



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Carlos Montes Paixão Junior

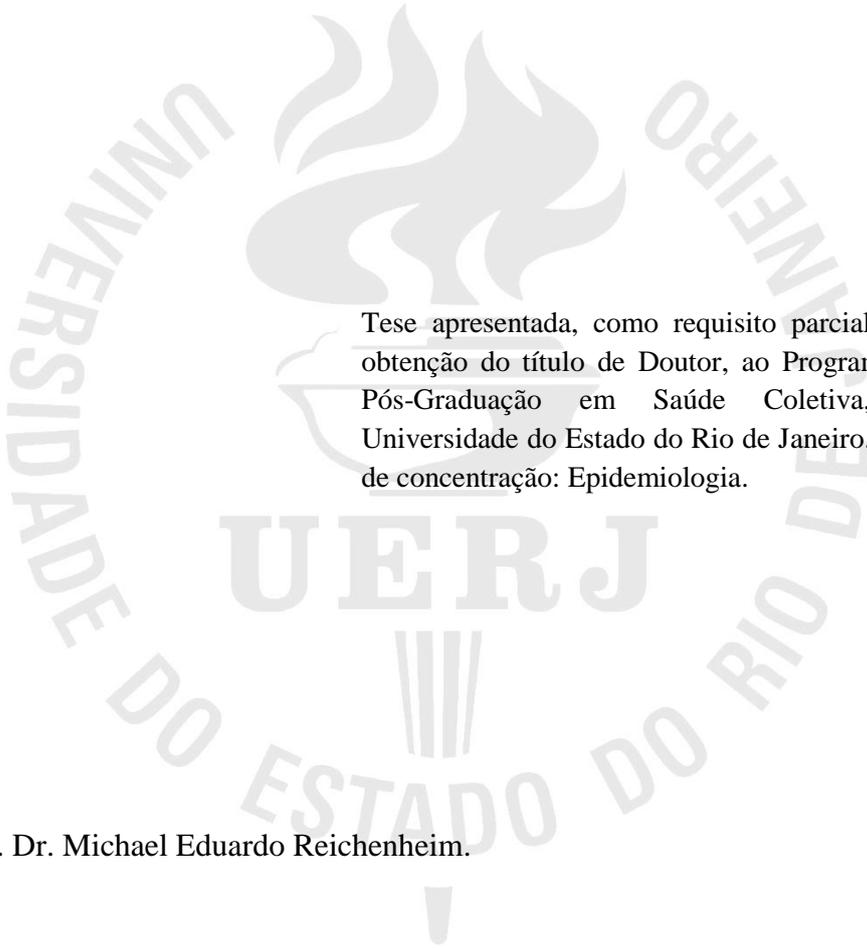
**Violência doméstica: instrumentos de aferição de violência contra o idoso  
no ambiente da avaliação geriátrica ampla**

Rio de Janeiro

2006

Carlos Montes Paixão Junior

**Violência doméstica: instrumentos de aferição de violência contra o idoso no ambiente  
da avaliação geriátrica ampla**



Tese apresentada, como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutor, ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área  
de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Michael Eduardo Reichenheim.

Rio de Janeiro

2006

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

P149 Paixão Junior, Carlos Montes.  
Violência doméstica: instrumentos de aferição de violências contra o idoso no ambiente da avaliação geriátrica ampla / Carlos Montes Paixão Junior. – 2006.  
297 f.

Orientador: Michael Eduardo Reichenheim.  
Tese (doutorado) — Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Idosos – Maus tratos – Teses. 2. Violência familiar – Teses. 3. Avaliação geriátrica– Teses. I. Reichenheim, Michel E. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89-008.444.9-053.9

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada da fonte.

---

Assinatura

---

Data

Carlos Montes Paixão Junior

**Violência doméstica: instrumentos de aferição de violência contra o idoso no ambiente  
da avaliação geriátrica ampla**

Tese apresentada, como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutor, ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 31 de maio de 2006.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Michael Eduardo Reichenheim (orientador)  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cláudia Leite Moraes  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof. Dr. Luiz Antônio Bstos Camacho  
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Renato Peixoto Veras  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Simone Gonçalves de Assis  
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2006

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha esposa Jacqueline, pelo caminho percorrido e a percorrer, insuficiente e curto demais, pois durará apenas uma vida.

Dedica à minha família e a meus pais, pelo exemplo de consideração, amor e respeito aos seus.

## AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos sinceros a uma pessoa de cuja companhia, há cerca de dez anos, tenho tido o privilégio de desfrutar, recebendo conselhos profissionais e pessoais, incansável e solícito, um verdadeiro mestre e amigo: Michael Eduardo Reichenheim.

Agradeço à dedicação da professora e amiga Cláudia Leite Moraes que, ao longo desta tese, esteve presente desde o início do projeto, colaborando pessoalmente em todos os momentos, e de cujo material da própria tese e de seus artigos publicados muitas vezes consultei e me servi.

Agradeço pelo trabalho, disponibilidade e dedicação dos entrevistadores que me acompanharam no longo caminho do trabalho de campo: Érika Lima de Souza, Tatiana do Amaral, Cristina Bereicôa, Roberta Barros da Costa, Christianne Guimarães, Flávio Storino, Ana Cristina Canedo Pinto, Beatriz Costa Lima, Luciana Martins, Renata Ferreira, Flávia Pereira e Karla dos Santos.

Agradeço às equipes do CIPI-UERJ, HUCFF-UFRJ, PSF-Lapa (Universidade Estácio de Sá) pela compreensão da importância deste trabalho e consequente permissão de acesso às suas dependências para o trabalho de campo.

Agradeço às equipes do IMS-UERJ, particularmente à Cláudia e Paula do CEPESC, ao senhor José da reprografia e à Márcia Regina do Laboratório de Informática, pelas suas colaborações essenciais a este trabalho.

Agradeço ao amigo Roberto Alves Lourenço pela disponibilidade em vários momentos deste trabalho, e à amiga Maria Angélica Sanchez que, também em momentos difíceis, mesmo de sua vida pessoal, não deixa seu sorriso desaparecer, sendo um alento a todos que trabalham a seu lado.

Agradeço aos idosos do Rio de Janeiro que participaram, com boa vontade e empenho, como sujeitos, pacientes e amigos.

Agradeço àqueles que contribuíram, direta e indiretamente, para que este trabalho pudesse ser concluído.

Como recordar sem sofrimento ?  
Recomeçar sem horror ?  
O sono transportou-me  
Àquele reino onde não existe vida  
E eu quedo inerte sem paixão.

Como repetir, dia seguinte após dia seguinte,  
A fábula inconclusa,  
Suportar a semelhança das coisas ásperas  
De amanhã com as coisas ásperas de hoje ?

Como proteger-me das feridas  
Que rasga em mim o acontecimento,  
Qualquer acontecimento  
Que lembra a Terra e sua púrpura  
Demente ?  
E mais aquela ferida que me inflijo  
A cada hora, algoz  
Do inocente que não sou ?

Ninguém responde, a vida é pétrea.

*Carlos Drummond de Andrade*

## RESUMO

PAIXÃO JUNIOR, Carlos Montes. *Violência doméstica: instrumentos de aferição de violência contra o idoso no ambiente de avaliação geriátrica ampla*. 2006. 297 f. Teses (doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006.

A violência doméstica não é um fenômeno novo e a que atinge o idoso é parte integrante deste fenômeno. Os dados sobre violência contra o idoso, entretanto, são escassos no Brasil. Contudo, para se realizar um estudo mais sistemático sobre magnitude, fatores de risco e cuidados às vítimas, torna-se necessária uma documentação sistemática e acurada dos eventos relacionados aos fatores de risco, às situações envolvidas e consequências da violência. Esta tese procurou estudar alguns instrumentos específicos de avaliação de violência doméstica contra o idoso existentes e conhecidos e adaptá-los ao contexto sócio-cultural brasileiro, especificamente em idosos atendidos por Serviços de Saúde na cidade do Rio de Janeiro. Outro objetivo desta tese foi inserir a avaliação da violência em um ambiente de avaliação funcional do paciente idoso, por motivos que não serão explicitados. O capítulo 1 concerne à apresentação da tese. O capítulo 2 oferece uma introdução a respeito do problema de violência doméstica com um breve histórico do estudo da violência familiar e especificamente no indivíduo idoso. Fornece alguns dados de magnitude e de que forma a violência doméstica e suas consequências podem ser avaliadas no contexto da avaliação funcional do indivíduo idoso. Alguns conceitos e teorias sobre fatores de risco, causas e métodos estruturados de avaliação são discutidos. Em seguida, o tema específico dos métodos estruturados de avaliação é pormenorizado em no capítulo 3, apresenta-se uma justificativa detalha para os estudos desenvolvidos para esta tese.

O quarto capítulo apresenta os métodos utilizados para a produção dos três artigos que, no capítulo 5, são apresentados, na íntegra. No primeiro artigo descreve-se a revisão dos 17 instrumentos de risco de violência contra o idoso que foram encontrados a partir das bases de dados vasculhadas. Destes, somente a *Conflicts Tactics Scale* foi adaptadas para o Brasil, ainda que para o uso em um grupo etário mais jovem. O segundo artigo descreve as etapas de equivalência da validade conceitual, semântica e de itens de um dos instrumentos escolhidos, especificamente, de avaliação do cuidador do sujeito idoso (*Caregiver Abuse Screen – CASE*). Foi possível estabelecer uma versão em português para o Brasil, mas resta a etapa de equivalência de mensuração deste instrumento. O terceiro artigo, por sua vez, se refere à adaptação transcultural envolvendo as etapas citadas no artigo anteriormente descrito acrescidas da avaliação de equivalência de mensuração do segundo instrumento escolhido, mais especificamente, de avaliação do indivíduo idoso (*Hwalek & Sengstock Elder Abuse Screening Test – H-S/EAST*). À análise de fatores encontraram-se três dimensões, grosso modo em acordo com os autores do instrumento. Entretanto, os itens que carregaram em cada uma das dimensões divergiram, fornecendo interpretações distintas da análise original. Do mesmo modo, as análises de confiabilidade identificaram problemas. Ainda restam lacunas a serem preenchidas com estudos futuros para que o *H-S/SEAT* possa ser utilizado no Brasil sem restrições. O sexto e último capítulo da tese oferece uma discussão geral sobre a importância de instrumento válidos e confiáveis no âmbito da epidemiologia. Identifica,

também, questões a serem ainda resolvidas sobre instrumentos de avaliação de violência doméstica no indivíduo idoso e, por fim, apresenta os desdobramentos em termos de estudos e projetos que se seguirão.

**Palavras-chave:** Violência doméstica. Adaptação transcultural. Questionários. Idosos. Abuso o idoso.

## ABSTRACT

PAIXÃO JUNIOR, Carlos Montes. *Domestic violence: tools for measuring violence against the elderly in the comprehensive geriatric assessment environment*. 2006. 297 f. Teses (doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006.

Domestic violence is not a recent phenomenon. Violence against the elderly, about which there are scarce data in Brazil, plays an important role in such phenomenon. An accurate and systematic documentation is needed if one aims to set up research programs to explore risk factors, specific threshold situations, consequences, magnitude and care for the victims of violence. This thesis is concerned with the cross-cultural adaptation to the Brazilian culture of known elderly violence screening instruments. The specific target population consisted of elderly people living in the city of Rio de Janeiro. The secondary goal was to include such screening to functional evaluation of the elderly, for reasons that will be exposed presently. Chapter 1 concerns the thesis presentation. Chapter II offers an introduction to the problem of domestic violence and explores the issue of elder abuse from a brief historical perspective, as well as showing some data regarding magnitude, risk factors and evaluation of elder abuse are shown. Chapter 3 offers a detailed justification for the studies that were developed for this thesis. In the Chapter 4 the methods for the conception of the three resulting studies are described. The three articles are shown in detail in Chapter 5. The first article reviews the international literature in search for screening instruments for violence in the elderly. Thirteen instruments were found but only the *Conflict Tactics Scales* had been adapted to the Brazilian culture, albeit for use in a younger age group. The second article describes the evaluation of concept, semantic and item equivalence of one chosen instrument that screens for violence from caregiver perspective (*Caregiver Abuse Screen – CASE*). It was possible to establish a Brazilian version but there still remains the evaluation of a screening tool for the elderly, including measurement equivalence (*Hwalek & Sengstock Elder Abuse Screening Test – H-S/EAST*). Roughly, three factors were found in accordance with the original description. However, there were discrepancies in the loadings of some items to each factor which led to somewhat different interpretations from the original. In the same way, reliability analysis uncovered some problems that will have to be faced before the *H-S/EAST* can be used in Brazil without restrictions. The sixth and last Chapter of thesis offers a general discussion on the importance of valid and reliable measurements in epidemiology and concludes with an overview of ensuing studies and projects.

**Keywords:** Domestic violence. Cross-cultural adaptation. Questionnaires. Elderly. Elder abuse.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Conceitos de violência contra o idoso a partir de 1979 .....	20
<b>Quadro 2</b>	Conceitos de violência contra o idoso segundo o NCEA .....	21
<b>Quadro 3</b>	Definição de abuso .....	22
<b>Quadro 4</b>	Definições de violência doméstica de acordo com o Ministério da Saúde	23
<b>Quadro 5</b>	Estudos de magnitude de violência em idosos .....	24
<b>Quadro 6</b>	Características indicativas de risco de violência .....	34
<b>Quadro 7</b>	Objetivos da avaliação do paciente idoso .....	36
<b>Quadro 8</b>	Componentes principais da AGA .....	38
<b>Quadro 9</b>	Níveis e locações da AGA: principais determinantes .....	40
<b>Quadro 10</b>	Instrumentos de violência em idosos e suas funções .....	47
<b>Quadro 11</b>	Níveis de mensuração dos instrumentos de risco .....	53
<b>Quadro 12</b>	Instrumentos de risco de violência a avaliação do idoso .....	54
<b>Quadro 13</b>	Tipos de violência aferida pelos instrumentos .....	84
<b>Quadro 14</b>	Instrumentos de violência – características gerais .....	87
<b>Quadro 15</b>	Psicometria de instrumentos de violência .....	88
<b>Quadro 16</b>	Instrumentos de violência – síntese dos resultados numéricos .....	89
<b>Quadro 17</b>	Comparação entre o original e as traduções do <i>CASE</i> .....	110
<b>Quadro 18</b>	Alterações na quarta etapa de equivalência semântica do <i>CASE</i> .....	111
<b>Quadro 19</b>	Versão em português do <i>CASE</i> .....	112
<b>Quadro 20</b>	Comparação entre o original e as traduções do <i>H-S/EAST</i> .....	131
<b>Quadro 21</b>	Alterações após as etapas de equivalência semântica da versão em português do <i>H-S/EAST</i> .....	133

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Análise fatorial da versão em português do <i>H-S/EAST</i> .....	136
<b>Tabela 2</b>	Consistência interna da versão em português do <i>H-S/EAST</i> .....	139
<b>Tabela 3</b>	Confiabilidade intra-observador da versão brasileira do <i>H-S/EAST</i> .....	140

## SUMÁRIO

1	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	11
2	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
3	<b>JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DO ESTUDO</b> .....	55
3.1	<b>Justificativas</b> .....	55
3.2	<b>Objetivos</b> .....	59
4	<b>MÉTODOS</b> .....	60
4.1	<b>Modelo teórico</b> .....	60
4.2	<b>Roteiro e fases</b> .....	64
5	<b>ARTIGOS</b> .....	75
5.1	<b>Artigo 1: Uma revisão de instrumentos de violência contra o idoso</b> .....	75
5.2	<b>Artigo 2: Avaliação transcultural para o Brasil do <i>CASE</i></b> .....	98
5.3	<b>Artigo 3: Avaliação transcultural para o Brasil do <i>H-S/EAST</i></b> .....	119
	<b>CONCLUSÕES E DESDOBRAMENTOS</b> .....	150
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	156
	<b>APÊNDICE A – Estimadores utilizados para análise no artigo 3</b> .....	171
	<b>APÊNDICE B – Questionário principal</b> .....	180
	<b>APÊNDICE C – Termos de consentimento esclarecido – UERJ</b> .....	213
	<b>APÊNDICE D – Termos de consentimento esclarecido – HUCFF-UFRJ</b> .....	217
	<b>APÊNDICE E – Lista de instituições a procurar se dúvidas ou esclarecimentos</b>	221

## 1 APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa se insere em um programa mais amplo de investigações epidemiológicas que tem como objetivo o estudo da violência doméstica na sociedade brasileira. Neste momento, não há ainda estudos por parte do programa no qual ela se insere focalizando o segmento do sujeito idoso. Esta Tese procurou identificar métodos estruturados de avaliação e rastreamento de violência doméstica no idoso com o objetivo de inseri-los no contexto da avaliação funcional geriátrica. A relativa novidade do tema enquanto objeto de pesquisa é responsável por um conhecimento ainda insipiente e superficial por parte dos profissionais de saúde e da área social sobre a violência contra o idoso <sup>1</sup>. Além disto, a violência neste grupo etário assume características particulares, pois coexiste com problemas médicos múltiplos, comuns nesta população, e com alterações fisiológicas típicas do envelhecimento, que tornam o diagnóstico dos casos muitas vezes de difícil caracterização.

A Tese se desenvolveu em 6 fases. Como detalhado adiante, a primeira fase consistiu em um mapeamento dos conceitos, fatores correlatos e programas de investigação de instrumentos de rastreamento de violência contra o indivíduo idoso. Este visou ao estabelecimento de uma estratégia eficaz para a identificação dos idosos sob risco de violência, ao realizar uma ampla revisão da literatura sobre a validade dos instrumentos habitualmente utilizados. As dificuldades para identificação da ocorrência de violência na família e a insuficiência de instrumentos de aferição em português, previamente validados, também foram detectados a partir da revisão bibliográfica realizada. Deu-se início, então, na segunda fase, a uma revisão específica sobre os programas de investigação na área de aferição da violência doméstica para identificar os instrumentos de uso freqüente na literatura de referência e alvo de avaliações robustas de confiabilidade e validade (artigo 1). Dentre os diferentes formulários apreciados,

optou-se por utilizar no estudo principal um instrumento de avaliação direta do indivíduo idoso (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test - *H-S/EAST*) e um segundo instrumento de avaliação sob a perspectiva do cuidador (Caregiver Abuse Screen - *CASE*).

Iniciou-se, então, da terceira à quinta fases, um processo de adaptação transcultural dos instrumentos escolhidos e o desenvolvimento de versões a serem utilizadas na avaliação funcional geriátrica e pesquisas epidemiológicas abordando o tema em nosso meio. Como detalhado adiante, esta adaptação seguiu o roteiro proposto por Herdman et al <sup>2</sup>, envolvendo avaliação da equivalência conceitual, de itens e semântica entre as versões em português e o instrumento original em inglês (artigos 2 e 3). Na sexta e última fase do projeto avaliaram-se as propriedades psicométricas - confiabilidade intra-observador, consistência interna e validade de construto - da versão em português do *H-S/EAST*, através de sua aplicação a 644 indivíduos idosos repartidos em três sítios diferentes, de cuidados primários e secundários de saúde (artigo 3).

A Tese apresenta os principais resultados e discussões inerentes a cada uma das 6 fases de pesquisa. O capítulo de Introdução fornece um pano de fundo para a discussão dos artigos, contextualizando a importância e pertinência do desenvolvimento de programas de investigação epidemiológicos que enfocam as conseqüências da violência doméstica na saúde do idoso. Inicialmente são apresentadas algumas definições conceituais e os números disponíveis na literatura internacional que estimam a magnitude do fenômeno, caracterizando-o potencialmente como um importante problema de saúde pública. A seguir se oferece um breve resumo do estágio dos programas de investigação em violência doméstica no indivíduo idoso, destacando os principais achados e lacunas, apontados pela literatura de referência, sobretudo no Brasil. Subseqüentemente, destaca-se a importância da qualidade dos processos de

aferição em estudos epidemiológicos, focalizando especificamente questões relacionadas à aferição. Faz-se um breve relato sobre as estratégias diagnósticas utilizadas nos estudos sobre idosos, violência doméstica e algumas questões referentes à adaptação de instrumentos elaborados em outras línguas e contextos culturais. Sugere-se uma classificação para os instrumentos de avaliação de violência doméstica contra o idoso e a possibilidade de inserção dos mesmos no contexto da avaliação funcional. O capítulo III apresenta as justificativas e objetivos da Tese e o capítulo IV descreve os métodos utilizados nas cinco fases da pesquisa.

O capítulo V é composto pelos três artigos, em sua íntegra, anunciados acima. Os artigos também foram editados visando uma uniformização da diagramação, incluindo renumeração das tabelas e quadros respectivos.

O capítulo de Discussão e Desdobramentos (Capítulo VI) expõe aspectos gerais concernentes ao programa de investigação como um todo, ressaltando a importância de questões relacionadas ao processo de aferição e de pesquisas em violência doméstica contra o idoso para se alcançar a validade em estudos epidemiológicos. Além disso, possíveis desdobramentos da pesquisa no âmbito do Programa de Investigações Epidemiológicas da Violência Familiar (PIEVF) são apontados. O sétimo e último capítulo da Tese apresenta a bibliografia utilizada nos capítulos I a VI. Nos Apêndices e Anexos encontram-se algumas discussões sobre parte do processo de avaliação de mensuração utilizado no terceiro artigo, bem como os formulários utilizados no trabalho de campo que possibilitou a psicometria.

## 2 INTRODUÇÃO

Esta seção tem como objetivo fazer um mapeamento do estágio do conhecimento sobre violência doméstica, violência contra o idoso e avaliação funcional do idoso. Serão abordados alguns aspectos da avaliação estruturada e instrumentos de avaliação de violência contra o idoso na literatura de referência.

### 2.1 A Violência doméstica

A violência no domicílio não é um fenômeno novo. Porém, somente há alguns anos a violência na família contra crianças, cônjuges e idosos foi reconhecida como um problema social por profissionais e pela sociedade em geral. O interesse por este fenômeno se iniciou nos Estados Unidos da América (EEUU) em fins do século XIX<sup>3</sup>. Este país é considerado o mais violento entre os países economicamente mais ricos<sup>3</sup>.

Há vários indícios que sugerem que as violências social e doméstica estão interconectadas<sup>3</sup>. O ambiente doméstico é também o local onde as pessoas são mais freqüentemente mortas, agredidas, sofrem mais amiúde ferimentos e lesões que em qualquer outro<sup>4</sup>. Dados sugerem que homens violentos no lar são especialmente propensos à violência fora de casa<sup>3</sup>. Paradoxalmente, a sociedade considera o núcleo familiar como um ambiente protetor, de carinho e redução de tensões e perigos. Tal conceito é parte do fenômeno responsável pela não identificação do problema da violência doméstica em sociedades diversas. Associa-se também a idéia de que a violência doméstica é uma parte necessária e importante na educação das crianças, no relacionamento do casal e nas relações intrafamiliares<sup>4</sup>.

Há motivos para se crer que a violência no ambiente familiar deva ser estudada no seu escopo mais amplo, ou seja, o da violência doméstica. Esta envolve as relações familiares, sociais e profissionais no entorno do domicílio. A violência doméstica tem,

possivelmente, repercussões em toda a família ou no ambiente da casa, mesmo que envolva, em certo momento, apenas alguns dos participantes do grupo <sup>5</sup>. Os custos decorrentes da violência doméstica são altos e, muitas vezes, mal avaliados. Estes podem ser financeiros, por conta do tratamento imediato das seqüelas físicas, perda de dias de trabalho, custos legais, perda de anos-úteis por morte ou seqüelas graves; e não pecuniários, como dias perdidos de ano letivo, seqüelas psicológicas e outras <sup>3</sup>.

Apesar da ampla utilização do termo, observa-se na literatura de referência e nos documentos de instituições que se debruçam sobre o tema uma grande variedade de definições que são conseqüência da escolha de eixos distintos para a caracterização do ato violento e das diferentes correntes teóricas que fomentam esta discussão. Diversas definições foram sugeridas baseadas em uma variedade de fatores que incluem, entre outros, a natureza da ação, a forma, a intensidade e freqüência, o impacto físico ou psicológico sobre a vítima e a intenção do agressor <sup>6,7,8,9</sup>.

Uma definição consensual de violência doméstica talvez seja meta difícil de ser alcançada. Segundo Soares <sup>8</sup>, a conceituação da violência doméstica é um processo em construção. Definições operacionais devem se concentrar em critérios variados, incluindo a natureza do ato, gravidade, forma, freqüência, as conseqüências físicas ou psicológicas, ou a intenção do agressor <sup>10</sup>. Soares também se debruça sobre o conceito do termo “doméstica”. Critérios de consangüinidade, por exemplo, excluiriam vizinhos ou pessoas que trabalham no ambiente do lar, ou amantes e outros indivíduos que tenham contato rotineiro com a privacidade e intimidade da família <sup>8</sup>.

Possivelmente a estratégia mais comum entre pesquisadores é a focalização na gravidade e freqüência da violência domiciliar. A definição de violência pode ser apresentada como um ato realizado com a intenção, ou percebido como tendo a intenção, de machucar fisicamente outra pessoa <sup>3</sup>. Gelles e Straus <sup>11</sup> propuseram que a

violência familiar pode ser conceituada seguindo dois eixos distintos. O eixo legítimo-ilegítimo representa o grau pelo qual as normas sociais legitimam a violência. O eixo instrumental-expressivo representa o grau pelo qual a violência é utilizada como um meio para se chegar a um fim – para induzir outra pessoa a realizar ou se abster de uma ação – ou como um fim em si (p.ex: bater em alguém, pois está com raiva). Desta classificação resulta uma taxonomia da violência familiar dividida em quatro situações baseadas nas relações dos dois eixos acima descritos.

Torna-se rapidamente óbvio, no entanto, que a limitação da violência doméstica apenas aos atos de agressão física impede uma avaliação mais completa do escopo de interações familiares danosas. Abuso sexual, por exemplo, apenas ocasionalmente se acompanha de agressão física, podendo, entretanto, ocasionar seqüelas permanentes<sup>12</sup>. Da mesma forma, os indivíduos idosos podem ser abandonados sem que haja agressão física associada. Portanto, a violência doméstica não deve se restringir aos atos de agressão física.

Apesar de existirem indícios sobre violência na família desde tempos remotos, apenas há pouco mais de 30 anos este tema começou a ser discutido por pesquisadores da área de saúde<sup>3,13</sup>. Percebe-se, ao se analisar a literatura produzida nas últimas décadas, que o foco central das investigações foi se modificando<sup>13,14,15,16,17,18,19,20,21</sup>. As publicações iniciais da década de 1960 pretendiam conhecer a magnitude do problema e possíveis fatores a ele associados. Na década de 1970 e 1980, contudo, passaram-se a estudos com o objetivo de investigar as conseqüências relacionadas à experiência e observação da violência familiar. Mais recentemente, várias publicações vêm enfatizando a avaliação da efetividade das estratégias de prevenção e tratamento deste fenômeno<sup>6,22,23,24,25,26</sup>.

No Brasil, o conhecimento sobre o fenômeno – magnitude, determinantes e conseqüências – ainda é precário. No entanto, estudos e publicações recentes revelam sua importância na sociedade<sup>26,27,28,29,30,31,32,33,34,35</sup>.

