexto da violência é o adoecimento da pessoa idosa. Vários estudos mostraram a relação da depressão com o abuso contra o idoso (Fulmer, et al, 2005; Buri, Daly, Hartz & Jogerst, 2006; Dong, Simon, Gorbien, Percak & Golden, 2007; Dong, Simon, Odwazny & Gorbien, 2008; Garre-Olmo et al., 2009; Dong, Beck, & Simon, 2010; Apratto Júnior, 2010). A piora recente da saúde, a deterioração cognitiva e funcional do idoso, que pode levar a dependência diária do cuidador e o isolamento social do mesmo também se mostram relacionados a condições de maior vulnerabilidade (Lee & Kolomer, 2005; Fulmer, et al, 2005; Wang, 2006; Dyer, Goodwin, Pickens-Pace, Jason Burnett & Kelly, 2007; Barker & Himchak, 2006; Xinqi Dong, Leon, & Evans, 2009; Pérez-Cérceles et al., 2009; Post et al., 2010; Queiroz, Lemos & Ramos, 2010). Há, de forma semelhante, uma relação positiva entre demência e incontinência urinária com violência (Heath, Brown, Kobylarz & Castañó, 2005; Matsuda, 2007; Cohen, 2008; Garre-Olmo et al., 2009; Cooper et al., 2009; Zúñiga-Santamaría, Sosa-Ortiz, Alonso-Vilatela, Acosta-Castillo, & Casas-Martínez, 2010).

Outros estudos também encontraram relação entre atitudes provocativas do idoso e conflito interpessoal com comportamentos abusivos (Perez-Rojo, Izal, Montorio & Penhale,

2009; Podnieks, Anetzberger, Wilson, Teaster, & Wangmo, 2010). O maior conflito também foi encontrado, quando os comportamentos individuais estavam em desacordo com os papéis tradicionais de gênero e na situação em que a família sentia-se na obrigatoriedade de cuidar e de dar medicamento e banho forçadamente (Mouton et al., 2005). Em residentes de uma casa de idosos houve uma associação entre hostilidade e agressividade do idoso com o abuso (Bužgová & Ivanová, 2009).

A exploração financeira esteve associada a pessoas idosas com deterioração cognitiva e que podem ser induzidas a assinar documentos importantes (Peisah, Brodaty & Barrister-at-law, 2008; Chan et al., 2009), além de depressivas (Beach, Schulz, Castle, & Rosen, 2010). Chances de maus-tratos financeiros foram maiores para afro-americanos e menos para os latinos do que para brancos americanos e foram menores para aqueles idosos que possuíam cônjuge (Laumann, Leitsch & Waite, 2008). Nos demais tipos de abuso, os membros da família foram os que mais frequentemente abusavam, contudo, no abuso financeiro a maioria dos perpetradores eram estranhos, que abusavam de déficits cognitivos do idoso (Moon, Lawson, Carpiac & Spaziano, 2006).

O estudo realizado por Abath, Leal, Melo Filho e Marques (2010) revelou que os maus-tratos ocorreram mais frequentemente à noite e aos domingos. Os autores atribuíram os achados ao fato de que, à noite, muitos idosos tem insônia e isso demandaria mais esforços do cuidador. Nos finais de semana, os resultados poderia estar associados há um maior consumo de álcool e outras substâncias, o que teria relação direta com violência. Além disso, é importante a socialização das leis, dos direitos e dos serviços que prestam atenção ao idoso, pois, de acordo com Podnieks, Anetzberger, Wilson, Teaster e Wangmo (2010), a falta de conhecimento adequado da lei e dos serviços pelo idoso esteve relacionada a maior vulnerabilidade a violência.

Fatores de risco associados às características do cuidador/abusador

Nesta subcategoria são descritos artigos que enfocam as características do cuidador/abusador que colocam o idoso em situação de vulnerabilidade. Na maioria dos casos relatados em jornais e artigos, o abuso aconteceu no ambiente familiar, constituindo-se a relação de parentesco no cuidado como um fator de risco (Salari, 2007). Oh, Kim, Martins e Kim (2006) identificaram que os participantes que sofreram abuso definiram o relacionamento familiar como ruim. Santaló, Lacaba e Serrano (2009) encontraram, nos seus resultados, que, entre os participantes que sofreram violência, 86,67% tinham famílias disfuncionais. Os cuidadores abusivos podem ocupar qualquer posição de parentesco com o idoso, mas os filhos das vítimas foram os principais abusadores (Souza, Freitas e Queiroz, 2007; Phua & Seow, 2008). No entanto, em outro estudo, foram as noras, esposas e genros (Chokkanathan & Lee, 2005).

Com relação aos cuidadores profissionais, trabalhadores da saúde que sofrem de estresse, *burnout*, recebem baixos salários e tem maior tempo de profissão foram relacionados à prática de maus-tratos (Malmedal, Ingebrigtsen & Saveman, 2009; Shinan-Altman & Cohen, 2009). Em contraponto, a rotatividade dos profissionais, assim como um aumento do número de idosos para cuidar, também foram fatores que estiveram relacionados a maior risco do idoso sofrer violência (Natan & Lowenstein, 2010). Outros cuidadores sobrecarregados, com problemas pessoais e familiares, falta de educação adequada para lidar com o ato de cuidar (Bužgová & Ivanová, 2009; Wang, Lin, Tseng & Chang, 2009; Lee & Kolomer, 2005) e com familiares que despendiam muito tempo no cuidado do idoso também estavam mais sujeitos a cometer o abuso (Cooper et al., 2010). Contrariando a relação entre estresse do cuidador e maus-tratos, Gainey e Payne (2006) não encontraram relação significativa, estudando especificamente cuidadores de idosos com Alzheimer.

Os idosos que moravam com pessoas com doença mental ou que faziam uso excessivo de álcool ou drogas ilegais estavam mais sujeitos a sofrer violência (Powell & Berman, 2006; Pérez-Cárceles et al., 2009). Na mesma direção, há uma associação significativa entre adoecimento psicológico do cuidador, a exemplo da depressão e da ansiedade, e da alteração do comportamento do idoso com o abuso (Cooney, Howard & Lawlor, 2006; MacNeil et al., 2010; Cooper et al., 2010).

O relacionamento entre cuidador e dependente com história de discussões frequentes no passado, anterior à demência, esteve associado com abuso verbal (Cooney, Howard & Lawlor, 2006) e o ressentimento do cuidador foi um forte preditor de um comportamento agressivo contra o idoso (Shaffer, Dooley & Williamson, 2007; MacNeil et al., 2010). Semelhantemente, depender financeiramente do idoso também faz com que o cuidador se sinta na obrigatoriedade de atender ao idoso, resultando em maior conflito e possível abuso (Barker & Himchak, 2006).

Fatores de proteção

Nesta subcategoria, estão relatados trabalhos que evidenciam aspectos protetores que podem evitar o abuso contra o idoso. Ter alguém para ouvir e falar, alguém em quem possa confiar, dar bons conselhos, demonstrar amor, afeto e alguém para ajudar nas atividades diárias contribui para proteger o idoso da violência (Dong & Simon, 2008).

Os maus-tratos de idosos são menos prováveis quando os cuidadores estão livres de problemas mentais e de drogas e não têm personalidade dependente, são treinados para lidar com o estresse do cuidado e com as atitudes de provocação dos idosos e têm reembolso adequado e apoio social (Nadien, 2006). O suporte social esteve relacionado a proteção de idosos do sexo masculino (Dong, Beck & Simon, 2010). Esses se constituem em fatores de proteção à relação entre idoso e cuidador.

3) **Diagnóstico e validação de instrumentos:** Estão descritos, nesta categoria, os 45 artigos que tiveram como objetivo avaliar o conhecimento e as dificuldades dos profissionais, estudantes ou serviços para identificar situações de violência, com relação à validação de instrumentos para identificação dos casos de abusos contra idosos. Optou-se por subdividir a categoria em dois tópicos:

Diagnóstico

Dos 24 artigos encontrados nesta subcategoria sobre questões relacionadas ao diagnóstico das situações de abuso, o país que mais publicou artigos foi os EUA com 58% (n= 14) do total e o método predominante foi o estudo quantitativo em 50% (n= 12) dos estudos publicados.

Rinker Jr. (2009) teve como objetivo determinar o conhecimento e a habilidade dos profissionais para identificarem pacientes que foram vítimas potenciais de abuso. Constatou que os médicos tiveram dificuldade em diagnosticar suspeita de abuso, sendo que a maioria nunca havia investigado essa ocorrência em seus pacientes. Tal situação dificulta o diagnóstico, pois o idoso raramente procura ajuda para a violência sofrida (Kennedy, 2005; Francois, Moutel, Plu, Pfitzenmeyer & Herve, 2006). Por outro lado, médicos de Família relataram dúvidas em relação à denúncia obrigatória do abuso como algo que poderia influenciar na relação médico-paciente e na qualidade de vida do paciente, além de demonstrarem dificuldade em decidir o que seria melhor para o idoso (Rodríguez, Wallace, Woolf & Mangione, 2006). Também foi encontrado um elevado nível de incerteza sobre o que constitui abuso de idosos, em um estudo feito com enfermeiros (Daly & Coffey, 2010). Sendo assim, observa-se que há muitas diferenças entre os diversos profissionais em relação

ao diagnóstico e à conduta frente a uma suspeita de abuso (Liao, Jayawardena, Bufalini & Wiglesworth, 2009), mas prepondera a incerteza e dificuldade no diagnóstico.

Os dados de um estudo realizado por Nusbaum, Cheung, Cohen, Keca e Mailey (2006) sugerem que os profissionais que prestam os primeiros socorros são um recurso importante para a identificação de idosos em risco. A maioria dos socorristas pesquisados reconheceu que, no exercício do seu trabalho, tinha entrado em contato com um ou mais idosos que tinham sido abusados ou negligenciados. No entanto, não tinha uma conduta padronizada para a abordagem dessa situação, o que prejudicava a devida identificação da situação abusiva e o encaminhamento adequado.

Um grupo multiprofissional conseguiu identificar mais casos de negligência quando comparado com um departamento de emergência que utiliza um instrumento de avaliação de vulnerabilidade na identificação dos casos (Fulmer, et al. 2005). Já entre os acadêmicos, os estudantes de medicina não conseguiam associar a negligência como uma forma de abuso e aqueles que relatavam a violência eram os que tinham experiência de estágios prévios com idosos (Thompson-McCormick, Jones, Cooper & Livingston, 2009). Os profissionais mostraram baixo nível de conhecimento sobre o abuso, as leis e as regulações. No entanto, não houve diferença no conhecimento dos médicos, considerando a especialidade, o tipo de hospital (público ou particular) e os anos de profissão. A única diferença encontrada foi entre os profissionais que trabalham em hospitais geriátricos, pois esses tiveram melhor atitude do que os trabalhadores de hospitais gerais nos casos de abuso (Almogue, Weiss, Marcus, & Beloosesky, 2010).

Demais artigos abordaram sobre os sinais físicos que podem ajudar no diagnóstico de abuso contra o idoso (Collins & Sellars, 2005). Desidratação, desnutrição, úlcera de pressão, equimoses e má higiene foram sinais encontrados no exame físico de pacientes idosos vivendo em situação de violência (Pérez-Cárceles et al., 2009; Wiglesworth et al., 2009). Por

outro lado, Collins e Presnell (2007) ressaltaram que alguns sinais de abuso podem se confundir com achados da fisiopatologia do envelhecimento.

A maioria dos profissionais se sentiam despreparados para investigar abuso (Mandiracioglu, Govsa, Celikli & Yildirim, 2006), mesmo após o curso de especialização (Thomson, Beavan, Lisk, McCracken, & Myint, 2010). Por isso, alguns autores falam da importância da priorização da temática na pauta das políticas públicas, através da construção de um grupo de trabalho intersetorial e de diretrizes nacionais, tanto para diagnosticar quanto para definir uma conduta padrão aos profissionais da saúde (O'Dwyer & O'Neill, 2008).

Instrumentos diagnósticos

Neste tópico, constam 21 artigos que propõem instrumentos para auxiliar no diagnóstico do abuso contra o idoso e artigos de revisão sobre o tema. Os EUA também foram o país que mais publicou com 47% (n=10), seguido do Brasil com três artigos, sendo dois sobre a validação de um instrumento e um artigo teórico.

Há uma variedade de estudos com o objetivo de validar instrumentos e mostrar formas de diagnosticar ou identificar populações de maior vulnerabilidade para o abuso (Daly & Jogerst, 2005; Cohen, Levin, Gagin & Friedman, 2007; Setterlund, Tilse, Wilson, Mccawley & Rosenman, 2007; Yaffe, Wolfson, Lithwick & Weiss, 2008; Cooper, Maxmin, Selwood, Blanchard & Livingston, 2009). Dentre eles, está um fluxo prático de uma página que contém tópicos que orientam a suspeição do abuso, a identificação de uma situação de risco de vida e condutas a serem tomadas diante de um caso de violência contra o idoso (Bomba, 2006); screenings de pacientes com demência com risco de abuso (Cooper, Manela, Katona & Livingston, 2008; Wiglesworth et al., 2010) e a validação de um questionário para ser respondido pelo telefone (Buri, Daly & Jogerst, 2009). Lee (2009) analisou um instrumento para a compreensão do estresse do cuidador, enquanto Cohen, Halevi-Levin, Gagin e

Friedman (2006), um instrumento de triagem para identificar pacientes com risco de abuso por seus cuidadores.

Diante das diversas formas de violência, alguns instrumentos foram pensados para um diagnóstico mais específico. Wang, Tseng e Chen (2007) desenvolveram e testaram um instrumento com indicadores de abuso psicológico, enquanto outros autores se dedicaram à construção de instrumentos com o objetivo de identificar auto-negligência entre os idosos (Naik, Teal, Pavlik, Dyer & McCullough, 2008; Kelly, Dyer, Pavlik, Doody & Jogerst, 2008) e outros ainda à detecção de abuso financeiro (Kemp e Mosqueda, 2005; Conrad, Iris, Ridings, Langley, & Wilber, 2010)

No Brasil, foi validado o Caregiver Abuse Screen (CASE), um instrumento para suspeição de violência contra o idoso que teve uma versão final em português com boa qualidade de equivalência (Paixão Jr., Reichenheim, Moraes, Coutinho & Veras, 2007). Já a adaptação transcultural do Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST), utilizado para identificar risco de violência doméstica em idosos, não teve uma equivalência completa, mas também poderia ser utilizado em parte no Brasil (Reichenheim, Paixão Jr. & Moraes, 2008). Por fim, Paixão Jr. e Reichenheim (2006) fizeram uma revisão na literatura de vários instrumentos utilizados na avaliação do estresse do cuidador e na suspeição do abuso contra o idoso.

4) Percepções sobre a violência: Nesta categoria, constam 15 artigos contendo estudos que abordaram as percepções das pessoas sobre a violência. A maioria dos estudos também foi publicado pelo EUA com 26% (n=4), seguido do Brasil com 20% (n=3). Entre os métodos de estudo, o qualitativo foi utilizado em 46% (n=7) dos estudos e o quantitativo em 53% (n=8).

Diferentes países realizaram estudos com o objetivo de conhecer a visão dos participantes sobre quais seriam as práticas e atitudes consideradas como violência leve,

moderada e extrema (Jang, 2009). Esses estudos foram realizados na Grécia (Daskalopoulos, Kakouros & Stathopoulou, 2006), na Turquia (Yalçinkaya, Mandiraciolu & Turan, 2006), nos EUA com americanos-europeus (Rapoza, 2006) e com afro-americanos (Tauriac, 2006), na Inglaterra (Daskalopoulos, Mullin, Donovan & Suzuki, 2006), na Itália (Daskalopoulos & Borrelli, 2006), na Rússia (Rinsky & Malley-Morrison, 2006), no Japão (Mizuho, 2006), na Alemanha (Konig, 2006), em Israel (Rabi, 2006) e no Brasil (Bezerra-Flanders, 2006).

A concepção de maus-tratos ultrapassou os limites da agressão física, pois os cuidadores entendem que não cuidar do idoso dependente, restringi-lo do convívio social, cercear sua autonomia, coagi-lo psicologicamente e abandoná-lo se constituem em múltiplas formas de violências (Leite, Hildebrandt & Santos, 2008). Refletindo sobre o conceito dos atos violentos, através de grupos focais formado por idosos, cuidadores e profissionais, no estudo realizado por Mouton et al. (2005), considerou-se como abuso financeiro a falta de consentimento para uso do dinheiro. Empurrões foram vistos como abusivos quando a pessoa tem consciência do que está fazendo, pois, por exemplo, quando está demenciado, o idoso perde a capacidade crítica de se controlar, necessitando contenção. Referiram também como abuso proibir o idoso arbitrariamente de fazer algo que tem condição de executar.

As visões sobre o que seria considerado um ato abusivo diferem entre profissionais da saúde e cuidadores, no estudo conduzido por Selwood, Cooper e Livingston (2007). Os autores consideram essa como uma dificuldade na abordagem dessas famílias. Como exemplo dessa divergência de conceitos, outro estudo analisou situações significativas, como forçar o idoso a tomar banho ou tomar medicamento e fazer contenção preventiva, impedindo que a pessoa se movimente. O mesmo ato foi considerado como abusivo ou não, dependendo de quem executa (Mouton et al., 2005). Da mesma forma, estudos revelam que a sentença de um julgamento no tribunal de uma atitude abusiva contra idosos sofre influência do gênero do

juiz e dos participantes, dependendo da identificação com a vítima ou com o réu (Golding, Yozwiak, Kinstle, & Marsil, 2005; Kinstle, Hodell & Golding, 2008; Hodell et al., 2009).