Atualmente, as estimativas sobre violência doméstica são baseadas em variadas fontes de informações que utilizam diferentes critérios para o seu reconhecimento. Destacam-se as notificações, as ocorrências policiais, os estudos de demandas de atendimentos em instituições governamentais e não governamentais e os estudos na área judicial<sup>5</sup>. Essa pluralidade gera dificuldades de comparabilidade das estimativas, sinalizando a ausência de procedimentos padronizados para o reconhecimento da violência doméstica. Ademais, constata-se que a violência é responsável por uma demanda crescente de atendimentos nos serviços públicos de saúde. Suas vítimas, principalmente crianças e adolescentes, sofrem diferentes tipos de violência<sup>36</sup>.

## 2.2 A violência em idosos

A violência contra idosos já era um fenômeno reconhecido em sociedades mais antigas. O Rei Lear, em sua mensagem à filha Cordelia “Eu fui muito agredido. Eu deveria mesmo morrer com remorsos...” (“*I am mightily abused. I should even die with pity...*”) exprime uma reflexão de Shakespeare sobre um relacionamento lamentável entre pai e filha<sup>37</sup>. Nas viagens de Gulliver, de Jonathan Swift, o abandono, isolamento e pobreza que sofrem os indivíduos imortais com mais de 80 anos são freqüentemente citados em aulas de gerontologia<sup>38</sup>. Estima-se, entretanto, que atos violentos de negligência e maus-tratos contra os idosos sejam um fenômeno que passa a constituir um evento social de maior importância a partir do aumento progressivo da representatividade populacional deste grupo etário, a partir do início do século XX<sup>39</sup>. Contudo, apenas nas últimas duas décadas é que essa questão começou a despertar o interesse na comunidade científica<sup>31</sup>.

Os maus-tratos contra os idosos foram os últimos a ser contemplados como um fenômeno político e uma questão de saúde pública, se comparados às outras faixas etárias. No Brasil, a partir da década de 1980, as mortes por acidentes e por violências de qualquer natureza em todas as faixas etárias passaram a responder por importante causa de óbitos no quadro da mortalidade geral, merecendo a atenção de órgãos governamentais e não-governamentais para o seu estudo, prevenção e estratégias de intervenção<sup>40,41,42</sup>. Um estudo realizado entre 1979 e 1994 no Rio de Janeiro utilizando dados secundários de causas externas de óbitos em indivíduos maiores de 60 anos, indicou que as mortes violentas representavam a sexta causa de óbitos, com 70% concentrando-se na região metropolitana<sup>27</sup>. A faixa etária mais vitimada foi de 70 anos ou mais e o sexo masculino apresentou um excesso de mortalidade de até três óbitos para cada feminino. Os acidentes de trânsito e transportes, as quedas e os homicídios foram as causas específicas mais frequentes. Destacou-se o significativo crescimento das mortes por afogamento e sufocação. No período estudado, entre 25,8% (ano 1980) e 33,7% (ano 1994) das mortes ocorridas por causas externas foram ocasionadas por lesões ignoradas e, destas, 92,5% se concentravam na região metropolitana do Rio de Janeiro.

É imprescindível, entretanto, lembrar que a violência que se abate contra o idoso não se restringe à sua relação com causas de óbito. Expressa-se, também, como maus-tratos sofridos no seio da própria família, de abandono em asilos, de perda de direitos próprios ao exercício da cidadania, de preconceito e, em última instância, de ostracismo e de exclusão social. Tais formas mais veladas de violência, porém não menos cruéis, devem ser estudadas pela sociedade, que necessita sobre elas refletir e se mobilizar na construção de um futuro mais solidário.

### Definições e tipologia

O termo abuso tem sido livremente utilizado por estudiosos, podendo significar violência física, emocional ou psicológica<sup>3</sup>. Durante a década de 1980, foram cunhadas várias definições de abuso ou negligência contra idosos, aparentemente com pouca clareza e acurácia em suas descrições<sup>3</sup>.

Segundo Glendenning<sup>43</sup>, cria-se uma dificuldade clara quando os autores utilizam diferentes perspectivas de abordagem do problema – da vítima, do cuidador, do médico, da enfermeira, da agência de proteção, do serviço social e da política social. Complicando a questão, frequentemente não está claro quem é a vítima ou o agressor, mesmo em casos de violência interpessoal. Algumas formas de violência em idosos podem ser classificadas como violência mútua, como aquelas que envolvem pacientes com demência e seus cuidadores<sup>3,44</sup>. As definições devem levar em conta fatores específicos dos indivíduos adultos, como o direito à liberdade de expressão e direitos individuais, que podem se chocar com a necessidade de proteção a pessoas adultas. Mesmo a definição do que seja um indivíduo idoso não é clara, prendendo-se a consensos jurídicos como idade da aposentadoria aos 65 anos. Boudreau<sup>45</sup> distingue cinco categorias de abuso mais comumente citadas na literatura: abuso físico, psicológico, financeiro ou material, ambiente de moradia não satisfatório e violação dos direitos individuais ou constitucionais. Recentemente o termo abuso sexual tem sido também distinguido da categoria de abuso físico por representar situação especial<sup>46,47</sup>.

A partir de 1979 diversas publicações procuraram caracterizar melhor os conceitos de abuso em idosos<sup>43</sup> (Quadro 1). Em 1990, nos EEUU, uma conferência de consenso padronizou as definições de violência contra idosos, sob os auspícios do *National Center on Elder Abuse* (NCEA) (Quadro 2)<sup>48</sup>. A padronização das definições

é útil por várias razões práticas com repercussões positivas para futuros planejamentos de estudos que se debrucem sobre o tema.

**Quadro 1: Conceitos de violência contra o idoso a partir de 1979**

**Abuso físico** <sup>49</sup>

- Agressão física, ataque sexual, ser queimado ou restringido fisicamente.

**Abuso material** <sup>50</sup>

- Mau uso de propriedade ou dinheiro, roubo, admissão forçada em um asilo, dependência financeira e exploração do idoso.

**Abuso médico** <sup>51</sup>

- Retirada ou administração descuidada de medicamentos.

**Abuso psicológico** <sup>49</sup>

- Insultos, ameaças, humilhações, intimidações, amedrontamento ou infantilização.

**Abuso social e ambiental** <sup>52</sup>

- Privação de serviços humanos, isolamento involuntário e abuso financeiro.

**Negligência ativa** <sup>50</sup>

- Recusa voluntária de proporcionar itens necessários para a sobrevivência diária (alimento, medicamentos, companhia, banho e higiene), recusa em oferecer recursos de vida ou cuidado para a pessoa fisicamente dependente.

**Negligência passiva** <sup>49</sup>

- Abandono, isolamento ou descaso com o indivíduo idoso.

Seguindo a tipologia acima, alguns autores como O'Malley et al. <sup>53</sup> simplificaram as condições de abuso para “lesões físicas, psicológicas ou financeiras” e desenvolveram uma nova definição de negligência: “O insucesso de um cuidador em intervir para prover uma necessidade significativa a despeito de seu conhecimento da existência de recursos disponíveis”. Autores como Hudson e Johnson sugeriram que abuso seria um ato de comissão, e negligência um ato de omissão <sup>51</sup>. Outros observaram que não há definições aceitas por unanimidade de abuso e negligência em idosos,

embora haja um consenso sobre os tipos de maus-tratos <sup>43</sup>. Callahan <sup>54</sup>, entretanto, defende a tese de que se deva renunciar à conceituação de violência, pois uma definição da mesma é extremamente complexa. O autor questiona também a importância social do problema, pois considera que afeta um número relativamente pequeno de pessoas, embora reconheça que possa haver nos números apurados o fenômeno de subnotificação.

#### **Quadro 2: Conceitos de violência contra o idoso segundo o NCEA**

##### **Abandono**

- A deserção de uma pessoa idosa por um indivíduo que tem custódia física ou de forma semelhante tenha assumido responsabilidade de fornecer cuidados ao indivíduo idoso.

##### **Autonegligência**

- Comportamentos de uma pessoa idosa que coloquem em risco sua saúde ou segurança. A definição de autonegligência exclui uma situação em que uma pessoa idosa mentalmente competente que entenda as conseqüências de suas decisões toma uma decisão consciente e voluntária de praticar atos que ameacem sua saúde ou segurança.

##### **Abuso físico**

- Uso de força física que pode resultar em lesão corporal, dor física, ou disfunção. Punições físicas de qualquer forma são exemplos.

##### **Abuso psicológico ou emocional**

- Inflicção de angústia, dor ou sofrimento.

##### **Abuso sexual**

- Contato sexual não consentido de qualquer natureza com uma pessoa idosa.

##### **Exploração material ou financeira**

- Uso ilegal ou impróprio dos fundos, propriedade ou reservas financeiras da pessoa idosa.

##### **Negligência**

- A recusa ou falência em suprir qualquer parte pessoal de obrigações ou necessidades da pessoa idosa.

Em 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o documento intitulado *World Report on Violence and Health* <sup>55</sup> que, segundo a entidade, é o primeiro resumo completo do problema em escala global, com ênfase na prevenção primária e, por conseguinte, na identificação precoce. Nesta publicação, os vários matizes da violência doméstica são contemplados, incluindo aquela efetuada contra o idoso. Define quatro tipos gerais, quais sejam, física, sexual, psicológica e privação ou negligência. O capítulo 5 define abuso em idosos seguindo a instituição *Action on Elder Abuse* e a *International Network for the Prevention of Elder Abuse* <sup>55</sup>. Estabelece-se que o abuso de idosos é um ato simples ou repetido, ou ausência de ação apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, que causa dano ou tensão a uma pessoa idosa. Tal abuso, em geral, se divide nas categorias descritas no Quadro 3 abaixo:

### **Quadro 3: Definições de abuso**

#### **Abuso financeiro ou material**

- Exploração ilegal ou imprópria, ou uso de fundos ou recursos do idoso.

#### **Abuso físico**

- Inflicção de dor ou lesão, coação física, ou dominação, induzidos pela força ou por drogas.

#### **Abuso psicológico ou emocional**

- Inflicção de angústia mental.

#### **Abuso sexual**

- Contato sexual não consentido, de qualquer tipo, com o idoso.

#### **Negligência**

- Recusa ou falha em desempenhar a obrigação de cuidar do idoso. A negligência pode ou não envolver uma tentativa consciente ou intencional de infligir sofrimento físico ou emocional no idoso.

Fonte: Organização Mundial de Saúde

Em 2001, no Brasil, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho que estabeleceu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências<sup>56</sup>. Os conceitos de violência doméstica aparecem no Quadro 4 abaixo:

**Quadro 4: Definições de violência doméstica de acordo com a Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**

**Autonegligência**

- Conduta de pessoa idosa que ameça sua própria saúde ou segurança, com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado.

**Abandono**

- Ausência ou deserção, por parte do responsável, dos cuidados necessários às vítimas, ao qual caberia prover custódia física ou cuidado.

**Abuso financeiro aos idosos**

- Exploração imprópria ou ilegal e/ou uso não consentido de recursos financeiros de um idoso.

**Abuso físico ou maus-tratos físicos**

- Uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade.

**Abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos**

- Agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social.

**Abuso sexual**

- Ato ou jogo sexual que ocorre em relação hetero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

**Negligência**

- Recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima.

Fonte: Ministério da Saúde<sup>56</sup>

Como se pode depreender pelos quadros acima, as conceituações sobre abuso ou violência, bem como suas diversas formas de apresentação, não são idênticas, variando conforme os autores e/ou instituições envolvidas. Esta Tese de doutorado utilizou as definições do Ministério da Saúde descritas no Quadro 4, salvo quando não havia

definições oficiais sobre algum tipo de violência. Pretendeu-se, assim, seguir a orientação jurídica e conceitual já discutida por especialistas neste assunto quando da implementação desta política nacional em 2001, que adaptou conceitos ao modelo cultural brasileiro.

### Magnitude do fenômeno

As estimativas sobre abuso em idosos são difíceis de se obter devido ao caráter muitas vezes velado do problema. Muitos idosos, por exemplo, vivem sozinhos e raramente deixam suas casas, o que torna a identificação de abusos e suas conseqüências mais difícil que em crianças, pois estas freqüentam escolas e programas de saúde como de imunização compulsória. Também, os indivíduos mais velhos tendem a não relatar suas adversidades e os profissionais que os assistem têm dificuldades em identificar situações de abuso <sup>57</sup>. Acrescentam-se problemas relacionados à amostragem e fontes não comparáveis de informação.

O Quadro 5 fornece um resumo dos estudos recentes e mais importantes de prevalência e incidência de violência em idosos. A maior parte foi realizada na América do Norte.

**Quadro 5: Estudos de magnitude de violência em idosos**

Estudo/autor (ano)	Tipo	Prevalência/Incidência	Resultados
1. National survey of state APS and aging services/ <i>Tatara</i> (1993) <sup>58</sup>	Inquérito comunitário com dados de APS, casos substanciados de violência	Prevalência	Autonegligência – 51,4% Desconhecidos – 4% Abusos por terceiros – 44,6% (negligência 45%; abuso físico 19%; exploração financeira 17%; abuso psicológico 14%; abuso sexual 1%; outros tipos conhecidos 4%)
2. The prevalence of elder abuse / <i>Pillemer</i> (1988) <sup>59</sup>	Inquérito comunitário por telefone	Prevalência no ano anterior ao estudo	Vítimas de abuso – 3,2% Abuso físico – 2,0% Abuso psicológico – 1,1% Negligência – 0,4%
3. National Survey on Abuse of the elderly in Canada/ <i>Podnieks</i> (1992) <sup>60</sup>	Inquérito nacional por telefone	Prevalência em diversas regiões do Canadá	Variação por região: Maus tratos – 40/1000 Abuso material - 19 a 33/1000 Agressão verbal crônica – 8 a 18/1000 Violência física – 3 a 9/1000 Negligência – 2 a 6/1000

4. The National Elder Abuse Incidence Study/ NCEA (1998) <sup>61</sup>	Inquérito nacional	Incidência no ano de 1996	Total - 450.000 idosos vítimas, 551.000 adicionando autonegligência Negligência - 34.525 Abuso psicológico ou emocional - 25.142 Exploração financeira ou material - 21.427 Abuso físico - 18.144
5. Health Canada (2000) <sup>55</sup>	Inquérito nacional	Prevalência nos 5 anos anteriores ao estudo	Abuso emocional - 7% Abuso físico ou agressão emocional - 1%

Segundo um inquérito comunitário por telefone realizado nos EEUU por Pillemer & Finkelhor <sup>59</sup>, apresentado no Quadro 5, calculou-se que somente 1 em cada 14 casos de abuso contra idosos é denunciado para Serviços de Proteção a Adultos (*Adult Protective Services - APS*). Podnieks publicou em 1992 um estudo que procurou fazer uma estimativa de prevalência nacional no Canadá do problema de violência em idosos <sup>60</sup> (Quadro 5). Quatro categorias principais de abuso foram definidas e estudadas: abuso material, agressão verbal crônica, violência física e negligência. Os dados foram coletados através de inquérito por amostra aleatória, via telefone, utilizando 2008 indivíduos idosos vivendo no domicílio. Os resultados indicaram que cerca de 40 pessoas idosas por 1000 haviam sofrido recentemente alguma forma séria de maus-tratos em sua própria casa, nas mãos de um companheiro, familiar ou pessoa íntima. Estes números eram representativos das regiões mais importantes daquele país, como a British Columbia, Prairies, Ontario, Quebec e províncias Atlânticas. As regiões mencionadas representam 99% dos indivíduos idosos morando em seus domicílios. Dos indivíduos inquiridos, 8% responderam que seu estado funcional de saúde era ruim, 29% regular, 44% que era bom e 19% excelente. A proporção de 34% dos entrevistados respondeu que sua saúde havia piorado nos últimos 5 anos e 12% responderam que havia melhorado. A percentagem de sujeitos que tinha dificuldades para sair e fazer compras era de 10%, trabalhos domésticos rotineiros 12%, preparo de refeições 3%, banho 2% e para se vestir e utilizar o sanitário 1%. A maior parte dos entrevistados se

dizia feliz (45% se diziam muito felizes e 47%, relativamente felizes). A porcentagem de sujeitos isolados também era pequena. Porém, deve-se atentar para o fato da utilização de inquérito por telefone que pode ter minimizado esta ocorrência.

Em 1998 o *U.S. Department of Health and Human Services* publicou um relatório preparado para a *Administration for Children and Families and The Administration on Aging* <sup>61</sup>, intitulado *The National Elder Abuse Incidence Study* (NEAIS) (Quadro 5). Este foi o mais importante estudo em escala nacional nos EEUU sobre incidência de violência relacionada a idosos vivendo em seu lar. Abrangendo o período de 1996, foi coletado material de uma amostra representativa de 20 condados em 15 estados daquele país. Para cada condado amostrado, o estudo coletou dados provenientes dos relatórios das APS bem como de relatórios de “sentinelas”. As “sentinelas”, como foram denominadas no estudo, eram profissionais de diversas áreas que trabalhavam em uma variedade de agências comunitárias que possuem contatos freqüentes com indivíduos mais velhos, como bancos e repartições, selecionados para um treinamento especial de identificação das formas de maus-tratos estudadas. Os resultados indicaram que aproximadamente 450.000 pessoas idosas vivendo em ambientes domésticos sofreram abuso ou negligência em 1996 e, se computados os números de vítimas de autonegligência, seriam de 551.000.

O estudo também indicou que as mulheres idosas foram vítimas em uma proporção maior que os homens. Os indivíduos com mais de 80 anos sofreram abuso ou negligência duas a três vezes mais que se comparados à sua representatividade proporcional na população idosa. Em quase 90 por cento dos casos em que o perpetrador era alguém conhecido, identificou-se como um membro da família e em dois terços destes casos, o esposo(a) ou filho(a). As formas de abuso mais comumente detectadas estão indicadas no Quadro 5.

O *World Report on Violence and Health* <sup>55</sup>, mencionado na seção anterior, cita um levantamento feito em 2000 no Canadá pelo centro canadense de estatísticas em justiça e publicado pelo órgão público *Health Canada* sobre violência em família. Nos cinco anos anteriores ao estudo, os idosos haviam sofrido alguma forma de abuso emocional, abuso físico ou agressão sexual nas mãos dos filhos, de cuidadores ou de companheiros (Quadro 5). Homens (9%) foram mais propensos que mulheres (6%) a referir abuso emocional ou financeiro. Na seção de discussão do relatório estima-se que, por conta de diferenças nas técnicas de levantamento de dados e no período de seguimento dos sujeitos, estes resultados não podem ser comparados ao estudo de Podnieks <sup>60</sup>, também realizado no Canadá, que havia encontrado uma proporção de abuso emocional muito menor (1,4%) e um índice maior de abuso financeiro (2,5%) (Capítulo 5: Abuso de idosos in: <sup>55</sup> e Quadro 5).

O fenômeno da violência perpetrada em asilos e instituições para idosos, embora pouco estudado, parece também ser importante. Em estudo publicado em 1989 por Pillemer e Moore <sup>62</sup> referentes a um inquérito realizado entre profissionais de 32 asilos de um estado dos EEUU, trinta e seis por cento da amostra admitiram já ter presenciado pelo menos um incidente de abuso físico durante o ano precedente. Setenta por cento haviam testemunhado outros profissionais gritando com os pacientes. Cinquenta por cento haviam visto algum profissional insultar ou xingar os internos no ano precedente. A maior parte admitiu que estas atitudes ocorreram por mais de uma vez. Dez por cento admitiram que eles mesmos haviam cometido tais atos e seis por cento haviam utilizado restrições excessivas. Quarenta por cento haviam cometido ao menos um ato de abuso psicológico e treze por cento havia negado comida ou privilégios aos internos.

Na América Latina e no Brasil, a preocupação com os maus-tratos contra os idosos aparece em publicação na Argentina em 1996, sob coordenação de Aguas (apud

<sup>31</sup>), com pesquisa investigando a percepção sobre o que sejam maus-tratos na velhice. O estudo foi composto por um questionário com perguntas abertas e semi-abertas, respondidas por idosos saudáveis na comunidade. Os resultados indicaram que 90% dos sujeitos classificavam como maus-tratos contra os idosos atos de agressividade, violência, insultos com palavras, falta de respeito, indiferença e abandono. Apenas 10% dos idosos entrevistados referiram como maus-tratos questões sociais e aspectos econômicos. Esse mesmo estudo foi replicado em quatro estados brasileiros (Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Paraná) em 1997 (apud <sup>31</sup>) e, posteriormente, no Chile <sup>63</sup>. Os resultados apresentados apontam uma prevalência de 55,1% de maus-tratos psicológicos, 7,1% de negligência, 6,1% de maus-tratos físicos e 1,6% de maus-tratos econômicos. Em torno de 26,8% dos entrevistados relataram haver sofrido mais de uma forma de violência e 3,2% todas as formas de violência <sup>63</sup>.

Um levantamento de 1856 boletins de ocorrência realizado junto à Delegacia de Proteção do Idoso no Estado de São Paulo pelo Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, através do seu Núcleo de Pesquisas, no período de 1991 a 1998 <sup>64</sup>, apontou os maus-tratos psicológicos como os mais frequentemente relatados, seguidos de violência física.

#### **Teorias causais e fatores de risco**

As causas putativas de abuso contra idosos têm sido debatidas na literatura nos últimos 25 anos, com progresso mínimo na tentativa de substanciar ou refutar tais teorias <sup>65</sup>. A adaptação a partir de modelos de abuso em crianças é uma base teórica frágil, porém, frequentemente utilizada <sup>65</sup>. A literatura conhecida sobre o assunto procura explorar algumas linhas causais. A teoria situacional identifica um ambiente propício ao abuso a partir de um cuidador sobrecarregado que não consegue prover as necessidades do indivíduo idoso. A teoria de trocas explica o quanto a interdependência

do idoso e seu agressor está relacionada a táticas e respostas estabelecidas há muito na vida familiar; a teoria de aprendizado social identifica o abuso como um comportamento aprendido influenciado pelo comportamento no ambiente propício; a teoria econômica política focaliza o abuso nos desafios enfrentados pelos idosos quando estes perdem seu papel social e passam a depender de outros para seu bem-estar; e a teoria da psicopatologia do cuidador examina o papel do cuidador portador de um problema de saúde mental colocando os idosos em uma situação de risco de abuso <sup>65</sup>. Novos questionamentos e explorações são necessários, pois formam a base para a criação de técnicas adequadas de rastreamento e avaliação de violência.

Os fatores de risco de abuso em idosos são pouco compreendidos e não podem ser generalizados, pois se correlacionam aos tipos específicos de maus-tratos bem como aos ambientes específicos em que ocorrem. No domicílio, os idosos que vivem com alguém, principalmente se for um(a) companheiro(a), são mais sujeitos à violência. Alguns estudos sugerem que homens sofrem mais abuso de suas esposas que vice-versa <sup>46</sup>. Por outro lado, os dados do NEAIS <sup>61</sup> indicaram que os agressores mais frequentes eram filhos e esposos homens na faixa entre 40 e 59 anos.

A dependência em atividades funcionais não se revelou fator de risco em alguns estudos <sup>46</sup>. Há também poucas evidências de que a sobrecarga sentida pelo cuidador esteja diretamente relacionada à violência contra o idoso. O risco parece se relacionar melhor à saúde física e mental do cuidador e, também em várias publicações, ao consumo de álcool <sup>46,57</sup>. Embora o consumo de álcool possa estar ligado às características do perpetrador como mencionado acima, em outros estudos encontrou-se correlação entre violência e abuso de álcool por parte da vítima <sup>57,66</sup>.

Ramsay-Klawnsnik propõe cinco perfis de personalidade de perpetradores de atos violentos, baseando-se em experiências de investigações forenses e avaliações clínicas

de vítimas e agressores <sup>67</sup>. O primeiro grupo é o sobrecarregado, um indivíduo bem intencionado e qualificado para prestar cuidado. Porém, em situações em que as necessidades de cuidado excedem sua capacidade de provê-lo, pode haver agressões físicas ou psicológicas. O segundo é denominado deficiente, pois possui limitações físicas ou mentais para prover cuidados. Podem não se dar conta de suas próprias limitações. O tipo de violência mais comumente encontrado é negligência. O terceiro grupo, classificado como narcisista, pretende cuidar de alguém para satisfazer suas próprias necessidades. São mais propensos a furtos e negligência. O quarto grupo é denominado dominador, por se achar no direito de exercer autoridade e poder. Em geral estimam que a vítima seja merecedora do ato violento. Costumam ser negligentes e praticar agressão financeira, além de abuso sexual. Por fim, o tipo sádico costuma ter desvio de personalidade anti-social e obtém prazer com o ato violento.

Estudos em pacientes com demência indicam que estes podem ser violentos e que a agressão está possivelmente associada a comportamentos agressivos por parte dos cuidadores, gerando agressão mútua <sup>46</sup>. Em ambientes institucionais os estudos são raros e indicam uma prevalência aumentada de abusos principalmente em profissionais pouco treinados, estafados e mal pagos <sup>46</sup>. Em estudo de Pillemer e Moore <sup>62</sup>, a duração média no emprego por parte dos agressores era menor que 5 anos e a duração total média de experiência profissional era de 7 anos e meio. As idades dos profissionais variavam de 16 a 64 anos, com uma idade média de 40. A impressão de 79 por cento destes profissionais era de que seu trabalho era valorizado e que possuíam alguma autoridade sobre as atividades que deveriam ser conduzidas. Noventa e um por cento dos profissionais achavam que controlavam a velocidade em que deveriam trabalhar na rotina do serviço. Trinta e dois por cento estimavam que seu emprego era muito estressante; 44 por cento moderadamente; 15 por cento um pouco estressante; 10 por

cento não consideravam o emprego estressante. Uma das razões levantadas para o estresse foi falta de tempo. Muitos declararam desgaste com o trabalho. Aproximadamente 57 por cento admitiram que, por vezes, tratavam os pacientes de forma menos pessoal do que gostariam de ser tratados e 37 por cento disseram que o emprego lhes endurecera emocionalmente.

Os padrões sócio-culturais podem induzir ou diminuir a tolerância frente à violência doméstica em geral e do idoso em particular. O gerontólogo inglês Frank Glendenning, no livro *The Mistreatment of Elderly People* <sup>39</sup>, descreve as atitudes estereotipadas e de menosprezo social frente aos indivíduos idosos, citando expressões como “enrugado” (*wrinkly*), “gagá” (*gaga*), “velho inútil” (*old git*), “geriátrico” (*geriatric*), reiteradamente utilizadas para se referir a este grupo populacional. Cita também frase de um filósofo grego do século VII a.C. que invejava os felizes que morriam antes dos 60 anos, pois não teriam de conviver com a idade da dor, da inutilidade e da feiúra <sup>39</sup>.

O mito do envelhecimento como uma etapa da vida associada à inutilidade e ao sofrimento tornou-se um estereótipo mais evidente quando a sociedade se deparou com situações como aquela encontrada em fins do século XIX na Inglaterra. Neste período, entre metade e três quartos das mulheres com mais de 70 anos recebiam uma ajuda semanal do governo, apoiada em uma lei de ajuda financeira a pobres. Tornou-se poderosa a idéia que, sem meios próprios, aquele que envelhecesse seria condenado à pobreza <sup>39</sup>.

Um aspecto importante no desenvolvimento deste estereótipo tem sido a correlação entre trabalho e produtividade e a noção, por conseguinte, de que as pessoas idosas são improdutivas. O conceito biomédico clássico de que o envelhecimento é um processo inexorável de declínio e a linguagem comum de que o envelhecimento

mundial representa um perigo, um fardo, também contribuem para o que Robert Butler, psiquiatra norte-americano, denominou pela primeira vez em 1969 “senilismo” (*ageism*)<sup>68</sup>. Esta expressão foi definida como um processo de estereotipia sistemática e discriminação contra as pessoas idosas, semelhante ao que os termos racismo e sexismo indicam para a cor da pele e o gênero, respectivamente. Tal termo passou, então, a ser correntemente utilizado na língua inglesa para apontar à discriminação geral contra pessoas idosas. Estas atitudes estabelecem na sociedade e no próprio indivíduo que envelhece modelos pré-concebidos.

Neri<sup>69</sup> aprofunda o tema, indicando que os traços de preconceito acima descritos, embora ocorram na cultura brasileira em várias de suas manifestações, não representam um padrão homogêneo. Os jovens e idosos entrevistados em pesquisas realizadas pela autora em Campinas e com 4300 brasileiros entre 13 e 45 anos residentes em cidades das cinco regiões geográficas do país, forneceram dados indicando que as atitudes em relação ao idoso são positivas e as expectativas em relação à própria velhice são ainda mais positivas. Esses dados se revelaram relativamente independentes da idade, do sexo, da escolaridade e da região de residência dos indivíduos entrevistados. Estes acreditam que sua própria velhice será marcada pela acentuação dessas tendências positivas, acrescidas da experiência de vida permitida pela idade. Por outro lado, avaliam de maneira moderadamente negativa a dependência, a doença e o afastamento social passíveis de ocorrer na velhice. Vêem de forma moderadamente negativa a associação entre velhice, morte, solidão e perdas. Em conjunto, os dados obtidos por pesquisas sobre atitudes e crenças em relação à velhice tornam-se cada vez mais volumosos<sup>69</sup> e sugerem que convivem hoje no Brasil várias concepções e expectativas sobre o envelhecimento, compatíveis com as diferentes possibilidades inerentes às experiências individuais e sociais de envelhecimento. Neri

avalia que os dados fornecem elementos para o planejamento de ações educacionais voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Talvez, ainda segundo a autora, um caminho interessante em direção a esse ideal social seja investir na divulgação de conhecimentos científicos que resultem no desenvolvimento gradual de uma nova cultura sobre a velhice, que contemple as possibilidades ainda não exploradas nesta etapa da vida humana.

Pode-se tentar identificar alguns outros fatores de risco putativos ligados à violência em idosos. Sabe-se que aquelas vítimas com interdependência com seus agressores são mais sujeitas à violência. O mal uso de substâncias como o álcool pode também estar ligado a abusos e negligência, como já indicado anteriormente. A depressão pode ser fator de risco ou de associação importante <sup>70</sup>.

Em estudo publicado recentemente nos EEUU foram identificados fatores associados a maus-tratos em 701 idosos da comunidade <sup>71</sup>. Foram realizadas análises bivariadas a partir de dados colhidos utilizando o instrumento *Minimum Data Set for Home Care*, que se constitui em um questionário utilizado em asilos e instituições norte-americanas. As seguintes variáveis foram identificadas, predizendo abuso potencial nos idosos: distúrbios de memória de curto-prazo; doença psiquiátrica; mau uso de álcool; e variáveis de funcionamento e apoio social como dificuldades para interagir com outras pessoas, conflito com família ou amigos, sentimento de solidão e sistema de apoio frágil. Outras variáveis, como atividades de vida diária (AVD), doenças físicas e abuso físico por parte do idoso, não foram identificadas como preditoras de abuso potencial. Os autores admitiram que duas questões que se revelaram limitantes dos achados foram a não confirmação dos atos violentos por procedimentos sistemáticos e a baixa especificidade do modelo preditivo encontrado quando foram utilizadas as variáveis que se revelaram significativas na sua formulação.

Kosberg e Nahmiash <sup>72</sup> oferecem um panorama (Quadro 6) das características do perpetrador, da vítima e do meio que podem ser indicativos de risco para violência, sobretudo física e negligência:

**Quadro 6: Características indicativas de risco de violência**

<b>Vítimas idosas</b> Sexo feminino Estado civil casado Estado de saúde debilitado Idade cronológica mais avançada Mau uso de substâncias Condições de coabitação Fatores psicológicos Comportamentos inadequados Dependência Isolamento	<b>Perpetradores</b> Abuso de substâncias Doença emocional/mental Falta de experiência como cuidador Relutância História de abuso Estresse e sobrecarga Dependência Demência Traços de personalidade Falta de apoio social
<b>Contexto Social</b> Problemas financeiros Violência familiar Falta de apoio social Desarmonia familiar Organização do domicílio	<b>Normas Culturais</b> Senilismo ( <i>Ageism</i> ) Sexismo Atitudes frente a violência Reações ao abuso Atitudes frente a pessoas com incapacidades Imperativos familiares de responsabilidades como cuidadores

Fonte: (Kosberg e Nahmiash, <sup>72</sup>)

No estudo do Canadá de Podnieks <sup>60</sup>, anteriormente mencionado, algumas implicações relativas a fatores de risco foram encontradas, a saber, que o abuso material era mais provável em idosos isolados; e, nos casos de violência física e agressão verbal, o perpetrador mais provável era o(a) esposo(a). No NEAIS <sup>61</sup>, as vítimas de autonegligência sofriam frequentemente de depressão, confusão mental ou eram extremamente frágeis. Vários estudos recentes têm indicado que doenças possuem um papel mais importante no risco de violência no idoso que o anteriormente admitido. Patologias demenciais, depressão e desnutrição foram identificadas como fatores independentes de risco <sup>73,74</sup>. Gorbien e Eisenstein <sup>67</sup> citam como fatores de risco putativos a idade avançada, falta de acesso a recursos, baixa renda, isolamento social, minoria social, baixo nível educacional, dependência funcional, mau uso de substâncias

pelo idoso ou cuidador, história pregressa de violência familiar, história de problemas psicológicos, sobrecarga do cuidador e distúrbios cognitivos.

Algumas formas específicas de violência, como abuso sexual, têm sido muito pouco estudadas. Dados indicam que as vítimas são preponderantemente mulheres e dependentes de seus perpetradores <sup>75,76</sup>. Um fator de risco importante parece ser demência <sup>77,78</sup>.

## **2.3 A Avaliação geriátrica e avaliação da violência no indivíduo idoso**

### **A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)**

A recuperação e/ou manutenção da qualidade de vida vem sendo apontada como um dos objetivos centrais na abordagem clínica de pacientes idosos fragilizados. A história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para um levantamento amplo das diversas atividades físicas, psicológicas e sociais necessárias à vida diária. A prática clínica geriátrica deve, uma vez preocupada com a qualidade de vida, proceder a uma ampla avaliação funcional em busca de perdas possíveis nestas áreas. Rubenstein et al. <sup>79</sup> descrevem que o círculo vicioso de deterioração funcional, complicações da incapacidade e institucionalização prolongada é difícil de ser quebrado, o que torna a avaliação funcional precoce prioritária no cuidado geriátrico de saúde.

Para Applegate et al. <sup>80</sup>, indivíduos idosos frágeis apresentam-se freqüentemente com problemas de saúde múltiplos e inter-relacionados que permanecem habitualmente sem detecção. Uma avaliação objetivando a determinação do estado funcional do idoso é essencial para o ótimo manejo clínico destes pacientes.

A avaliação do idoso, levando-se em conta as doenças mais prevalentes nesta faixa etária, de ordem principalmente crônico-degenerativa, deve ser norteadada pelos princípios de avaliação funcional, em contraposição à clássica avaliação orientada pela

etiologia de doenças. Por recomendação de um comitê de especialistas do *American College of Physicians* (EUA), os objetivos podem ser classificados em cinco categorias, explicitadas no Quadro 7 abaixo <sup>79,81,82</sup>.

**Quadro 7: Objetivos da Avaliação do paciente idoso**

1. Detecção, quantificação e identificação da origem de doenças e perdas funcionais
2. Fornecimento de uma medida do resultado de intervenções funcionais ao longo do tempo.
3. Orientação de tratamentos e outras intervenções, tendo em vis a globalidade das funções e a qualidade de vida do paciente na escolha de terapêuticas alternativas.
4. Avaliação da necessidade de recursos comunitários.
5. Previsão mais acurada do curso de doenças crônicas.

Fonte: *American College of Physicians*

O método utilizado vem se desenvolvendo desde as primeiras publicações de Marjorie Warren, médica britânica que, em 1936, iniciou o processo de avaliação específica do paciente idoso <sup>83</sup>. Baseia-se no princípio do trabalho multi e interdisciplinar e tem sido comumente denominado de Avaliação Geriátrica Ampla (*Comprehensive Geriatric Assessment*) (AGA). Mais recentemente, dada a preocupação em se explicitar que o tratamento e seguimento clínicos são partes importantes e focos desta avaliação, tem-se utilizado a denominação “Avaliação e Tratamento Geriátricos Amplos” (*Comprehensive Geriatric Evaluation and Management*). Seu conceito resume-se na avaliação interdisciplinar dos fatores físicos, psicológicos e sociais que afetam a saúde dos pacientes mais idosos e frágeis, de maneira a planejar um melhor tratamento e acompanhamento de longo prazo <sup>84</sup>.

A AGA forma um conjunto de técnicas, procedimentos e ambientes operacionais onde se associa às intervenções habituais de várias disciplinas de saúde uma avaliação funcional abrangente. Desde sua concepção caracteriza-se por uma diversidade de formas de implementação, que podem se dar em ambientes de enfermarias especializadas, unidades ambulatoriais ou unidades de cuidados no domicílio.

Os componentes básicos e dimensões mensuráveis da AGA incluem a avaliação dos problemas médicos e comorbidades relevantes, do estado funcional, estado psicológico, rede de suporte e atividades sociais, necessidades econômicas e moradia (Quadro 8). Idealmente, em um grupo interdisciplinar, cada componente pode ser avaliado pelo membro mais apropriado da equipe que, em seguida, levará os dados para a discussão na conferência do grupo.

O processo da AGA inicia-se com a identificação do paciente-alvo, que se constitui mais comumente no indivíduo idoso que tenha sofrido deteriorações em sua saúde e função. Tal atividade de busca de caso ou rastreamento pode se dar em diversos ambientes, incluindo uma instituição de saúde, consultório médico, ou mesmo fora do ambiente de saúde usual, como o domicílio ou um centro de convivência. Em geral, quando a condição de saúde do indivíduo se deteriorou, porém, sua função permanece estável, ele pode receber os cuidados comuns básicos de saúde sem necessidade da AGA. O paciente sai, portanto, do processo e é encaminhado para cuidados tradicionais dependendo de suas necessidades de saúde, como clínica médica geral, oftalmologia, ou outra clínica especializada. Entretanto, pacientes com deficiências novas e perdas progressivas do seu status funcional ou que possuam problemas geriátricos múltiplos e complexos devem receber os cuidados da AGA, submetendo-se a procedimentos mais complexos<sup>84</sup>. Cumpre ressaltar, com risco de redundância, que a AGA não é uma tecnologia de simples rastreamento de problemas. Isto se dá no início do processo, com objetivos de eficiência e focalização nos pacientes mais frágeis. A AGA, além da triagem, procede ao acompanhamento do paciente idoso, com ações de prevenção e/ou reabilitação funcional.

**Quadro 8: Componentes principais da AGA****Saúde Física**

- Lista tradicional de problemas.
- Indicadores de gravidade de doenças.

**Habilidade Funcional Geral**

- Atividades básicas e instrumentais de vida diária.
- Medidas de marcha e equilíbrio.
- Níveis de atividade física.

**Saúde Psicológica**

- Testes cognitivos (status mental).
- Escalas afetivas (depressão).

**Parâmetros Sociais e Ambientais**

- Necessidades e recursos de suporte social.
- Adequação e segurança do ambiente.

Fonte: <sup>84</sup>, adaptado

Após uma revisão da informação médica, talvez mesmo após um exame físico focalizado no problema inicial que trouxe o paciente ao serviço, uma AGA típica revisa as habilidades funcionais gerais (Quadro 8). Isto é geralmente captado com a utilização de medidas de atividades básicas de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). As AVDs incluem atividades básicas de autocuidado como alimentação, banho, transferência e higiene pessoal. Pacientes com tais dificuldades necessitam, em geral, de supervisão diária de 12 a 24 horas. As AIVDs incluem trabalho doméstico mais pesado, gerência do orçamento doméstico, saídas do domicílio para passeios ou compras e habilidade em utilizar telefone – atividades necessárias para a independência do indivíduo em seu domicílio <sup>84</sup>.

A interpretação dos resultados de distúrbios nas habilidades funcionais gerais do paciente requer usualmente informações complementares sobre sua situação social e do domicílio. Por exemplo, a malha social em redor do paciente, o tipo e quantidade de suporte à disposição e o nível de atividades sociais em que o paciente participa vão

influenciar as decisões clínicas subsequentes à identificação do distúrbio <sup>84</sup>. Dois outros itens cruciais na AGA são avaliações de déficits cognitivos e depressão, prevalentes nesta população idosa (Quadro 8.). O uso de medidas de avaliação padronizada e instrumentos como questionários e escalas propiciou a formação de uma linguagem comum, formalizou os componentes principais da AGA e introduziu um aspecto quantitativo no processo de avaliação.

Uma vez que a AGA tenha identificado e quantificado o nível de distúrbio, incapacidade e desvantagem do paciente e suas causas, podem-se formular estratégias de cuidados e tratamento. Um conhecimento dos recursos institucionais e comunitários para o tratamento ou reabilitação do paciente é essencial para a formulação de um planejamento ótimo de cuidados e seguimento de longo prazo.

Outra questão fundamental está ligada à tipicidade das patologias decorrentes em idosos, de naturezas crônico-degenerativas e geralmente com a presença concorrente de múltiplas patologias. O processo de AGA, portanto, não raramente revela uma grande quantidade de problemas de saúde. Segundo Chad Boulton e James T. Pacala <sup>85</sup>, infelizmente, muitos programas de AGA atuais não delineiam previamente as prioridades e os processos utilizados para se planejar o cuidado. Por consequência, os planos e suas efetividades respectivas terminam por sofrer variações de um programa a outro. Ainda, segundo os autores, estudos recentes têm procurado identificar as condições nas quais as equipes deveriam focalizar preferencialmente seus esforços, ou seja, aquelas que geralmente induzem às maiores perdas e custos e para as quais há tratamentos mais efetivos. Há grupos, por exemplo, que avaliam o paciente, identificam seus problemas e o re-encaminham para seus médicos assistentes ou serviços de origem. Há outros que acompanham os pacientes enquanto estes possuem distúrbios funcionais e, uma vez resolvidos estes problemas, dão alta. Há grupos, no entanto, que, uma vez

captado o paciente, passam a assisti-lo indefinidamente, diminuindo, apenas, quando possível, o nível de assistência para um acompanhamento mais simples que, strictu sensu, não poderia ser denominado de AGA.

Como mencionado anteriormente, a AGA pode ser realizada em uma variedade de locais, de centros hospitalares a ambientes domiciliares. Vários fatores devem ser considerados na decisão do local onde a AGA será implementada. O Quadro 9 indica alguns destes fatores como o nível de incapacidade e cognição do paciente, acuidade e complexidade da doença, rede de suporte social e acesso a transporte.

**Quadro 9: Níveis e locações da AGA: principais determinantes**

	<b>Ambulatório/ domicílio</b>	<b>Unidade ambulatorial/ equipe</b>	<b>Unidade hospitalar/equipe</b>
<b>Nível de incapacidade</b>	Baixo	Intermediário	Alto
<b>Disfunção cognitiva</b>	Leve	Leve - Grave	Moderada - grave
<b>Agudez da doença</b>	Leve	Leve – Moderada	Moderada - grave
<b>Complexidade</b>	Baixa	Intermediária	Alta
<b>Suporte social</b>	Bom	Bom – regular	Bom - ruim
<b>Transporte</b>	Bom	Bom	Bom - ruim

Baseado em Rubenstein <sup>84</sup>.

Alguns programas de AGA se comportaram melhor do que outros em avaliações sistemáticas. Porém, os resultados gerais indicam diminuição da mortalidade, melhora da função cognitiva, diminuição da frequência de hospitalizações e aumento da probabilidade de se permanecer no domicílio <sup>86,87,88,89</sup>. As avaliações tendem a produzir melhores resultados quando as equipes de AGA possuem controle sobre a implementação dos tratamentos necessários e a evolução para a recuperação funcional do paciente idoso <sup>86</sup>.

No Brasil, a atual estrutura institucional de saúde e a escassez de recursos humanos, materiais e financeiros para atendimento às crescentes demandas de idosos que estão envelhecendo em condições precárias respaldam a observância das diretrizes de desospitalização, adotando-se a assistência domiciliar, as ações que promovam o autocuidado e a prevenção ampla e o desenvolvimento de recursos sociais comunitários efetivos<sup>90</sup>.

Nesse sentido, emergiram importantes direcionamentos do Ministério da Saúde, como a Portaria 1.395 de 09 de dezembro de 1999<sup>91</sup>. Seu objetivo foi determinar que todos os órgãos e entidades cujas ações se relacionem com a Política Nacional de Saúde do Idoso promovessem a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades utilizando as seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional, assistência às necessidades de saúde do idoso, reabilitação da capacidade funcional comprometida, capacitação de recursos humanos especializados, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e apoio a estudos e pesquisas.

A Organização Pan-Americana de Saúde também recomenda, para o desenvolvimento de políticas, planos e programas institucionais de atenção aos idosos, que as práticas se concentrem, entre outras áreas, em programas gerais de base comunitária. Tais programas proporcionariam diversos ambientes para o envelhecimento com saúde e estimulariam planos destinados a apoiar a provisão familiar de atenção, proteger a dignidade dos idosos e evitar a institucionalização desnecessária de pessoas debilitadas<sup>90</sup>. Dos profissionais, entre outras atribuições, espera-se o desenvolvimento individual em que se destaca o zelo pela preservação da qualidade de vida, autonomia e dignidade do idoso, atenção integral ao idoso em função do seu ambiente, família e comunidade<sup>90</sup>. A avaliação da violência doméstica e do

idoso em particular, por motivos que serão explicitados na seção subsequente, se adapta à AGA neste contexto, idéia compartilhada por vários pesquisadores <sup>1,65,92,93</sup>.

#### **Avaliação de violência no indivíduo idoso**

Os princípios básicos da gerontologia buscam a promoção da saúde das pessoas idosas, a diminuição da incidência de declínio funcional através da prevenção de doenças, suas seqüelas e complicações e a manutenção da capacidade funcional com o intuito de preservar a sua independência e autonomia. Tal perspectiva oferece também aos profissionais da área a possibilidade de identificação da ocorrência de maus-tratos e a elaboração de estratégias de intervenção adequadas para manter a pessoa idosa protegida. Além disto, uma vez que os indivíduos idosos procuram um profissional de saúde com duas a três vezes maior freqüência que as pessoas mais jovens, a identificação de abuso ou de idosos com risco de maus-tratos, bem como o início de algum tipo de intervenção em muitos casos, podem ser realizados em um ambiente de cuidados de saúde <sup>65</sup>.

O atendimento do paciente geriátrico já é, há algum tempo, orientado para a avaliação interdisciplinar dos distúrbios funcionais deste indivíduo. Torna-se, portanto, natural incorporar a avaliação e atendimento do idoso que é vítima ou envolvido em maus-tratos nesta avaliação geriátrica geral. A importância dos distúrbios funcionais associados à violência pode ser explorada em um ambiente que já avalia aquele tipo de problemas <sup>1</sup>.

Pesquisadores de violência contra o idoso e violência familiar recomendam o trabalho interdisciplinar <sup>1,31,94,95</sup>. O médico e o assistente social possuem um papel fundamental, compondo a equipe mínima, na avaliação e intervenção em situações de violência, bem como na AGA. São também importantes uma enfermeira, um psicólogo clínico e um conselheiro jurídico ou um policial <sup>96</sup>. Outros profissionais podem ser

solicitados. Nos casos de idosos internados em hospitais e instituições de longa permanência, a equipe de saúde do local deve ser entrevistada <sup>31</sup>. O treinamento para avaliar risco ou evidências de violência, de uma equipe interdisciplinar já habituada a trabalhar com o idoso e com técnicas de rastreamento de distúrbios de várias ordens, pode ser um passo essencial na melhoria da detecção de maus-tratos nesta população.

Como se observou nos estudos já citados <sup>59,60,61</sup>, abusos contra idosos ocorrem em prevalência suficiente na comunidade para merecerem procedimentos de triagem. São mais freqüentes, por exemplo, que suicídios e causam morbidade significativa e mortalidade ocasional <sup>97</sup>.

O diagnóstico de abuso físico deve ser considerado sempre que um idoso apresentar lesões múltiplas em vários estágios de evolução ou quando as lesões não puderem ser explicadas de forma satisfatória, ou mesmo quando as explicações fornecidas forem implausíveis. De forma semelhante, o diagnóstico de negligência grave deve ser considerado sempre que um paciente que é dependente de um cuidador conhecido e que possui recursos adequados, se apresenta com distúrbios nutricionais graves, más condições de higiene ou maus cuidados e desatenção a problemas de saúde, como faltas constantes a consultas médicas e não observação da prescrição médica. O abuso psicológico pode ser de difícil identificação no curso da entrevista inicial. Além disto, há uma variabilidade importante no conceito de abuso por diferentes grupos étnicos e culturais, que podem entender uma ação específica menos como abusiva que como parte de seu padrão cultural <sup>1</sup>.

Em geral, fora do ambiente de emergência, o médico ou profissional de saúde se depara mais freqüentemente com formas sutis de maus-tratos nas quais negligência, abuso psicológico ou ambos predominam <sup>1</sup>. A identificação destas apresentações mais insidiosas é dificultada pela presença concomitante de doenças crônicas em idosos,

cujas manifestações podem mimetizar maus-tratos ou diminuir a suspeição clínica dos mesmos. No caso dos abusos financeiros, os sinais são ainda mais sutis e difíceis de se captar<sup>98</sup>.

O profissional, diante de dificuldades apontadas acima e na ausência de apresentações mais características de violência, deve proceder a uma avaliação estruturada na investigação deste evento em idosos. O clínico que entrevista uma vítima potencial deve possuir um claro senso do tipo de informação requerida. A maior parte dos profissionais não possui, infelizmente, um protocolo formal para guiá-los nesta investigação. Nos EEUU, por exemplo, a Associação Médica Americana (AMA) formulou, em 1992, sugestões sobre a documentação em violência contra os idosos, mas estas não foram concebidas na forma de protocolo<sup>99</sup>, o que tornou difícil sua implementação. Ademais, a questão de quando avaliar uma pessoa idosa quanto a possíveis maus-tratos é de difícil solução. Ainda assim, o guia da AMA sugere que todas as pessoas idosas devam ser indagadas pelos seus médicos sobre violência familiar, mesmo na ausência de sintomas potencialmente atribuíveis a abuso ou negligência<sup>1,99</sup>.

Embora avaliações padronizadas para a identificação de abuso e negligência tenham sido desenhadas para pacientes com forte suspeita de maus-tratos<sup>95,100,101</sup>, não há estudos formais que testem a validade de critério das mesmas<sup>1</sup>. Alguns instrumentos que avaliam função dos pacientes e fatores de risco relativos à violência já são utilizados na AGA, como aqueles que avaliam função cognitiva tal qual o Mini-Exame do Estado Mental<sup>102</sup>, e depressão, como a Escala de Depressão Geriátrica<sup>103</sup>.

É essencial que se avalie a segurança da vítima. Se esta estiver em perigo imediato, uma ação rápida é necessária, seja por hospitalização, referência e encaminhamento a um abrigo apropriado ou uso de instrumentos jurídicos à disposição.

Também, o diagnóstico e planejamento de intervenções devem ser discutidos pela equipe <sup>94,96</sup>. Na ausência de métodos apropriados de triagem, avaliação e intervenção envolvendo a vítima e o perpetrador/instituição, os profissionais se vêem diante de um quadro assustador e confuso. A ação interdisciplinar e estruturada pode permitir aos profissionais que compõem este grupo conduzir os casos de violência com mais confiança e eficiência <sup>96</sup>. Exceto em casos onde há algum indício de presença de uma lesão grave ou perigo iminente de conseqüências sérias para a vítima em potencial, uma avaliação bem organizada pode ser feita no curso de várias entrevistas. Deve captar informações obtidas de fontes diversas, incluindo os cuidadores, outros membros da família, vizinhos, enfermeiras e pessoal integrado aos cuidados formais e informais do indivíduo. A avaliação ideal deveria incluir uma visita domiciliar <sup>1</sup>.

Por fim, é essencial que se realize uma documentação para o bom atendimento e cuidado do paciente. Esta deve ser detalhada, não somente na avaliação inicial, mas também à medida que prossigam os cuidados com a pessoa idosa. Chamadas telefônicas, quando houver, encontros pessoais e correspondências recebidas pelos profissionais devem ser incorporadas ao documento. Estes procedimentos facilitam a compreensão dos fatos e a interpretação dos dados pertinentes, das intervenções iniciadas no período e das possíveis conseqüências daquelas ações, muitas vezes anos após o evento, incluindo ações legais <sup>104</sup>. Também, a documentação padronizada forma a base da comunicação entre as disciplinas e facilita esta comunicação. É essencial para que se obtenham os serviços de atendimento necessários em um caso de violência. Por fim, a documentação bem realizada protege o profissional de processos judiciais com objetivo de contestar sua intervenção em um caso de abuso possível e, ao final, tais cuidados podem resultar no fim da violência contra um indivíduo idoso por trazer suporte a ações legais necessárias.

Embora a realização de uma documentação completa possa parecer cansativa e longa, esta é a base de um bom cuidado com o paciente. O procedimento inclui instrumentos estruturados de triagem, questionário não estruturado e descrições do seguimento do paciente vítima de violência. Esta conduta economizará tempo no longo prazo e poderá proporcionar melhores resultados para o paciente e o profissional de saúde<sup>104</sup>.

Percebe-se, portanto, que a avaliação da violência, de cunho interdisciplinar, possui pontos comuns com a AGA. Pode-se, por isto, utilizar a estrutura da AGA para a avaliação do risco de violência, ao se inserir na avaliação geral do indivíduo idoso com risco de distúrbios funcionais que, pelo que se depreende dos fatores de risco putativos da violência doméstica, é também um indivíduo com risco de abusos e negligência.