Na avaliação da percepção sobre os atos violentos, os médicos de família e os cuidadores percebiam os atos como menos violentos quando comparados com outros grupos de pessoas mais velhas. No mesmo sentido, os homens percebiam o abuso sexual como menos grave quando comparados às mulheres (Helmes & Cuevas, 2007). Os profissionais da saúde identificaram alguns conceitos para o abuso, mas mostraram a dificuldade em identificar a responsabilidade dos diferentes profissionais em perceber e denunciar essas situações (Coma, 2007).

Para o cuidador familiar, o cuidado diário é complexo e, para o bom convívio, deve-se interagir com outras pessoas, evitando o isolamento social. Leite, Hildebrandt e Santos (2008) constataram que familiares e idosos podem conviver harmoniosamente no ambiente domiciliar, mas também podem ocorrer momentos de conflitos e desentendimentos, o que favorece a ocorrência de maus-tratos. Nesse sentido, os cuidadores devem ter habilidade, paciência, compreensão e flexibilidade, para que a convivência seja a mais tranqüila possível.

Na mesma direção, como resultado de um estudo qualitativo, profissionais puderam discutir vários aspectos que envolvem a violência. As pessoas falaram tanto sobre o medo de que a denúncia torne o abuso mais grave, como, por outro lado, a constatação de que, em muitos casos, as vítimas de abuso podiam estar dispostas a aceitar o abuso e proteger sua família da denúncia. Neste caso, quando o idoso aceita o abuso, os médicos mostraram dificuldade de denunciar, devido ao princípio moral que permite às pessoas escolher o que acontece com seu corpo, mesmo que possa ser prejudicial. Por outro lado, esta postura não evita o conflito com o pressuposto de que se deve prezar pelo bem maior, mesmo que se limite a autonomia de um indivíduo (Mouton et al., 2005).

Concluindo, Sandvide, Fahlgren, Norberg e Saveman (2006) identificaram que os indivíduos envolvidos na violência não eram exclusivamente posicionados como vítima ou perpetrador, ou seja, as posições foram fluidas e, muitas vezes, se sobrepunham. Neste contexto, vítima e agressor não tiveram posições de identidade estáveis, mas as posições eram constantemente criadas e recriadas nas relações de poder, sendo ora vítima, ora agressor ou ainda, ambos ao mesmo tempo.

5) Conseqüências do abuso: Nesta categoria, estão relatados artigos que abordam as possíveis conseqüências do abuso. No período avaliado, foram encontrados poucos estudos, sendo o total de seis artigos e desses, três publicações dos EUA (50%).

O estudo de Gaioli e Rodrigues (2008) teve como objetivo verificar a ocorrência de maus-tratos praticados nos domicílios contra idosos em laudos de exame de corpo de delito e identificar os tipos de lesões sofridas pelos mesmos. Já Paranitharan e Pollanen (2009) fizeram um relato de um caso que resultou em morte, após múltiplas lesões físicas e negligência diagnosticada por necropsia.

Pacientes auto-negligentes são de risco para uma alteração do estado nutricional, principalmente no déficit de folato, anti-oxidantes, Vitamina D (Smith et al., 2006), deficiência de albumina (Cohen, Halevy-Levin, Gagin, Priltuzky & Friedman, 2010), assim como um aumento do risco de mortalidade (DongXinQi et al., 2009). Da mesma forma, os idosos vítimas de violência tornam-se mais deprimidos e insatisfeitos com a vida (Chokkanathan, 2005) e apresentaram mais distúrbios mentais (Franzini & Dyer, 2008). Apesar dessas conseqüências, pacientes auto-negligentes não aumentaram o custo para o sistema de saúde se comparado com os outros pacientes, provavelmente por falta de iniciativa de busca pelos serviços oferecidos à população (Franzini & Dyer, 2008). No entanto, os que

chegam a ser hospitalizados por violência ficaram mais tempo nos hospitais quando comparado com os outros motivos de internação (Rovi, Chen, Vega & Johnson, 2009).

6) Prevenção e Intervenção em situações de abuso: Constan 41 artigos, nesta categoria, com propostas de intervenção, serviços de apoio ou medidas para prevenir a violência. Os EUA foram responsáveis por 42% (n=17) das publicações. Houve um predomínio de estudos teóricos com relatos de experiência de 16 países.

Vários países fizeram seus relatos de experiência a partir de suas medidas de prevenção, diagnóstico e intervenção. Neste processo inicial, foi importante a criação de leis que reconhecessem o abuso e determinasse a criminalidade da violência como medida preventiva (Morgan, Johnson & Sigler, 2006). Sucessivamente, outras medidas foram tomadas por diversos países, a fim de ampliar as denúncias, a investigação e o acompanhamento dos idosos vítimas de abuso. Além da criação de leis e do suporte judicial, foram elaborados serviços de apoio com equipes interdisciplinares, grupos de apoio às famílias e aos cuidadores, almejando um processo de educação permanente com treinamentos e criação de protocolos para profissionais, além de trabalhar na perspectiva da inclusão social (Nerenberg, 2006; Podnieks, 2006; Wiglesworth, Mosqueda, Burnight, Younglove & Jeske, 2006; Radensky & Parikh, 2008; Reingold, 2006; Moon, Lawson, Carpiac & Spaziano, 2006; Connolly, 2006; Ferreira & Lindgren, 2008; Kurrle & Naughtin, 2008; Podnieks, 2008; Penhale, 2008; O'Dwyer & O'Neill, 2008; Griffith & Tengnah, 2006; Burgess, Watt, Brown & Petrozzi, 2006; Cox, 2008; Filinson, 2006; Holkup, Salois, Tripp-Reimer, & Clarann Weinert, 2007; Richard et al., 2007; Doe, Han & Mccaslin, 2009; Mixson, 2010; Teaster & Wangmo, 2010). Entre outras ações, Lowenstein e Doron (2008) apresentaram, em seu artigo, o sistema de ajuda através da linha telefônica, na experiência de Israel, e Teitelman (2006) descreveu uma estratégia de intervenção no abuso sexual de idosos. Por fim, Payne e Fletcher

(2005) abordam a importância da notificação, da denúncia e da investigação na condução do caso de violência e, para prevenir, priorizar ações educativas, políticas públicas e segurança.

Além de realizar medidas direcionadas aos profissionais, estudo realizado na Nova Zelândia relata a importância do empoderamento, da informação e do suporte comunitário como estratégia para prevenir o abuso contra idosos (Peri, Fanslow, Hand & Parsons, 2009; Nakanishi et al., 2009). Um grupo de suporte para cuidadores que cometiam abuso psicológico mostrou melhora no comportamento abusivo e no conhecimento sobre cuidados geriátricos (Hsieh, Wang, Yen & Liu, 2009). Já, em outro estudo baseado em uma intervenção com cuidadores para prevenir o abuso, os familiares acharam importante a prescrição de medicação para memória, ter uma boa comunicação com os profissionais, escrever lembretes para pacientes com problemas de memória e ter acesso às casas de repouso e aos serviços de apoio (Selwood, Cooper, Owens, Blanchard & Livingston, 2009).

No Brasil, estudos mostraram a rede formal de apoio ao idoso e suas dificuldades devido à falta de articulação e de um fluxo integrado de todos os órgãos e sistemas envolvidos. Análise feita dos serviços de Sobral/Ceará enfatiza a necessidade de ações intersetoriais e estudos realizados em cinco capitais (Recife, Manaus, Brasília, Rio de Janeiro, Curitiba) fizeram uma análise dos serviços oferecidos ao idoso vítima de violência, mostrando suas fragilidades e necessidades (Ribeiro & Barter, 2010; Lima, Souza, Lima, Barreira, Bezerra, & Acioli, 2010; Santos, Souza, Ribeiro, Souza, & Lima, 2010; Tavares & Souza, 2010; Mello & Moysés, 2010; Deslandes & Souza, 2010). Ainda sobre essas capitais, houve uma disparidade entre os registros das unidades hospitalares e extra-hospitalares com ausência de informação sobre as vítimas e uma percepção incipiente dos profissionais quanto a violência como objeto de intervenção da saúde (Valadares & Souza, 2010). Devido à desarticulação do serviço, a ausência de um fluxo pré-estabelecido gera, segundo Souza, Ribeiro, Atie, Souza e Marques (2008), a duplicidade de denúncias, pois um mesmo fato pode

ser registrado em mais de uma instituição. Os autores criticaram o fato de haver uma deficiência de recursos sociais que possam amparar os idosos, o que resulta na responsabilização exclusiva das famílias, que acabam ainda mais sobrecarregadas.

Considerações Finais

O tema da violência contra o idoso foi estudado em 28 países diferentes, distribuídos nos cinco continentes, no período investigado e nas bases de dados consultadas. Esses dados diversificados podem ajudar a ampliar o entendimento sobre o fenômeno da violência contra o idoso, que tende a aumentar com o crescimento da população nessa faixa etária.

Os EUA foi o país que mais estudou sobre o abuso em todas as subtemáticas categorizadas, sendo o ano de 2006 o que apresentou maior número absoluto de artigos publicados. Em segundo lugar, estão os países que compõem o Reino Unido, se considerados juntos, com o maior número de publicações em 2009 e, em terceiro lugar, está o Brasil, devendo-se considerar que foram utilizados os descritores em português e realizada uma busca ampliada nas Bases Scielo e Lilacs.

Entre os métodos, predominaram os estudos quantitativos ao longo do tempo. No entanto, comparando por temáticas, nos estudos sobre intervenção predominaram os relatos de experiência de diversos países. Já, na temática percepção, houve pouca diferença entre os métodos qualitativos e quantitativos.

A subtemática *fatores de risco e proteção* foi a mais estudada. Tais pesquisas são de fundamental importância na caracterização da população de maior risco para a violência, a fim de que estratégias de vigilância possam ser pensadas pelos gestores e profissionais da saúde, bem como na identificação de fatores que precisam ser trabalhados para a proteção da população idosa que se encontra sob cuidados. Esses determinantes sofrem influências

socioeconômicas, educacionais e culturais e, por isso, essas pesquisas devem ser incentivadas nos diversos países devido às peculiaridades de cada região.

Após o entendimento das situações de risco que envolvem o idoso, é preciso subsídios para realizar o diagnóstico. Por tanto, a segunda temática mais estudada foi *diagnóstico e validação de instrumentos*. Esses estudos ajudam na identificação das fragilidades dos profissionais e dos serviços, assim como na validação e proposição de instrumentos para detecção das situações de violência.

A terceira temática mais estudada foi *prevenção e intervenção*, na qual se constatou, o predomínio de relatos de experiência de diferentes países, através da criação de leis contra a violência do idoso e da criação de serviços de apoio, detecção e intervenção. Nessa categoria, houve uma diversidade de dezesseis países diferentes com publicações.

Na categoria *prevalência*, houve uma variação grande entre os resultados dos estudos nos diferentes países. Em Los Angeles, 5,4% dos pacientes de uma clínica geriátrica referiram ter sofrido abuso e na China estudo de base populacional revelou uma prevalência de 6,3%. Por outro lado, 29% das pessoas de uma população rural em Girona relataram ter sido vítima de algum abuso e 35% dos clientes de um centro médico na China já tinham sido abusados. Essas diferenças podem estar relacionadas à metodologia do estudo, à seleção da amostra, aos diferentes conceitos adotados de violência, assim como à diferença socioeconômica e cultural entre países e regiões.

Tanto os estudos de prevalência como aqueles da categoria *conseqüências* ajudam no dimensionamento do problema para o indivíduo e para o coletivo, a fim de subsidiar as políticas públicas com dados para uma intervenção mais eficiente. Ao estudar a percepção de alguns grupos sobre o ato violento contra o idoso pode-se avaliar o conhecimento sobre o tema. O olhar sobre a violência foi estudado em profissionais da saúde, cuidadores informais e idosos. É importante que conheçamos a percepção que as pessoas envolvidas ou não na

violência têm, pois isso influenciará na sua atitude de imparcialidade, inoperância ou ainda, na prevenção ou na intervenção ativa.

Essa revisão espera contribuir com informações para que mais estudos possam ser realizados sobre o abuso contra o idoso nas diversas subtemáticas envolvidas, principalmente naquelas pouco estudadas. Mostra um retrato sobre o estado atual das pesquisas sobre a temática, situando o fenômeno pesquisado como complexo, multifacetado e que demanda intervenções, sejam terapêuticas ou, principalmente, preventivas por parte dos gestores, profissionais responsáveis e familiares.

Referência Bibliográfica

Abath, M. B., Leal, M. C., Melo Filho, D. A., & Marques, A. P. (2010). Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 26(9), 1797-1806.

Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., et al. (Fevereiro de 2010). Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100(2).

Almogue, A., Weiss, A., Marcus, L., & Beloosesky, Y. (2010). Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51, 86-91.

Apratto Júnior, P. C. (2010). A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2983-2995.

Barker, N. N., & Himchak, M. V. (2006). Environmental Issues Affecting Elder Abuse Victims in Their Reception of Community Based Services. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(1/2), 233-255.

Beach, S. R., Schulz, R., Castle, N. G., & Rosen, J. (2010). Financial Exploitation and Psychological Mistreatment Among Older Adults: Differences Between African Americans and Non-African Americans in a Population-Based Survey. *The Gerontologist*, 50(6), 744-757.

Bezerra-Flanders, W. (2006). Perspectives on elder abuse and neglect. *Educational Gerontology*, 32, 63-72.

Bomba, P. A. (2006). 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*, 46(3/4), 103-122.

- Burgess, A. W., Watt, M. E., Brown, K. M., & Petrozzi, D. (2006). Management of Elder Sexual Abuse Cases in Critical Care Settings. *Critical Care of Nursing Clinics of North America*, *18*, 313-319.
- Buri, H. M., Daly, J. M., & Jogerst, G. J. (2009). Elder Abuse Telephone Screen Reliability and Validity. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *21*, 58-73.
- Buri, H., Daly, J. M., Hartz, A. J., & Jogerst, G. J. (2006). Factors Associated With Self-Reported Elder Mistreatment in Iowa's Frailest Elders. *Research on Aging*, *28*, 562-581.
- Bužgová, R., & Ivanová, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, *16* (1), 110-126.
- Chan, T. C., Luk, J. K., Liu, A., Chiu, P. K., Chan, F. H., & Chu, L. (2009). Financial abuse in a mentally incapacitated old man. *Hong Kong Medical Journal*, *15*(3), 213-216.
- Chokkanathan, S., & Lee, A. E. (2005). Elder Mistreatment in Urban India: A Community Based Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *17*(2), 45-61.
- Cohen, M. (2008). Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting. *Internal Medicine Journal*, *38*, 704-707.
- Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gagin, R., & Friedman, G. (2006). Development of a Screening Tool for Identifying Elderly People at Risk of Abuse by Their Caregivers. *Journal of Aging and Health*, *18*, 660-685.
- Cohen, M., Halevy-Levin, S., Gagin, R., Priltuzky, D., & Friedman, G. (2010). Elder abuse in long-term care residences and the risk indicators. *Ageing & Society*, *30*, 1027-1040.
- Cohen, M., Levin, S. H., Gagin, R., & Friedman, G. (2007). Elder Abuse: Disparities Between Older People's Disclosure of Abuse, Evident Signs of Abuse, and High Risk of Abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, *55*, 1224-1230.
- Collins, K. A., & Presnell, S. E. (2007). Elder Neglect and the Pathophysiology of Aging. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, *28*(2), 157-162.
- Collins, K. A., & Sellars, K. (2005). Vertebral Artery Laceration Mimicking Elder Abuse. *American Journal of Forensic Medical Pathology*, *26*, 150-154.
- Coma, M., Muñoz, J., Postigo, P., Ayuso, M., Sierra, C., & Sayrol, T. (2007). Visión del maltrato al anciano desde atención priMarialda. *Gac Sanit.*, *21*(3), 235-241.
- Connolly, M.-T. (2006). Elder Self-Neglect and the Justice System: An Essay from an Interdisciplinary Perspective. *Journal of American Geriatrics Society*, *56*, 244-252.
- Conrad, K. J., Iris, M., Ridings, J. W., Langley, K., & Wilber, K. H. (2010). Self-Report Measure of Financial Exploitation of Older Adults. *The Gerontologist*, *50*(6), 758-773.
- Cooney, C., Howard, R., & Lawlor, B. (2006). Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*, 564-571.
- Cooper, C., Blanchard, M. M., Selwood, A., Walker, Z., & Livingston, G. (2010). Family carers' distress and abusive behaviour: longitudinal study. *Family carers' distress and abusive behaviour: longitudinal study*, *196*, 480-485.