#### **2.4 Instrumentos de aferição da violência contra o idoso**

Apesar da ênfase recente à importância de se utilizarem instrumentos para a detecção de abuso em idosos<sup>59,70,80,96,99,105</sup>, não há protocolos ou instrumentos de avaliação universalmente aceitos para a triagem ou avaliação da violência doméstica em idosos<sup>1,65,104</sup>. Segundo Rosenblatt<sup>104</sup>, isto se deve à complexidade do problema que é, por sua vez, multifatorial. Nos EEUU, por exemplo, embora haja legislação definida sobre o abuso em idosos nos 50 estados e, em quase todos, a notificação seja compulsória, as definições diferem de acordo com a região e mesmo entre os profissionais das diferentes especialidades que lidam com os idosos, sejam elas ligadas à medicina, enfermagem, serviço social ou direito. Em segundo lugar, a raridade de pesquisas na área tem como consequência o parco conhecimento sobre os fatores de risco correlatos e a pouca clareza sobre os marcadores de violência que devem ser identificados através dos instrumentos de triagem e avaliação. Por fim, o abuso em idosos inclui múltiplas formas, como visto nas seções anteriores, com sintomas que,

muitas vezes, se sobrepõem e também se confundem com outros relacionados a patologias prevalentes nesta faixa etária <sup>104</sup>. Alguns autores ponderam que a utilização dos instrumentos isoladamente não proporciona uma avaliação adequada do abuso em idosos, dada a complexidade da avaliação <sup>100</sup>. Porém, os instrumentos podem servir de ponto de partida e, como visto anteriormente, uma base sólida para boa documentação da violência.

A identificação da violência em idosos é um processo relativamente novo. Por este motivo, as medidas podem variar de não sistematizadas até metodologias escritas e uniformizadas. A avaliação da violência neste grupo etário pode utilizar estratégias espontâneas e intuitivas ou avaliações mais sistemáticas como protocolos <sup>106,107</sup>. A vantagem das últimas é a possibilidade de replicação dos dados.

#### **Instrumentos de avaliação de violência em idosos e suas funções**

Johnson propõe que os instrumentos de avaliação de maus-tratos em idosos podem variar da identificação de necessidades por parte das vítimas até planos de cuidado <sup>108</sup>. A autora caracteriza cada tipo de instrumento segundo seu propósito, nível de proficiência exigido para administrar e a maneira pela qual a informação será utilizada. O Quadro 10 sintetiza a proposta de Johnson.

**Quadro 10: Instrumentos de violência em idosos e suas funções**

<b>Tipo de instrumento</b>	<b>Propósito</b>	<b>Nível de proficiência</b>	<b>Utilização</b>
<b>1. Identificação de necessidades</b>	Necessidade geral	Baixo	Coleta de dados genéricos (basal)
<b>2. Instrumento de risco</b>	Problema mais específico	Moderado	Decisão sobre se problema potencial ou crise
<b>3. Relatório</b>	Adesão à legislação	Moderado	Registro do caso com agência oficial responsável
<b>4. Investigação</b>	Evidência	Alta	Documentação da

			ocorrência
<b>5. Avaliação de caso</b>	Determinar a resolução do problema ou crise	Alta	Medidas menos restritivas
<b>6. Acompanhamento de caso</b>	Encontrar as melhores opções	Alta	Articular serviços necessários
<b>7. Planejamento de cuidados</b>	Contratar com as partes principais	Alta	Restaurar/melhorar qualidade de vida

Fonte: Johnson, 1991.<sup>108</sup>

### **Instrumento de identificação de necessidades**

Johnson<sup>109</sup> descreve estes instrumentos como os mais simples no que se refere à compilação de dados. Seu propósito é determinar todas as necessidades de saúde e bem estar do indivíduo – médicas, estado funcional, mental, social e legal. Seu objetivo principal é verificar com segurança a ausência de problemas. São utilizados na avaliação inicial do paciente idoso e funcionam como um instrumento de base de coleta de dados, uma introdução ao conhecimento do paciente. Embora possam identificar maus-tratos, não são particularmente desenhados para este fim ou qualquer outro problema específico. Pelo contrário, são considerados instrumentos gerais que captam uma ampla variedade de sinais e sintomas por meio de observações e auto-relatos.

Não há necessidade que o avaliador seja exaustivamente treinado no uso de tais instrumentos. A informação é coletada em uma entrevista simples com perguntas e respostas rápidas. Uma limitação deste tipo de instrumento é que este não é, em geral, repetido periodicamente, mesmo que as necessidades do paciente mudem com o passar do tempo. É utilizado basicamente como ponto de partida na avaliação do idoso.

### **Instrumento de risco**

Johnson<sup>109</sup> identifica este tipo de instrumento como uma técnica mais seletiva e específica de compilação de dados. É utilizado na avaliação de suspeita que um indivíduo idoso esteja acometido por problemas específicos, testando esta possibilidade

com uma bateria de perguntas. No tocante à violência, as perguntas deste grupo de instrumentos são concebidas para se determinar se a situação encontrada se caracteriza como de risco ou uma situação de violência de fato, denominada de crise. O elemento de risco, segundo a autora, sugere que há situações dinâmicas presentes que poderiam ter um impacto significativo e adverso sobre o paciente. Portanto, o instrumento de risco é utilizado para promover prevenção e proteção.

O nível de treinamento necessário para se administrar o instrumento de risco é maior que para o instrumento de identificação de necessidades. O entrevistador deve ser sensível a uma série de pistas, explícitas ou implícitas, bem como a possíveis reações de negação, distorção de fatos e resistência por parte do entrevistado. Ainda, segundo Johnson, um problema é conceituado como algo que poderia se tornar um sofrimento desnecessário, mas que, no momento, é simplesmente um sinal de alerta. A autora prefere identificar a violência como um sofrimento desnecessário, pois, com este conceito, mantém a generalidade do termo sem entrar em questões tais como o propósito do ato ou a culpabilidade do perpetrador. Uma crise indica uma situação de sofrimento desnecessário no presente, que deve ser avaliada e interrompida.

### **Relatório**

Johnson <sup>109</sup> indica que, quando o profissional sabe ou suspeita que o paciente seja vítima de abusos, torna-se importante, em primeiro lugar, que se sigam as diretrizes de uma agência de proteção a adultos (*Adults Protective Agency - APS*) existente na região ou jurisdição. As APS são locais, nos EEUU, onde profissionais treinados em violência centralizam as ações relacionadas ao encaminhamento dos casos substanciados. Deste modo, aquelas autoridades especializadas devem ser informadas através deste instrumento, equivalente à ficha de notificação. O instrumento contém dados relativos à identificação de violência segundo critérios oficiais da região. O

propósito do documento é simplesmente colher a informação identificada. Em ocasião posterior a informação será mais bem investigada por quem a coletou, ou outro profissional mais treinado. Deve haver níveis moderados de treinamento no problema, pois há que se estar preparado para descrever a situação de forma clara e precisa. Entretanto, a avaliação da veracidade dos dados transmitidos pelo paciente não é feita neste momento.

Quando não há APS para relatar o fato, o profissional deve decidir quais pessoas ou agências deveriam ser as mais apropriadas para enviar a informação se o mesmo não se sente capaz de levar o caso de forma independente <sup>109</sup>. Por isto, torna-se importante que o profissional tenha um conhecimento claro da situação da vítima em potencial para fornecer a melhor informação à instituição que se responsabilizará pelo caso. O próximo passo é a investigação da violência, que exige um instrumento mais sofisticado.

#### **Instrumento de investigação**

É utilizado com o objetivo de substanciar a situação de violência. O investigador deve ser treinado exaustivamente em sua utilização, bem como nas leis em vigor na região. Por isto, somente o especialista em violência doméstica contra o idoso é qualificado para encontrar evidências claras e convincentes de violência de fato <sup>109</sup>. Este instrumento é especialmente utilizado para documentar a ocorrência do sofrimento desnecessário e pode servir em procedimentos judiciais porventura necessários para proteger a vítima.

#### **Instrumento de avaliação de caso**

Se os instrumentos de investigação forneceram evidências convincentes de maus-tratos com base no protocolo de uma agência autorizada, este é o próximo passo <sup>109</sup>. Neste estágio de identificação, o profissional é chamado a organizar os tipos de ações indicadas – informação, aconselhamento, negociação entre a vítima e o

precipitante\*<sup>1</sup>, mudança de domicílio, ações jurídicas, ações de tutela, ordens restritivas, etc. Também, neste caso o agente deve ser altamente treinado em serviços de proteção a adultos.

Este tipo de instrumento sinaliza o ponto a partir do qual a intervenção sobre um caso de violência se inicia. A vítima e o precipitante\*<sup>1</sup> devem ser avaliados para que ações efetivas de prevenção e estratégias de proteção possam ser implementadas, baseadas no perfil mais acurado das partes relevantes envolvidas. Cada situação é diferente e, portanto, o instrumento de avaliação de caso gerará perfis singulares para cada situação.

#### **Instrumento de acompanhamento de caso**

Os instrumentos de acompanhamento são concebidos para identificar todas as intervenções apropriadas indicadas na avaliação do caso. O administrador do caso tentará coordenar os diversos serviços envolvidos utilizando tal instrumento com o objetivo de esclarecer quais sistemas de proteção serão os mais benéficos para prevenção de violência. Também, nesta situação, o administrador de caso deve ser altamente treinado e especializado na identificação dos pontos fortes e limitações da vítima e dos serviços envolvidos e da capacidade de adaptação de cada serviço ou ação às características individuais e sociais da vítima. Neste sentido, o administrador do caso funcionaria como um advogado da vítima. Seu conhecimento sobre as opções de serviços comunitários deve ser grande e sua capacidade de coordenação eficiente. Quinn e Tomita <sup>110</sup> observam que a coordenação destes serviços pode envolver entre duas e dez agências.

#### **Instrumento de planejamento de cuidados**

---

\*<sup>1</sup> A autora prefere se referir ao agressor nestes termos para diminuir a questão da culpabilidade

Finalmente, Johnson descreve este tipo de instrumento, que difere do anterior uma vez que os planejadores de cuidado permanecem diretamente envolvidos com o idoso após a identificação e mobilização dos serviços <sup>109</sup>. Seu papel é monitorar o progresso na prevenção e proteção da vítima. Tal processo envolve revisões periódicas, adaptações e revisões das intervenções que foram negociadas com o cliente e outras partes relevantes envolvidas, em intervalos regulares. Uma negociação contínua ajuda a assegurar que o episódio de maus-tratos foi resolvido. Este instrumento é basicamente um contrato com a vítima e, se possível, o precipitante\*<sup>1</sup>, com o objetivo de resolver o problema e prevenir seu recrudescimento. O profissional deve ser altamente treinado na arte da negociação, empatia e encorajamento. Deve manter uma postura de atenção incondicional e positiva à vítima e o precipitante\*<sup>1</sup>.

O foco deste instrumento é simplesmente um esforço na resolução do problema. É utilizado principalmente como um acordo entre as partes envolvidas na violência para restaurar os direitos dos idosos em preservar sua qualidade de vida em um nível apropriado a estes indivíduos.

#### **Instrumentos de risco e o contexto da AGA**

A classificação, descrita na seção anterior, dos instrumentos de aferição de violência constitui, acima de tudo, uma tipologia ideal de possibilidades e nem todos são utilizados na avaliação de violência em idosos, segundo Johnson <sup>109</sup>. Dentre eles, os mais relevantes para os serviços de saúde que atendem idosos utilizando a AGA, ou seja, cujos profissionais não são especialistas em violência em idosos, são os instrumentos descritos como instrumentos de risco. Estes, por sua vez, podem ser utilizados em vários formatos.

Johnson subclassifica-os, conforme o Quadro 11 abaixo, em instrumentos de descrição, rastreamento, avaliação, monitoramento e predição <sup>109</sup>. O que distingue os

instrumentos de risco é que, primeiro, cada um possui pontos de partida diferentes quanto a que informação é importante captar. Segundo, seus processos de captação são diversos e, por fim, seus resultados divergem. Um instrumento pode conter todos os tipos de mensuração, embora nem sempre seja o caso.

**Quadro 11: Níveis de mensuração dos instrumentos de risco**

Nível	Ponto-de-partida	Processo	Resultado
1. Descrição	Organizar dados em temas comuns	Resposta a perguntas: quem, o que, onde, como, quando, por quê.	Identificar contexto
2. Rastreamento	Se a condição está presente	Lista de indicadores	Identificar positivos
3. Avaliação	Coleta de dados relativos à intensidade e densidade da condição	Diagnóstico	Dados qualitativos e quantitativos
4. Monitoramento	Avaliação repetida	Medida de mudança	Busca de sinais de resolução
5. Predição	Indicadores claramente designados	Afirmações se/então	Opções futuras

Fonte: Johnson, 1991.<sup>109</sup>

Um último aspecto dos instrumentos de risco concerne sua utilização como instrumentos de pesquisa ou instrumentos de utilização clínica. Os primeiros procuram coletar dados populacionais, enquanto que os de uso clínico coletam dados específicos de cada caso. Por isto, o desenho de cada instrumento pode ser diferente dependendo da utilização pretendida<sup>100</sup>. Kane e Kane<sup>106</sup> observam que, enquanto a avaliação clínica responde ao indivíduo, os instrumentos de pesquisa refletem uma condição particular ou domínio. As avaliações clínicas são individualizadas e flexíveis, envolvem julgamento pessoal, profissional e um entendimento dos recursos disponíveis. Os instrumentos de pesquisa, por outro lado, focalizam primariamente variáveis, baseando-se na objetividade e mensurações estáveis<sup>106</sup>. No ambiente de AGA, os instrumentos mais interessantes são os de utilização clínica, pois os profissionais envolvidos são menos especializados em violência e seu objetivo é a determinação das circunstâncias de vida específicas de um indivíduo.

Com o panorama proposto de classificação de instrumentos de violência, é possível rever o Quadro 10 acima, levando-se em conta o foco específico desta Tese. Enquanto os instrumentos de identificação de necessidades (item 1 no Quadro 10) são muito genéricos, os instrumentos 4 a 7 são específicos demais para o propósito da AGA, pois requerem elevado nível de proficiência em violência. Por outro lado, os instrumentos classificados como de risco por Johnson sugerem risco potencial ou presença de maus-tratos. O elemento de risco infere que há uma dinâmica operando que pode já constituir um caso de maus-tratos ou, ainda, uma situação potencial. Requerem apenas nível de treinamento moderado, adequado às especificações da AGA. Tais instrumentos seriam utilizados, dependendo do tipo de programa de AGA implementado, conforme discussão na seção 2.3.1, na primeira avaliação da AGA, em avaliações posteriores da evolução funcional do indivíduo, ou mesmo fora do ambiente de AGA (Quadro 12). Portanto, o foco desta Tese foi nos instrumentos de risco (item 2 no Quadro 10).

**Quadro 12: Instrumentos de risco de violência e avaliação do idoso**

**Rastreamento de problemas fora do ambiente da AGA**

- Médico de família e postos de saúde com programa de saúde da família
- Serviço social
- Hospitais gerais, serviços de emergência, unidades hospitalares

**AGA**

- Triagem funcional
- Acompanhamento evolutivo

### 3 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DO ESTUDO

#### 3.1 Justificativas

A violência no estrato social mais velho é um fenômeno ainda pouco estudado. Sua magnitude e morbidade associada são suficientemente importantes para merecer atenção e ações preventivas de porte.

Como é possível que os profissionais de serviços de saúde constituam o grupo que esteja em contato mais freqüente com os distúrbios relacionados às diversas formas de violência, torna-se necessária sua capacitação na atenção primária de saúde, objetivando a identificação, prevenção e intervenção em casos de maus-tratos e negligência. Neste contexto é importante que se conceba um protocolo de atendimento ao idoso para o rastreamento de situações de violência, o acompanhamento das vítimas potenciais, a criação de redes de apoio para atendimento aos idosos vitimados, além da ampla divulgação dos recursos existentes na comunidade para o encaminhamento dos casos.

O estudo e os dados sobre a violência contra o idoso no mundo e particularmente no Brasil são escassos, necessitando uma melhor compreensão. Algumas ocorrências recentes, divulgadas pela imprensa, de atos violentos contra pessoas idosas, praticados por seus familiares e inseridos no contexto da violência doméstica contra o idoso, procuram levantar a questão e divulgar o problema <sup>111</sup>. Tais relatos indicam certa preocupação da sociedade civil com questões específicas de violência doméstica envolvida em um ambiente mais amplo de violência social generalizada. Torna-se, portanto, de relevância a estruturação, no Brasil, dos dados acerca da violência doméstica e, em particular, da violência contra o idoso.

A avaliação geriátrica, realizada por meio da AGA, é um trabalho multidisciplinar estruturado de identificação e tratamento de distúrbios múltiplos. Seu

objetivo primordial consiste em avaliar e manter a independência física, psicológica e social do paciente idoso. A avaliação e enfrentamento da violência seguem padrão semelhante, o que torna particularmente atrativa a inserção da pesquisa sobre violência em idosos na AGA.

Como mencionado anteriormente, várias referências apontam para a documentação estruturada na avaliação de violência, cujos motivos são médicos, processuais e legais <sup>46,54,70,99,112</sup>. Esta documentação se vale de recursos como questionários estruturados e/ou testes de avaliação de capacidade potencial ou desempenho, denominados instrumentos de avaliação. Vale lembrar que o uso de um teste padronizado permite ao profissional de saúde estabelecer uma linha de base e, na reavaliação periódica com o instrumento, uma análise mais acurada de modificações na função, necessidade de testagem mais detalhada e ação na eventualidade de um declínio importante <sup>82</sup>.

A necessidade de rigor em todo o processo de aferição, incluindo no que concerne à preparação dos instrumentos de coleta de dados, é enfatizada na literatura da área de epidemiologia. Vários autores têm exaltado a qualidade dos instrumentos de aferição e os processos de coleta de informações como pilares básicos da validade de estudos epidemiológicos <sup>113,114,115</sup>. No campo específico de violência familiar, a questão torna-se ainda mais central, na medida em que se trata de um objeto de difícil apreensão empírica.

Medidas padronizadas facilitam sobremaneira a comunicação entre as disciplinas, cuidadores, instituições, e ao longo do tempo. Podem também facilitar a comunicação entre os profissionais, o paciente e a família, e estimular um sentimento de participação do paciente em seu tratamento. Um grande benefício deste tipo de avaliação estruturada é a atenção, muitas vezes, a condições subdiagnosticadas.

Ademais, este tipo de conduta aumenta a atenção para áreas de boa ou até de super-função\*<sup>2</sup>, que podem ser úteis no planejamento de cuidados e ações de saúde <sup>81</sup>.

Instrumentos que procuram identificar condições de risco ou fatores de risco para abuso em idosos podem ser particularmente úteis em um contexto geral de prevenção de perda funcional, como se vê na AGA. São instrumentos que devem ser relativamente objetivos e rápidos. Além disto, outros instrumentos genéricos já utilizados na AGA, como aqueles que avaliam a cognição, o humor, nutrição e as atividades básicas e instrumentais de vida diária, podem acrescentar informações relevantes para o estudo da violência doméstica. Estas funções oferecem um panorama mais amplo sobre as possibilidades e riscos do paciente idoso frente a seu agressor em potencial que é, em geral, o cuidador ou alguém próximo <sup>59,60,61</sup>.

Porém, há indicações importantes de que os protocolos desenhados para esta avaliação estruturada, bem como os instrumentos concebidos com o fim de rastreamento de fatores de risco e/ou presença de maus-tratos ou negligência contra idosos, são pouco ou mal estudados, com escassa documentação sobre validade ou confiabilidade. As diferentes definições do fenômeno, amplamente permeadas por questões culturais, e a conseqüente heterogeneidade dos instrumentos de aferição utilizados são questões que dificultam o avanço dos estudos na área. Além disso, o esforço demandado na construção e avaliação de novas ferramentas diagnósticas e a perda de comparabilidade externa quando não se utiliza instrumental comum instigam a opção pelos já existentes desde que previamente validados e adaptados aos diferentes contextos sócio-culturais.

Há uma inexistência aparente de instrumentos de avaliação de risco de violência contra o idoso no Brasil. Um estudo de adaptação para o contexto brasileiro traz, além de material de base necessário para realização de avaliações epidemiológicas e clínicas,

---

\*<sup>2</sup> Denomina-se super-função, aquela além da média esperada para o grupo etário. Por exemplo, correr maratonas aos 75 anos de idade, o que caracterizaria capacidade motora e cardiopulmonar de alto nível.

maior divulgação da necessidade seminal de um processo formal que ultrapassa a simples tradução de instrumentos de um contexto cultural diferente para outro <sup>2</sup>. A formulação recente de uma política mais efetiva de proteção ao indivíduo idoso demanda este tipo de esforço da comunidade científica <sup>56,91</sup>.

Até o momento, não existe na literatura uma clara recomendação sobre os métodos apropriados para realizar adaptações transculturais no âmbito da violência doméstica. Nem mesmo nos campos onde algumas diretrizes existem, há consenso sobre os procedimentos necessários para adaptar instrumentos de aferição a novos contextos, culturas ou idiomas. Estratégias que vão desde uma simples tradução do original pelos próprios pesquisadores, até processos mais minuciosos como o proposto por Herdman et al. <sup>2</sup> estão em franca discussão. O modelo sugerido por esses autores foi escolhido para as adaptações transculturais por ser abrangente e enfatizar a necessidade de apreciação de diferentes nuances ao longo do processo. Contudo, importa destacar que esse é apenas um dentre vários roteiros disponíveis na literatura. É fundamental, pois, que se ponha à crítica cada uma das etapas envolvidas. A explicitação pormenorizada dos passos realizados, dos dilemas surgidos ao longo das diferentes etapas e a experiência acumulada durante a adaptação dos instrumentos escolhidos pretendem enriquecer esse debate. As pequenas e grandes decisões apresentadas nos três artigos que focalizam o tema procuram ressaltar a importância de uma sintonia fina, principalmente quando há pretensão de comparações interculturais válidas de objetos tão complexos como é o caso da violência doméstica.

Sem a intenção de redundância, pode-se assinalar que a inserção de estudos de violência contra idoso em um ambiente geriátrico de avaliação interdisciplinar, como o é na AGA, trará também suporte maior e essencial para se cumprir o objetivo primordial

do profissional que se interessa pelos problemas do envelhecimento nos dias atuais, qual seja, a manutenção da independência do indivíduo idoso e de sua qualidade de vida.

### **3.2 Objetivos**

#### **Objetivo Geral**

A Tese tem como objetivo central o estudo dos instrumentos de avaliação de violência contra o indivíduo idoso e sua adaptação para o contexto cultural do Brasil no ambiente da Avaliação Geriátrica Ampla. Procurou sistematizar o conhecimento presente na literatura e disponibilizar versões em português dos principais instrumentos de aferição da área, após terem sido alvo de rigorosos processos de adaptação transcultural.

#### **Objetivos Específicos**

- Estabelecer as dimensões de violência doméstica, pertinentes ao contexto cultural brasileiro e da AGA.
- Identificar na literatura de referência os instrumentos de risco de violência doméstica no indivíduo idoso e avaliá-los no tocante às suas propriedades psicométricas e seus históricos de validade, confiabilidade e grau de utilização.
- Proceder a uma escolha formal dos instrumentos de avaliação de violência a serem estudados e adaptados para o contexto brasileiro no ambiente da AGA, por meio de um grupo de peritos em violência doméstica, violência contra o idoso e avaliação funcional do indivíduo idoso.
- Realizar uma adaptação transcultural dos instrumentos escolhidos para o contexto brasileiro.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Modelo Teórico

A utilização de métodos estruturados de avaliação é importante, pois, como já exposto anteriormente, facilita a comunicação entre indivíduos do mesmo e de outros grupos de pesquisa, permite homogeneização de métodos de coleta, cria um padrão de recolhimento de informações, permite a avaliação de áreas subdiagnosticadas ou sinais sutis de distúrbios e melhora a documentação.

Há duas opções para se utilizar um instrumento de avaliação: (1) desenvolver-se um novo instrumento e (2) utilizar-se um instrumento previamente desenvolvido em uma outra língua ou ambiente cultural <sup>116</sup>. A primeira opção é um processo trabalhoso no qual grande parte do esforço é devotada à conceituação da medida e à seleção e redução de seus itens. Para a segunda alternativa torna-se importante que se utilize um processo formal e sistemático de adaptação ao contexto cultural no qual se pretende aplicá-lo, pois sua simples tradução literal possivelmente não será bem sucedida em termos psicométricos <sup>117</sup>.

Para que a comparação transcultural dos resultados seja válida, é necessário que o instrumento de origem e sua versão sejam equivalentes. Essa validade depende de como os diferentes tipos de equivalência são definidos e da abordagem escolhida para direcionar a pesquisa transcultural. Com o objetivo de minimizar os possíveis efeitos negativos da adaptação de instrumentos, sugere-se que se realizem algumas análises do mesmo previamente à sua utilização como <sup>117</sup>:

1. Tradução e retradução
2. Comparação entre a retradução e a versão original
3. Revisão da tradução por painéis compostos de sujeitos leigos
4. Revisão por um comitê especializado

## 5. Testes psicométricos da versão corrigida

Entretanto, há falta de consenso na literatura com relação aos conceitos de equivalência. Uma revisão realizada por Herdman et al.<sup>118</sup> de instrumentos que avaliam qualidade de vida relacionada à saúde encontrou 19 tipos de conceitos de equivalência. Das 66 referências encontradas, trinta por cento dos estudos descreviam equivalência conceitual, doze por cento descreviam equivalência semântica, 8% equivalência funcional, 8% equivalência escalar/métrica, 8% equivalência de escala, 6% equivalência técnica e seis por cento dos estudos descreviam equivalência operacional. As descrições de cada tipo de equivalência, em muitos casos, não coincidiam e eram, por vezes, antagônicas.

Herdman et al.<sup>118</sup> sugerem que essa confusão nas definições de equivalência no campo da qualidade de vida, presente na literatura, pode ser decorrente da utilização não consensual de diferentes abordagens (relativista, absolutista e universalista) que estruturam esse campo. Na perspectiva relativista dos modelos culturais presume-se que a cultura afeta substancialmente o comportamento, sendo impossível a adaptação de um instrumento originário de uma cultura transposto a outra. A perspectiva absolutista assume que a cultura tem um pequeno impacto na consolidação do construto, variando pouco em diferentes grupos. Isto implica afirmar que um mesmo construto pode ser utilizado em diferentes culturas sem uma reavaliação de seus diversos valores semânticos. Os autores ressaltam que esta segunda perspectiva é a de uso mais corrente na adaptação de instrumentos. Na perspectiva universalista assume-se que existem os mesmos construtos em diferentes culturas, mas que é necessário avaliar as dimensões semelhantes existentes em cada cultura e estabelecer equivalência transcultural por meio de uma metodologia adequada. Os autores sustentam que esta terceira perspectiva é a mais apropriada<sup>2</sup>.

Baseando-se neste modelo teórico, a Tese propõe um roteiro de investigação dos diversos tipos de equivalência transcultural a seguir descritos:

- **Equivalência conceitual:** É a mais freqüente equivalência mencionada pela literatura; necessita ser apreciada antes da tradução e retradução do instrumento. Por ela se avalia a maneira como populações diferentes caracterizam o fenômeno a ser estudado; investiga a pertinência do conceito utilizado no instrumento original, na nova cultura e a relação entre ambos, identificando os domínios respectivos e a importância relativa de cada um. Para se avaliar a equivalência conceitual sugere-se realizar uma revisão bibliográfica na população onde o instrumento foi originalmente concebido, bem como na população local; consultar os *expertos* e os indivíduos-alvo (grupos focais, observação do participante e entrevistas semi-estruturadas ou não estruturadas).
- **Equivalência de itens:** Concerne à forma como um domínio é mapeado. Avalia a relevância de cada item de uma escala, averiguando se os itens estão abarcando os domínios e conceitos em questão. São sugeridas as seguintes estratégias de avaliação: revisão de literatura local, consultas com *expertos* e com a população alvo, avaliação psicométrica (provisória).
- **Equivalência semântica:** Identifica se a mesma expressão existe em outra linguagem e examina a transferência do significado através de diferentes idiomas. Avalia o significado denotativo (refere-se à representação literal do objeto de estudo); e significado conotativo (relaciona-se à capacidade de evocar a mesma reação emocional nas diferentes culturas). A avaliação deste tipo de equivalência presume a identificação das relações léxicas entre o idioma fonte e o alvo; realiza as traduções e retraduições com profissionais adequados; procede

a uma reavaliação externa e independente através de *expertos* e pré-testagem da nova versão do instrumento na população-alvo.