- Cooper, C., Manela, M., Katona, C., & Livingston, G. (2008). Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*, 283-288.
- Cooper, C., Maxmin, K., Selwood, A., Blanchard, M., & Livingston, G. (2009). The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse. *International Psychogeriatrics*, *21*(4), 774-778.
- Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M., Walker, Z., Blizard, R., & Livingston, G. (2009). Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. *BMJ*, *338*(b155), 1-3.
- Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M., Walker, Z., Blizard, R., & Livingston, G. (2010). The determinants of family carers' abusive behaviour to people with dementia: Results of the CARD study. *Journal of Affective Disorders*, *121*, 136-142.
- Cox, K. (2008). The application of crime science to the prevention of elder abuse. *British Journal of Nursing*, *17*(13), 850-854.
- Daly, J. M., & Jogerst, G. J. (2005). Readability and Content of Elder Abuse Instruments. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *17*(4), 31-52.
- Daly, J., & Coffey, A. (2010). Staff perceptions of elder abuse. *Nursing Older People*, *22*(4).
- Daskalopoulos, M., Kakouros, A., & Stathopoulou, G. (2006). Perspectives on Elder Abuse in Greece. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *18*(2/3), 87-104.
- Daskalopoulos, M. D., & Borrelli, S. E. (2006). Definitions of Elder Abuse in an Italian Sample. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *18*(2/3), 67-85.
- Daskalopoulos, M., Mullin, A. S., Donovan, E., & Suzuki, H. (2006). English Perceptions of Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *18*(2/3), 33-50.
- Deslandes, S. F., & Souza, E. R. (2010). Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, *15*(6), 2775-2786.
- Doe, S. S., Han, H. K., & Mccaslin, R. (2009). Cultural and Ethical Issues in Korea's Recent Elder Abuse Reporting System. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *21*, 170-185.
- Dong, X., Simon, M. A., & Gorbien, M. (2007). Elder Abuse and Neglect in an Urban Chinese Population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *19*(3/4), 79-96.
- Dong, X., Simon, M. A., Odwazny, R., & Gorbien, M. (2008). Depression and Elder Abuse and Neglect Among a Community-Dwelling Chinese Elderly Population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *20*(I), 25-41.
- Dong, X., & Simon, M. A. (2008). Is Greater Social Support a Protective. *Gerontology*, *54*, 381-388.
- Dong, X., Beck, T., & Simon, M. A. (2010). The associations of gender, depression and elder mistreatment in a communitydwelling. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *50*, 202-208.
- Dong, X., Leon, C. F., & Evans, D. A. (2009). Is Greater Self-Neglect Severity Associated With Lower Levels of Physical Function? *Journal of Aging and Health*, *21*, 596.

- Dong, X., Simon, M. A., Gorbien, M., Percak, J., & Golden, R. (2007). Loneliness in Older Chinese Adults: A Risk Factor for Elder Mistreatment. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 1831–1835.
- Dong, X., Simon, M., Leon, C. M., Fulmer, T., Beck, T., Hebert, L., et al. (2009). Elder Self-neglect and Abuse and Mortality Risk in a Community-Dwelling Population. *JAMA*, 302(5), 517-526.
- Dong, X.-Q., Simon, M., & Evans, D. (2010). Cross-Sectional Study of the Characteristics of Reported Elder Self-Neglect in a Community-Dwelling Population: Findings from a Population-Based Cohort. *Gerontology*, 56, 325-334.
- Dyer, C. B., Goodwin, J. S., Pickens-Pace, S., Burnett, J., & Kelly, P. A. (2007). Self-Neglect Among the Elderly: A Model Based on More Than 500 Patients Seen by a Geriatric Medicine Team. *American Journal of Public Health*, 97(9), 1671-1676.
- Ferreira, M., & Lindgren, P. (2008). Elder Abuse and Neglect in South Africa: A Case of Marginalization, Disrespect Exploitation and Violence. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(2), 91-107.
- Filinson, R. (2006). “No Secrets” and Beyond: Recent Elder Abuse Policy in England. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18(1), 1-18.
- Francois, I., Moutel, G., Plu, I., Pfitzenmeyer, P., & Herve, C. (2006). Concerning mistreatment of older people: Clinical and ethical thoughts based on a study of known cases. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42, 257-263.
- Franzini, L., & Dyer, C. B. (2008). Healthcare Costs and Utilization of Vulnerable Elderly People Reported to Adult Protective Services for Self-Neglect. *Journal of American Geriatrics Society*, 56, 667-676.
- Freitas, C. A., & Teófilo, T. J. (2010). Avaliação construtivista, sob uma abordagem integradora e intersetorial, das ações do Projeto Disque Idoso em Sobral (CE, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2825-2833.
- Fulmer, T., Paveza, G., VandeWeerd, C., Fairchild, S., Guadagno, L., Bolton-Blatt, M., et al. (2005). Dyadic Vulnerability and Risk Profiling for Elder Neglect. *The Gerontologist*, 45(4), 525–534.
- Fulmer, T., Paveza, G., VandeWeerd, C., Guadagno, L., Fairchild, S., Norman, R., et al. (2005). Neglect Assessment in Urban Emergency Departments and Confirmation by an Expert Clinical Team. *Journal of Gerontology*, 60(8), 1002-1006.
- Gainey, R. R., & Payne, B. K. (2006). Caregiver burden, elder abuse and alzheimer’s disease: testing the relationship. *JHSA Fall*, pp. 247-259.
- Gaioli, C. C., & Rodrigues, R. A. (2008). Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(3). www.eerp.usp.br/rlae.
- Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., Lo´pez-Pousa, S., Juvinya`, D., Vila, A., & Vilalta-Franch, J. (2009). Prevalence and Risk Factors of Suspected Elder Abuse Subtypes in. *Journal of American Geriatrics Society*, 57, 815-822.

- Golding, J. M., Yozwiak, J. A., Kinstle, T. L., & Marsi, D. F. (2005). The Effect of Gender in the Perception of Elder Physical Abuse in Court. *Law and Human Behavior*, 29(5), 605-614.
- Griffith, R., & Tengnah, C. (2006). The protection of vulnerable adults and the law. *British Journal of Community Nursing*, 14(6), 262-266.
- Heath, J. M., Brown, M., Kobylarz, F. A., & Castan˜ o, S. (2005). The Prevalence of Undiagnosed Geriatric Health Conditions Among Adult Protective Service Clients. *The Gerontologist*, 45(6), 820–823.
- Helmes, E., & Cuevas, M. (2007). Perceptions of elder abuse among Australian older adults and general practitioners. *Australasian Journal on Ageing*, 26(3), 120-124.
- Hodell, E. C., Golding, J. M., Yozwiak, J. A., Bradshaw, G. S., Kinstle, T. L., & Marsil, D. F. (2009). The Perception of Elder Sexual Abuse in the Courtroom. *Violence Against Women*, 15(6), 678-698.
- Holkup, P. A., Salois, E. M., Tripp-Reimer, T., & Weinert, C. (2007). Drawing on Wisdom From the Past: An Elder Abuse Intervention With Tribal Communities. *The Gerontologist* , 47(2), 248–254.
- Hsieh, H.-F., Wang, J.-J., Yen, M., & Liu, T.-T. (2009). Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders. *Adv in Health Sci Educ*, 14, 377-386.
- Iecovich, E. (2005). Elder Abuse and Neglect in Israel:A Comparison Between the General Elderly Population and Elderly New Immigrants. *Family Relations*, 54, 436–447.
- Iecovich, E. (2005). Elder Abuse and Neglect in Israel:A Comparison Between the General Elderly Population and Elderly New Immigrants. *Family Relations*, 54, 436–447.
- Jam, S., & Neysmith, S. (2006). Disrespect and Isolation: Elder Abuse in Chinese Communities. *Ganadian Journal on Aging*, 25 (2), 141 - 151.
- Jang, M. (2009). Perspectives on Elder Abuse in Korea. *Journal of Comparative Family Studies*, pp. 47-55.
- Kelly, P. A., Dyer, B. C., Pavlik, V., Doody, R., & Jogerst, G. (2008). Exploring Self-Neglect in Older Adults: Preliminary Findings of the Self-Neglect Severity Scale and Next Steps. *Journal of American Geriatrics Society*, 56, S253–S260.
- Kemp, B. J., & Mosqueda, L. A. (2005). Elder Financial Abuse: An Evaluation Framework and Supporting Evidence. *Journal of American Geriatrics Society*, 53, 1123–1127.
- Kennedy, R. D. (2005). Elder Abuse and Neglect: The Experience, Knowledge, and Attitudes of Primary Care Physicians. *Family Medicine*, 37(7), 481-5.
- Keskinoglu, P., Pýcackýefe, M., Bilgic, N., Giray, H., Karakus, N., & Ucku, R. (2007). Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in Izmir, Turkey. *International Psychogeriatrics*, 19:4, 719-731.
- Kinstle, T. L., Hodell, E. C., & Golding, J. M. (2008). The Impact of Juror Characteristics and Victim Health Status on the Perception of Elder Physical Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(9), 1143-1161.

- Koönig, J. (2006). Perspectives on elder abuse in Germany. *Educational Gerontology, 32*, 25-35.
- Kullo, A. T., & Santos, I. d. (2009). As representações sociais de funcionários de uma Instituição de Longa Permanência sobre violência no interior de Minas Gerais. *Comunicação saúde educação, 13*(28), 201-12.
- Kurrle, S., & Naughtin, G. (2008). An Overview of Elder Abuse and Neglect in Australia. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 20*(2), 108-125.
- Laumann, E. O., Leitsch, S. A., & Waite, L. J. (2008). Elder Mistreatment in the United States: Prevalence Estimates From a Nationally Representative Study. *Journal of Gerontology, 63B*(4), 248-254.
- Lee, M. (2009). A Path Analysis on Elder Abuse by Family Caregivers: Applying the ABCX Model. *Journal of Family Violence, 24*, 1-9.
- Lee, M., & Kolomer, S. (2005). Caregiver Burden, Dementia, and Elder Abuse in South Korea. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 17*(1).
- Leite, M. T., Hildebrandt, L. M., & Santos, A. M. (2008). Maus-tratos a idosos no domicílio: concepção de familiares. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 11*(2).
- Liao, S., Jayawardena, K. M., Bufalin, E., & Wiglesworth, A. (2009). Elder Mistreatment Reporting: Differences in the Threshold of Reporting between Hospice and Palliative Care Professionals and Adult Protective Service. *Journal of Palliative Medicine, 12*(1).
- Lima, M. L., Souza, E. R., Lima, M. L., Barreira, A. K., Bezerra, E. D., & Acioli, R. M. (2010). Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva, 15*(6), 2677-2686.
- Lowenstein, A., & Doron, I. (2008). Times of Transition: Elder Abuse and Neglect in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 20*(2), 181-206.
- MacNeil, G., Kosberg, J. I., Durkin, D. W., Dooley, K., DeCoster, J., & Williamso, G. M. (2010). Caregiver Mental Health and Potentially Harmful Caregiving Behavior: The Central Role of Caregiver Anger. *The Gerontologist, 50*(1), 76-86.
- Malmedal, W., Ingebrigtsen, O., & Saveman, B.-I. (2009). Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported. *Scandinavian Journal Caring Sciences, 23*, 231-242.
- Mandiracioglu, A., Govsa, F., Celikli, S., & Yildirim, G. O. (2006). Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 43*, 267-276.
- Martin, G., Dong, X., & Simon, M. A. (2007). Elder Abuse and Neglect in an Urban Chinese Population. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 19*(3/4), 79-96.
- Matsuda, O. (2007). An assessment of the attitudes of potential caregivers toward the abuse of elderly persons with and without dementia. *International Psychogeriatrics, 19*(5), 892-901.
- Mello, A. L., & Moysés, S. J. (2010). Análise diagnóstica do atendimento pré-hospitalar para acidentes e violências contra idosos em Curitiba (PR, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva, 15*(6), 2709-2718.

- Melo, V. L., Cunha, J. O., & Falbo Neto, G. H. (2006). Maus-tratos contra idosos no município de Camaragipe, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6 (Supl 1), S43-S48.
- Mixson, P. M. (2010). Elder Abuse & NegPublic Policy, Elder Abuse, and Adult Protective Services: The Struggle for Coherence. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22, 16-36.
- Mizuho, A. (2006). Elder Abuse in Japan. *Educational Gerontology*, 32(13), 13-23.
- Moon, A., Lawson, K., Carpiac, M., & Spaziano, E. (2006). Elder Abuse and Neglect Among Veterans in Greater Los Angeles:Prevalence, Types, and Intervention Outcomes. *Elder Abuse and Mistreatment: Policy, Practice, and Research*, 187-204.
- Moraes, C. L., Apratto Júnior, P. C., & Reichenheim, M. E. (2008). 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. *Caderno de Saúde Pública*, 24(10), 2289-2300.
- Morgan, E., Johnson, I., & Sigler, R. (2006). Public definitions and endorsement of the criminalization of elder abuse. *Journal of Criminal Justice*, 34, 275–283.
- Mouton, C. P., Larme, A. C., Alford, C. L., Talamantes, M. A., McCorkle, R. J., & Burge, S. K. (2005). Multiethnic Perspectives on Elder Mistreatment. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(2), 21-44.
- Nadien, M. B. (2006). Factors That Influence Abusive Interactions between AgingWomen and Their Caregivers. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1087, 158–169.
- Naik, A. D., Teal, C. R., Pavlik, V. N., Dyer, C. B., & McCullough, L. B. (2008). Conceptual Challenges and Practical Approaches to Screening Capacity for Self-Care and Protection in Vulnerable Older Adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 56, S266–S270.
- Nakanishia, M., Hoshishibab, Y., Iwama, N., Okadad, T., Kato, E., & Takahashi, H. (2009). Impact of the elder abuse prevention and caregiver support law on. *Health Policy*, 90, 254–261.
- Natan, M. B., & Lowenstein, A. (2010). Study of factors that affect abuse of older people in nursing homes. *Nursing Management*, 17(8), 20-24.
- Natan, M. B., Lowenstein, A., & Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elders'. *International Nursing Review*, 57, 113–120.
- Nerenberg, L. (2006). Communities Respond to Elder Abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3/4), 5-33.
- Nusbaum, N. J., Cheung, V. M., Cohen, J., Keca, M., & Mailey, B. (2006). Role of first responders in detecting and evaluating elders at risk. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43, 361-367.
- O'Dwyer, C., & O'Neill, D. (2008). Developing strategies for the prevention, detection and management of elder Abuse: The Irish Experience. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(2), 169-180.

- Oha, J., Martins, D., Kimb, H. S., & Kim, H. (2006). A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 203-214.
- Paixão Jr., C. M., & Reichenheim, M. E. (2006). Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Caderno de Saúde Pública*, 22(6), 1137-1149.
- Paixão Jr., C. M., Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., Coutinho, E. S., & Veras, R. P. (2007). Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. *Caderno de Saúde Pública*, 23(9), 2013-2022.
- Paranitharan, p., & Pollanen, M. S. (2009). The interaction of injury and disease in the elderly: A case report of fatal elder abuse. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16, 346-349.
- Paveza, G., VandeWeerd, C., & Laumann, E. (2008). Elder Self-Neglect: A Discussion of a Social Typology. *Journal of American Geriatrics Society*, 56, S271-S275.
- Payne, B. K., & Fletcher, L. B. (2005). Elder abuse in nursing homes: Prevention and resolution strategies and barriers. *Journal of Criminal Justice*, 33, 119-125.
- Payne, B. K., & Gainey, R. (2005). Differentiating Self-Neglect as a Type of Elder Mistreatment: as a Type of Elder Mistreatment: to traditional? *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(1), 21-36.
- Pérez-Cárceles, M. D., Rubio, L., Pereniguez, J. E., Pérez-Flores, D., Osuna, E., & Luna, A. (2009). Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 132-137.
- Pe´ rez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., & Penhale, B. (2009). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 17-21.
- Peisah, C., Brodaty, H., & Barrister-at-law, M. B. (2008). Abuse by marriage: the exploitation of mentally ill older people. *International journal of geriatric psychiatry*, 23, 883-888.
- Penhale, B. (2008). Elder Abuse in the United Kingdom. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(2), 151-168.
- Peri, K., Fanslow, J., Hand, J., & Parsons, J. (2009). Keeping older people safe by preventing elder abuse and neglect. *Social Policy Journal of New Zealand*, 35, 159-172.
- Phua, D. H., & Seow, E. (2008). Epidemiology of suspected elderly mistreatment in Singapore. *Singapore Medicine Journal*, 49 (10), 765-773.
- Podnieks, E. (2008). Elder Abuse: The Canadian Experience. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(2), 126-150.
- Podnieks, E. (2006). Social inclusion an interplay of the determinants of health- New Insights into Elder Abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3/4), 57-79.
- Podnieks, E., Anetzberger, G. J., Wilson, S. J., Teaster, P. B., & Wangmo, T. (2010). Elder Abuse WorldView Environmental Scan on Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22, 164-179.