- Equivalência operacional: Refere-se à possibilidade de se utilizar o formato, as instruções e o modo de administração similares do instrumento em diferentes culturas. Testa se os diferentes níveis de escolaridade permitem o uso de formulários de autopreenchimento; e se o uso de telefone, se for o caso, é universal permitindo inquéritos por essa via, por exemplo. A equivalência será alcançada quando estes elementos não afetarem os resultados.
- Equivalência de mensuração: Ocorre quando diferentes versões do mesmo instrumento possuem propriedades psicométricas semelhantes e em níveis aceitáveis (confiabilidade – consistência interna, concordância inter- e intra-observador, validade de construto e aceitabilidade).
- Equivalência funcional: É estabelecida quando todas as equivalências anteriores forem alcançadas e o instrumento cumprir o que pretende na nova cultura/idioma.

Em suma, para se desenvolver o modelo universalista de adaptação transcultural de instrumentos é importante investigar os domínios conceituais (conceitual), examinar criticamente os itens utilizados para abarcar os domínios (itens), assegurar equivalência semântica dos itens (semântica), assegurar a propriedade dos métodos de medida (operacional), examinar os resultados do processo em termos de comportamento do instrumento (mensuração) e, enfim, realizar um sumário do processo e achados (funcional).

## 4.2 Roteiro

O roteiro utilizado foi implementado em seis fases como se segue:

### **Fase 1: Estabelecimento de critérios conceituais das diversas formas de violência no idoso**

#### Meta

- Conceituar as diferentes formas de violência contra o idoso no Brasil.

#### Atividades

- Foi realizada revisão bibliográfica sobre os conceitos e dimensões da violência familiar contra o idoso considerando a literatura mundial.
- Formou-se um grupo de especialistas cujo perfil envolveu estudiosos na área de violência familiar, violência familiar no idoso e envelhecimento.
- Estabelecimento de prioridades no tocante às dimensões de violência que interessam a este projeto vislumbrando o ambiente da AGA.
- As etapas anteriores foram desenvolvidas através da utilização de estratégia de consenso entre os especialistas.

### **Fase 2: Revisão bibliográfica sobre os processos de concepção e avaliação psicométrica dos instrumentos de detecção da violência contra o idoso, baseados no conceito de risco proposto por Johnson<sup>108</sup>**

#### Metas

- Identificação dos instrumentos de detecção de violência contra o idoso mais freqüentemente utilizados na literatura internacional e com programas robustos de apreciação de seu desempenho psicométrico.

- Identificação de instrumentos nacionais com as mesmas características descritas acima.

#### Atividades

- Foi realizada uma revisão formal da literatura pertinente aos instrumentos de risco de violência contra o sujeito idoso utilizando-se as bases de dados MEDLINE, LILACS, PsycINFO, OVIDS *citations* e CANE (*Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly*), bem como publicações de referência, descritas no artigo 1.
- Escolha de instrumentos descritos ou concebidos como instrumentos de risco segundo roteiros de classificação de Johnson<sup>108</sup>, descritos no artigo 1.
- Análise das propriedades psicométricas dos instrumentos encontrados, tais como a validade<sup>114,119,120</sup> e confiabilidade<sup>114,119,120</sup>.
- Avaliação da frequência de utilização dos diferentes instrumentos identificados na etapa anterior.
- Ao final da segunda fase foi organizado um quadro de classificação dos instrumentos de avaliação de risco de violência em sujeitos idosos no que se refere às suas características e frequência de utilização, indicadores de validade e confiabilidade. Este quadro serviu de base de escolha, na terceira fase, dos instrumentos a serem adaptados. Também foi utilizado no artigo 1.

#### **4.2.3 Fase 3: Seleção dos instrumentos a serem adaptados**

##### Metas

- Identificar dentre os instrumentos rastreados na fase anterior aqueles pertinentes à utilização no Brasil após adaptação.

##### Atividades

- Reuniões de trabalho foram organizadas para avaliar a pertinência de cada um dos instrumentos identificados na fase anterior e definir um ou dois a serem adaptados.

O grupo foi constituído pelos profissionais acima descritos. Os instrumentos escolhidos serviram de base para o desenvolvimento das fases posteriores e para a formulação dos artigos 2 e 3.

#### **Fase 4: Avaliação da equivalência conceitual e de itens dos instrumentos**

##### **selecionados**

##### Metas

- Avaliar a equivalência entre os conceitos de violência contra os idosos utilizados na elaboração dos instrumentos originais e os conceitos propostos pelas instituições nacionais relacionadas à prevenção da violência familiar em nosso meio.
- Avaliar a pertinência dos itens que compõem os instrumentos originais identificados nas fases anteriores para a captação dos domínios da violência contra os idosos no Brasil.

##### Atividades

- A avaliação da equivalência conceitual procurou examinar os conceitos de violência doméstica, de risco e os conceitos subjacentes de tipos de violência em idosos tanto na cultura de origem do instrumento quanto na cultura brasileira através de revisões de literatura da teoria e de achados empíricos, bem como por revisões do instrumento específico. Foram escolhidos dois instrumentos, um para avaliação do cuidador e outro para avaliação do idoso, que serão descritos nos artigos 2 e 3.
- Exploração da relevância e pertinência, no Brasil, das diferentes dimensões abarcadas pelos instrumentos originais em questão na definição e apreensão da violência doméstica e, especificamente, no idoso.
- Comparação dos conceitos originais e dos propostos pelas Instituições de referência na área de violência familiar no Brasil (Ministério da Saúde).

- Elaboração de roteiro para discussão que abordou os seguintes temas: a) se os domínios abarcados pelos instrumentos originais são relevantes para o conceito em ambas as culturas; b) se os domínios são igualmente relevantes, porém a importância deles em cada cultura difere; c) se um ou mais domínios não são relevantes na cultura original, porém, é fundamental em instrumentos para uso em nosso meio; e d) se os domínios são diferentes em cada cultura e, por isso, não há equivalência.
- Avaliou-se a pertinência dos itens em relação aos conceitos supostamente medidos e à necessidade de inclusão de itens que sejam para avaliação de outras dimensões de violência em idosos no Brasil.
- Elaboração de roteiro que orientou a discussão abordando: a) se os itens podem ser usados sem modificação; b) se os itens requereram modificações menores, mas podem ser utilizados mais ou menos em seu formato original; c) se seria necessária uma substituição de itens; d) se não poderia haver substituição ou manutenção de itens, pois, por exemplo, os itens lidam com situações ou conceitos considerados tabus; e) se seria possível omitir itens do instrumento original, considerando a necessidade de revalidar o instrumento reduzido e re-examinar suas propriedades psicométricas.

### **Fase 5: Avaliação da equivalência semântica**

#### Metas

- Esta fase envolveu a tradução dos instrumentos, com a utilização de tradutores juramentados e do grupo de expertos utilizado nas fases anteriores, para a definição de uma versão síntese do(s) instrumento(s).
- Retradução das traduções para o idioma original.
- Avaliação do grau de equivalência entre as retraduições e originais.

- Proposição de versões em português dos instrumentos a serem testadas na fase subsequente.

#### Atividades

- Discussão com o grupo de especialistas do significado das expressões idiomáticas presentes nos instrumentos identificados para que se buscasse uma compreensão exata da intenção do autor.
- Realização de duas traduções dos instrumentos da língua original para o português, de forma independente, seguindo também o que foi feito por Moraes, Hasselmann e Reichenheim <sup>121,122</sup>, bem como Hasselmann e Reichenheim <sup>123</sup> para a adaptação de instrumentos de violência familiar. Foram preferentemente utilizados tradutores cuja língua-mãe é o português, mas com ótima fluência no idioma original e que tenham conhecimento de termos ligados à área de violência. Procurou-se dar importância à observação de Herdman et al. <sup>2,118</sup> de que um dos aspectos mais importantes da equivalência semântica é assegurar-se que o nível de linguagem utilizado seja apropriado para as necessidades da população-alvo. Esta questão envolveu todo o processo de tradução, retradução, avaliação das versões e os processos a seguir descritos.
- As traduções para o português foram utilizadas para retraduições ao idioma original dos instrumentos, também por tradutores independentes cuja língua-mãe fosse a do idioma do instrumento original e com ótima fluência em português.
- Avaliação subsequente da equivalência de significado referencial (denotativo) e geral (conotativo) entre as retraduições e o original. Nesta etapa, um tradutor bilíngüe que não tenha participado do passo de tradução e retradução e que, preferentemente, tenha vivência nas culturas de origem e na cultura-alvo, no caso, a brasileira, avaliou a equivalência dos processos de tradução e retradução e corrigiu

os problemas encontrados de adaptação. O objetivo foi de se avaliar o significado referencial dos termos/palavras constituintes do instrumento. O segundo aspecto avaliado foi o significado geral de cada item nos instrumentos, contrastando-se o que terá sido captado na tradução para o português com o na língua original. Esta apreciação se torna necessária, pois a correspondência literal de um termo não implica que a mesma reação emocional ou afetiva seja evocada em diferentes culturas. Esta análise, mais detalhada nos artigos 2 e 3, foi realizada através da utilização de formulários específicos, desenhados de forma a mascarar a origem dos itens sob escrutínio, i.e., se do original ou retradução.

- As situações de divergência entre as avaliações de significado referencial e geral foram debatidas pelo grupo de especialistas. O objetivo deste terceiro passo foi de identificar e encaminhar os problemas de cada uma das etapas progressas. A partir daí, foi proposta uma versão-síntese, ora incorporando itens oriundos de uma das duas versões trabalhadas, ora optando-se por certas modificações para melhor atender os critérios de validade e utilização.
- Pré-teste da versão-síntese em grupos de idosos, descritos nos artigos 2 e 3 desta Tese.

#### Metas

- Verificar a aceitabilidade pela população-alvo dos instrumentos propostos e verificar a pertinência das perguntas no tocante aos conceitos de violência, visando a um equilíbrio entre acurácia de tradução e naturalidade das expressões. Itens que não conseguiram se adequar a estas regras foram retraduzidos.
- Avaliar equivalência operacional dos instrumentos.

#### Atividades

- Aplicação dos questionários a um grupo de 40 idosos ou 40 cuidadores, dependendo do instrumento utilizado. Os procedimentos serão mais bem explicitados nos artigos 2 e 3.
- Avaliação da adequação da modalidade de entrevista face-a-face, das opções de resposta e do número de itens.

#### **Fase 6: Avaliação da equivalência de mensuração**

##### Metas

- Avaliação das propriedades psicométricas e grau de aceitabilidade das versões nacionais propostas através de estimadores de confiabilidade e validade <sup>119</sup>.
- Avaliação do grau de equivalência entre as propriedades psicométricas das versões nacionais e as dos instrumentos em seus idiomas originais.

##### Atividades

- Escolha das Unidades de Saúde que foram sede do trabalho de campo -

A intenção foi captar sujeitos em serviços que já utilizem, de alguma forma, os procedimentos da AGA e que, também, sejam representativos da população geriátrica do Rio de Janeiro. Assim, as Unidades que fizeram parte desta fase do projeto foram escolhidas considerando seu nível de especialização no atendimento ao idoso, a prática de utilização AGA e a inserção dos pesquisadores envolvidos com o projeto. Foram priorizados os serviços de saúde do SUS por considerar que a realização das pesquisas estaria permitindo uma maior sensibilização das equipes de atendimento para o problema da violência, favorecendo a elaboração de estratégias para a sua detecção e enfrentamento.

Por questões operacionais, neste momento optou-se por selecionar três unidades com diferentes perfis. Cada unidade selecionada estaria representando uma tipologia de atendimento ao idoso, como descrito a seguir.

- Unidade 1: Ambulatório de geriatria do Centro de Cuidados Integrals à Pessoa Idosa (CIPI) da policlínica Piquet Carneiro, ligado à Universidade da Terceira Idade (UNATI/UERJ) – promove atendimento de nível secundário, interdisciplinar, de pacientes com idade mínima de 65 anos, utilizando procedimentos de atendimento de AGA. Atualmente, tem cerca de 1500 idosos cadastrados, que são responsáveis por um volume de atendimento de cerca de 30 pessoas/dia. Apresenta equipe capacitada, sensibilizada e direcionada ao atendimento de idosos.
- Unidade 2: Unidade de saúde do PSF/LAPA (Programa de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá) – Esta unidade faz parte do Programa Saúde da Família Lapa (PSF-LAPA), que funciona desde janeiro de 2002, a partir de um convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a Universidade Estácio de Sá. Ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação de saúde são realizadas pelos estudantes de Medicina sob supervisão docente. Hoje a população cadastrada é de cerca de 1300 famílias e 3400 pessoas, atendidas a partir de consultas agendadas e demanda espontânea. O Programa desenvolve atendimentos em sua unidade e visitas domiciliares realizadas pela equipe de médicos, enfermeiros, agentes de saúde e estudantes de medicina. A inclusão desta unidade no estudo possibilitaria a avaliação do instrumento no contexto da visita domiciliar - uma das estratégias que sustentam programas de saúde da família - permitindo avaliar o desempenho dos questionários entre pacientes que não freqüentam habitualmente os serviços de saúde.
- Unidade 3: Ambulatório de Geriatria do Setor de Geriatria do HUCFF da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Promove atendimento de nível

secundário e terciário, interdisciplinar, de pacientes com idade mínima de 65 anos, utilizando procedimentos de atendimento de AGA. Atualmente, tem cerca de 1000 idosos cadastrados, que são responsáveis por um volume de atendimento de cerca de 30 pessoas/dia. Apresenta equipe capacitada, sensibilizada e direcionada ao atendimento de idosos.

O projeto foi enviado à Comissão de Ética dos três sítios, com aprovação. Além disto, houve aprovação prévia da Comissão de Ética do IMS-UERJ.

- Recrutamento e treinamento da equipe de entrevistadores –

Cada equipe constituída foi treinada no local. Os entrevistadores, em número de 13 no total, foram mulheres com nível superior, formadas em serviço social ou medicina, e um homem formado em terapia ocupacional. Os entrevistadores passaram por um processo de treinamento rigoroso com a finalidade de homogeneizar e adequar as abordagens da equipe para realização de entrevistas. O conteúdo do treinamento envolveu orientações gerais sobre postura durante as entrevistas, abordagem dos sujeitos elegíveis, bem como noções referentes aos instrumentos de coleta de dados em si. Como parte do treinamento os entrevistadores aplicaram, entre si e sob supervisão, o questionário que foi utilizado na pesquisa em indivíduos idosos dos três sítios. Desta forma, pequenas dúvidas puderam ser debatidas com o coordenador do projeto antes da entrada efetiva em campo. O manual do questionário e os questionários principal e de replicação, com documentos correspondentes, como termo de consentimento esclarecido, estão à disposição nos apêndices da Tese.

Finalmente, foi realizada uma etapa piloto nas Unidades de Saúde selecionadas para que problemas de fluxo pudessem ser identificados e resolvidos.

- Tamanho amostral e estratégia de seleção dos idosos –

Embora não haja consenso ou método para cálculo de número de sujeitos necessários para psicometria de instrumentos ou questionários, os métodos psicométricos utilizados e descritos no artigo 3 demandam uma amostra relativamente grande para que os resultados encontrados sejam estáveis. Portanto, planejou-se captar 200 indivíduos em cada um dos três locais, totalizando 600 sujeitos com mais de 65 anos. Para as análises de estabilidade temporal (confiabilidade intra-observador) seriam re-entrevistados cerca de 1/4 dos indivíduos. Para o estudo do instrumento de avaliação de cuidadores foram utilizados os cuidadores desses idosos, com a intenção de se chegar a um número de 600 indivíduos.

Os grupos deveriam ser semelhantes nas características não correlacionadas à violência e, além disto, deveriam ser clientes potenciais de serviços de avaliação geriátrica. Por motivos operacionais, foram excluídos indivíduos que tivessem dificuldade importante de comunicação. Em cada local, a captação dos sujeitos ocorreu em todos os dias e turnos de atendimento. O processo de amostragem foi aleatório.

- Estratégia de coleta de informações –

Os sujeitos e seus cuidadores foram entrevistados antes de suas consultas marcadas, nos três locais acima descritos. Os idosos estudados foram esclarecidos, por via oral e escrita, sobre os objetivos do estudo. Foi solicitada autorização dos mesmos para contatar os seus cuidadores. O consentimento livre e esclarecido dos sujeitos idosos, suas autorizações para contato com os cuidadores e o consentimento livre e esclarecido dos cuidadores foram dados através da assinatura dos termos de consentimento. Neles foram incluídos os objetivos, as justificativas e os procedimentos da pesquisa, sua importância para a ampliação do conhecimento na área da saúde do idoso, os desconfortos possíveis e os benefícios esperados, a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa e a sua liberdade de se recusar a

participar sem que houvesse qualquer prejuízo ao atendimento prestado pela instituição a ele/ela ou seu cuidador. Foi garantida a não identificabilidade e a confidencialidade das informações.

- Avaliação do processo de coleta de informações e do desempenho dos instrumentos utilizados para a coleta de dados –

Foi realizada, após o treinamento, uma etapa piloto onde foram avaliados possíveis entraves na logística proposta anteriormente. Esta correspondeu à primeira semana de coleta de dados. Neste momento foram observados a aceitação das respondentes, o número de entrevistas realizadas por dia e a duração das mesmas. O tempo médio para entrevistas com os idosos foi de 30 minutos e com os cuidadores, de 25 minutos. Foram realizadas reuniões onde foram discutidas as dificuldades, em campo, de aplicação dos instrumentos. Houve duas reuniões de retreinamento das equipes durante todo o período de trabalho de campo.

- As análises de equivalência de mensuração são descritas no artigo 3.
- As fases 5 e 6 desta Tese receberam apoio de recursos oriundos do CNPQ, através do edital de cooperação técnica, processo: 504225/2004-9.

Na seção seguinte são apresentados os três artigos da Tese.

## 5 ARTIGOS

### 5.1 Artigo 1

#### **Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso\*<sup>3</sup>**

##### **Resumo**

Os dados sobre violência contra o idoso são escassos no Brasil. Para estudos adequados sobre a magnitude, fatores de risco e cuidados às vítimas, é necessária documentação sistemática e acurada. Este artigo revisou os instrumentos de rastreamento e avaliação de violência no idoso visando examinar o progresso no contexto internacional e brasileiro. Utilizando as bases de dados MEDLINE, PsycINFO, LILACS, CANE, OVIDs *citations* e livros de referência, realizou-se uma revisão sistemática da literatura para a seleção dos instrumentos. Fez-se, também, um escrutínio dos estudos de psicometria e utilização dos instrumentos, aplicando-se critérios para avaliar a qualidade dos estudos. Dos dezessete instrumentos encontrados, somente a *Conflicts Tactics Scale* foi adaptada para o Brasil, ainda que para uso em um grupo etário mais jovem. Alguns outros com boas características psicométricas também foram encontrados, como o *Caregiver Abuse Screen*, *Elder Abuse Assessment Tool*, *Hwalek & Sengstok Abuse Screening Test*, *Indicators of Abuse Screen*, *Qualcare Scale* e *Vulnerability to Abuse Screening Scale*. Ainda assim, de forma geral, há lacunas importantes nos processos de concepção, validação e adaptação destes instrumentos no Brasil e no exterior.

*Palavras-chave: violência doméstica, idosos, instrumentos, psicometria*

---

\*<sup>3</sup> Artigo aceito para publicação pelos Cadernos de Saúde Pública, 'no prelo'

## Introdução

A violência doméstica não é um fenômeno novo. Há vários indícios de que as violências social e doméstica estejam interconectadas <sup>3</sup>. Nos EEUU, onde se tem estudado mais detalhadamente o evento, observa-se que as pessoas são mais freqüentemente mortas, agredidas fisicamente, feridas e lesionadas em seus domicílios por outro membro da família do que em qualquer outro ambiente ou por qualquer outro indivíduo <sup>4</sup>. Mesmo que envolva apenas alguns dos participantes do grupo, a violência doméstica tem repercussões em toda a família ou no ambiente da moradia, <sup>5</sup>. Os custos envolvidos são também grandes, podendo ser monetários em decorrência do tratamento das conseqüências, da perda de dias de trabalho, dos custos legais e da diminuição de anos-úteis por morte ou impedimentos graves; e não monetários, devido a dias de ausência escolar ou seqüelas psicológicas, dentre outras <sup>5</sup>.

Para que se conheça o fenômeno de forma mais completa, interessa estudar as várias facetas da violência que envolve indivíduos em relações de intimidade, quer por consangüinidade, quer devido a relações profissionais que se estabelecem no ambiente domiciliar. Uma das relações de crescente interesse concerne ao idoso, grupo etário no qual atos de negligência e violência doméstica passaram a aumentar em importância com a sua progressiva representatividade populacional desde o início do século passado <sup>39</sup>.

Ainda assim, foi somente nas duas últimas décadas que a questão começou a despertar real mérito na comunidade científica <sup>31</sup>. No âmbito do estudo da violência doméstica, aquela perpetrada contra os idosos foram os últimos a despertar o interesse da comunidade científica e serem considerados uma questão de saúde pública. No Brasil, principalmente a partir da década de 1980, as mortes por acidentes e por violências de qualquer natureza vêm aumentando proporcionalmente como causa de

óbitos, inclusive entre os idosos.<sup>42</sup> Entretanto, importa recordar que a repercussão da violência que se abate contra o idoso não se restringe ao óbito. O fenômeno vem sendo vivenciado sob várias formas, muitas destas não fatais. Expressa-se como atos violentos sofridos no seio da família, abandono em asilos, perda de direitos próprios ao exercício da cidadania, segregação por idade e, em última instância, ostracismo e exclusão social<sup>40</sup>.

Estimativas sobre abuso em idosos são difíceis de se obter devido ao caráter freqüentemente velado do problema. Essa subnotificação associa-se, muitas vezes, à solidão, isolamento e à tendência dos indivíduos idosos a não relatar suas adversidades<sup>57</sup>. Estudos norte-americanos e europeus indicam prevalências entre 3 e 4%<sup>55,59,60</sup>. No melhor do conhecimento dos autores, não há ainda qualquer estimativa da prevalência do fenômeno no Brasil.

Várias organizações atuando diretamente com os idosos no âmbito clínico consideram que a identificação nos casos suspeitos seja também de responsabilidade do profissional clínico<sup>124</sup>. Há poucas evidências sobre como efetivamente suspeitar ou reconhecer a presença de abuso e são poucos os profissionais de saúde que ativamente rastreiam pacientes que não possuam alguma lesão aparente<sup>50</sup>. Todavia, há consenso que instrumentos apropriados de rastreamento de violência em idosos sejam cruciais para o progresso da prática e pesquisa deste importante problema de saúde<sup>56</sup>.

O presente estudo objetiva selecionar, na literatura de referência, os instrumentos mais profícuos para o rastreamento de violência contra o idoso. Especial foco é dado àqueles desenvolvidos para uso em ambiente clínico. Pretende-se avaliar os instrumentos quanto ao grau de utilização na literatura, bem como escrutinar os respectivos estágios de desenvolvimento, em especial, em relação ao estado da arte do conhecimento sobre as características psicométricas. A intenção é também identificar,

dentre os selecionados, quais já foram adaptados para uso no Brasil e, na seqüência, apontar aqueles que porventura mereçam ser submetidos a um processo formal de adaptação transcultural.

### **Métodos**

Na primeira etapa, o processo envolveu uma ampla revisão sobre as definições das diversas formas de violência em idosos. Esta revisão serviu, inicialmente, de base para a escolha de instrumentos que captassem violência doméstica, íntima ou familiar contra os mais velhos, e explicitamente excluir os que avaliavam outras formas de violência, tais como a institucional e social. Ademais, o detalhamento dessa base conceitual serviu de suporte para a avaliação de validade conceitual dos instrumentos por identificar e sua classificação segundo as subdimensões de violência abarcadas, conforme pormenorizado adiante.

Neste sentido, optou-se por utilizar a portaria do Ministério da Saúde do Brasil, de 2001<sup>56</sup>, cujas recomendações são bastante consistentes com as propostas de vários outros órgãos e pesquisadores<sup>43,55</sup>. A prerrogativa dessa opção é preservar uma homogeneidade de conceitos no território brasileiro. A portaria estabelece diretrizes para uma política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências e descreve várias formas de violência, incluindo as contra o idoso. Nesta seção específica, sete tipos de violências são definidos. O abuso físico ou mau-trato físico concerne o uso de força física, potencialmente produtor de uma injúria, ferida, dor ou incapacidade. Abuso ou mau-trato psicológico envolve agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringindo sua liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social. A negligência é a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima, porquanto a autonegligência é conceituada como conduta de pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, com a recusa ou o

fracasso de prover a si mesma um cuidado adequado. Abandono é descrito como ausência ou deserção, por parte do responsável, dos cuidados necessários às vítimas, às quais caberia prover custódia física e cuidado. Abuso financeiro aos idosos ocorre quando há exploração imprópria ou ilegal e/ou uso não consentido de seus recursos financeiros. Por fim, o abuso sexual seria o ato ou jogo sexual em uma relação hétero ou homossexual visando estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas/sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

A segunda etapa do processo consistiu na identificação dos instrumentos utilizados na detecção de violência doméstica em idosos. Realizou-se uma busca bibliográfica nas bases de dados MEDLINE entre os anos de 1966 e 2004, LILACS entre 1990 e 2004, PsycINFO entre 1984 e 2004, OVIDS *citations* até 2004 e CANE (*Clearinghouse on Abuse and Neglect of The Elderly*) também até 2004. Nas três primeiras bases foram utilizados sete descritores, a saber, *elder abuse; (domestic violence or family violence); (elder\$ or aged or old or ageing or elderly); (vulnerable or disabled or handicapped); mass screening/ or screening; questionnaires/or questionnaire\$; interview/ or interview\$*. Para a busca no LILACS, utilizaram-se os termos equivalentes em português, a saber, violência idosos; (violência doméstica ou violência familiar ou violência íntima); (idoso\$ ou velho\$ ou ancião\$ ou envelhecimento); (frágil ou incapaz ou em desvantagem); rastreamento populacional/ ou rastreamento ou *screening*; questionários/ ou questionário\$ ou instrumento\$; entrevista/ ou entrevistas\$. Também foram usados termos equivalentes em espanhol. Na base CANE, que é específica para violência em idosos, utilizaram-se os termos *mass screening/or screening; questionnaires/or questionnaire\$; interview or interview\$*. Além dessas fontes, foram incluídos livros de referência sobre o tema <sup>46,55,95,125,126</sup>.