- Post, L., Page, C., Conner, T., Prokhorov, A., Fang, Y., & Biroscak, B. J. (2010). Elder Abuse in Long-Term Care: Types, Patterns, and Risk Factors. *Research on Aging, 32*, 323.
- Powell, M. E., & Berman, J. (2006). Effects of Dependency on Compliance Rates Among Elder Abuse Victims at the New York City Department for the Aging, Elderly Crime Victim's Unit. *Elder Abuse and Mistreatment: Policy, Practice and Research*, pp. 229-247.
- Queiroz, Z. P., Lemos, N. F., & Ramos, L. R. (2010). Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva, 15*(6), 2815-2824.
- Rabi, K. (2006). Israeli perspectives on elder abuse. *Educational Gerontology, 32*, 49-62.
- Radensky, L., & Parikh, D. (2008). Developing a "Train the Trainer" Program to Identify Elder Abuse and Neglect: The Jewish Home Lifecare System Model. *Home Health Care Management & Practice, 20*(3), 254-259.
- Rapoza, K. A. (2006). Implicit Theories of Elder Abuse in a Sample of European-American Descent. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 18*(2/3), 17-32.
- Reichenheim, M. E., Paixão Jr, C. M., & Moraes, C. L. (2008). Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. *Caderno de Saúde Pública, 24*(8), 1801-1813.
- Reingold, D. A. (2006). An Elder Abuse Shelter Program: Build It and They Will Come A Long Term Care Based Program to Address Elder Abuse in the Community. *Elder Abuse and Mistreatment: Policy, Practice, and Research*, pp. 123-135.
- Ribeiro, A. P., & Barter, E. A. (2010). Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 15*(6), 2729-2740.
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., Ducharme, F., Sapinski, J.-P., & Trudel, M. (2008). Integrating the ecological approach in health promotion for older adults: a survey of programs aimed at elder abuse prevention, falls prevention, and appropriate medication use. *Int J Public Health, 53*, 46-56.
- Rinker Jr., A. G. (2009). Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 48*, 110-115.
- Rinsky, K., & Malley-Morrison, K. (2006). Russian Perspectives on Elder Abuse: An Exploratory Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 18*(2/3), 123-139.
- Rodríguez, M. A., Wallace, S. P., Woolf, N. H., & Mangione, C. M. (2006). Mandatory Reporting of Elder Abuse Between a Rock and a Hard Place. *Annals of Family Medicine, 4*(5), 403-409.
- Rovi, S., Chen, P.-H., Vega, M., & Johnson, M. S. (2009). Mapping the Elder Mistreatment Iceberg: U.S. Hospitalizations With Elder Abuse and Neglect Diagnoses. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 21*, 346-359.
- Salari, S. (2007). Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: Strategies for prevention. *Clinical Interventions in Aging, 2*(3), 441-452.

- Sandvide, A., Fahlgren, S., Norberg, A., & Saveman, B.-I. (2006). From perpetrator to victim in a violent situation in institutional care for elderly persons: exploring a narrative from one involved care provider. *Nursing Inquiry*, *13*(3), 194–202.
- Santaló, L. D., Lacaba, R. B., & Serrano, C. S. (2009). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, *13*(6).
- Santos, E. R., Souza, E. R., Ribeiro, A. P., Souza, A. M., & Lima, R. T. (2010). Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, *15*(6), 2741-2752.
- Selwood, A., Cooper, C., & Livingston, G. (2007). What is elder abuse—who decides? *International journal of geriatric psychiatry*, *22*, 1009–1012.
- Selwood, A., Cooper, C., Owens, C., Blanchard, M., & Livingston, G. (2009). What would help me stop abusing? The family carer's. *International Psychogeriatrics*, *21*(2), 309–313.
- Setterlund, D., Tilse, h., Wilson, J., Mccawley, A.-L., & Rosenman, L. (2007). Understanding financial elder abuse in families : the potential of routine activities theory. *Ageing & Society*, *27*, 599-614.
- Shaffer, D. R., Dooley, W. K., & Williamson, G. M. (2007). Endorsement of Proactively Aggressive Caregiving Strategies Moderates the Relation Between Caregiver Mental Health and Potentially Harmful Caregiving Behavior. *Psychology and Aging*, *22*(3), 494–504.
- Shinan-Altman, S., & Cohen, M. (2009). Nursing Aides ' Attitudes to Elder Abuse in Nursing Homes: The Effect of Work Stressors and Burnout. *The Gerontologist*, *49*(5), 674–684.
- Smith, S. M., Oliver, S. A., Zwart, S. R., Kala, G., Kelly, P. A., Goodwin, J. S., et al. (2006). Nutritional Status Is Altered in the Self-Neglecting Elderly. *The Journal of Nutrition*, pp. 2534-2541.
- Souza, E. R., Ribeiro, A. P., Atie, S., Souza, A. C., & Marques, C. C. (2008). Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13*(4):1, 153-1163.
- Souza, J. A., Freitas, M. C., & Queiroz, T. A. (2007). Violência contra os idosos: análise documental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *60*(3), 268-72.
- Tauriac, J. J. (2006). Elder abuse among african americans. *Educational Gerontology*, *32*, 37–48.
- Tavares, M. d., & Souza, E. R. (2010). Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, *15*(6), 2699-2708.
- Teaster, P. B., & Wangmo, T. (2010). Elder Kentucky's Local Elder Abuse Coordinating Councils: A Model for Other States. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *22*, 191–206.
- Teitelman, J. (2006). Sexual abuse of older adults: appropriate responses for health and human services providers. *JHSA Fall*, 209-227.
- Thompson-McCormick, J., Jones, L., Cooper, C., & Livingston, G. (2009). Medical students' recognition of elder abuse. *International journal of geriatric psychiatry*, *24*, 770–777.

- Thomson, A. M., Beavan, J. R., Lisk, R., McCracken, L. C., & Myint, P. K. (2010). Archives of Gerontology and Geriatrics. *Training in elder abuse: The experience of higher specialist trainees in Geriatric Training in elder abuse: The experience of higher specialist trainees in Geriatric*, 51, 257-259.
- Valadares, F. C., & Souza, E. R. (2010). Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2763-2774.
- Wang, J.-J. (2006). Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly Taiwanese. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 42, 307-318.
- Wang, J.-J., Lin, M.-F., Tseng, H.-F., & Chang, W.-Y. (2009). Caregiver factors contributing to psychological elder abuse behavior in long-term care facilities: a structural equation model approach. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 314-320.
- Wang, J.-J., Tseng, H.-F., & Chen, K.-M. (2007). Development and Testing of Screening Indicators for Psychological Abuse of Older People. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(1), 40-47.
- Wiglesworth, A., Austin, R., Corona, M., Schneider, D., Mosqueda, L., Liao, S., et al. (2009). Bruising as a Marker of Physical Elder Abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 57, 1191-1196.
- Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Burnight, K., Younglove, T., & Jeske, D. (2006). Findings From an Elder Abuse Forensic Center. *The Gerontologist*, 46(2), 277-283.
- Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L., & Fitzgerald, W. (2010). Screening for Abuse and Neglect of People with Dementia. *The American Geriatrics Society*, 58, 493-500.
- Yaffe, J. M., Wolfson, C., Lithwick, M., & Weiss, D. (2008). Development and Validation of a Tool to Improve Physician Identification of Elder Abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(3), 276-300.
- Yalçinkaya, A., Mandiracioglu, A., & Turan, F. (2006). Turkey: A Pilot Study of Elder Mistreatment in a Convenience Sample. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18(2/3), 105-121.
- Zúñiga-santamaría, T., Sosa-Ortiz, A. L., Alonso-Vilatela, M. E., Acosta-Castillo, I., & Casas-Martínez, M. L. (2010). Dependencia y maltrato en el anciano con demencia. *Persona e Bioética*, 14(1), 56-66.

SEÇÃO II – ARTIGO EMPÍRICO

A relação entre o idoso e o seu cuidador em situações de violência

Resumo

A violência intrafamiliar contra o idoso é um problema de saúde pública ainda pouco reconhecido. Com a mudança de perfil demográfico, a população de idosos é cada vez maior e mais heterogênea em suas necessidades. Enquanto uns continuam gozando de uma vida social ativa, outros evoluem com grandes perdas funcionais e cognitivas, resultando na necessidade de cuidadores. Devido à complexidade desta etapa do ciclo de vida familiar, na qual os idosos demandam cuidados das gerações mais jovens, este estudo objetivou conhecer a relação do idoso com seu cuidador familiar, em contextos em que foram registrados episódios de violência contra o idoso. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, com delineamento de estudo de casos múltiplos, com três idosos e seus três cuidadores familiares. Como instrumentos, foram utilizados a entrevista semi-estruturada, o Mini-Exame do Estado Mental, a Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) e a Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Após análise, concluiu-se que essas relações foram marcadas por um passado de conflito familiar com rancor, violência e desafeto, o que parece ter contribuído, nos três casos, com as dificuldades de cuidados e ocorrência de violência. Conclui-se, portanto, que a responsabilidade do cuidado com o idoso não pode ficar restrita apenas à família, pois esta pode ser tanto um espaço de troca afetiva e crescimento, como também um meio de perpetuação do sofrimento e da violência.

Palavras Chaves: maus-tratos ao idoso, abuso do idoso, cuidador familiar, violência

Abstract

Intra-family violence against the elderly is a public health problem still not much recognized. With changing demographics, the elderly population is becoming larger and more heterogeneous in their needs. While some are still enjoying an active social life, others feature large functional and cognitive losses, requiring caregivers. Due to the complexity of this stage of family life cycle, in which the elderly demands care of younger generations, this study investigated the relationship between the elderly and his family caregiver, in contexts that were recorded incidents of violence against the elderly. We conducted a qualitative research study design with multiple cases with three seniors and their three family caregivers. The instruments used were interview, Mini-Mental State Examination, the Assessment Instrument Activity of Daily Living (AVD) and Instrumental Activities of the Evaluation of Daily Living (AIVD). After analysis, we concluded that these relations were marked by a history of family conflict in anger, violence and disaffection, which seems to have contributed in all three cases, with the difficulties of care and occurrence of violence. It is therefore the responsibility of caring for the elderly can not be restricted only to the family as it can be both a space of exchange and emotional growth, but also a means of perpetuating the suffering and violence.

Keywords: maltreatment of the elderly, elder abuse, family caregiver, violence

INTRODUÇÃO

A prevenção da violência contra o idoso foi adotada como política pública no Brasil. Aliada à perspectiva de prevenção, a identificação e denúncia das situações abusivas contra idosos são necessárias à proteção dos mesmos. No entanto, o abuso intrafamiliar contra pessoas acima de 60 anos é sub-diagnosticado, tanto por envolver questões sigilosas e íntimas entre as famílias, como pela falta de preparo profissional para identificar e encaminhar as situações de violência. O Estatuto do Idoso veio para assegurar e divulgar os direitos dessa faixa etária, mas, para tal, é necessário que haja um envolvimento intersetorial da sociedade.

No Brasil, a porcentagem da população acima de 60 anos passou de 6,07, em 1980, para 9,98, em 2010. De acordo com dados de estimativa do IBGE (2008), em 2050, chegará a uma porcentagem de 29,75 do total. Apesar dessa mudança de perfil demográfico, a população de idosos é heterogênea. Alguns continuam gozando de uma boa qualidade de vida e outros evoluem com grandes perdas funcionais e cognitivas, associadas a muitas doenças crônicas. Giacomini, Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2005) mostraram em seus resultados que 23% da população idosa apresentaram necessidade de cuidador e que a incapacidade funcional aumenta 1,5 vezes na idade de 70 a 79 anos e 3,1 vezes após os 80 anos, quando comparada à faixa etária de 60 a 69 anos.

A necessidade de cuidadores para esses idosos mais fragilizados, conseqüentemente, aumentará com o acréscimo da população nesta faixa etária e, por isso, torna-se fundamental conhecer melhor a relação que se estabelece entre o cuidador familiar e o idoso. Portanto, o objetivo desse estudo é conhecer a relação entre o idoso e o cuidador familiar em situação de violência, a fim de compreender as características desse relacionamento em momento anterior e posteriormente ao envelhecimento e à violência.

Com este intuito de focar na relação, sem a pretensão de identificar vítimas ou culpados, mas sim buscando compreender a interação idoso-cuidador, utilizamos o referencial sistêmico como ferramenta de compreensão dos dados coletados no presente estudo.

Processo de envelhecimento

O envelhecimento é definido por Bassit (2002) como o resultado de experiências diversificadas e sujeitas às influências de diferentes contextos sociais, históricos e culturais. Envelhecer depende do equilíbrio entre os ganhos e as perdas. Para que esse processo ocorra de forma satisfatória são necessárias a otimização das potencialidades decorrentes do envelhecer e a compensação das limitações (Neri, 1995). Com esse olhar sobre a população acima de 60 anos, a velhice e o envelhecimento deixaram de ser vistos como fatos naturais e passam a ser encarados como fenômenos passivos e ativos influenciados pela cultura (Uchôa, 2003). No entanto, no imaginário social, o envelhecer é marcado pelo avanço da idade em um processo de limitações crescentes e perdas físicas e sociais até chegar à morte. As perdas físicas aparecem com as doenças crônicas e a mudança corporal é revelada pelo enrugamento da pele ou embranquecimento do cabelo. Já as perdas sociais seriam evidenciadas pela aposentadoria, vista como o fim da produção e do papel social exercido (Motta, 2002).

Veloz, Nascimento e Camargo (1999) trazem a reflexão sobre a representação social da velhice na sociedade atual, que luta por longevidade, sem que as marcas mostrem sua face. Em seus resultados, obteve três representações: o envelhecimento foi visto como perda de laços familiares e do atrativo físico, como perda da capacidade de trabalho ou ainda como um desgaste natural que implica em perdas e ganhos. Essas representações, a partir dos idosos, refletem um pensamento social coletivo, que ainda foca prioritariamente às questões relacionadas à perda ao invés da transformação e entendimento de processo. Uma sociedade que valoriza o novo, o rápido e o produtivo, mostra-se pouco acolhedora às pessoas idosas, o

que pode favorecer os comportamentos abusivos em relação aos idosos por parte de seus cuidadores.

O papel do cuidador do idoso

São considerados cuidadores os indivíduos de quem os idosos dependem para lhes ajudar nas atividades diárias. Eles podem ser classificados em relação à responsabilidade e à função que exercem em: primário, secundário ou terciário (Litwak *apud* Neri, 2006). O cuidador primário seria aquele que participa diretamente do cuidado e fica responsável pela maior parte das tarefas. O cuidador secundário pode ter as mesmas funções, no entanto, com menor responsabilidade, pois realiza as tarefas de forma irregular e pontual para ajudar o cuidador principal. O cuidador terciário não tem responsabilidade direta com o idoso e realiza tarefas de pouco contato com o mesmo.

Na maioria das vezes, o cuidador é um familiar que mora no mesmo domicílio (Lemos, Gazzola & Ramos, 2006). Segundo Silveira, Caldas e Carneiro (2006), a maioria dos cuidadores familiares referiu que já sabia que ocuparia esse lugar, o que leva a pensar que a escolha tem influências de padrões familiares anteriores ao envelhecimento. Por outro lado, a situação sócio-econômica do cuidador familiar tem influenciado muito essa escolha, não, como se esperaria, por condições favoráveis do cuidador, mas sim por uma necessidade mútua, na qual o cuidador necessita da provisão financeira vinda da aposentadoria do idoso e este necessita dos cuidados devido a sua condição de fragilidade. Quando a provisão do cuidado ocorre em condições em que faltam recursos materiais, ela tende a ser vista como um dever ou falta de alternativa pelo cuidador, constituindo-se, então, em uma atividade estressante (Fernandes & Garcia, 2009). Esses mesmos autores mostram que, quando os cuidadores avaliam sua relação com o idoso como caracterizada por forte vínculo afetivo, eles toleram melhor o ônus do cuidado, evidenciando menos tensão. Vale salientar que o ato de cuidar geralmente tem um significado positivo, gerando um sentimento de reciprocidade,

solidariedade e crescimento pessoal (Cohen, Calantonio & Vernich, 2002; Kramer, 1997), mesmo que envolva uma carga de atividades de grande responsabilidade.

Todavia, a pessoa que cuida vivencia muitos sentimentos antagônicos como raiva, amor, paciência, intolerância, carinho, pena, culpa e solidão. Em sua maioria, o ato de cuidar gera uma mudança na rotina de quem cuida e alguns cuidadores referiram dificuldade econômica por terem deixado de trabalhar (Gonçalves, Alvarez, Sena, Santana & Vicente, 2006). Nos filhos cuidadores, que tinham problemas de relacionamento antes da doença, observou-se também uma tentativa de reviver os conflitos, repará-los ou resgatá-los (Silveira, Caldas & Carneiro, 2006). Diante de tantas mudanças em sua rotina e de sentimentos desencadeados, deve-se olhar com cuidado para o binômio que se estabelece idoso/cuidador por ser este um fator de risco para a violência.

A violência contra o idoso

A Organização Mundial da Saúde (2002) considera abuso contra idosos um ou mais atos, ou falta de ações apropriadas, ocorrendo em qualquer relação que cause danos ou omissões em relação ao idoso. O National Center on Elder Abuse (NCEA) classifica a violência contra o idoso nas seguintes formas: 1) psicológica/emocional: inclui insultos verbais e não verbais, humilhação, infantilização, ameaças ou abandono; 2) física: qualquer forma de agressão física, como puxões, empurrões, queimaduras e lesões; 3) financeira: quando alguém se apropria indevidamente de fundos do idoso ou faz chantagem econômica; 4) negligência: não atendimento das necessidades básicas, como alimento, roupas e remédios; 5) abandono: ser deixado por alguém que tenha assumido a sua guarda oficial ou seus cuidados; 6) sexual: contato íntimo não consentido, devendo-se levar em conta as condições do idoso que, por questões cognitivas ou psíquicas, seja incapaz de dar consentimento. O NCEA também descreve outra forma de violência que é a auto-negligência, que acontece quando o indivíduo tem comportamentos que ameaçam a sua saúde e a sua segurança. Neste

caso, por ser auto-infringida, não consideraremos como uma situação de violência contra o idoso.

A prevalência mundial do abuso contra o idoso tem uma variação muito grande entre os países e as estimativas chegam a variar de 1,6% a 47% a depender do país, tipo de amostra e do conceito de violência utilizado (Espindola & Blay, 2007). Em relação aos subtipos de violência, a psicológica é a mais recorrente variando de 29% a 47%. Em seguida, vem a negligência (0 a 24%), a violência física (1,2% a 18%) e o abuso financeiro (1,4% a 8,5%). O abuso sexual não foi identificado no estudo de Espindola e Blay (2007). Jayawardena e Liao (2006) encontraram, em seus resultados, a negligência como a forma de violência mais cometida contra os idosos, com prevalência de 49%, seguida da violência emocional (35%), física (30%), financeira (26%) e sexual (1%).

Salientando a relevância desta questão, Minayo (2003) revela que as causas externas se constituem na sexta causa de morte de idosos, sendo que muitos dos acidentes podem estar associados à negligência familiar. Além disso, idosos que sofrem maus-tratos têm diminuição da sobrevivência. Estudo longitudinal realizado por Lachs, Williams, O'Brien, Pillemer e Charlson (1998) revelou que o grupo de idosos que sofreu maus-tratos teve uma taxa de 9% de sobrevivência, contra 17% dos idosos com auto-negligência e 40% dos que não sofreram maus-tratos. Corroborando tais dados, pesquisa realizada por Dyer, Pavlik, Murphy e Hyman (2000) também demonstrou que vítimas de abuso ou negligência tiveram alta prevalência de depressão (62% VS. 12%) e demência (51% VS. 30%) quando comparadas ao grupo controle de pacientes atendidos por outros motivos.

Como dito anteriormente, o agressor geralmente é um familiar que mora com o idoso, ou seja, aquele que ocupa a posição de cuidador (Alves, 2001; Melo, Cunha & Falbo Neto,

2006; Souza, Freitas & Queiroz, 2007). Entre os agressores familiares, os filhos homens são os que mais violentam, seguido das filhas mulheres, noras e cônjuges (Minayo, 2003).

Algumas situações vivenciadas e contextos de vida podem colocar o idoso em condição de maior vulnerabilidade para situações de violência. Pessoas com idade acima de 75 anos, que moram com seu cuidador ou com pessoas com doença mental ou que fazem consumo abusivo de álcool ou drogas são mais suscetíveis a sofrerem abuso (Campbell Reay & Browne, 2001). Da mesma forma, idosos deprimidos ou com outras doenças mentais, que manifestam sintomas de incontinência urinária, que se isolam socialmente ou que experimentam maior conflito com familiares ou amigos mostraram-se mais expostos à violência (Penhale, Kingston, 1997; Garre-Olmo *et al.*, 2009).

A incapacidade física foi um forte preditor de tensão por demandar do cuidador assistência contínua e progressiva nas atividades básicas diárias, o que resulta em maior esforço físico e desgaste emocional. As alterações comportamentais do idoso tiveram um impacto negativo na vida dos cuidadores por tencionar suas relações (Fernandes & Garcia, 2009). O mesmo foi observado com relação a idosos que tiveram uma recente deterioração da saúde, idosos que discutem freqüentemente e que têm comportamento agressivo e provocativo com parentes ou que dependem de alguém para realizar atividades diárias (Pérez-Cárceles *et al.*, 2009; Pérez-Rojo, Izal, Montorio & Penhale, 2009).

A maior probabilidade de ocorrência de violência contra o idoso também está associada à dependência química do cuidador, sendo que a maioria dos agressores dos idosos apresenta algum tipo de dependência. Confirmando essa evidência, um estudo realizado por Grossi e Souza (2003), com 307 idosos, mostrou que, entre os idosos que possuíam um familiar alcoolista, mais de 50% destes sofreram algum tipo de violência, seja emocional (gritos, xingamentos, ameaças) ou física (agressões, empurrões). Campbell Reay e Browne

(2001) também concluíram que os cuidadores que violentam fisicamente abusam mais de álcool, referem passado de abuso pelo pai biológico, tem mais raiva internalizada e depressão. Os cuidadores ansiosos, por sua vez, seriam os que mais negligenciam.

A qualidade da relação no momento anterior à doença entre cuidador e idoso também constitui-se em um fator que pode ter interferência na qualidade do cuidado. As características desta relação influenciam na percepção que o cuidador tem do seu passado e da atual relação interpessoal (Williamson & David, 2001). No mesmo sentido, Shaffer, Dooley e Williamson (2007) mostraram que o cuidador ressentido com o idoso ou o que teve uma relação interpessoal prévia pobre é um forte fator de risco de comportamento abusivo. Em um estudo realizado pelos autores com 469 estudantes, 80% dos entrevistados violentos tinham parentes violentos. Eles concluíram que as pessoas parecem adotar as táticas usadas por seus pais e somente um número pequeno aplica táticas não previamente aprendidas.

Na tentativa de explicação da repetição da violência, Sudário, Almeida e Jorge (2005) relatam o papel das relações intrafamiliares violentas na construção de uma identidade agressiva em vítimas de violência. Mostraram que adolescentes vítimas de abuso tinham mais relacionamentos conflituosos, traduzindo em sua fala um processo de identificação com o agressor e, conseqüentemente, a reprodução dessa violência com seus pares. De acordo com os autores, tais adolescentes expressaram aquilo que estava inscrito em suas histórias de vida. Salientam que esses adolescentes, agora vítimas, serão os futuros cuidadores dos pais violentos, tendendo a repetir o padrão aprendido. Em vista da importância das relações intrafamiliares, faz-se necessário um maior número de estudos que compreendam o vínculo entre cuidador e idoso, especialmente em uma população com índices crescentes de longevidade, para que se evite a reprodução do ciclo da violência.

Na literatura, tem-se um maior número de estudos com as vítimas de violência se comparados com estudos com agressores, considerando não somente a violência contra idosos, mas todos os tipos de violência praticados no âmbito familiar (Almeida Prado & Pereira, 2008; Jong, Sadala & Tanaka, 2008; Lordelo, Bastos & Alcântara, 2002; Monteiro, Cabral & Jodelet, 1999; Narvaz & Koller, 2006; Rodrigues, Brino & Williams, 2006).

Considerando os diferentes tipos de violência familiar, pesquisas com agressores de mulheres aprofundaram o entendimento das relações violentas na perspectiva do agressor. Gomes e Freire (2005) realizaram pesquisa com o objetivo de compreender os elementos presentes na construção da identidade de sete homens que violentaram suas companheiras. Demonstraram que os homens tiveram uma infância marcada por violência, falta de diálogo e repressão. Outro estudo, realizado em 2008, por Rosa, Boingda, Büchele, Oliveira e Coelho, identificou as causas de agressão conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem agressor, constatando que esses homens não se viam como agressores e identificavam como causa da agressão o comportamento inadequado da mulher, domínio da mulher sobre o companheiro, resposta à agressão física, verbal ou psicológica da mulher, hábito de beber e situação financeira. Por sua vez, Guareschi, Weber, Comunello e Nardini (2006) também estudaram homens que agrediram e verificaram que esses atribuíram a violência ao conflito familiar. O estudo enfatiza que esses homens não atribuíram seus atos ao fato de estarem desempregados ou por toda destituição de poder de ascensão social que se apresenta no espaço público. Portanto, observa-se, nos três estudos, a importância dada à relação familiar para esses homens, desde sua infância até a sua relação conjugal, para o entendimento da violência. Da mesma forma, é importante que se conheçam os aspectos relacionados ao cuidador que agride aos idosos.

Para prevenir o abuso, cuidadores familiares priorizaram uma boa comunicação com os profissionais da saúde, entre outras necessidades (Selwood, Cooper, Qwens, Blanchard &

Livingston, 2009). Cabe então aos profissionais da saúde agir de forma preventiva se aproximando das histórias de vida e identificando situações de risco para violência.

O objetivo desse estudo é conhecer a relação entre o idoso e o cuidador familiar em situação de violência. Como citado acima, encontram-se estudos que aprofundam o conhecimento em relação às vítimas e outros, poucos, em relação ao agressor de violência em geral. Há uma necessidade de aumentar os estudos que abordem os idosos e seus cuidadores/agressores familiares.

MÉTODO

Este é um estudo qualitativo de delineamento de Estudo de Casos Múltiplos (Yin, 2005). Para que se entenda a complexidade da relação entre o idoso e seu cuidador familiar, em situação de violência, foi necessário um método que priorizasse o aprofundamento das entrevistas com as pessoas envolvidas.

Participantes

Participaram do estudo três idosos, que sofreram violência, e três cuidadores familiares destes idosos, que cometeram violência. Os participantes da pesquisa são usuários vinculados a três unidades de saúde do município de Porto Alegre. Foram encaminhados pelos profissionais de saúde que identificaram situações violentas recentes ou casos que estivessem em acompanhamento.

Foram incluídos idosos acima de 60 anos, com algum grau de dependência para necessidades básicas diárias e que sofreram abuso por um familiar responsável pelo cuidado deles. Consideramos cuidador familiar aquele com qualquer grau de parentesco, acima de 18 anos, que ajuda ou deveria ajudar nos cuidados básicos com o idoso. Para participar do estudo, foram considerados os cuidadores primários, porque eles estão sujeitos à maior tensão

e têm relacionamento diário com o idoso, considerado pela literatura como fator de risco para abuso (Fernandes & Garcia, 2009).

Com o objetivo de excluir os participantes que apresentassem diagnóstico ou suspeita médica de demência ou doença crônica que comprometa a memória e o grau de informação, foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein. Para a mensuração, uma pontuação menor que 24 pontos em pessoas com mínimo de oito anos de escolaridade ou menor que 19 para analfabetos é sugestiva de demência (Folstein *apud* Freitas, 2006). Neste estudo, baseado neste critério, não houve exclusão de nenhum idoso.

Os dados descritivos dos participantes do estudo encontram-se na tabela a seguir:

Tabela 1 Identificação dos participantes da pesquisa

Nome ¹	Idade	Escolaridade	Profissão	Situação Conjugual	Mini Mental	Cuidador	Idade	Profissão	Parentesco
Dalva	90	Sem instrução	Vendedora	Viúva	21	Raquel	55	Autônoma	Filha
Pascoal	71	Sem instrução	Zelador	Divorcia do	24	Marialda	62	Serviços Gerais	Ex-esposa
Otácia	80	Sem instrução	Doméstica	Viúva	21	Rosa	42	Recicladora de Lixo	Filha

Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados um questionário sócio-demográfico, uma escala para avaliação da Atividade da Vida Diária (AVD), de Kartz (*apud* Freitas, 2006), uma outra para avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), de Lawton (*apud* Freitas, 2006), e a entrevista semi estruturada.

O questionário sócio-demográfico conteve informações gerais sobre os participantes (idade, escolaridade, profissão, situação conjugal, entre outras), auxiliando na compreensão do perfil dos participantes. A escala para avaliação da Atividade da Vida Diária (Katz *apud*

¹ Nomes fictícios, a fim de preservar a identidade dos participantes

Freitas, 2006), é composta de seis perguntas sobre o banho, o ato de vestir-se, de fazer higiene pessoal, de mobilizar-se, a continência de esfínteres e a alimentação. Um total acima de cinco significa independência, pontuação de três ou quatro, dependência parcial e abaixo de dois dependência total. Na escala para avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (Lawton *apud* Freitas), 24 pontos significa máxima independência e oito pontos representa dependência máxima. As entrevistas foram realizadas individualmente com o idoso e o cuidador e no segundo momento com os dois juntos. O roteiro para entrevista semi estruturada teve seis tópicos que funcionaram como guia:

- Descrição do relacionamento em etapas anteriores ao envelhecimento
- Descrição do relacionamento após a fase de dependência ou de envelhecimento
- Relato sobre o ato abusivo
- Descrição do relacionamento após o ato abusivo
- Significado do abuso na sua vida;
- Sentimentos em relação ao papel que desempenha na família (cuidador ou de receptor de cuidado).

Procedimento de coleta de dados

De início, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição (ANEXO 1). Em seguida, foi feito contato com coordenadores de Unidades de Saúde para firmar parcerias na realização da pesquisa. A partir destas parcerias, foram identificados pelos profissionais de saúde os casos de violência, sendo, então, feito um primeiro contato com os pacientes para participação no estudo. Dos casos selecionados, em dois já havia a confirmação do abuso e no outro se procedeu a investigação a partir das consultas. O estudo foi realizado no local mais adequado para os participantes, ou seja, algumas entrevistas no domicílio, outras na unidade de saúde e outra em uma casa geriátrica.

Num segundo momento, todos os casos selecionados passaram por uma entrevista inicial, para verificar se os envolvidos na violência estavam dentro dos critérios da pesquisa. Dando seguimento, foram apresentados os objetivos e procedimentos do estudo e verificado o interesse em participar. Após demonstrarem concordância, os participantes foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram marcadas as entrevistas subsequentes. Foram realizadas duas entrevistas individuais com o idoso que sofreu abuso e duas com o cuidador familiar que cometeu o abuso. Em seguida, uma entrevista conjunta com a presença do idoso agredido e do cuidador familiar que agrediu. Cada entrevista teve a duração média de uma hora. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para análise posterior.

Procedimento de Análise dos Dados

A análise dos dados ocorreu a partir do entendimento de cada relação idoso/cuidador como única e singular, ou seja, cada caso foi analisado em profundidade, a partir dos dados coletados nas entrevistas (análise vertical). Posteriormente à compreensão de cada dupla, foram analisados os aspectos comuns e diferenciais de interações entre os casos descritos (análise horizontal), o que possibilitou a ampliação da compreensão do fenômeno, não numa tentativa de generalização dos dados, mas sim de aprofundamento do entendimento da dinâmica entre cuidador e idoso em situação de violência (Yin, 2005). Foi utilizado o referencial sistêmico para o entendimento e análise dos casos.

RESULTADOS

Caso 1

Apresentação dos participantes

Dalva, 90 anos, branca, viúva, sem instrução escolar formal. Trabalhou como vendedora e como autônoma em um restaurante próprio, estando agora aposentada. Falante, bem arrumada, com unhas pintadas de vermelho e cabelos penteados, se considera uma pessoa vaidosa. Casou-se com Adão, ambos de origem alemã. Tentou engravidar por muito tempo, mas tinha dificuldade e somente após 15 anos de casada nasceu Raquel, sua única filha. No início da pesquisa, Dalva tinha dificuldade de mobilização, mas caminhava sozinha pela casa e pelo pátio, além de conseguir fazer suas necessidades íntimas sozinha. Porém, após a segunda entrevista, ficou acamada devido a uma queda e teve que ir morar em uma clínica de idosos. Os resultados obtidos por Dalva nas escalas para avaliação de dependência foi três pontos na AVD e 12 pontos na AIVD, indicando um nível de dependência parcial.

Raquel, 55 anos, tem dois filhos e está divorciada pela terceira vez. Trabalha como autônoma, vendendo jóias e roupas. Mostra-se, em alguns momentos sorridente e, em outros, irritadiça e cansada. Há quatro anos, Dalva e Raquel estão morando juntas após fratura do fêmur de Dalva, que a colocou em situação de necessidade de maiores cuidados.

História pregressa

Inicialmente, ao relatar sua história, Dalva manifesta sua vontade de ter tido um filho homem e esse desejo sempre deixa Raquel chateada. Por outro lado, Raquel logo refere que a mãe foi muito ausente, alguém que estava mais preocupada consigo e não trocava afeto com ela:

“Quería o pai, porque ele me dava segurança. Só pode ser isso, porque uma criança vai com quem ela tem segurança. Quando eu ficava doente, eu ficava com o pai”
(Raquel).

Por outro lado, Dalva acha que o marido mimava demais a filha, não colocava limites e contradiz a fala de Raquel:

“Adão estragou ela. Dava tudo que ela queria e ficou mimada. Uma vez bati nela e ele se trancou no quarto, tapou os ouvidos e puxava os cabelos para não ouvir o grito dela” (Dalva).

Dalva e Adão trabalhavam em uma alfaiataria, mas, devido a uma crise, abriram um restaurante. Entretanto, o empreendimento não deu certo e perderam todo o patrimônio construído (casa, terreno, carro, caminhão). Neste período, Dalva conheceu Antonio, um jovem de 18 anos, que era zelador do prédio ao lado do restaurante, com quem teve um envolvimento extra-conjugal. Raquel conta que presenciou a mãe com o amante:

“Foi nesse espaço, que encontrei os dois juntos transando, ele sem calça e ela sentada em cima dele e quando cheguei eles se ajeitaram. Na época não sabia direito o que era, mas sabia que era coisa errada. Na outra vez, quando fui nos fundos pegar uma coisa, tinha um espelho na parede e os dois estavam se beijando em cima da minha cama” (Raquel).

Raquel ainda acusa a mãe de ter persistido demasiadamente o investimento no restaurante, mesmo já estando falido, somente para ficar ao lado de Antonio. Com a falência total, Adão começou a beber, tornando-se um alcoolista e passou a se dedicar à música. Com isso, mudaram-se para uma casa menor. Dalva foi trabalhar em uma loja e Antonio, seu amante, passou a morar junto com a família:

“A mãe levou Antonio junto para morar com nós, dizendo que ele era como filho para ela. Só de pensar dá um nojo. (...) O pai me perguntou: ‘Você sabe que sua mãe tem um caso com o Antonio, não é? Me diga, fale a verdade’. Mas, eu nunca falei, porque

ele era louco por ela. Ele falava: ‘como posso ficar com raiva dela, se eu amo essa desgraçada’” (Raquel).