Foram considerados todos os tipos de publicação relativos a estudos realizados em seres humanos e de qualquer faixa etária, pois instrumentos concebidos para uso em situações de violência que não contra os idosos poderiam estar sendo utilizados em faixas etárias mais avançadas. Interessaram os instrumentos produzidos nas línguas inglesa, francesa, espanhola e portuguesa. Foram também identificadas duas revisões recentes sobre o tema, que serviram de norte para a estratégia de busca utilizada e fontes de referências suplementares <sup>65,127</sup>.

A terceira etapa processual envolveu uma seleção dos instrumentos de risco em particular, com pesquisa bibliográfica efetuada nas mesmas bases e períodos usados na etapa anterior. Procurou-se escolher instrumentos descritos ou concebidos como instrumentos de avaliação de risco, segundo a classificação proposta por Johnson <sup>128</sup>. O termo risco é utilizado pela autora para designar uma situação de violência potencial ou presente. Desta forma, entende a autora que a detecção pode ser mais precoce do que quando se avaliam apenas sinais abertos relacionados às conseqüências do abuso <sup>108</sup>. Critérios de seleção adicionais incluíram instrumentos a escolher que se aplicassem à prática clínica; que fossem conduzidos em ambientes de atendimento primário de medicina de família, medicina interna geral ou medicina geriátrica; e que incluíssem um médico ou outro agente de saúde no processo de avaliação.

Uma vez escolhidos os instrumentos, a segunda fase da terceira etapa envolveu um escrutínio sistemático dos respectivos históricos psicométricos. Procurou-se também apreciar a autoria, o tipo de escala utilizada, o número de itens constituintes, duração de aplicação e o método de administração (se por autopreenchimento, entrevista direta ou proxi). Também se procurou avaliar, em cada instrumento encontrado, as diversas dimensões de violência abarcadas, tomando-se como base as definições do Ministério da Saúde antes mencionadas <sup>56</sup>. Alguns critérios foram estabelecidos para a apreciação

dos estudos de validade e confiabilidade, tomando-se como norma as diretrizes descritas por Streiner & Norman<sup>114</sup> e Nunnally & Bernstein<sup>119</sup>.

No que tange à validade conceitual, procurou-se identificar se havia um conceito ou teoria claramente explicitada pelos proponentes do instrumento. A validade de conteúdo foi também analisada com base nas descrições dos autores de cada instrumento. A validade de face foi aceita caso houvesse menção da utilização de grupos de especialistas na sua avaliação. A adequação da validade de critério baseou-se nos tradicionais estimadores de sensibilidade e especificidade, aceitando-se medidas acima de 0,75 como boas e valores acima de 0,85 como excelentes. A validade de construto foi avaliada pela presença dos diversos procedimentos de análise fatorial<sup>119</sup>, bem como por comparações com dimensões correlatas e/ou fatores de risco conhecidos ou putativos. Procedimentos de análise fatorial exploratória e confirmatória foram identificados. Variáveis salientes em fatores com valores de 0,50 foram consideradas altas<sup>119</sup>. A presença de análises fatoriais por componentes principais e por eixos principais também foi escrutinada.

Nas avaliações formais de concordância em que o estimador kappa foi utilizado, seguiu-se a orientação de ShROUT<sup>115</sup>, que propõe a seguinte classificação: ausente se  $\kappa < 0,10$ ; fraca se  $\kappa = 0,10$  a  $0,40$ ; discreta se  $\kappa = 0,41$  a  $0,60$ ; moderada se  $\kappa = 0,61$  a  $0,80$ ; e substancial se  $\kappa > 0,80$ . Valores de kappa acima de 0,60 foram considerados, portanto, adequados. A qualificação das correlações intraclasse seguiu o mesmo padrão. Para o índice de consistência interna, valores acima de 0,70 foram considerados bons e valores acima de 0,80 foram considerados muito bons<sup>119,129</sup>, embora valores tendendo para a unidade possam significar itens redundantes em uma mesma dimensão avaliada. O coeficiente de Pearson possui alguma limitação no contexto de estudos psicométricos e estudos que os utilizaram não foram considerados, em princípio, adequados<sup>115</sup>.

Para delinear um quadro de síntese da apreciação dos instrumentos seguiu-se a orientação de McDowell e Newell <sup>129</sup> que propõem dois modos de avaliação do histórico de cada instrumento. A Completeza concerne uma apreciação sobre o acúmulo e aprofundamento dos estudos de confiabilidade ou validade do instrumento na literatura e pode ser resumida em três níveis. Considera-se basal quando há apenas uma descrição ou conceituação teórica sobre o instrumento, mas inexitem estudos psicométricos ou os artigos correspondentes não descrevem de forma clara como o instrumento foi estudado no tocante às suas qualidades psicométricas. O nível é considerado bom quando o histórico psicométrico do instrumento encerra resultados oriundos de vários testes e excelente se todas as formas de avaliação de confiabilidade e validade descritas acima são contempladas simultaneamente.

Como a completeza dos históricos, por definição, independe dos resultados obtidos, o segundo modo de avaliação aprecia a Qualidade dos resultados de confiabilidade e validade. Quando não é possível interpretar os resultados a partir dos estudos disponíveis, a situação é indicada por “?” nas respectivas tabelas apresentadas na seção de resultados. A qualificação “0” aponta que, mesmo havendo relato de avaliações psicométricas no histórico de desenvolvimento do instrumento, não se encontrou qualquer estudo fornecendo evidências numéricas nos resultados. Com base nos critérios de adequação relativos à validade de construto, de critério, via análise fatorial ou de confiabilidade descritos anteriormente, avalia-se como Insuficiente quando estas propriedades não alcançam resultados satisfatórios em nenhum dos critérios. Por contigüidade, considera-se o histórico Adequado quando há evidência de que ao menos uma dessas avaliações psicométricas se encontra dentro dos parâmetros de qualidade ideais estipulados. Por fim, procurou-se identificar se havia, dentre os instrumentos de risco, algum com adaptação transcultural para o meio cultural

brasileiro. Também, analisou-se o processo de adaptação, avaliando-se sua adequação segundo critérios sugeridos por alguns autores de referência<sup>116,117,118,130</sup>.

### Resultados

Os quadros 13,14 e 15 abaixo apresentam os dezessete instrumentos encontrados ao se aplicar os filtros de seleção descritos na seção de métodos. O Quadro 13 indica as dimensões que cada instrumento abarca. Observa-se que nenhum avalia autonegligência e somente dois (*EAI-FULMER*, *JOHNSON*) exploram itens relacionados a abandono. Três instrumentos – *AKRON*, *EAAPN* e *JOHNSON* – possuem itens cobrindo a perpetração de violência sexual. O último é o instrumento com maior validade de conteúdo, ou seja, que avalia mais dimensões. O *REAH*, que é dividido em uma seção investigando o idoso e outra o cuidador, propõe-se a inquirir sobre riscos gerais de violência, vulnerabilidade do idoso e sobrecarga do cuidador, não investigando, portanto, dimensões específicas de violência.

O Quadro 14 sintetiza os 81 estudos que foram publicados sobre os 17 instrumentos. Verifica-se que todos os instrumentos são de língua inglesa, embora alguns sejam de países outros que os EEUU como, por exemplo, o *BASE*, *CASE*, *IOA* do Canadá e o *VASS* da Austrália. Excetuando-se a *CTS-I* e *H-S/EAST*, nenhum outro instrumento foi avaliado fora de sua cultura original. O *VASS* é resultado da avaliação psicométrica do *H-S/EAST*, concebido nos EEUU.

Quadro 13: Tipos de violência aferida pelos instrumentos

Instrumentos	Violência					
	Física	Psicológica	Negligência	Auto-negligência	Abandono	Financeira Sexual
Akron General Medical Center Geriatric Abuse Protocol (AKRON)	✓	✓	✓	—	—	✓
Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)	✓	✓	✓	—	—	✓
Caregiver Abuse Screen (CASE)	✓	✓	✓	—	—	✓
Conflict Tactics Scale (CTS-1)	✓	✓	—	—	—	—
Carer Abuse Assessment Protocol for Nurses (DAVIES)	✓	✓	✓	—	—	✓
Elder Abuse Assessment Protocol for Nurses (EAAPP)	✓	✓	✓	—	—	✓
Elder Abuse Assessment Tool (EAI - FULMER)	✓	—	✓	—	✓	✓
HALF (HALF)	✓	✓	✓	—	—	✓
High Risk Placement Worksheet (HRPW-KOSBERG)	—	—	—	—	—	—
Hvalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-SEAST)	✓	✓	✓	—	—	✓
Fulmer Restriction Scale (FRS)	✓	—	✓	—	—	—
Indicators of Abuse screen (IOA)	✓	✓	✓	—	—	✓
Health Status Risk Assessment (JOHNSON)	✓	✓	✓	—	✓	✓
QUALCARE Scale (QUALCARE)	✓	✓	—	—	—	✓
Risk of Elder Abuse in the Home (REAH)	—	—	—	—	—	—
Screening Protocol for Identification of Abuse and Neglect (SCREENPROT)	✓	✓	✓	—	—	✓
Vulnerability to Abuse Screening Scale (VAASS)	✓	✓	✓	—	—	✓

Muitos estudos são apenas de apresentação e/ou psicometria, sem ter sido possível identificar qualquer utilização subsequente. O Quadro 14 também mostra que vários não possuem avaliações psicométricas (*AKRON, DAVIES, EAAPN, HRPW-KOSBERG, SCREENPROT*) embora, eventualmente, possam ser identificadas descrições dos conceitos subjacentes, como mostra o Quadro 15.

Embora o Quadro 14 indique que a *CTS-I* seja o instrumento de utilização mais freqüente, efetivamente, foram encontrados poucos estudos que a tenham usado especificamente em idosos <sup>59,60</sup>. De concepção mais antiga, a *CTS-I* <sup>131</sup> foi originalmente criada para avaliar violência íntima em indivíduos mais jovens. Não surpreende que, mesmo sendo o único instrumento adaptado formalmente para uso no Brasil, sua adaptação tenha se dado em ambiente de violência focalizando faixas etárias aquém dos sessenta anos <sup>123</sup>. Uma outra carência é que a *CTS-I* se restringe às dimensões de violência física e psicológica, conforme mostra o Quadro 13.

Como se pode depreender do Quadro 15 (coluna 4), verifica-se que, além da vítima potencial, seis instrumentos também avaliam violência sob a perspectiva do cuidador que, no caso dos instrumentos encontrados (*CTS-I, HALF, IOA, QUALCARE, REAH, SCREENPROT*), é um agressor em potencial. Dois se restringem ao cuidador como fonte de informações de violência contra o idoso (*CASE e DAVIES*). A maioria das ferramentas foi concebida para uso em serviços, mas quatro instrumentos (*FRS, IOA, QUALCARE e REAH*) são propostos para utilização em ambiente domiciliar. Vale reparar que, apesar de aparentemente se estar desrespeitando um dos critérios de inclusão desta revisão, estes foram incluídos porque a avaliação clínica em idosos também pode ser realizada no domicílio <sup>84</sup>. Sete instrumentos utilizam escalas nominais, porquanto nove encerram escalas ordinais com pontos de corte indicando aumento de risco de violência a partir de certo escore. O *QUALCARE* e o *FRS* utilizam escala de

Likert. O *EAI-FULMER*, inicialmente utilizando escala nominal, foi estudado posteriormente com escala ordinal<sup>132,133,134</sup>.

Ainda no Quadro 15, verifica-se que o *IOA* é qualificado como bom segundo a Completeza. O *QUALCARE* é o instrumento com melhor perfil de estudos de validade e confiabilidade. A *CTS-1*, por sua vez, é um instrumento com bom perfil progresso, embora, deva-se enfatizar novamente, nenhum estudo tenha utilizado população idosa. O *CASE*, *BASE*, *EAI-FULMER* e *H-S/EAST* possuem poucos estudos com resultados psicométricos satisfatórios. O Quadro 16 oferece uma síntese dos resultados dos sete instrumentos em que houve alguma avaliação mais aprofundada. Em instrumentos como o *CASE*, *EAI-FULMER* e *IOA*, utilizaram-se correlações de Pearson, consideradas inadequadas para avaliar confiabilidade<sup>115</sup>.

### **Discussão**

A recuperação e/ou manutenção da qualidade de vida vem sendo apontada como um dos objetivos centrais na abordagem clínica de pacientes idosos fragilizados. A história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para um levantamento amplo das diversas funções físicas, psicológicas e sociais necessárias à vida diária. Uma vez preocupada com a qualidade de vida, a prática clínica geriátrica deve contemplar uma ampla avaliação funcional em busca de perdas possíveis nestas áreas. Os princípios básicos da gerontologia buscam a promoção da saúde das pessoas idosas. Visam à diminuição da incidência de declínio funcional através da prevenção de doenças, de suas seqüelas e complicações, assim como a manutenção da capacidade funcional com o intuito de preservar independência e autonomia. Esta perspectiva também oferece aos profissionais da área a possibilidade de identificação da ocorrência de atos violentos e a elaboração de estratégias de intervenção adequadas para manter a

Quadro 14: Instrumentos de violência – características gerais – estudos publicados relacionados

Instrumentos	Autor(es) <sup>(referência)</sup>	Ano	Língua original	Psicometria	Utilização internacional	Utilização no Brasil	Adaptação Brasil	Total de estudos N° %
AKRON	Jones et al <sup>101</sup>	1988	Inglês	0	1	0	0	1 1,2
BASE	Reis & Nahmiash <sup>135</sup>	1998	Inglês	1	2	0	0	3 3,7
CASE	Reis & Nahmiash <sup>136</sup>	1995	Inglês	1	1	0	0	2 2,5
CTS-1	Straus <sup>131</sup>	1979	Inglês	23	18	3	1	45 55,5
DAVIES	Davies <sup>137</sup>	1997	Inglês	0	1	0	0	1 1,2
EAAPN	Davies <sup>138</sup>	1993	Inglês	0	1	0	0	1 1,2
EAI-FULMER	Fulmer <sup>132</sup>	1984	Inglês	2	1	0	0	3 3,7
FRS	Fulmer <sup>139</sup>	1996	Inglês	1	1	0	0	2 2,5
HALF	Ferguson & Beck <sup>140</sup>	1983	Inglês	1	0	0	0	1 1,2
HRPW-KOSBERG	Kosberg <sup>57</sup>	1988	Inglês	0	1	0	0	1 1,2
H-S/EAST	Hwalek, Sengstock <sup>141</sup>	1986	Inglês	5	2	0	0	7 8,6
IOA	Reis, Nahmiash <sup>142</sup>	1998	Inglês	2	4	0	0	6 7,4
JOHNSON	Johnson <sup>129</sup>	1991	Inglês	1	1	0	0	2 2,5
QUALCARE	Phillips, Morrison & Chae <sup>143,144</sup>	1996	Inglês	2	0	0	0	2 2,5
REAH	Hamilton <sup>145</sup>	1989	Inglês	1	0	0	0	1 1,2
SCREENPROT	Johnson <sup>125</sup>	1981	Inglês	0	1	0	0	1 1,2
VASS	Schofield & Mishra <sup>146</sup>	2002	Inglês	2	0	0	0	2 2,5
<b>TOTAL</b>				<b>42</b>	<b>35</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>81 100</b>

Quadro 15: Psicometria de instrumentos de violência

Instrumentos	Escala (a)	Nº de itens	Grupo aval. (b)	Loc. (c)	Administ. (t) (d)	Confiabilidade			Validade		
						Análise (e)	Compl. (f)	Qualif. (g)	Análise (e)	Compl. (f)	Qualif. (g)
AKRON	Nom	46	Vit	Cli	S	---	0	0	---	0	0
BASE	Ord	5	Vit	Tri	S	Inter, intra	Bas	Adeq	VC, Cns	Bas	Adeq
CASE	Ord	8	Cuid	Tri	SS (1-2 min)	Ci	Bas	Adeq	VC, F, Cc	Bas	Adeq
CTS-1	Ord / Lik	19	Vit/Cuid	Cli	S (7-10 min)	Ci, intra,inter	Boa	Adeq	VC, Cnt, D, Cns	Boa	Adeq
DAVIES	Nom	41	Cuid	Cli	S	---	0	0	---	0	0
EAAPN	Nom	80	Vit	Cli/Tri	S	---	0	0	---	0	0
EAI-FULMER	Nom / Ord	44	Vit	Tri	S (12-15 min)	Inter, Ci	Bas	Adeq	Cc, Cnt	Bas	0
FRS	Ord / Lik	34	Vit	Clidom	S	---	0	0	VC, Cns	Bas	Insuf
H.A.L.F.	Nom	37	Vit/Cuid	Tri	S	---	0	0	VC	0	0
HRPW- KOSBERG	Nom	40	Vit/Cuid	Cli	---	---	0	0	VC	0	0
H-S/EAST	Ord	15	Vit	Tri	S-A (5-10min)	Ci	Bas	Insuf	VC, F, Cnt, D, Cns	Boa	Adeq
IOA	Ord	22	Vit	Clidom	SS (20 min)	Ci	Bas	Adeq	VC, F, D, Cns	Boa	Adeq
JOHNSON	Nom	60	Vit	Tri	S	-	0	0	VC	0	0
QUALCARE	Ord / Lik	40	Vit/Cuid	Clidom	S	Inter, Ci	Boa	Adeq	VC, F, Cnt, D, Cc, Cns, FACE	Exc	Adeq
REAH	Ord	34	Vit/Cuid	Clidom	SS	---	0	0	VC, Cnt, D	Bas	Insuf
SCREENPROT	Nom	38	Vit/Cuid	Cli	S	---	0	0	---	0	0
VASS	Ord	12	Vit	Tri	A	Ci	Bas	Insuf	VC, F, Cnt, D	Bas	Adeq

(a) Escala: *Ord* – Ordinal (*Lik* – Likert); *Nom* - Nominal

(b) Grupo avaliado: *Vit* – vítima idosa ou em potencial; *Cuid* – cuidador do idoso ou potencial agressor; *Vit/Cuid* – seções de avaliação da vítima e cuidador no mesmo instrumento

(c) Local de aplicação: *Ci* – avaliação clínica de violência; *Tri* – Triagem clínica; *Clidom* – uso em avaliação domiciliar de triagem ou avaliação clínica.

(d) Administrado por: *S* – Staff; *A* – autopreenchimento; *SS* – serviço social

(e) Tipo de análise: *N* – não especificado; *intra* – confiabilidade intra-observador; *inter* – confiabilidade inter-observador; *Ci* – consistência interna; *F* – análise fatorial; *D* – validade de critério, tipo Discriminante; *Pr* – validade de critério, tipo preditiva; *Cc* – validade de critério, tipo concorrente; *VC* – validade Conceitual; *Cnt* – validade de conteúdo; *FACE* – validade de face; *Cns* – validade de construto, sem especificação;

(f) Completeza: *0* – sem evidência de confiabilidade ou validade; *Bas* – informação apenas basal; *Boa* – vários tipos de teste ou vários estudos; *Exc* – todas as principais formas de teste para confiabilidade/validade descritas.

(g) Qualificação dos Resultados: *0* – sem resultados numéricos; *?* – resultados não interpretáveis; *Insuf* – confiabilidade/validade construto, critério ou análise fatorial insuficientes; *Adeq* – confiabilidade/validade construto, critério ou análise fatorial adequadas; (definição, vide texto)

Quadro 16: Instrumentos de violência – síntese dos resultados numéricos

Instrumentos	Achados
BASE	$r = 0,86 - 0,9$
CASE	Escores distinguiram agressores de não agressores; $Ci \alpha = 0,71$ . Outras características semelhantes. Correlações com outros instrumentos: Ryden $r = 0,4$ e $0,25$ ; IOA $r = 0,41$ ; Indicadores de cuidadores $r = 0,40$ ; Indicadores dos idosos $r = 0,37$ ; H-S/EAST $r = 0,26$
CTS-1	$Ci \alpha = 0,88$ ; $Cnt = 0,80$ ; $\kappa > 0,70$ ; $D$ : 4 fatores; $Cns$ com vários índices correlatos e diferentes.
EAI-FULMER	$Ci \alpha = 0,84$ ; $r = 0,83 - 0,889$ ; $\kappa = 0,65$ ; $sens = 0,71$ ; $esp = 0,93$
H-S/EAST	Escores distinguiram vítimas de não vítimas; $Ci \alpha = 0,29$ . 6 itens relacionados fortemente com abuso $F$ : 3 fatores
IOA	$Ci \alpha = 0,92$ ; $Sens 0,844$ ; $esp 0,992$ ; $r = 0,37-0,41$ ; $D = 0,80$ . Escores para vítimas e não vítimas significativamente diferentes ( $p = 0,049$ ); classificação correta de 71% dos casos; discriminou casos de abuso 84,4% das vezes e casos de não abuso 99,2% das vezes.
QUALCARE	$Cnt$ : técnica Q-sort; $inter$ : 54% subescala psicológica, 66% subescala direitos humanos; técnica Delphi para FACE; $\kappa/\kappa_{max}$ para $inter$ entre 79% e 88%; 0,65 para a escala total; $Ci \alpha = 0,97$ ; $r$ $inter$ -subescalas entre 0,50 e 0,70; $F$ = seis fatores como predito, 13 itens excluídos; relação bivariada de 8 variáveis de critério na direção correta; $Cns$ = comparação com nove variáveis com 8 variáveis na direção predita.
VASS	$Ci \alpha = 0,55/ 0,52/ 0,43/ 0,39$ ; $F$ : 4 fatores respondendo por 50% da variância total. Os 4 fatores correlacionados com várias medidas correlatas para 12.340 mulheres entre 70 e 75 anos.

**Tipo de análise:**  $\tilde{N}$  – não especificado;  $intra$  – confiabilidade intra-observador;  $inter$  – confiabilidade inter-observador;  $Ci$  – consistência interna;  $F$  – análise fatorial;  $D$  – validade de critério, tipo Discriminante;  $Pr$  – validade de critério, tipo preditiva;  $Cc$  – validade de critério, tipo concorrente;  $VC$  – validade Conceitual;  $Cnt$  – validade de conteúdo; FACE – validade de face;  $Cns$  – validade de construto, sem especificação;  $sens$ : sensibilidade;  $esp$ : especificidade;  $\alpha$  = índice de consistência interna de Cronbach (alfa);  $\kappa$  = índice kappa de reprodutibilidade;  $r$  = coeficiente produto-momento de Pearson.

pessoa idosa protegida. Ademais, isto pode ser realizado em um ambiente de cuidados de saúde, dado que os indivíduos idosos tendem a procurar serviços mais amiúde do que pessoas jovens <sup>65</sup>.

Há algum tempo, o atendimento do paciente geriátrico já é orientado para a avaliação interdisciplinar dos distúrbios funcionais. Torna-se, portanto, natural incorporar a avaliação e atendimento do idoso vítima ou envolvido em atos violentos nesta abordagem geriátrica geral. A importância dos distúrbios funcionais associados à violência pode ser explorada em um ambiente que já avalia, sistematicamente, o status funcional <sup>147</sup>. A inserção de avaliação de suspeitas de violência contra o idoso em um ambiente geriátrico de avaliação interdisciplinar, como o é na Avaliação Geriátrica Ampla <sup>65,84,86</sup>, traria suporte maior para que se cumprisse o objetivo primordial do profissional interessado pelos problemas do envelhecimento. Manter a independência do indivíduo idoso e de sua qualidade de vida, acarretaria uma postergação máxima de sua incapacidade, se possível, até um período próximo à sua morte, no que se denomina compressão de morbidade. Percebe-se, portanto, que a avaliação da violência, de cunho interdisciplinar, possui pontos comuns com a AGA. Valeria utilizar sua estrutura ao se inserir esta emergente questão na avaliação geral do indivíduo idoso com risco de distúrbios funcionais que, a rigor, também incorre em elevado risco de abusos e negligência <sup>72,85,148,149</sup>.

Em geral, fora do ambiente de emergência, o profissional de saúde se depara mais freqüentemente com formas sutis de violência nas quais a negligência e/ou o abuso psicológico predominam <sup>147</sup>. A identificação destas apresentações mais insidiosas de abuso é dificultada pela presença concomitante de doenças crônicas em idosos, cujas manifestações podem mimetizar atos violentos ou diminuir a suspeição clínica dos

mesmos. A avaliação estruturada de risco ou suspeita de violência através da utilização de instrumentos de rastreamento certamente pode facilitar a tarefa.

Apesar da ênfase dada à importância da utilização de instrumentos para a detecção de abuso em idosos <sup>59,60,80,99,105</sup>, não há protocolos ou instrumentos universalmente aceitos para a triagem ou avaliação da violência doméstica nesta população <sup>1</sup>. Segundo Rosenblatt <sup>104</sup>, isto se explica pela complexidade do problema. As definições sobre abuso diferem, por vezes, em um mesmo país. A raridade de pesquisas na área de violência contra idosos tem como consequência o parco conhecimento sobre os fatores de risco correlatos e a pouca clareza sobre os marcadores de violência que devem ser identificados através dos instrumentos de rastreamento e de avaliação.

O abuso em idosos vem em múltiplas formas, cujas consequências frequentemente se sobrepõem e se confundem com sinais e sintomas relacionados a diversas patologias prevalentes nesta faixa etária <sup>104</sup>. Alguns autores ponderam que a utilização de instrumentos de maneira isolada não proporciona uma avaliação adequada em idosos <sup>100</sup>. Porém, os instrumentos se constituem em avaliações estruturadas que servem de base para a avaliação sistemática de riscos de violência.

A identificação da violência em idosos é um processo relativamente novo. Por este motivo, as medidas de identificação mencionadas na literatura variam desde listas não sistematizadas de indícios de atos violentos até métodos uniformizados. A vantagem das últimas é a possibilidade de replicação dos dados. Vários autores sugerem que a avaliação de violência no sujeito idoso deva se armar de documentação estruturada visando, além de uma análise mais organizada do nível de saúde, um melhor preparo para encaminhamentos processuais e legais <sup>31,99,146</sup>. Ademais, a entrevista de acompanhantes ou cuidadores, presentes na maior parte das vezes no convívio com o

idoso, complementa a informação conseguida através da avaliação das próprias vítimas em potencial.

Este estudo oferece um levantamento dos instrumentos de avaliação e suspeita de violência, com ênfase nesta última, por conta do ambiente clínico ambulatorial não especializado em que se pretende que os instrumentos sejam inseridos. Na atual revisão procurou-se excluir protocolos muito genéricos ou de avaliação eminentemente qualitativa. Revisões recentes identificaram uma quantidade menor de instrumentos e correlatos estudos publicados, possivelmente por usarem critérios de inclusão mais rígidos ou mecanismos de busca menos exaustivos<sup>65,127,150</sup>. Uma indicação disso é que nessa literatura não há referência à busca em bases de dados específica para violência em idosos como a CANE.

Os instrumentos encontrados na presente revisão não possuem, individualmente, um grande número de publicações sobre os respectivos estudos de desenvolvimento e utilização. Também, não foi possível identificar qualquer estudo no âmbito da comunidade científica brasileira que se debruçasse sobre o aprimoramento de instrumentos para uso no País, quer mediante adaptações transculturais formais de ferramentas já empregadas alhures ou mesmo, através do desenvolvimento de novas. Vale insistir que nenhuma das adaptações das *Conflict Tactics Scales* para o contexto brasileiro focalizaram a terceira idade<sup>123</sup>.

A atual revisão não encontrou nas bases de dados mencionadas qualquer publicação de concepção ou utilização de instrumentos de violência em idosos em português, espanhol ou francês. Não chega a surpreender que a totalidade tenha sido concebida em língua inglesa, uma vez que o interesse e a pesquisa na área de violência doméstica estejam presentes há mais tempo nos EEUU e Reino Unido<sup>126</sup>. Há, entretanto, muitos hiatos nas evidências concernentes às qualidades psicométricas destes

instrumentos. O Quadro 13 indica, por exemplo, a pouca especificidade de vários instrumentos no que concerne à avaliação das diversas subdimensões da violência. Este é o caso do *HRPW-KOSBERG* e *REAH*. Adicionalmente, depreende-se dos Quadros 14 e 15 que os processos de investigação dos instrumentos encontram-se, ainda, em estágios iniciais. Há poucos estudos psicométricos nas culturas originais, raros estudos são aqueles enfocando adaptações transculturais e ainda falta uma continuidade dos processos de investigação a muitos instrumentos escrutinados. Excetuando-se a *CTS-1* e *H-S/EAST*, nenhum outro foi avaliado fora de sua cultura original. Desenvolvido na Austrália, o *VASS* é resultado da avaliação psicométrica do *H-S/EAST*, concebido nos EEUU.

A despeito dessa aparente insuficiência, instrumentos como o *BASE*, *CASE*, *EAI-FULMER*, *H-S/EAST*, *IOA*, *QUALCARE* e *VASS* possuem algumas boas propriedades psicométricas e poderiam ser mais bem explorados no contexto da avaliação clínica de violência em idosos no Brasil. O *BASE* é um instrumento rápido, com cinco perguntas breves e duração de um minuto apenas. Sua vantagem é poder ser utilizado em ambientes clínicos com grande movimento, como, por exemplo, serviços de emergência.<sup>151</sup> Seu histórico de investigação, porém, resume-se a um único artigo psicométrico publicado que indica boa validade conceitual e uma satisfatória confiabilidade com concordâncias interobservadores variando de 86% a 90%. Seriam necessários outros estudos avaliando validade de construto, critério, consistência interna e uma maior completeza dos estudos psicométricos.

O *CASE* é o único instrumento de coleta de informações específicas do cuidador, avaliando comportamentos relacionados a atos violentos por parte deste em relação ao idoso. A saúde e circunstâncias de vida dos cuidadores estão, com frequência, intimamente ligadas àquelas das vítimas e a experiência clínica sugere que o

reconhecimento da díade cuidador-idoso e a intervenção direta neste relacionamento oferecem mais possibilidades de se quebrar um eventual ciclo de violência em curso <sup>65</sup>. O *CASE* não procura abarcar possíveis justificativas ou racionalizações para o ato violento <sup>136</sup>. Contém itens que indagam ao cuidador sobre situações que poderiam indicar violência física, psicossocial, material e negligência, sem argüir diretamente sobre comportamentos diretamente relacionados à violência. Pela sua brevidade e simplicidade, o instrumento pode ser utilizado, segundo Reis e Nahmiash <sup>136</sup>, em pesquisas como uma ferramenta de rastreamento inicial de violência, valendo-se, inclusive, de entrevistadores sem muita experiência no tema. Na prática clínica, pode servir como um primeiro alerta, talvez em combinação com outros instrumentos de captação. De uma perspectiva operacional, as autoras identificaram escores de quatro ou mais como indicativos ou sugestivos de maior risco.

Junto com o *QUALCARE*, a *CTS-1* e o *EAI-FULMER* parecem ser os mais robustos sob o aspecto psicométrico, como sintetizam os Quadros 15 e 16. Entretanto, a *CTS-1* possui limitações importantes no que concerne seu escopo, pois explora apenas violência física e psicológica. Ademais, não existem ainda estudos de validade e confiabilidade na população idosa, conforme apontado anteriormente. Por sua vez, a despeito de ter sido concebido para utilização em idosos em ambiente clínico e possuir boas qualidades psicométricas, o *EAI-FULMER* requer treinamento especial na área de violência para que possa ser adequadamente utilizado. Seus itens são dependentes de avaliação e interpretação por parte do entrevistador, além de conhecimento da história pregressa familiar e social do indivíduo entrevistado. Isto o torna um instrumento dependente de informações que nem sempre estão facilmente disponíveis em ambientes ambulatoriais e hospitalares.

O *H-S/EAST* é um instrumento breve desenvolvido nos EEUU, resultado de um esforço na identificação de indicadores e sintomas de abuso em idosos. A identificação dos correlatos de abuso teria grande interesse na concepção de um instrumento de rastreamento, pois poderiam estar presentes anteriormente ao evento violento. No seu desenvolvimento, foram testados mais de mil itens selecionados a partir de vários protocolos em uso nos EEUU. Muitos destes itens não focalizavam sintomas específicos de abuso ou negligência, mas tinham a intenção de detectar circunstâncias correlatas à presença do problema como, por exemplo, dependência física ou financeira e isolamento <sup>152</sup>. Uma análise fatorial dos 15 itens do *H-S/EAST* identificou três categorias conceituais, a saber, violação aberta dos direitos pessoais ou abuso direto; características do idoso que o tornam mais vulnerável ao abuso; e características de uma situação de abuso potencial <sup>141</sup>. Estudos de validação também corroboraram sua capacidade para captar possibilidade de abuso psicológico, físico, violação de direitos pessoais e abuso financeiro <sup>152</sup>. Neale et al. <sup>152</sup> advertem que o instrumento deve ser utilizado para identificar suspeita de abuso, particularmente quando o investigador for relativamente pouco experiente no tema. Além das questões concernentes à violência, o *H-S/EAST* pode ser utilizado para a identificação de serviços que os respondentes possam necessitar, tais como transporte, cuidados pessoais, ou aconselhamento referente ao mau uso de substâncias <sup>152</sup>. O instrumento também serve para se decidir sobre um aprofundamento na investigação ou encaminhamento do relato de abuso a uma agência especializada <sup>152</sup>.

O *IOA* é um instrumento relativamente simples, concebido no Canadá, que avalia tanto o cuidador quanto o idoso <sup>142</sup>. Deve ser completado por profissionais após uma avaliação domiciliar cuja duração chega a 2 ou 3 horas. Composto de 27 itens referentes a problemas relativos ao idoso ou seu cuidador, indaga sobre a dependência

econômica deste em relação ao idoso, problemas passados que tenham relação com alguma forma de violência e dificuldades de relacionamento interpessoal. O instrumento possui boa validade de face e de conteúdo, sendo, entretanto, algo longo para utilização em ambientes clínicos mesmo que domiciliares. Além disto, é necessário treinamento especial dos entrevistadores na área de violência.

O *QUALCARE* é o mais robusto entre os instrumentos identificados nesta revisão. Concebido nos EEUU para uso de profissionais de enfermagem na avaliação de idosos e seus cuidadores em seus próprios domicílios, avalia seis dimensões, quais sejam, violência física, cuidados médicos, psicossocial, ambiental, direitos humanos e financeira. Segundo Phillips et al.<sup>143,144</sup>, são necessárias duas visitas domiciliares com duração total de até duas horas e meia para coletar todas as informações e preencher os 40 itens do instrumento. A concepção, organização e avaliação psicométrica do *QUALCARE* são detalhadas e completas, e os resultados bastante promissores. Ainda assim, a duração e a necessidade de treinamento intensivo dos profissionais tornam o instrumento complexo e relativamente custoso.

Concebido na Austrália, o *VASS* foi avaliado em uma amostra de 12.000 sujeitos, representativa da população de mulheres idosas. A validade de construto foi examinada através de correlações com variáveis sócio-demográficas, psicológicas e relacionadas à saúde, bem como via análise fatorial. Do *H-SEAST* original, quatro fatores foram identificados representando as dimensões de Abatimento, Coerção, Dependência e Vulnerabilidade, mas 5 dos 17 itens acabaram sendo excluídos. Um item de agressão psicológica, oriundo da *CTS-1*, foi adicionado pelas autoras do *VASS* por possuir alta validade de face. Um segundo item indagando sobre a sensação de medo de alguém na família foi adaptado a partir de uma revisão de vários estudos de fatores correlatos de violência<sup>153</sup>.

Em síntese, os instrumentos mais promissores e que merecem uma adaptação para uso no Brasil parecem ser o *CASE*, *EAI-FULMER*, *H-S/EAST*, *IOA*, *QUALCARE* e *VASS*. A escolha dependerá, certamente, da situação na qual se pretende utilizar o ferramental de suspeita. No caso de ambientes clínicos contendo profissionais com treinamento apenas elementar, prioridade poderia ser dada ao *CASE*, *H-S/EAST* e *VASS*. Estratégias de adaptação cultural como, por exemplo, de Herdman et al.<sup>2,118</sup> ou Guillemin et al.<sup>117</sup> devem ser observadas para que se garanta, no Brasil, a disponibilidade de instrumentos eficazes e eficientes de avaliação de violência contra o idoso.

## 5.2 Artigo 2

### **Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) utilizado na suspeição de violência de cuidadores contra indivíduos idosos\*<sup>4</sup>**

#### **Resumo**

Este primeiro de dois artigos descreve a primeira parte da adaptação transcultural da versão em Português para o Brasil do *Caregiver Abuse Screen (CASE)*, um instrumento simplificado para suspeição de violência contra o idoso. O *CASE* foi originalmente desenvolvido no Canadá em língua inglesa e utilizado para rastrear violências em idosos entrevistando seus cuidadores. Através de um processo que envolveu uma ampla e sistemática revisão bibliográfica, a avaliação de equivalências conceitual e de itens consistiu de uma discussão em grupo de expertos. A equivalência semântica envolveu a seqüência seguinte: duas traduções para o português e respectivas retraduições para o inglês em paralelo; uma avaliação de equivalência de significados referencial e geral entre o *CASE* original e as versões em português; discussões posteriores com o grupo de expertos para definir a versão final; e um pré-teste desta versão final com 40 cuidadores de pacientes idosos em um serviço de atendimento ambulatorial de geriatria. Foi possível estabelecer uma versão em português para o Brasil com boa qualidade de equivalência conceitual, de itens e semântica. Embora os resultados aqui descritos sejam encorajadores, eles devem ser reavaliados à luz de evidências psicométricas (equivalência de mensuração) que oportunamente serão apresentadas por este grupo de estudo.

*Palavras-chave: violência doméstica; idosos; questionários, adaptação transcultural.*

---

\*<sup>4</sup> Artigo submetido aos Cadernos de Saúde Pública

## Introdução

A existência de atos violentos de negligência e maus-tratos contra os indivíduos idosos é um fenômeno que somente nas duas últimas décadas começou a despertar o interesse na comunidade científica<sup>31,55</sup>. No âmbito do estudo da violência doméstica, os maus-tratos contra os idosos foram os últimos a ser contemplados como uma questão de saúde pública. Esse fenômeno vem sendo experimentado sob várias facetas, por vezes não fatais, em nossa e em outras sociedades<sup>3</sup>. Expressa-se, também, como maus-tratos sofridos no seio da família, abandono em asilos, perda de direitos próprios ao exercício da cidadania, preconceito e, em última instância, ostracismo e exclusão social<sup>40</sup>.

A solidão, o isolamento e a tendência dos indivíduos idosos a não relatar suas adversidades são apenas alguns fatores relacionados à dificuldade em se obterem estimativas de magnitude deste problema<sup>57</sup>. Assim como no contexto das demais formas de violência doméstica, os serviços de saúde parecem ser um lócus privilegiado para a identificação do problema e implementação de estratégias de ação visando o seu enfrentamento<sup>124</sup>. Porém, no momento, ainda são poucas as evidências sobre como se deva suspeitar ou reconhecer efetivamente a presença de violência doméstica, e também raros os profissionais de saúde que ativamente rastreiam pacientes que não possuam alguma lesão aparente<sup>50</sup>. Entretanto, há consenso que instrumentos apropriados de rastreamento de violência em idosos sejam cruciais para o progresso da prática e pesquisa deste importante problema<sup>56</sup>.

Segundo a literatura internacional, a identificação dos maus-tratos contra idosos deve contemplar uma avaliação que utilize fontes diversas de informação como, por exemplo, cuidadores, os próprios idosos e/ou agentes que intervêm nas situações de abuso<sup>154,155</sup>. Não é aconselhável que se capte essa informação somente através de relatos profissionais ou de informantes eventuais, pois o material gerado por estes tende

a supervalorizar a validade de face dos itens que compõem os instrumentos<sup>136</sup>. Pessoas idosas, beneficiárias dos cuidados, não estão sempre disponíveis e podem estar acometidas por problemas de saúde, como é o caso de demências que as impedem de fornecer informações. Ademais, podem não desejar relatar o evento do qual foram vítimas, principalmente quando os principais agressores são pessoas de convivência próxima e da família<sup>156</sup>.

Um instrumento de identificação de violência com foco nas informações do cuidador poderia ser útil na prática clínica diária ou em inquéritos epidemiológicos. Alguns estudos indicam que os cuidadores são boas fontes de informação neste sentido<sup>157</sup>. Os cuidadores podem também ser os perpetradores do ato violento. Em um estudo recente de incidência de violência em idosos realizado nos EEUU, verificou-se que, em quase 90% dos casos em que o perpetrador era alguém conhecido, este foi identificado como um membro da família. Em dois terços destes casos, o perpetrador era o esposo(a) ou filho(a)<sup>61</sup>.

Vários autores têm recomendado o trabalho interdisciplinar na avaliação de suspeita ou identificação de violência doméstica contra o idoso<sup>31,94,96,112</sup>. Considerando a indicação cada vez mais presente na prática geriátrica de uma abordagem ampla que vá além da pura investigação de sinais e sintomas clínicos, parece possível e interessante incorporar a primeira avaliação e o atendimento do idoso que é vítima ou está envolvido em maus-tratos nesta abordagem geriátrica global. O treinamento de uma equipe interdisciplinar, já habituada a trabalhar com o idoso, para o rastreio de risco ou a presença de violência pode ser um passo importante na melhoria do processo de detecção de maus-tratos nesta população. Seria, pois, de interesse o estudo de instrumentos que pudessem ser úteis neste contexto, visando a inseri-los em um ambiente de avaliação geriátrica.

Levando-se em conta os agravos mais prevalentes na faixa etária, principalmente os de ordem crônico-degenerativa, a avaliação do idoso deve ser norteadada pelos princípios de avaliação funcional, em contraposição à clássica avaliação orientada pela etiologia de doenças. Este enfoque tem sido aprofundado desde as primeiras publicações de Marjorie Warren, médica britânica que, em 1936, propôs um processo de avaliação diferenciado para pacientes idosos <sup>83</sup>. Este se baseia no princípio do trabalho interdisciplinar e comumente denominado *Comprehensive Geriatric Assessment*, Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) em português. Os componentes básicos e dimensões mensuráveis da AGA incluem a avaliação dos problemas médicos e comorbidades relevantes, estado de independência funcional, estado psicológico, rede de suporte e atividades sociais, assim como necessidades econômicas e perfil de moradia.

Com base no roteiro proposto por Herdman et al. <sup>2,118</sup> detalhado na seção seguinte, este artigo enfoca as três primeiras etapas do processo de avaliação da equivalência transcultural entre o instrumento *Caregiver Abuse Screen (CASE)* concebido por Reis e Nahmiash <sup>136</sup> em língua inglesa, e uma versão-síntese em português a ser proposta para uso no Brasil.

O *CASE* foi escolhido a partir de uma revisão de instrumentos de violência em idosos. Nesta, avaliaram-se características psicométricas de diversos instrumentos, frequência de utilização e adaptabilidade para o contexto cultural brasileiro. Dentre os instrumentos de avaliação do cuidador, o *CASE* foi o que possuía melhores características, segundo o entendimento de um grupo de expertos consultados <sup>158</sup>. Trata-se de um instrumento breve de autopreenchimento, desenvolvido no Canadá e originalmente concebido para uso na comunidade. Contém perguntas sobre situações que poderiam indicar violência física, psicossocial, financeira e negligência, sem, no

entanto, argüir diretamente sobre comportamentos ou atos violentos <sup>136</sup>. No estudo original as autoras propuseram que o instrumento fosse aplicado a cuidadores definidos como indivíduos de quem os idosos sistematicamente dependessem para lhes ajudar nas atividades de vida diária.

O histórico psicométrico do *CASE* indicou uma boa capacidade de discriminação quando avaliado em cuidadores agressores de uma agência de serviços sociais, aqueles sem história de agressão da mesma agência e os da comunidade classificados como não violentos. A consistência interna revelou um  $\alpha = 0,71$  na avaliação utilizando os 139 sujeitos dos três grupos <sup>136</sup>. Também há evidência de correlação com outros dois instrumentos já validados para uso em idosos, a saber, o *Indicators of Abuse Screen* ( $r=0,41$ ;  $p < 0,001$ ) e o *Hwalek-Segstock Elder Abuse Screening Test* ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,025$ ). Ainda que a amostra desse estudo fosse pequena (cerca de 50 cuidadores por grupo) e obtida fora de um ambiente clínico, vale apontar que, pela facilidade de aplicação, as autoras propuseram sua aplicação nesse contexto, desde que combinado com outros questionários que também avaliassem as vítimas potenciais <sup>136</sup>.

Os itens do *CASE* inquiram mais sobre as relações interpessoais e psicológicas do que sobre o contexto social. O instrumento se baseia na teoria de controle <sup>136</sup>, que justifica a violência como uma forma do agressor cercear ações indesejáveis realizadas pela vítima <sup>159</sup>. Na formulação do instrumento, a construção das frases de cada item também é particularmente consistente com a teoria de Neutralização, pois justifica e racionaliza os atos violentos pela perspectiva do agressor <sup>160</sup>. Esta faz com que o *CASE* não siga aquela de outros instrumentos de captação de violência que, por vezes, tendem a ser implicitamente críticos em relação ao agressor <sup>157</sup>, encorajando-o a dar respostas socialmente mais aceitáveis. A teoria de Neutralização justifica o porquê dos cuidadores

serem freqüentemente descritos como surpreendentemente tranquilos sobre seus comportamentos e porque não se importam em completar os itens do *CASE*<sup>136</sup>.

O instrumento contém apenas oito itens e é de fácil administração. As categorias de resposta estão na forma dicotomizada visando a evitar neutralidade por parte do respondente. Pela sua brevidade, simplicidade e boa aceitabilidade evidenciada no estudo original, o *CASE* pode ser utilizado como um instrumento de rastreamento de violência doméstica valendo-se de entrevistadores sem muita experiência ou treinamento prévios específicos. Na prática clínica, pode servir como um primeiro alerta, talvez em combinação com outras ferramentas. Considerando uma pontuação máxima de 8, análises psicométricas indicaram que escores de 4 ou mais poderiam ser sugestivos de risco aumentado de perpetração de violência indicando investigação mais minuciosa<sup>136</sup>.

O desenvolvimento do *CASE* é relativamente recente. Até o momento, no melhor do conhecimento dos autores, se dispõe apenas da edição original em inglês, para uso precípuo no Canadá. Diante da insuficiência de ferramentas disponíveis em português para a detecção de violência em idosos, parece oportuno e relevante tornar disponíveis versões lusófonas de instrumentos oriundos de programas de investigação robustos e bem estabelecidos. No contexto brasileiro, o desenvolvimento de pesquisas nessa área se torna ainda mais urgente em função do esforço demandado para construção e avaliação de qualidade de novos instrumentos de aferição, tanto no âmbito clínico como no epidemiológico. Desta forma, o objetivo do artigo é descrever o processo de adaptação transcultural do *CASE*, com base em um roteiro formal e estruturado que focaliza especificamente a equivalência conceitual, de itens e semântica entre o instrumento original e uma versão em português<sup>2,117,118</sup>.

## Métodos

### O modelo de adaptação transcultural

O modelo seguido para a adaptação do *CASE* à cultura brasileira segue a proposição de Herdman et al. <sup>2</sup>. Estes autores utilizam uma abordagem que admite a possibilidade de interlocução, mas não assume a priori a equivalência entre construtos nas diferentes culturas. O modelo é calcado na apreciação de diferentes tipos de equivalência. Inicialmente, a adaptação deve contemplar uma apreciação da pertinência dos conceitos e dimensões apreendidos pelo instrumento original na cultura alvo da nova versão (equivalência conceitual). O modelo também prescreve que se avalie a adequação de cada item do instrumento original, em termos de sua capacidade para representar tais conceitos na população onde o instrumento pretende ser utilizado (equivalência de itens). Somente então, deve-se partir para a avaliação da equivalência semântica entre a versão a ser traduzida e o original. A adequação e pertinência de aspectos operacionais na nova cultura – forma de administração, número de opções de resposta, etc. – também devem ser observadas (equivalência operacional). Na seqüência, avalia-se a equivalência entre as propriedades psicométricas do instrumento original e de sua nova versão (equivalência de mensuração). Segundo os autores, somente após percorrer os diferentes aspectos de equivalência apontados acima, é possível declarar que está estabelecida a adaptação transcultural da nova versão.

### Avaliação da equivalência conceitual e de itens

Após o processo inicial de escolha do *CASE* <sup>138</sup>, um grupo de expertos composto por cinco profissionais que atuam nas áreas de violência doméstica, geriatria, epidemiologia e validação de instrumentos avaliou a equivalência conceitual. Como substrato para as discussões, utilizou-se a classificação proposta pelo Ministério da Saúde, comparando-se esta aos conceitos das diversas formas de violência utilizados no

Canadá <sup>56</sup>. Outro objetivo do grupo de expertos foi de explorar se as diferentes dimensões abarcadas pelo instrumento original na definição e apreensão da violência doméstica seriam relevantes e suficientes em nosso meio. No processo, avaliou-se a pertinência dos itens do instrumento original para a captação de cada uma dessas dimensões da violência doméstica contra o idoso no Brasil. A discussão focalizou o contexto brasileiro e, no tocante aos itens do *CASE*, se a teoria de Neutralização se adequaria à cultura-alvo. Também, foi debatido se o instrumento poderia ser utilizado exclusivamente para a captação de violência, levando-se em conta o ambiente de avaliação funcional do idoso. Procurou-se observar a capacidade dos itens em abarcar as dimensões descritas no artigo original. Adicionalmente, o grupo ventilou se deveriam ser acrescidos itens que identificassem outras dimensões não contempladas no original.

#### Avaliação da equivalência semântica

A avaliação de equivalência semântica envolveu cinco etapas. A inicial consistiu em duas traduções independentes e paralelas do instrumento original em inglês para o português (T1 e T2). Foram utilizados dois profissionais formados em letras, atuantes como tradutores juramentados e, ainda que nascidos no Brasil, perfeitamente fluentes na língua inglesa. Conforme recomendado por Guillemin et al.<sup>117</sup>, foram-lhes previamente descritos os objetivos do estudo e a população-alvo.

Na segunda etapa, T1 e T2 foram retraduzidas por outros dois tradutores juramentados (R1 e R2), fluentes em português, sendo o inglês a língua materna de um deles. As retraduições ocorreram novamente de forma independente e, desta feita, mascaradas em relação ao perfil profissional dos que atuaram na primeira etapa. Como antes, os objetivos do estudo e população-alvo foram apresentados a estes profissionais.

Uma subsequente avaliação formal foi realizada por um quinto profissional, perfeitamente proficiente nos dois idiomas e também ligado à área de Saúde Coletiva

(etapa 3). Nesta avaliação, as R1 e R2 foram comparadas ao instrumento original sob duas óticas distintas. Primeiro, avaliou-se a equivalência entre o original e cada uma das retraduições, sob a perspectiva do significado referencial dos termos/palavras constituintes<sup>2</sup>. O significado referencial concerne às idéias ou objetos do mundo a que uma ou várias palavras aludem. Se há o mesmo significado de uma palavra no original e na respectiva tradução, presume-se que exista uma correspondência literal entre estas.

O segundo aspecto apreciado envolveu o significado geral de cada item, contrastando-se o que foi captado na versão com o original em inglês. Esta correspondência transcende a literalidade das palavras, englobando também aspectos mais sutis, como o impacto que um termo tem no contexto cultural da população-alvo. A apreciação é necessária porque a correspondência literal de um termo não implica que a mesma reação emocional ou afetiva seja evocada em diferentes culturas. É indispensável uma sintonia fina que alcance também uma correspondência de percepção e impacto no respondente. Esta questão é particularmente relevante em relação aos instrumentos usados no âmbito da violência doméstica, pois uma palavra ou assertiva usada com a intenção de agredir psicologicamente pode ter uma grande capacidade de insulto no contexto e local de origem. Por outro lado, a versão literal do termo, usada agora em um novo contexto sócio-cultural, pode carecer de poder afrontador e não ser tão ofensiva. Neste caso, uma substituição por outro termo permitiria resgatar plenamente a equivalência desejada<sup>161</sup>.

Para cada aspecto de equivalência avaliado, foi usado um formulário específico, desenhado de forma a dissimular a origem dos itens sob escrutínio, i.e., se do original ou retradução. No formulário usado para apreciar o significado referencial, optou-se por escalas analógicas visuais (*visual analogue scales*)<sup>114</sup>. Assim, a equivalência entre pares de assertivas pôde ser julgada de forma contínua, entre 0 e 100%. No formulário

usado para a avaliação de significado geral, utilizou-se uma qualificação em quatro níveis, a saber, inalterado, pouco alterado, muito alterado ou completamente alterado. Deve-se acrescentar que as situações de divergência entre as avaliações de significado referencial e geral foram explicitamente debatidas, uma vez que desta discussão participou também o avaliador independente.

Além deste profissional, a quarta etapa da avaliação semântica envolveu o mesmo grupo de especialistas que participou da avaliação da equivalência conceitual e itens, tendo como objetivo identificar e encaminhar os problemas de cada uma das etapas pregressas. A partir daí, pôde-se propor uma versão-síntese, ora incorporando itens oriundos de uma das duas versões trabalhadas, ora optando-se por certas modificações para melhor atender aos critérios expostos acima.

A quinta e última etapa do processo envolveu um pré-teste da versão-síntese proposta. O objetivo foi testar o grau de aceitabilidade da versão brasileira do *CASE* em uma população ambulatorial de idosos atendidos em serviços geriátricos. Foram selecionados aleatoriamente 40 cuidadores de idosos que haviam procurado o Ambulatório de Geriatria do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os itens da versão lhes foram lidos, solicitando que parafraseassem cada pergunta <sup>117</sup>. A cada item do instrumento posto a teste, foi acrescentada uma opção de resposta para que se anotasse se as questões eram culturalmente incompatíveis ou meramente incompreendidas. Os itens não compreendidos por uma parte do grupo, que, para efeitos práticos, arbitrou-se em 15% dos idosos entrevistados, voltariam a ser discutidos pelo grupo de expertos. Uma vez implementadas as alterações devidas, a nova versão-síntese integral seria reaplicada a um novo lote de 40 cuidadores até que todos os itens passassem os critérios estipulados.

## Resultados

### Apreciação da equivalência conceitual e de itens

As discussões do grupo de especialistas, municiadas também de consultas à bibliografia temática, sugeriram que os conceitos relacionados à violência doméstica utilizados para a elaboração do instrumento original eram pertinentes ao contexto cultural brasileiro, principalmente no âmbito de populações urbanas. Entretanto, o grupo notou que o instrumento deixava de avaliar algumas dimensões importantes como autonegligência, abandono e violência sexual. Ademais, apontaram que o instrumento não se referia diretamente a questões específicas de violência, ainda que isso estivesse em acordo com o proposto pelas autoras no artigo original. Mesmo assim, foi possível identificar validade de face.