Raquel fala da vergonha que sentia quando os tios falavam de Dalva, pois sabiam da sua relação com Antonio. Ela considera, com isso, que muitas humilhações e discriminações que passou na família foi por causa da mãe:

“Ouvi eles falando que ela sempre foi dadinha e, por causa desse jeito dela, aí deviam ficar pensando: ‘deve ser vagabundinha igual a mãe’. Perdi muita coisa por isso e me sentia humilhada. Além disso, tinha um tio que todo mundo achava que eles tinham um caso e vi ele acariciando ela dentro do carro. E é assim até hoje, eu fico com vergonha dessas coisas, pelo amor de Deus, é um assanhamento, uma coisa. Não combina nem com gente mais nova, tem que se dar valor. Aí fico com nojo” (Raquel).

Dalva continua tento contato com Antonio, que, às vezes, a visita, o que deixa Raquel muito irritada e envergonhada:

“Quando meu pai faleceu, ela disse: ‘Agora que o Adão morreu, você vai para a praia comigo, arrumar a casa’. Não é porque ela gosta da praia, mas ela achava que Antonio ia largar tudo para ficar com ela. É uma coisa que ainda está na cabeça dela. Isso a gente não aceita, porque volta tudo. Fico pensando que ela já está velha e ainda pensa nisso” (Raquel).

Estresse/violência

Dalva reclama de Raquel que não tem paciência e, por vezes, sente-se humilhada na frente de amigos e parentes com algumas falas da filha:

“A Raquel já acorda brigando, briga por tudo, tudo, não pode falar uma coisa assim que já cai o mundo. (...) Ela fala na frente dos outros: ‘Mãe, a senhora tá cagada’. ‘Pombas, Raquel, tu também não te caga quando não tá bem?’ Pode falar tudo, tudo, mas essas coisas ninguém precisa saber” (Dalva).

Assim, foi identificada uma situação de violência psicológica de Raquel em relação à mãe, em vista de humilhações, xingamentos e ameaças de abandono em uma clínica. Tamb’em foi observada a negligência com os medicamentos. A equipe de saúde chegou ao caso após Dalva não ter tomado os medicamentos corretamente da diabetes e, por isso, ter se sentido mal. Foi acionado o serviço de urgência domiciliar que prestou os primeiros socorros e encaminhou ao posto de saúde. Durante consulta de revisão, Raquel desqualificava a mãe e confessou que não seguia a prescrição das receitas médicas e, sucessivamente, Dalva necessitava de cuidados do serviço de urgência domiciliar, por falta de cuidados medicamentosos que já estavam prescritos pela equipe responsável. Mediante relato e visita à casa, viu-se que Raquel negligenciava alguns cuidados com a mãe e a expunha a situações de humilhações.

Efetivamente, após a queda, na segunda entrevista, Dalva ficou acamada e foi para uma clínica de idosos. Raquel sentia-se, então, pressionada por Dalva, que ameaçava se matar caso não volte para casa. No entanto, Raquel acha que precisa desse tempo longe da mãe, para parar um pouco e pensar nela mesma. Sente-se incompreendida por Dalva e fala:

“Olha, cinco anos eu te cuidei, fiquei presa dentro de casa, sábado, domingo, dia lindo e eu ficava em casa contigo. Eu também não estava gostando de ficar em casa presa contigo, agora é tua vez de fazer o que não gosta’. Ela não pensa em mim, tudo tem que tá bom para ela. Primeiro ela e ela, meu pai padecia com isso. Não pergunta se tenho dinheiro, ela fala que quer uma coisa e pronto, eu que me vire. Falou que eu

deveria estar solta como o diabo gosta sem ela, ela quer me controlar todo o tempo. Ela não pede, atira na tua cara. (...) Poderia falar: 'Eu fico aqui para você poder ter sua vida'. Mas não, sempre eu que tenho que me sacrificar" (Raquel).

Quando estão juntas, ambas têm falas agressivas de cobrança, se irritam facilmente e têm dificuldade de se escutarem. Dalva reclama por não estar em casa:

"Todos na minha família foram tratados como tinha que ser. Ninguém sobrou como eu. Ela diz que eu tiro a liberdade dela, mas nunca tirei. (...) Eu não quero tirar a felicidade de ninguém, mas não quero ser tratada que nem bicho" (Dalva).

No entanto, Raquel contesta e acha que a mãe está pagando por tudo que fez de errado:

"Não sou brava com ela à toa. Quem sabe ela não está sofrendo e definhando na cama por tudo que ela fez? (...) Ela aprontou o que aprontou e ainda fico aqui cuidando dela. Não foi uma vez ou outra que ela aprontou, foram várias vezes" (Raquel).

Raquel acrescenta que não se sente amada por Dalva e acha que a mãe é egoísta e poderia prejudicá-la:

"Ele [o pai] sentia que tudo que ela fazia era para me prejudicar. Toda mãe quer o bem do filho, mas ela não. Se alguém falasse para ela: 'Vou trocar o seu corpo com o da Raquel'. Se desse para trocar o meu corpo pelo dela, ela trocaria e voltaria a ficar jovem e eu ficaria velha no lugar dela. Cada dia que passa, pelo jeito dela, eu me convenço disso. Isso dificulta a relação" (Raquel).

Análise do Caso 1: Dalva e Raquel

Desde a infância de Raquel, Dalva parece não ter conseguido fazer uma boa maternagem da filha e Raquel sente-se insegura em relação ao amor materno. Prevalece, nesta relação, um sentimento de rancor. Já quando Raquel tinha sete anos, ambos os pais a envolvem no conflito conjugal e pode-se até considerar que cometem violência psicológica, no momento em que a filha presencia a mãe tendo relação sexual com outro homem e o pai dá a ela o poder de contar o segredo e decidir o futuro do casamento dos pais. Da mesma forma, o pai tenta colocar a filha contra a mãe, formando uma coalizão. Raquel vê a mãe como uma algoz, ou seja, aquela que é o motivo do sofrimento do pai. Esse cenário gera a triangulação, colocando-a em um conflito de lealdade. Cresce como uma filha parentalizada, em coalizão com a figura paterna. Ela passa a ter um compromisso com o pai, mas isso gera culpa, o que se reflete ainda na vivência atual com a mãe, quando Raquel, ao mesmo tempo em que xinga e priva a mãe de afeto, cuida para a mãe não morrer e sente-se responsável por ela.

O segredo que guarda da infidelidade da mãe gera sofrimento, culpa e ansiedade. Raquel traz esse assunto de forma enfática na entrevista individual, mas nada comenta na presença da mãe, evidenciando que o assunto ainda constitui-se em segredo. Raquel revela raiva e rancor, principalmente por Dalva contar que criava Antonio como filho, mas na verdade tinha um envolvimento amoroso/sexual com ele. Ainda é possível que ele ocupasse, mesmo que de forma distorcida, o lugar do filho que ela sonhou ter e não pôde, pois nasceu uma menina. De acordo com Papp (1994), o segredo entre pais e filhos pode os prender em um dever de lealdade, tendo de trair um dos dois genitores, tornando-se uma arma poderosa na dinâmica familiar. A manutenção do segredo pode gerar ansiedade, pois temem a sua revelação e, por isso, ficam atentos às conversas que podem se aproximar do conteúdo do segredo (Imber-Black, 1994).

Raquel vive uma situação de estresse. Sente-se sobrecarregada e não compensada pelo trabalho com a mãe. Mantém a raiva e rancor por tudo que presenciou na infância e

adolescência com a mãe. Dalva, por outro lado, mantém alto nível de cobrança a Raquel e sente-se rejeitada e humilhada pela filha. Neste caso, observa-se uma agressão recíproca na qual, Dalva parece estar se utilizando da sua condição para exigir e chantagear, gerando mais tensão entre elas e a conseqüente manutenção desse ciclo de conflito, como mostrou Novo e Lopes (2010). Ambas discutem diariamente, se xingam por detalhes do dia a dia e nunca conversaram sobre o segredo que Raquel guarda há anos. Discutir freqüentemente com os parentes ou depender de alguém para cuidar de suas atividades diárias foi descrito como um fator de risco para violência (Pérez-Cárceles, Rubio, Pereniguez, Pérez-Flores, Osuna & Luna, 2009). Concluindo, os dados desse caso ilustram o quanto a história pregressa de conflito na relação entre mãe e filha tem dificultado o vínculo nessa etapa da vida e se refletido na qualidade do cuidado (Cooney, Howard & Lawlor, 2006; Shaffer, Dooley & Williamson, 2007; MacNeil, Kosberg, Durkin, Dooley, DeCoster, & Williamso, 2010).

Caso 2

Apresentação dos participantes

Pascoal, um homem de 71 anos, atualmente sem filhos (sua única filha é falecida), aposentado, era conhecido como “Carnaval” porque gostava de tocar violão nos bares ao redor de casa com os amigos e era considerado um homem trabalhador, tendo como principal função zeladoria de prédio. Seus pais e irmãos já faleceram e sua rede de apoio se restringe a família de Marialda, sua ex esposa. É ex tabagista e ex alcoolista, tendo uma seqüela motora devido a um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e teve suas duas pernas amputadas devido à complicação derivada das escaras. Também depende do uso de fraldas. Tem uma fala arrastada, de difícil compreensão, na maioria das vezes sendo monossilábico. Vive deitado na cama, sem contato com o exterior da casa, ouvindo rádio em um cômodo escuro nos fundos

da casa de Marialda, sem janela e sem ventilação. Nas escalas para a avaliação do nível de dependência, Pascoal obteve pontuação zero na AVD e 10 na AIVD, indicando um nível máximo de dependência para a realização das atividades diárias.

Marialda, 62 anos, aposentada por serviços gerais, está divorciada do primeiro marido, que era alcoolista e violento, com quem teve três filhos, e de Pascoal, seu segundo companheiro, ainda que seja a responsável pelos cuidados dele. Tem diagnóstico de diabetes, hipertensão, fibrose pulmonar e discopatia degenerativa de coluna. Marialda é a primogênita de uma prole de quatro filhos. Seu pai era alcoolista, agressivo, violentava fisicamente sua mãe e tinha relações extraconjugais. Marialda afirma que tinha uma relação próxima com a mãe e distante e conflituosa com o pai. Ele foi assassinado pelo marido da amante dele.

História pregressa

Pascoal e Marialda casaram e tiveram uma filha chamada Karina, que foi assassinada aos nove anos de idade por um primo de Marialda. Ele a levou para um lugar deserto, a estuprou e a estrangulou em seguida. Marialda fala que Pascoal, após essa fatalidade, “nunca mais foi o mesmo” e intensificou o uso abusivo da bebida, tornando-se agressivo. Diz:

“Ele aproveitou o embalo e se jogou, mas já bebia muito. O casamento já estava mais pra lá do que pra cá e ai piorou” (Marialda).

Marialda conta que Pascoal passava noites fora de casa com amigos e amantes e voltava alcoolizado. Certa vez, ameaçou Marialda e sua filha com uma faca, mas conseguiram empurrar ele e fugir da agressão.

“Fui lá, peguei o guarda chuva e quebrei nele e na amante e, outra vez, minha filha foi na festa e vi ele se beijando com outra. Ele queria bater em mim, mas ele não

conseguia. Eu batia boca com ele, mas ele não era de falar não. Quando não bebia, ele ficava quieto, não falava” (Marialda).

Marialda lembra, com muita raiva, das palavras de humilhação que Pascoal lhe disse e refere que se sentia envergonhada diante dos vizinhos e da família:

“Ele falou na minha cara que tinha mulher melhor que eu, que assim, que assado. Cansou de falar isso, muito chato. Falava que as mulheres dele eram melhor do que eu, mais cheirosa. Agora na mão de quem ele veio parar? Na mão da fedorenta. Ah! Eu repito tudo que ele disse. Eu não tenho remorso dele estar assim. Tudo assim que ele já me disse não era para eu tá cuidando dele, não era. Só que, quando ele veio, ele estava andando. Continuou bebendo muito, ai ficou assim e ai quem ia cuidar dele? Eu digo para ele ‘quem tá te cuidando? É a puta, fedorenta. Cadê as mulheres que você falava?’ Ninguém vem aqui dar uma fralda” (Marialda).

Estresse no cuidado e a violência

Após dez anos de casamento, marcado por brigas, trocas de ameaças, humilhação, raiva, sentimento de desamor e ressentimento, Pascoal e Marialda se separam e Pascoal vai morar com um amigo. Ele tem o primeiro AVC, fica com pouca seqüela e vai morar em um quarto nos fundos da casa de Marialda, a pedido da neta dela que ele ajudou a criar. Pascoal não queria morar com ela, mas não teve opção. Em principio, Marialda não aceitou, mas acabou permitindo:

“Ela não gostou, mas depois concordou” (Pascoal).

“Aceitei, por causa que ele fazia tudo sozinho e nunca imaginei que fosse ficar assim como está hoje” (Marialda).

Logo depois, Pascoal teve outros AVCs e ficou acamado, com grave seqüela motora, aos cuidados de Marialda. Nesta situação de acamado, a equipe de saúde foi acionada para conhecer o caso dessa família. Ao chegar no quarto de Pascoal, constatou que o ambiente era úmido, escuro, sem ventilação, quente, sujo e freqüentemente ele era encontrado sozinho, sujo de urina, fezes e restos alimentares, pois não tinha coordenação motora para se alimentar. Pascoal tinha muitas feridas na perna e escaras de decúbito. Devido à complicação das escaras, com necrose das feridas, sofreu sua primeira amputação. Após alguns meses, foi constatado que a família não seguia as orientações da equipe de saúde. Pascoal foi submetido a amputação da segunda perna e evoluiu com rigidez do coto e do braço esquerdo. Nesta condição, foi evidenciada a negligência e acionado o Ministério Público, que convocou Marialda e Ana, a filha mais velha dela, para responder por negligência contra Pascoal.

“Falaram que a gente não cuidava dele, que ele estava sempre mijado, sozinho. Quando ele tava lá para cima, no boteco, não precisava de ninguém, não queria companhia” (Marialda).

Diante do Ministério Público, Ana e Marialda puderam falar sobre suas dificuldades. Marialda falou de suas doenças crônicas e que precisava deixá-lo sozinho para consultar com médicos e fazer fisioterapia. Reclama de muitas dores pelo corpo por movimentar Pascoal na cama e da falta de liberdade para sair de casa e passear. Desabafa:

“Se não cuidasse dele, eu não estaria tão doente como ando. Estou acabada, acabada. A pessoa que cuida do doente fica pior do que aquela pessoa que ela cuida. Eu fiquei com depressão por causa dele, eu nunca cuidei de gente assim. Qualquer dia, eu vou embora e não volto. Acho que se tu chegasse aqui, eu estaria de outro jeito sem ele” (Marialda).

Marialda refere que fica estressada toda vez que vai ao quarto para dar banho ou limpar Pascoal:

“Tinha uma senhora que vinha lá do outro lado pra perguntar porquê ele gritava. Era grito alto. Ele gritava porque queria gritar, porque é ruim. Uns brigadianos entraram para ver o que eu estava fazendo nele. Ai eu me atacava dos nervos. Falei que ele era doente, que tava dando banho” (Marialda).

Diariamente, ela dá banho na própria cama de Pascoal, limpa as dobras, prepara as três refeições, dá os medicamentos e limpa o quarto dele. Conta que quando Pascoal a vê na porta do quarto, imediatamente já se encolhe todo, tranca os membros para não a deixar dar banho. Na entrevista, Pascoal reclama de dor e faz cara de choro quando Marialda demonstra o que faz diariamente, mas ela fica com muita raiva porque ele grita e “não colabora”. Acha que ele está pagando por tudo que fez.

“Se ele fizesse assim como tá fazendo ali, já ia me ajudar, mas ele não faz. Ele é muito ruim. Aí queria que fizesse para eu não fazer esforço, aí eu já faço na braveza, brava porque ele não ajuda” (Marialda).

Marialda comenta que dá banho à força com medo do Ministério Público cobrar que ele está mal cuidado:

“Deus o livre os direitos humanos chegar aí e ele tá todo cheirando a mijo. É porque eu mais cuidado é por isso que eu mais cuidado, para evitar chegar coisa para lá” (Marialda).

Na visita, apesar de encontrar-se limpo e alimentado, Pascoal mostrava-se com medo da forma como Marialda pegava nele com força e, muitas vezes, com raiva, causando faces de

dor, gemido e choro nele. Ela ameaça não cuidar dele e levá-lo para uma casa de idosos se não se comportar e ficar quieto:

“Agora parou mais de gritar e, quando vai, eu digo ‘não grita, cala a boca que tô te cuidando’. Quando tô nervosa, eu xingo ele. ‘Não tenho culpa de você estar aqui, nem um pouquinho’. Não vou estar pagando coisa que não fiz e ele fica parado me olhando. Falo que vou botar ele na clinica. Eu dizia ‘o que você fez para mim, você está pagando, porque eu nunca fiz nada errado pra ti’. Às vezes, eu falo e me arrependo. É muita coisa, bah!” (Marialda).

Durante toda a entrevista, Pascoal responde monossilábicamente e, quando questionado como reage aos insultos de Marialda, ele responde:

“Fico quieto. (...) Não tenho para onde ir” (Pascoal).

Análise Caso 2: Pascoal e Marialda

O casal teve uma relação marcada por violência psicológica, com predomínio de agressividade verbal, humilhações e ameaças de agressão física por Pascoal. Além disso, Marialda sentia-se humilhada e sofrida quando era comparada negativamente com as amantes de Pascoal, o que abalava a sua auto-estima.

Sistemicamente, pode-se pensar que a morte da filha de Pascoal e Marialda agravou a desestruturação do casal, refletindo-se no aumento das brigas e do alcoolismo de Pascoal. De alguma forma, Pascoal parece ter culpado Marialda pelo falecimento de sua única filha, uma vez que o assassino era primo dela. Marialda também parece sentir-se culpada, o que se evidencia pela necessidade de cuidar do ex marido como uma forma de reparação. Marialda refere estresse e sobrecarga no cuidado, mas não consegue se separar de Pascoal, mantendo

uma relação simbiótica patológica após o adoecimento dele, ofendendo-o diariamente e o lembrando-o a todo momento de tudo o que aconteceu no passado. Da mesma forma, Marialda pode sentir-se obrigada a cuidar de Pascoal, pois a aposentadoria dele ajuda no sustento da casa.

Pascoal fica apreensivo com a chegada de Marialda para dar banho, pois ela o pega com força e ele chora e reclama. A reação dele a deixa ainda mais irritada e mantém o ciclo da agressão física. De acordo um estudo de Mouton, Larme, Alford, Talamantes, McCorkle e Burge (2005), os cuidadores usam de força para garantir o cuidado necessário aos participantes. Quando os idosos resistem aos cuidados, propiciam a ocorrência de movimentos bruscos, que acabam machucando e ocasionando medo ou raiva.

A negligência foi identificada pela equipe de saúde, a partir de sinais no exame físico de desidratação, má nutrição, ulcera de pressão e má higiene. Sintomas que também são descritos como comumente associados à violência contra o idoso (Pérez-Cárceles, Rubio, Pereniguez, Pérez-Flores, Osuna & Luna, 2009). No entanto, Pascoal também tinha sinais que não são tão clássicos como estar sozinho e ineficácia inexplicada do tratamento prescrito pela equipe de saúde (Francois, Moutel, Plu, Pfitzenmeyer & Herve, 2006).

A falta de rede de apoio de Pascoal predispõe a pessoa a submeter-se a qualquer tipo de tratamento. Ele fala da falta de solução, pois a sua única opção para sair da casa de Marialda seria ir para casa de idosos, o que ele teme e não deseja. Sluski (1997) observou que a rede do idoso regride devido a eventos naturais como morte, mas também diminui a oportunidade e a motivação de renová-las. A redução drástica da rede de apoio sobrecarrega as relações que permanecem, como observou-se no caso deste casal, estando Marialda sobrecarregada por ter que cuidar sozinha de Pascoal.

Caso 3

Apresentação dos participantes

Otácia, 80 anos, viúva, sem instrução escolar formal, tem quatro filhos, cada um de parceiro diferente, natural do interior do estado e trabalhava como doméstica. Foi criada pelos padrinhos, pois a mãe faleceu de complicação no parto. Apanhou muito na infância e fica triste ao pensar no passado. Ficou casada com o pai de Rosa, que era alcoolista e agressivo e depois saiu de casa para morar com a filha devido à violência sofrida. Nas escalas para avaliação do nível de dependência nas atividades diárias, Otácia obteve pontuação cinco na AVD e 14 na AIVD, indicando que possui condições de desempenhar com alguma independência atividades básicas, como ir ao banheiro, vestir-se, entre outras.

Rosa, 42 anos, divorciada, tem cinco filhos. Natural do interior do estado, trabalhava com reciclagem de lixo, mas, no momento, vive com a aposentadoria da mãe e do pai. Os pais cediam ela para morar com várias famílias e trabalhava em troca de comida e, assim como a mãe, apanhou muito do pai e também nas casas aonde morava. Casou, aos treze anos, com Miro, que era alcoolista e muito agressivo, e separou dele há quatro anos.

História pregressa

Rosa conta que não foi criada pelos pais, mas que não tem mágoa, pois sabia que eles não tinham condição financeira e por isso trabalhou desde pequena para ter o que comer. No entanto, Otácia fala que o pai de Rosa vendia ela por uma garrafa de cachaça ou um saco de batata e, no outro dia, tinha que ir buscá-la novamente.

Rosa fala que, desde pequena, presenciou a mãe tendo relações sexuais dentro de casa com outros homens e considera o pai um bôbo, que tinha motivos de sobra para agredir a mãe:

“Minha mãe sempre foi medonha. Fica feio eu falar, mas ela não andou só com um homem. Cada filho de um pai diferente. Qualquer um pegava ela e deixava. O pai sabia das coisas e aí batia nela, mas não adiantava, ela continuava fazendo coisa errada. Sempre falava para o pai que ele era um bôbo, que era para deixar ela” (Rosa).

Após sete anos de casada, Rosa levou a mãe para morar com ela, mas o seu pai fez uma advertência:

“Meu pai disse para mim que eu ia levar a mãe para ser mulher do meu marido, mas eu não acreditei. Jamais pensava que ela fizesse isso para mim” (Rosa).

Segundo Rosa, em duas ocasiões diferentes, seus filhos falaram que viram o pai e a avó Otacilia deitados na cama quando Rosa estava fora de casa. Nunca acreditou de fato, mas, quando discutia com o marido, achava que a mãe sempre o apoiava e em uma dessas situações, Rosa pressionou:

“Agora a senhora vai me dizer o que tem contra mim e a favor do Miro. Aí ela me disse e aí acho um pouco que ela veio morar comigo por causa dele. Disse que ele pegava ela a força, que ia me matar se ela contasse, jogar no valo. Aí eu falei ‘mas bem que a senhora gostou, né?’ E ela disse que sim” (Rosa).

Elas contam a história de forma diferente, pois Rosa acha que a mãe era apaixonada pelo seu marido, há muitos anos, e manteve essa relação porque quis, além de ser conivente com as agressões dele. No entanto, Otacilia fala que foi forçada, durante todos esses anos, a ter relação com ele. No entanto, narra sem sofrimento e sorri em vários momentos da história:

“Não era porque gostava, era medo dele fazer alguma coisa para ela e ficar as crianças padecendo. (...) Uma vez ela disse ‘A senhora gostava que ele dava em mim’. Aí eu disse ‘gostava nada, mas se eu fosse bater nele tinha que dar de verdade’. Eu contei

para ela. Eu achei bom que ela pediu para mim contar, para fugir dele. Aí nunca mais ele mexeu comigo” (Otacilia).

Estresse/Violência

Após a revelação do segredo, Rosa bateu em seu marido, o ameaçando com faca e, várias vezes, os filhos tiveram que separar para que ela não o ferisse. Desde então, nunca mais aceitou ser agredida pelo marido. Quis bater na mãe, mas conta que não teve coragem e a expulsou de casa:

“Botei ela para fora. Aí eu disse: `Não sei quem matava primeiro” (Rosa).

“Ela dizia que me odiava. Ficou com raiva, porque não contei no pronto. Se tivesse contado, ia agir com ele, não ia ter tido mais filho” (Otacilia).

A equipe de saúde chegou até esse caso no momento em que Rosa estava muito deprimida assim como agressiva e negligente com a mãe que tem hipertensão:

“Única coisa que me desorienta foi esse problema com eles. Eu não tinha desconfiança deles e, com a cachaça dele, eu já tava acostumada. Antes saía, sorria, agora me sinto infeliz” (Rosa).

Conseguiu trazer a mãe de volta para casa e consegue suprir suas necessidades básicas de alimento e cuidados médicos. No entanto, evita a presença dela e não usa os mesmos talheres dela.

“Às vezes, ela fica reclamando. Aí fico forçada a ser mais bruta com ela (...) Quando ela mexe no meu cabelo, eu já dou um jeito de sair. Não gosto que ela me toque. Ela

sabe que eu não gosto da presença dela e ela fica na minha volta. Isso me incomoda. Aí eu fico nervosa” (Rosa).

Por outro lado, Rosa depende financeiramente da mãe que recebe duas aposentadorias e sabe que sem ela passará necessidades:

“Certo dia, eu tava pensando que, quando minha mãe faltar, eu já to com idade, não vou conseguir mais emprego. Para mim, vai ser ruim. Eu dependo muito dela. Eu não sei o que vou fazer. Eu falei com uma mulher para ver se posso me encostar” (Rosa).

Em relação à apropriação do dinheiro, Rosa diz que supre as necessidades da mãe, mas que também utiliza a remuneração dela para o sustento e o conforto da família.

“Eu não tenho vergonha de dizer que eu uso o dinheirinho dela para comprar roupas para meus filhos. Agora eu compro as coisas para dentro de casa com o dinheirinho dela (...) Não sou mais besta, compro roupa para mim. Antes não, agora penso em mim e estou fazendo uma poupacinha” (Rosa).

Otácia acha que, por ter dado trabalho e ter feito a filha sofrer, tem no dinheiro uma forma de compensá-la.

“Eu, um pouco, não importo. Ela sofreu comigo, nós moremos lá na outra casa e ela vinha e ia para o hospital, para baixo e para cima. Por isso, não me importo. Não falta nada, ela compra o remédio para mim. Por isso, não ligo dela ficar com o dinheiro” (Otácia).

Otácia gostaria de usar o dinheiro para ter um quarto fora da casa de Rosa:

“Eu não peço. Não sei ver o dinheiro. Não gosto de tá pedindo, nunca me criei assim de tá pedindo” (Otácia).

Após a intervenção da equipe de saúde, Rosa consegue suprir as necessidades da mãe e gostaria de superar as mágoas e perdoá-la:

“O que eu queria era que Deus me liberasse da raiva, do ódio, porque, quando ela falecer, eu não quero ficar com isso para ela morrer em paz” (Rosa).

Análise do Caso 3: Otacilia e Rosa

Rosa passou a infância sem o convívio próximo dos pais, ora por relatos de negligência e exploração, ora por relatos de falta de condição econômica deles para criá-la. A vida de Rosa foi marcada pela ausência dos pais e pela violência doméstica na infância. O pai a agredia fisicamente, quando alcoolizado, e a vendia para outras pessoas. A mãe a violentava psicologicamente, expondo-a à promiscuidade dentro do próprio lar, ao permitir que Rosa presenciasse seus atos sexuais com outros homens, assim como ao se calar diante das atitudes do marido ao vendê-la. Após casar-se aos 13 anos, Rosa passa a viver um novo ciclo de maus tratos através da violência conjugal.

Ao ficar adulta, ainda sofrendo violência pelo marido, descobre que a mãe tem um caso amoroso com o mesmo. No entanto, Otacilia conta que foi forçada a ter relações traz uma outra face da história, narrando-a como uma violência sexual que sofreu por anos. A partir da história de Rosa, a mãe teria se apaixonado pelo seu marido e, no início, fora forçada, mas depois passou a permitir e gostar de ter relação com ele. Portanto, Rosa sente-se envergonhada, decepcionada e com muita raiva internalizada da mãe.

Rosa está desempregada e não tem planos de voltar a trabalhar, alegando dores pelo corpo e a dificuldade frente a sua idade. Vive das duas aposentadorias que a mãe recebe e preocupa-se com o fim desses recursos após a morte da mãe, o que faz da presença da mãe um

elemento fundamental para a sobrevivência da família. Mantém uma relação marcada por rancor e raiva, garantido a sobrevivência da mãe, em troca da subsistência através do controle das finanças. Barker e Himchak (2006) acharam, em seus estudos, que, ao depender financeiramente do idoso, o cuidador se sente na obrigatoriedade de atender e conviver com ele, resultando em maior conflito.

INTEGRANDO OS CASOS

A partir da compreensão vertical de cada um dos casos investigados em sua singularidade, é possível, através da síntese de casos cruzados (Yin, 2005), buscar aproximações e distanciamentos entre eles. O abuso emocional contra o idoso esteve presente nos três casos estudados e se caracterizou pela presença de insultos, palavras injuriosas, intimidação e sofrimento psicológico (OMS, 2002). O abuso físico apareceu, ainda que de forma não totalmente declarada, no caso 2, especialmente no manejo em relação ao banho. Para Linares (2006), o abuso físico é a ponta do iceberg emergente da violência psicológica muito mais abrangente e profunda, o que fica claro nesse caso, por abranger também a violência emocional e a negligência. Nos casos 2 e 3, havia também uma apropriação da aposentadoria que ajudava no suprimento da família, resultando no que pode ser considerado como abuso financeiro, pois, de acordo com a OMS (2002), este se caracteriza pela extorsão e controle do dinheiro da pensão do idoso.

Observa-se também que, nos três casos, havia uma relação conflituosa entre idoso e cuidador familiar, prévia ao envelhecimento e ao estado de dependência, sendo nos casos 1 e 3 entre mãe e filha e, no caso 2, entre marido e mulher. No estudo de Cooney, Howard e Lawlor (2006), o relacionamento pré-morbido entre cuidadores e seus dependentes, quando marcado por história de conflito, insatisfação e mágoa, estava mais associado a presença de abuso verbal pelos cuidadores. Da mesma forma que a qualidade do relacionamento anterior

ao adoecimento entre cuidador informal e o receptor de cuidados pode influenciar, não só na adaptação do cuidador, mas na qualidade do cuidado prestado (Williamson & Shaffer, 2001).

Pode-se considerar, pelo relato dos participantes, que as três cuidadoras foram submetidas a violência psicológica prévia. Campbell Reay e Browne (2001) mostraram que o passado de maus-tratos infantil esteve relacionado ao abuso na relação atual, provavelmente como uma forma aprendida na infância de lidar com os conflitos. No caso 1, Lia foi triangulada na relação com os pais, os quais a colocaram no centro do conflito conjugal. Lia presenciou o envolvimento amoroso/sexual da mãe com um jovem, que era tratado como “seu irmão” e teve que guardar o segredo por anos, na missão de manter o casamento dos pais. Até o momento, o assunto ainda é segredo entre mãe e filha. Linares (2006) considera a triangulação como uma violência psicológica dos pais, na busca de aliados para ganhar o conflito conjugal. A triangulação manipulatória seria geradora de ansiedade devido ao conflito de lealdade em que a criança é colocada, gerando medo de perder um dos pais. No caso 2, Marialda relata que, no passado, chegou a ser ameaçada com uma faca por Pascoal, que também a humilhava comparando-a com suas amantes e a depreciando. No caso 3, há indicativos de que os pais tenham negligenciado na infância os cuidados com Rosa. Ela presenciava a promiscuidade de sua mãe, que tinha relação com outros homens na sua casa. Quando adulta, Rosa mantém o sofrimento psicológico decorrente da descoberta da relação do seu próprio marido com a sua mãe. Com isso, verifica-se que as relações entre os idosos e seus cuidadores, que participaram deste estudo, estavam marcadas por mágoas e rancores do passado, sendo, em diversos momentos, revividos esses sentimentos através dos conflitos e das agressões. Toda a violência sofrida, segundo Sudário, Almeida e Pascoal (2005), vai marcando e servindo de base para a identidade da vítima, que poderá se tornar um futuro abusador, especialmente nos casos em que o agressor fica sob os cuidados da vítima. Nesses casos, evidencia-se o que postulam Sandvide, Fahlgren, Norberg e Saveman (2006), ao

indicarem que os indivíduos envolvidos na violência não ficam exclusivamente posicionados como vítima ou perpetrador, pois as posições circulam de forma mais fluida e, muitas vezes, sobrepostas.

O tema da infidelidade também esteve presente em todos os casos. Nos casos 1 e 3, houve a infidelidade da mãe, a qual foi presenciada pelas filhas. Ainda, no caso 3, houve um agravante de uma relação sexual entre a mãe e o marido da filha, entendida como um caso amoroso pela filha e como um abuso, na perspectiva da mãe. No caso 2, ocorreu o conflito entre o casal, no qual Marialda relata inúmeros episódios de infidelidade de Pascoal. Nos resultados da pesquisa de Mouton, Larme, Alford, Talamantes, McCorkle e Burge (2005), a traição conjugal foi considerada pelo grupo de não-profissionais como uma violência ao companheiro e, por isso, justificaria o comportamento abusivo do cônjuge traído. Já, no grupo formado por profissionais, a traição também foi considerado um abuso emocional, mas seria um motivo de divórcio e não de violência. Mesmo não justificando a ocorrência de outros episódios de agressão, pode-se considerar que a infidelidade consitui-se também como uma forma de violência que pode perpassar as relações familiares, não atingindo exclusivamente o casal, mas tendo reflexos nas relações entre pais e filhos.

Nos três casos acompanhados, os cuidadores referiram estar sobrecarregados por serem os responsáveis principais pelo cuidado do idoso, especialmente sendo esse alguém com quem tiveram um passado de desafeto, o que, na visão deles, seria inclusive a causa da depressão ou ansiedade que vivenciavam no momento. Os cuidadores referiram não ter um bom estado de saúde e atribuíram as suas condições clínicas ou psicológicas a relação prévia de conflito e mágoa com o idoso e a atual obrigação pelo cuidado com o mesmo. Todos consideravam que teriam uma vida mais saudável e mais feliz e, por isso, cuidariam melhor do idoso, se este não os tivessem decepcionado no passado. Corroborando com essa ideia, Williamson e Shaffer (2001) descreveram que um relacionamento passado gratificante está

associado a um relacionamento atual gratificante e a níveis mais baixos de depressão do cuidador, com um menor potencial de agredir o idoso dependente do cuidado.

Nos casos 2 e 3, os idosos achavam que tinham feito o cuidador sofrer e davam muito trabalho e, por isso, se calavam quando eram agredidos verbalmente. No caso 1, no qual o segredo não havia sido revelado e mãe e filha nunca haviam conversado sobre o assunto, a idosa considerava a filha extremamente injusta, não reconhecendo motivos para ser agressiva e revidando a agressão com cobranças e xingamentos. Ainda no caso 1, a idosa atribuía o comportamento da filha a outros motivos que nada tinham a ver com a relação passada entre elas, mas atribuía ao ex-marido e a questões genéticas da família do pai. Nesse sentido, pode-se pensar que o reconhecimento dos erros do passado coloca o idoso em posição ainda mais vulnerável, pois se sente merecedor da punição que sofre, não se queixando ou mobilizando-se para buscar ajuda.

O alcoolismo também fazia parte da dinâmica familiar nas três duplas estudadas. Nos casos 1 e 3, o pai era alcoolista e, no caso 2, Pascoal, atualmente o idoso dependente, também fazia uso abusivo de álcool. A presença do alcoolismo nessas famílias resultou em negligência na infância das cuidadoras, pois, no caso 1, Lia deveria ficar em casa com o pai enquanto a mãe ia trabalhar, mas o mesmo a deixava sozinha e voltava para casa alcoolizado e, em alguns momentos, ela cuidava do pai, que chegava vomitando. No caso 3, o pai de Rosa, quando alcoolizado, a trocava por comida. Nos dois casos, as mães, além do conflito conjugal, ficavam sobrecarregadas no cuidado com as filhas. No caso 2, Pascoal, quando alcoolizado, era agressivo e o casal vivia em conflito com brigas e discussões. A literatura já evidencia o quanto a dependência química constitui-se um fator de risco para a ocorrência de abuso nas famílias (Powell & Berman, 2006; Pérez-Cárceles, Rubio, Pereniguez, Pérez-Flores, Osuna & Luna, 2009).

Os três casos apresentam particularidades, mas também aspectos comuns entre si, sobressaindo-se a violência como padrão da relação desde o passado, a infidelidade e o alcoolismo na família. Além disso, os três casos só referiram sobrecarga, sem qualquer indício de alguma gratificação no relacionamento atual manifestada através dos sintomas importantes de estresse.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo pretendeu aprofundar a temática sobre a relação do idoso com seu cuidador, na tentativa de lançar novos olhares para a complexidade dos fatores que se fazem presente em situações de identificação de violência por profissionais da saúde. Sobressaiu-se como aspecto observado nos três casos, a necessidade de dar ouvidos ao cuidador/agressor, que, além de evidenciar intenso sofrimento psíquico (sob a forma de depressão e ansiedade), vivenciava intensa conflitiva emocional por estar responsabilizado pelos cuidados básicos de alguém com quem compartilharam um passado de muitos conflitos. A raiva e a culpa ficaram evidentes durante todas as entrevistas como elementos que vão sendo balizadores das ações com os idosos. Esses, por sua vez, em dois casos, também tomados pelas culpas do passado, sentiam-se, de certa forma, merecedores das agressões, o que dificultava a busca pelos seus direitos, mostrando-se, além de fisicamente, também emocionalmente vulneráveis. Tratando-se de um estudo de poucos casos, não se pode pensar em uma generalização dos achados, mas esse dado assinala a necessidade de que os profissionais da saúde atentem para a busca de informações sobre o relacionamento entre idoso e cuidador, não somente no momento atual, mas também anterior ao envelhecimento.

Assim como o passado relacional pode ter reflexos na interação futura, acredita-se que uma intervenção de profissionais da saúde e dos órgãos responsáveis pode ser terapêutica e

modificar o comportamento abusivo. Além do tratamento, o papel do profissional também deve estar centrado na prevenção e identificação precoce dos desencadeantes e situações de risco para a violência. Devemos estar atentos a linguagem corporal e aos sinais encontrados no idoso de maus-tratos, bem como às manifestações de conflito entre idoso e cuidador, pois a denúncia frequentemente não é feita pelo idoso por envolver questões familiares, culpa e eles preferirem manter o vínculo familiar, ainda que conflituoso.

O Estatuto do Idoso postula que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público cuidar do mesmo. No entanto, o que se observa na prática, geralmente, é a família sobrecarregada, devido à ausência de outras redes de apoio ativas e espaços sociais que se co-responsabilizem pelo idoso. Em famílias com história de maus-tratos e desafeto, ter pessoas em conflito no mesmo lar pode tanto colocar o idoso em risco como criar um ambiente perpetuador da violência. Por outro lado, para quem foi agredido, a presença constante do seu abusador pode ser compreendida como uma segunda violência. Nesse momento, cabe ao estado garantir a sobrevivência e segurança desse idoso, assim como a saúde mental do familiar envolvido no conflito do passado.

Reafirmamos que nenhuma forma de retaliação ou comportamento que venha a manter o ciclo da violência é justificado. Portanto, conhecer a história de vida da família não deve servir para justificar a violência na atualidade, mas para acolhermos abusadores e vítimas, pois ambos papéis poderão ser assumidos pela mesma pessoa ao longo da vida. Sendo assim, esse trabalho espera contribuir na compreensão dessas relações violentas e oferecer subsídios para uma abordagem preventiva, especialmente a partir do conhecimento das histórias de vida. Que a escolha do cuidador não se dê somente a partir da consangüinidade, mas com base nas histórias compartilhadas e nas relações de afeto, para que a obrigatoriedade imposta aos parentes não sirva para manter o ciclo de violência e aumentar ainda mais o sofrimento de

todos os envolvidos. Todos os casos seguiram em acompanhamento no serviço ao qual faziam parte com equipe interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- Alves, A. M. A. (2001). Construção social da violência contra os idosos. *Textos Envelhecimento*,3(6). Disponível em http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/1.pdf, acessado em 04 nov. 2009.
- Almeida Prado, M. C. C. & Pereira, A. C. C. (2008). Violências sexuais: Incesto, estupro e negligência familiar. *Estudos de Psicologia*, 25(2), 277-291
- Bassit, A. Z. (2002). Histórias de mulheres: Reflexões sobre a maturidade e a velhice. In M. C. S. Mynayo & C. E. A. Coimbra Jr., *Antropologia, Saúde e Envelhecimento* pp.175-179. Rio de Janeiro, Brasil: FIOCRUZ
- Cohen, C. A., Calantonio, A. & Vernich, L. (2002) Positive Aspects of caregiving: rounding out of caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 184-188.
- Campbell Reay, A. M. & Browne, K. D. (2001). Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging & Mental Health*, 5(1), 56-62.
- Dyer, C. B., Pavlik, V. N., Murphy, K. P & Hyman, D. J. (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(2), 205-8.
- Espindola, C. R. & Blay, S. L. (2008). Prevalência de maus tratos na terceira-idade: revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*,41(2), 301-306.
- Fernandes, M. G. M. & Garcia, T. R. (2009). Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*,62(3), 393-9.
- Freitas, V. F. & Miranda, R. D. (2006). Parametros Clínicos do envelhecimento e avaliação geriátricas In Freitas, E.V. Py, L., Cançado, F. A. X., Doll, J. & Gorzoni, L. M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2º edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., López-Pousa, S., Juvinyà, D., Vilà, A. & Vilalta-Franch, J. (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of American Geriatrics Society*, 57(5), 815-822
- Giacomin, K. C., Uchôa, E., Firmo, J. O. A. & Lima-Costa, M. F. (2005). Projeto Bambuí: Um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1), 80-91.
- Gonçalves, L. H. T., Alvarez, A. M., Sena, E. L. S., Santana, L. W. S. & Vicente, F.R. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(4), 570-7.

- Grossi, P. K. & Souza, M. R. (2003). Os idosos e a violência invisibilizada na família. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 2. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/967/747>, acessado em 04 nov. 2009.
- Guareschi, N. M. F., Weber, A., Comunello, L. N., & Nardini, M. (2006). Discussões sobre violência: Trabalhando a produção de sentidos. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 19(1), 122-130.
- Gomes, N. P. & Freire, N. M. (2005). Vivência de violência familiar: Homens que violentam suas companheiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(2), 176-9.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008). Disponível em <http://www.ibge.gov.br>
- Jayawardena, M. K. & Liao, S. (2006). Elder abuse at end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 9(1), 127-136.
- Jong, L.C., Sadala, M.L.A. & Tanaka, A.C.D'A. (2008). Desistindo da denúncia ao agressor: Relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista Escola de Enfermagem USP* 42(4),744-51.
- Kramer, B. J. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? what next? *The Gerontologist*, 37(2), 218-232.
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Pillemer, K. A. & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *JAMA*, 280, 428-432
- Lemos, N. D., Gazzola, J. M. & Ramos, L. R. (2006). Cuidando do paciente com alzheimer: O impacto da doença no cuidador. *Saúde e Sociedade*, 15(3), 170-179.
- Lordelo, L. R., Bastos, A. C. S. & Alcântara, M. A. R. (2002). Vivendo em contexto de violência: O caso de um adolescente. *Psicologia em Estudo*, 7(2), 31-40.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1995). Genetogramas e o ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (2rd ed.), *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*, pp. 144-165. Porto Alegre: Artes Médicas
- Motta, A. B. (2002). Envelhecimento e sentimento do corpo. In M. C. S. Minayo & C. E. A. Coimbra Jr., *Antropologia, saúde e envelhecimento* pp.37-50. Rio de Janeiro, Brasil: FIOCRUZ.
- Monteiro, M. C. N., Cabral, M. A. A. & Jodelet, D. (1999). As representações sociais da violência doméstica: uma abordagem preventiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1),161-170,
- Melo, V. L., Cunha, J. O. C. & Falbo Neto, G. H. (2006). Maus-tratos contra idosos no município de Camaragipe, Pernambuco. *Revista Brasileira Materno Infantil*, 6(1), 43-48.
- Minayo, M. C. S. (2003). Violência contra idosos: Relevância para um velho problema. *Caderno de Saúde Pública*, 19(3), 783-79.
- Nacional Center of Elder Abuse. Types of Abuse. Disponível em http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/FAQ/Basics/Types_Of_Abuse.aspx, acessado em 20 jul. 2009.../.../Temp/Configurações locais/Temporary Internet

Files/Content.IE5/JWG5J5PL/Acessado em 20 de julho, 2009 em http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/FAQ/ Basics/Types_Of_Abuse.aspx

Narvaz, M. G. & Koller, S. H. (2006). A Concepção de família de uma mulher-mãe de vítimas de incesto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 395-406.

Neri, A. L. (1995). Psicologia do envelhecimento: Uma área emergente. In A. L. Neri. (1rd ed.), *Psicologia do Envelhecimento*, pp.13-40. Campinas, Brasil: Papirus.

Neri, A. L. (2006), (2rd ed.), *Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas e sociais* pp.9-63. Campinas, Brasil: Alínea

Novo, A L M S & Lopes, R G C. Outro lado da moeda: velhos violentos *In* Berzins, M V & Malagutii, M. *Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice*. (2010). Ed Martinari São Paulo.

Penhale, B. & Kingston, P. (1997). Elder abuse, mental health and later life: Steps towards an understanding. *Aging and Mental Health*, 1(4), 296-304.

Pérez-Cárceles, M. D., Rubio, L., Pereniguez, J. E., Pérez-Flores, D., Osuna, E. & Luna, A. (2009). Suspicion of elder abuse in south eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 49, 132–137.

Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I. & Penhale, B. (2009). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 49, 17–21

Powell, M. E., & Berman, J. (2006). Effects of Dependency on Compliance Rates Among Elder Abuse Victims at the New York City Department for the Aging, Elderly Crime Victim's Unit. *Elder Abuse and Mistreatment: Policy, Practice and Research*, pp. 229-247.

Rosa, A. G., Boingda, A. F., Büchele, F., Oliveira, W. F. & Coelho, E. B. S. (2008). A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. *Saúde Sociedade*, 17(3), 152-160.

Rodriguez, J. L., Brino, R. & Williams, L. C. A. (2006). Concepções de sexualidade entre adolescentes com e sem histórico de violência sexual. *Paidéia*, 16(34), 229-240.

Shaffer, D. R., Dooley, W. K. & Williamson, G. M. (2007). Endorsement of proactively aggressive caregiving strategies moderates the relation between caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior. *Psychology and Aging*, 22(3), 494–504.

Selwood, A., Cooper, C., Owens, C., Blanchard, M. & Livingston, G. (2009). What would help me stop abusing? The family carer's Perspective. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 309–313.

Silveira, T. M., Caldas, C. P. & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: Um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Caderno de Saúde Pública*, 22(8), 1629-1638.

Souza, J. A. V. S., Freitas, M. C. & Queiroz, T. A. (2007). Violência contra os idosos: Análise documental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 268-72.

Sudário, S., Almeida, P.C. & Jorge, M.S.B. (2005). Mulheres vítimas de estupro: Contexto e enfrentamento desse realidade. *Psicologia & Sociedade*, 17(3), 73-79.

Uchô, E. (2003). Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Caderno de Saúde Pública*, 19(3), 849-853

Veloz, M. C. T, Nascimento-Schulze, C. M. & Camargo, B. V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12(2), 479-501

Williamson, G. M. & Shaffer, D. R. (2001). Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: How we were then, how we are now? *Psychology and Aging*, 16(2), 217-226.

WHO (2002). The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Geneva: WHO. Disponível em http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaration_English.pdf, acessado em 04 nov. 2009.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

A família, como o primeiro laboratório social do ser humano, é importante na formação dos vínculos afetivos. Esse espaço de formação e trocas pode ser provedor de afeto e as pessoas o vivenciarem de uma forma que leve ao crescimento coletivo. Por outro lado, esse mesmo espaço pode infringir sofrimento e causar seqüelas emocionais que repercutem nas relações sociais do indivíduo. A história de violência dentro das famílias é um assunto complexo, pois envolve uma diversidade de vivências, olhares e sentimentos vividos de forma diferente pelos envolvidos nesta relação.

Trabalhar com a temática da violência familiar contra o idoso significou entrar em um ambiente sigiloso e hostil ao olhar de um estranho. A minha presença era vista por alguns, ora como intrusa e policial, ora como terapêutica e solicitada. O exercício de ouvir e enxergar o sofrimento de todos os envolvidos foi um desafio, pois precisei, além do olhar de pesquisadora, um olhar de empatia. Nos dois lados, se é que se pode pensar em lados distintos, vi sofrimento, por sentir-se tanto vítima como agressor. Na mesma entrevista, expunham suas dores e suas retaliações, o que fez com que fosse elucidada a dificuldade de se pensar em posições isoladas de vítima ou de agressor, quando na verdade elas parecem fazer parte de um continuum em que se está de um lado ou de outro de forma muito menos rígida do que se prevê de antemão.

Por fim, foi importante ter esse olhar e perceber que todos os envolvidos em situações de violência precisam de ajuda, tendo como objetivo principal o rompimento do ciclo da violência, a fim de que os envolvidos vislumbrem outra forma de interação mais saudável.

ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trein, 598
CEP 91360-250 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubbo, 20
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 92.787.128/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Moscardino, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 92.693.134/0001-63



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião extraordinária realizada em 24 de março de 2010, analisou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 10-022

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

DENISE FALCKE

DANYELLA DA SILVA BARRÊTO

Título: A relação entre o idoso e o seu cuidador em situação de violência.

Documentação: Aprovados

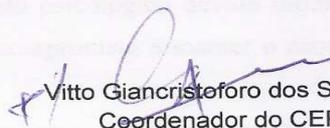
Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC, bem como os Eventos Adversos ocorridos. O Pesquisador compromete-se a encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 26 de março de 2010.


Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador do CEP

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

Eu, Danyella da Silva Barreto, sou Médica de Família e Comunidade e estou realizando uma dissertação de mestrado na Universidade Vale do Rio Sinos, sob a orientação da Prof^a Dr^a Denise Falcke, sobre a relação entre o idoso e seu cuidador familiar em situação de conflito.

Você está sendo convidada/o a participar da pesquisa. Antes de aceitar, é importante que você saiba do objetivo do estudo. A sua participação implica em responder a quatro entrevistas, gravadas em áudio, sobre a relação entre idoso e cuidador familiar em situação de conflito. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que lhe cause algum constrangimento. Poderá fazer perguntas a qualquer momento sobre o andamento da pesquisa e sua participação.

A sua participação é voluntária e não terá nenhum custo para você. Da mesma forma, você tem a liberdade e o direito de optar pela não participação e não terá prejuízo algum por tal decisão. Da mesma forma, em qualquer momento você poderá optar por deixar de participar do estudo. O seu nome verdadeiro não será revelado. Embora os resultados derivados da pesquisa possam ser publicados em revistas científicas, a identificação pessoal será preservada. O sigilo somente será quebrado em caso de risco de vida de um dos participantes

Você poderá esclarecer suas dúvidas entrando em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo, médica mestranda Danyella da Silva Barreto pelo telefone 84269364, ou com a orientadora do estudo Prof^a Dr^a Denise Falcke pelo telefone 35908328. A sua aceitação em participar da pesquisa dependerá de sua assinatura ao presente Termo, emitido em duas vias, uma que será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra, que ficará com você.

Danyella da Silva Barreto
Responsável pela Pesquisa

Declaração de Consentimento

Confirmo ter conhecimento do conteúdo desse termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar dessa pesquisa e por isso dou meu consentimento.

_____, ____ de _____ de 200__.

Assinatura do Participante da pesquisa

Nome: _____