A proposta de Reis e Nahmiash <sup>136</sup> do *CASE* conter perguntas sutis sobre violência pareceu interessante. Também foi enaltecida a abrangência do instrumento para além de uma única dimensão relacionada à violência doméstica. A fácil utilização e treinamento foram considerados fatores importantes que se coadunavam com o objetivo de uso do *CASE* em ambientes de atendimento ao paciente idoso não especializados em violência.

### Avaliação da Equivalência Semântica

Como um todo, a comparação entre os itens oriundos das retraduições (R1 e R2) e os do instrumento original evidenciou uma boa equivalência. Como mostra o Quadro 17, somente dois dos oito itens de R1 e R2 apresentaram um grau de equivalência de significado referencial aquém de 90% *vis-à-vis* o original. O item mais discrepante revelou-se em R2, especificamente no enunciado do instrumento. O problema teve origem em T2, por conta da tradução dos termos *helper* e *caregiver*, vertidos para *monitor* e *assistant*, respectivamente. No item 4, por sua vez, o problema aconteceu na

passagem de T1 a R1, em que a palavra *rough* foi retraduzida como *force*. Ainda assim, avaliou-se que o significado geral se manteve inalterado em grande parte das assertivas em T1, principalmente no tocante à primeira retradução. Neste aspecto da equivalência semântica, constatou-se uma discreta primazia dessa versão sobre a segunda.

Na quarta etapa da avaliação verificaram-se algumas discrepâncias relativas ao significado referencial e geral entre os itens, todas atribuídas a entraves ocorridos na etapa de retradução. Alguns termos traduzidos foram considerados pelo grupo de expertos e o quinto tradutor por demais formais para compreensão fácil pelos indivíduos a serem estudados na cultura-alvo, uma vez que esta possui, em média, níveis baixos ou intermediários de escolaridade.

Ainda que, grosso modo, a etapa anterior tenha endossado ambas as traduções, uma avaliação minuciosa levou a se optar mais pelos itens oriundos de T1 para a elaboração da versão-síntese. Desta, foram incorporados o enunciado e quatro itens (i-1, i-2, i-4, i-5 e i-7). Os demais foram aproveitados de T2 (i-3 e i-6) ou de uma composição entre as duas traduções (i-8).

No Quadro 18 são apresentadas as traduções dos 8 itens e do enunciado do *CASE*, destacando-se sua origem (T1 ou T2). O Quadro 19 mostra a versão-síntese a partir do qual é possível identificar as modificações realizadas durante a quarta etapa. Estas tiveram diferentes objetivos. A maioria das alterações pretendeu tornar a versão em português mais coloquial e aceitável para a população-alvo. A palavra “frequentemente”, por ser longa e menos usual na linguagem cotidiana, foi sistematicamente substituída por “muitas vezes”. Ao pronome “você” foi oferecida a opção alternativa de “o(a) senhor/senhor(a)”, para atender a uma possível diferença etária entre o entrevistador e o(a) respondente.

**Quadro 17: Comparação entre o original em inglês e as retraduições do instrumento *Caregiver Abuse Screen (CASE)***

Original	T1/R1	Referencial	Geral	T2/R2	Referencial	Geral
Please answer the following questions as a helper or caregiver:	Please answer the following questions as a helper or caregiver:	100	IN	As a monitor or an assistant, please answer the following questions:	10	MA
1) Do you sometimes have trouble making ( ) control his/her temper or aggression?	1) Do you sometimes find it difficult to make (X) control his/her temper or aggressiveness?	90	IN	1) Do you sometimes find it hard that ( ) controls his/her aggressiveness?	90	PA
2) Do you often feel you are being forced to act out of character or do things you feel bad about?	2) Do you often feel forced to act against your own nature or to do things that displease you?	100	IN	2) Do you often feel forced to act in disagreement with your character or to do things that make you feel bad?	90	PA
3) Do you find it difficult to manage ( )'s behaviour?	3) Do you find it difficult to control ( )'s behavior?	90	PA	3) Do you find it hard to control ( )'s behavior?	90	PA
4) Do you sometimes feel that you are forced to be rough with ( )?	4) Do you sometimes feel compelled to use force with ( )?	80	PA	4) Do you sometimes feel forced to act harshly towards ( )?	85	PA
5) Do you sometimes feel you can't do what is really necessary or what should be done for ( )?	5) Do you sometimes feel you are unable to do what is really needed or what needs to be done for ( )?	100	IN	5) Do you sometimes feel you cannot do what is necessary or should be done for ( )?	100	IN
6) Do you often feel you have to reject or ignore ( )?	6) Do you often feel compelled to reject or ignore ( )?	100	IN	6) Do you often feel that you should reject or ignore ( )?	100	IN
7) Do you often feel so tired and exhausted that you cannot meet ( )'s needs?	7) Do you often feel so tired and exhausted that you cannot look after/attend to ( )'s needs?	90	IN	7) Do you often feel so tired or worn out that you cannot look after the needs of ( )?	90	IN
8) Do you often feel you have to yell at ( )?	8) Do you often feel compelled to shout at ( )?	100	IN	8) Do you often feel that you must shout at ( )?	100	IN

**Síglas:** Referencial: significado referencial (porcentagem de semelhança); Geral: significado geral: IN- inalterado; PA- pouco alterado; MA – muito alterado; CA – completamente alterado

**Quadro 18: Alterações na quarta etapa de equivalência semântica do instrumento *Caregiver Abuse Screen (CASE)***

Item escolhido	Origem
Por favor, responda às seguintes perguntas como ajudante ou cuidador:	(T1)
1) Você às vezes encontra dificuldades em fazer com que ( ) controle sua irritação ou agressividade?	1) (T1)
2) Você frequentemente se sente forçado a agir contra sua própria natureza ou a fazer coisas que lhe desagradam?	2) (T1)
3) Você acha difícil controlar o comportamento de ( )?	3) (T2)
4) Você às vezes se sente forçado a ser bruto com ( )?	4) (T1)
5) Você às vezes sente que não consegue fazer o que é realmente necessário ou o que deve ser feito para ( )?	5) (T1)
6) Você frequentemente sente que deve rejeitar ou ignorar ( )?	6) (T2)
7) Você frequentemente se sente tão cansado e exausto que não consegue atender às necessidades de ( )?	7) (T1)
8) Você frequentemente sente que deve gritar com ( )?	8) (T1 + T2)

**Quadro 19: Versão em português do instrumento *Caregiver Abuse Screen (CASE)* utilizado na suspeição de violência de cuidadores contra indivíduos idosos**

“Sendo a pessoa que ajuda ou cuida, por favor, responda sim ou não às seguintes perguntas:”		
	SIM	NÃO
V/S às vezes encontra dificuldade em fazer com que ( ) controle sua irritação ou agressividade?	_____	_____
V/S muitas vezes se sente forçado(a) a agir contra sua própria natureza ou a fazer coisas que lhe desagradam?	_____	_____
V/S acha difícil controlar o comportamento de ( )?	_____	_____
V/S às vezes se sente forçado(a) a ser bruto(a) com ( )?	_____	_____
V/S às vezes sente que não consegue fazer o que é realmente necessário ou o que deve ser feito para ( )?	_____	_____
V/S muitas vezes acha que tem que rejeitar ou ignorar ( )?	_____	_____
V/S muitas vezes se sente tão cansado(a) e exausto(a) que não consegue dar conta das necessidades de ( )?	_____	_____
V/S muitas vezes acha que tem que gritar com ( )?	_____	_____

No primeiro item optou-se por manter a tradução da palavra original *aggression* por “agressividade”, em uma tentativa de ampliação do seu significado geral. Embora não correspondam ao mesmo significado referencial, o geral pareceu adequado e menos contundente do que o termo “agressão”, que, de forma genérica, seria a proposta das autoras no *CASE* original<sup>136</sup>. No enunciado do instrumento, embora T1 corresponda à tradução literal, o grupo de expertos entendeu que os termos “ajudante” e “cuidador” poderiam ser pouco compreensíveis no meio cultural brasileiro. Optou-se por utilizar a expressão “pessoa que ajuda ou cuida”, pois, diferente do que significa *helper* no idioma inglês, “ajudante” possui conotação diversa em várias situações, e a palavra “cuidador” é bem menos usual no Brasil do que o é *caregiver* na cultura original.

Na quinta e última etapa da avaliação semântica (pré-teste) observou-se que o instrumento teve plena aceitação pelo grupo de cuidadores. Não houve recusas na passagem do instrumento até o final. Nenhum respondente o considerou cansativo, como seria de se esperar pelo pequeno número de itens. Em nenhuma das 40 entrevistas houve mais do que 15% de itens mal compreendidos, permanecendo inalterada, portanto, a versão já proposta na quarta etapa e mostrada no Quadro 19.

### **Discussão**

Como já frisado na introdução, a violência doméstica carece de dados robustos sobre incidência e prevalência no Brasil, mas, com base em estudos realizados em outros países<sup>59,60,61,62</sup>, sabe-se que a violência contra os idosos existe e se manifesta sob diferentes formas. Intervenções tendem a ser mais eficientes e eficazes se a detecção é precoce, através da coleta de informações oriundas de cuidadores, vizinhos, familiares e outras pessoas que convivem com os idosos<sup>96</sup>. O *CASE* atende a essa prerrogativa ao oferecer informações valiosas a partir do cuidador do paciente idoso, avaliando comportamentos relacionados a atos de diversas formas de violência.

O modelo seguido neste trabalho foi escolhido por ser abrangente e enfatizar a necessidade de apreciação de diferentes nuances na adaptação transcultural. Contudo, importa destacar que esse é apenas um dentre vários roteiros disponíveis na literatura a fim<sup>2,117,162,163,164</sup>. É fundamental, pois, que se ponha à crítica cada uma das etapas envolvidas. A explicitação pormenorizada dos passos realizados, dos dilemas surgidos ao longo do processo e a experiência acumulada durante a adaptação do *CASE* pretende enriquecer esse debate<sup>161</sup>.

Apesar da constatação de equivalência conceitual, nas várias etapas de atuação do grupo de especialistas, aventou-se a possibilidade de inclusão de outras dimensões da violência em idosos na versão a ser usada no Brasil. Como visto, o *CASE* deixa de avaliar algumas dimensões importantes, como autonegligência, abandono e violência sexual. Entretanto, um problema conceitual importante reside na inabilidade atual dos que estudam os diversos matizes de violência doméstica em idosos em definir os atributos do que seja um relacionamento normal, apropriado e adequado entre o idoso e aqueles que o cercam<sup>165</sup>. Os estudiosos, tampouco, conseguiram estabelecer padrões de cuidado sobre os quais os clínicos pudessem se basear para determinar com certa segurança se o idoso estaria ou não recebendo cuidados minimamente adequados. Por exemplo, a falha em ministrar medicação ao idoso pode bem ser definida como negligência, mas vários profissionais não seriam tão rígidos em relação a esta atitude, se eventual.

Também, o conceito de autonegligência dá margem a discussões sobre sua identificação como violência na acepção da palavra<sup>95</sup> e, logo, é de difícil avaliação. Alguns idosos com atitudes de autonegligência podem não reconhecer que suas ações são perniciosas e talvez prefiram o estilo de vida que adotaram desde mais jovens. Além disto, uma avaliação de autonegligência deve passar preferencialmente por uma

avaliação domiciliar, algo que está fora do contexto de AGA ambulatorial. A noção de abandono, que envolve isolamento, também torna limitada sua avaliação em locais fora do domicílio. Apenas um instrumento encontrado na revisão bibliográfica avalia violência sexual (*Carer Abuse Assessment Protocol for Nurses*)<sup>138</sup>. Este, porém, propõe uma abordagem eminentemente qualitativa e que, por requerer um treinamento prévio em violência doméstica por parte do avaliador, se prestaria pouco ao que se pretende no contexto da AGA. Nenhum instrumento encontrado avalia abandono ou auto-negligência. De toda sorte, estas questões merecem ser contempladas em discussões futuras sobre instrumentos de avaliação do cuidador. Uma alternativa ao uso de um instrumento que abarcasse todas as dimensões de violência doméstica seria a junção de dois instrumentos de avaliação, um contemplando o aspecto do cuidador e outro do idoso.

Em relação à primeira etapa de equivalência semântica, o perfil dos tradutores também importa, como apontam vários autores ocupados com processos de adaptação de instrumentos<sup>2,117,163</sup>. Segundo estes, é importante que o processo de tradução seja realizado por profissionais cuja língua-mãe e cultura sejam aquelas para as quais está se realizando a tradução. Isto significa que, idealmente, para T1 e T2, os tradutores deveriam ser brasileiros com domínio da língua inglesa e, no caso das duas retraduições do *CASE*, que fossem canadenses anglófonos com bom domínio do português. Um dos profissionais utilizados nas retraduições era estadunidense (R1), que, por ser um perfil bastante próximo ao recomendado, deve ter contribuído positivamente no produto final. Segundo Guillemin et al.<sup>117</sup> deve haver tantas retraduições quantas traduções e, de preferência, que os dois processos sejam realizados por equipes de tradutores e não apenas um para cada tradução e retradução. Entretanto, segundo os mesmos autores, questões situacionais e financeiras podem não permitir esta organização. Este foi o caso

no processo do *CASE*, em que dois tradutores e o mesmo número de retradutores foram utilizados. Não houve equipes de tradutores, mas a discussão da quarta etapa serviu para identificar, como já antes mencionado, problemas nas traduções e adequação à população-alvo.

Seguindo uma outra recomendação de Guillemin et al.<sup>117</sup> e Herdman et al.<sup>2</sup>, interessa que os tradutores tenham conhecimento do que trata o instrumento, da população-alvo para a qual este será adaptado e quais as suas dimensões. Por outro lado, aos retradutores devem ser dadas apenas explicações limitadas sobre o contexto, evitando que estes utilizem seu conhecimento prévio para corrigir erros eventuais no processo inicial de tradução. Também estes cuidados foram tomados no processo de adaptação do *CASE*. Possivelmente, também este cuidado foi importante para que a versão síntese do instrumento requeresse poucas alterações na fase de discussão.

Houve, no enunciado, um problema de identificação da palavra helper/caregiver em T2. O profissional responsável por T1 havia utilizado, no entanto, os termos corretos em português. A existência de mais de um par de tradução-retradução (T1/R1 – T2/R2) facilitou a tomada de decisões para a elaboração da versão-síntese. Porém, uma recomendação genérica sobre o número ideal de pares não parece interessante, na medida em que essa decisão está intimamente ligada ao custo-benefício do processo de cada pesquisa. A questão sobre o número ótimo de tradutores poderia ser oportunamente respondida com o incremento de programas de investigação que avaliem a efetividade das diferentes estratégias de adaptação transcultural.

Foi grande a influência da quarta etapa na elaboração da versão-síntese, tanto no ajuste final para as escolhas entre expressões semelhantes oriundas das duas traduções, quanto para lidar com problemas processuais. Por exemplo, o problema ventilado anteriormente causado pelo fato de um dos profissionais envolvidos na etapa de

retradução não ter o inglês como língua-mater pôde ser contornado através dessa avaliação mais detalhada. É a impressão dos autores que a etapa em muito contribuiu para a excelente aceitabilidade observada no campo e para que se alcançasse equivalência de significados satisfatória entre o instrumento original e sua versão. A importância de uma avaliação final interdisciplinar nos processos de adaptação não deve ser menosprezada.

É possível que a composição multidisciplinar do grupo de expertos, também bilíngüe, e a utilização de um quinto tradutor com experiência na área de saúde coletiva tenha auxiliado bastante no processo de adaptação dos itens traduzidos. Estes cuidados tornaram a linguagem do *CASE* mais inteligível e amistosa à população-alvo, facilitando sua plena aceitação e compreensão.

A decisão de adaptar a versão-síntese para que o *CASE*, originalmente um instrumento de auto-preenchimento fosse utilizado através de perguntas realizadas por entrevistador se baseou na constatação que, em função da baixa escolaridade de grande parte da população brasileira, as pesquisas na área de saúde costumam dar prioridade a entrevistas face-a-face na coleta de informações. No entanto, não se deve perder a perspectiva de que, genericamente, processos de aferição baseados em auto-preenchimento podem ser mais acurados, uma vez que não há o constrangimento de se estar expondo oralmente questões constrangedoras e há sempre a possibilidade de se garantir anonimato<sup>65,166</sup>. Estas questões são ainda mais relevantes no contexto da violência doméstica, naturalmente propensa a ser velada. Ainda assim, a forma como são formuladas as perguntas do *CASE* levou o grupo de expertos a concluir que o instrumento se prestaria tanto a uma quanto à outra forma de aferição, indicando, desse modo, uma aceitável equivalência operacional.

A partir da avaliação da equivalência conceitual, de itens e semântica foi possível propor uma primeira versão em português do *CASE*. No entanto, ainda restam alguns passos para se aceitar com certa segurança que a equivalência transcultural entre o original e a versão tenha sido plenamente alcançada. Conforme exposto na Introdução, a equivalência de mensuração, estudada através da comparação entre as propriedades psicométricas da versão em português e do instrumento original, é mais uma tarefa importante nesse processo e deverá ser realizada no futuro próximo. Além disso, é fundamental que esta primeira versão seja posta à crítica pelos profissionais interessados. A vasta gama de detalhes e opções, muitas delas intrinsecamente subjetivas, demanda que o aprimoramento do instrumento adaptado dependa de debates e negociações contínuas entre pares. Vale lembrar que somente após a etapa de equivalência de mensuração se poderá atestar a equivalência operacional e, conseqüentemente, propor uma equivalência funcional<sup>2,118</sup>. Somente aí será seguro utilizar o *CASE* rotineiramente como ferramenta de suspeita de violência doméstica envolvendo o indivíduo idoso e seu cuidador.

### 5.3 Artigo 3:

#### Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento de rastreamento de violência no idoso *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)*

##### Resumo

Este artigo descreve a adaptação transcultural da versão em Português para o Brasil do *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)*, um instrumento breve de risco de violência doméstica em idosos. O *H-S/EAST* foi originalmente desenvolvido nos Estados Unidos. Auxiliada por uma ampla e sistemática revisão bibliográfica, a avaliação de equivalências conceitual e de itens consistiu de uma discussão em grupo de expertos. A equivalência semântica foi apreciada no que diz respeito ao significado referencial dos termos/palavras e a aceção geral de cada item. A equivalência de mensuração entre o instrumento original e a versão em português foi avaliada por meio da comparação de suas propriedades psicométricas. À análise de fatores encontraram-se três dimensões. A que englobou mais itens (8 em 15), aqui nomeada “Violência, Opressão e Rejeição”, se mostrou adequada contendo cargas (*loadings*) altas, além de razoável consistência interna ( $\text{kr}20 = 0,63$ ) e confiabilidade intra-observador ( $\kappa = 0,57$ ). Uma outra dimensão abarcando 4 itens sobre “Perda de Autonomia”, ainda que de significado coerente, não se portou tão bem, evidenciando cargas baixas,  $\text{kr}20 = 0,40$  e  $\kappa = 0,34$ . Dois itens aparentemente relacionados à “Independência Funcional” formaram uma terceira dimensão, mas, a despeito das cargas fatoriais altas, também mostraram consistência interna e confiabilidade baixas ( $\text{kr}20 = 0,38$  e  $\kappa = 0,41$ , respectivamente). Ademais, a interpretação foi distinta daquela

proposta nos artigos originais. Um item sobre uso de álcool em familiar não se ajustou a nenhuma dimensão encontrada. Ainda restam lacunas a serem preenchidas com estudos futuros para que o instrumento possa ser utilizado sem restrições.

*Palavras-chave: violência doméstica; idosos; questionários, adaptação transcultural.*

### **Introdução**

A violência doméstica possui várias formas de apresentação envolvendo crianças, adultos e adultos mais velhos. Suas repercussões envolvem toda a família ou o ambiente da moradia, mesmo que ela se restrinja, eventualmente, apenas a alguns dos participantes do grupo<sup>3</sup>. Por sua vez, a existência de atos violentos de negligência e maus-tratos contra os indivíduos idosos é um fenômeno que somente nas duas últimas décadas começou a despertar o interesse na comunidade científica<sup>31,40</sup>.

A solidão, o isolamento e a tendência dos indivíduos idosos a não relatar suas adversidades são apenas alguns fatores relacionados à dificuldade em se obterem estimativas de magnitude deste problema<sup>57</sup>. Ademais, a comparação de dados oriundos de estudos diversos é dificultada porque as estimativas são, por vezes, apresentadas como taxas, outras vezes como percentagens ou ainda simples relatos de casos. Nos países em que já se realizaram estudos sobre a magnitude do problema, os números divergem por razões que incluem as diferentes definições do que seja abuso; a falta de amostras populacionais; a ausência de um sistema uniforme de relato de casos; formas diferentes de busca de casos; heterogeneidade dos instrumentos utilizados para identificação de casos e inconsistências no seguimento e substanciação das suspeitas de abusos<sup>5</sup>.

O problema da detecção de violência em idosos torna-se mais complexo por faltar um instrumento padronizado e com boas qualidades psicométricas. Alguns pesquisadores utilizaram, em idosos, instrumentos criados para a detecção de formas de

violência doméstica em outros estratos populacionais. Pillemer e Finkelhor <sup>59</sup>, por exemplo, se valeram das Escalas Táticas de Conflito (CTS-1) <sup>131</sup>, originalmente concebidas para a identificação de violência entre casais. Entretanto, a CTS-1 não explora abuso financeiro ou negligência, situações freqüentes na população idosa.

O Brasil vem experimentando um aumento acelerado de sua população mais velha <sup>167</sup>. Levando-se em conta os agravos mais prevalentes na faixa etária, principalmente de ordem crônico-degenerativa, a avaliação do idoso deve ser norteadada pelos princípios de avaliação funcional, em contraposição à clássica avaliação orientada pela etiologia de doenças. Tal enfoque tem sido aprofundado desde as primeiras publicações de Marjorie Warren, médica britânica que, em 1936, propôs um processo de avaliação diferenciado para pacientes idosos <sup>83</sup>. Este se baseia no princípio do trabalho interdisciplinar, comumente denominado "Avaliação Geriátrica Ampla" (AGA). Os componentes básicos e dimensões mensuráveis da AGA incluem a avaliação dos problemas médicos e comorbidades relevantes, estado de independência funcional, estado psicológico, rede de suporte e atividades sociais, assim como necessidades econômicas e perfil de moradia.

Por sua vez, recomenda-se que na avaliação de violência doméstica contra o idoso também seja realizado trabalho interdisciplinar <sup>31,94,96,112</sup>. O treinamento de uma equipe já habituada a utilizar técnicas de rastreamento de distúrbios de várias ordens visando avaliar risco ou evidências de violência no idoso pode ser um passo essencial na melhoria da detecção de maus tratos nesta população.

O *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)* é um instrumento breve desenvolvido nos EEUU, resultado de um esforço para se identificarem sinais indiretos e sintomas presentes de abuso em idosos. Na sua construção, foram selecionados mais de mil itens a partir de protocolos de identificação de violência em

idosos utilizados em todo o território dos EEUU. Muitos itens não focalizavam sintomas específicos de violência, mas pretendiam detectar circunstâncias consideradas correlatas da presença do problema, como é o caso, por exemplo, da dependência física ou financeira e isolamento <sup>141,152</sup>. A identificação dos correlatos de abuso teria grande interesse na formulação de um instrumento de rastreamento, pois poderiam estar presentes anteriormente ao evento violento. Foram escolhidos quinze itens para compor o *H-S/EAST*. Estes permitem ao *H-S/EAST* suspeitar de abuso psicológico, físico, violação de direitos pessoais e abuso financeiro <sup>152</sup>.

A administração do *H-S/EAST* é de fácil aceitação e, no estudo original, não houve dificuldades relatadas pelos entrevistadores com os idosos. Utiliza-se uma categoria de respostas dicotômicas para os itens e os resultados sugerem que, em um ambiente clínico, um escore de 3 ou mais pode indicar alto risco de algum tipo de violência doméstica contra o idoso <sup>152</sup>. Os autores observam que o instrumento pode ser utilizado por um investigador relativamente pouco treinado em violência doméstica. Devem ser coletadas informações adicionais ao *H-S/EAST* para se decidir sobre um aprofundamento na investigação ou encaminhamento do relato de abuso a uma agência especializada <sup>152</sup>.

O desenvolvimento do *H-S/EAST* é relativamente recente; o histórico de sua adaptação para outros idiomas e culturas, ainda mais. Até o momento, no melhor do conhecimento dos autores, está disponível apenas versão em inglês para uso nos EEUU. Diante da insuficiência de ferramentas em português para a detecção de violência em idosos, parece oportuno e relevante tornar disponíveis versões lusófonas de instrumentos oriundos de programas de investigação robustos e bem estabelecidos. Em artigo recente foram identificadas boas propriedades psicométricas do *H-S/EAST* e potencial de adaptação para o contexto brasileiro <sup>158</sup>. O objetivo deste artigo é descrever

o processo de adaptação transcultural do *H-S/EAST*, com base em um roteiro formal e estruturado<sup>2,117,118</sup>.

Com base no roteiro proposto por Herdmann et al.<sup>2,118</sup>, detalhado na seção seguinte, este artigo enfoca a avaliação da equivalência transcultural entre o instrumento *H-S/EAST* concebido em língua inglesa<sup>141</sup>, e uma versão-síntese em português a ser proposta para uso no Brasil.

## Métodos

### O modelo de adaptação transcultural

O modelo seguido para a adaptação do *H-S/EAST* à cultura brasileira segue a proposição de Herdman et al.<sup>2</sup>. Estes autores utilizam uma abordagem que admite a possibilidade de interlocução, mas não assume a priori a equivalência entre construtos nas diferentes culturas. O modelo é calcado na avaliação sequencial de vários tipos de equivalência. Inicialmente, a adaptação deve contemplar uma apreciação da pertinência dos conceitos e dimensões apreendidos pelo instrumento original na cultura-alvo da nova versão (equivalência conceitual). O modelo também prescreve que se avalie a adequação de cada item do instrumento original, em termos de sua capacidade para representar tais conceitos na população onde o instrumento pretende ser utilizado (equivalência de itens). Somente então, deve-se partir para a avaliação da equivalência semântica entre a versão a ser traduzida e o original. A adequação e pertinência de aspectos operacionais na nova cultura – forma de administração, número de opções de resposta, etc. – também devem ser observadas (equivalência operacional). Na seqüência, avalia-se a equivalência entre as propriedades psicométricas do instrumento original e de sua nova versão (equivalência de mensuração). Segundo os autores, somente após

percorrer os diferentes aspectos de equivalência apontados acima, é possível declarar que está estabelecida a adaptação transcultural da nova versão (equivalência funcional).

#### Avaliação da equivalência conceitual e de itens

Após o processo inicial de escolha do *H-S/EAST*<sup>158</sup>, um grupo de expertos composto por cinco profissionais que atuam nas áreas de violência doméstica, geriatria, epidemiologia e validação de instrumentos avaliou a equivalência conceitual. Como substrato para as discussões, utilizou-se a classificação proposta pelo Ministério da Saúde, comparando se esta aos conceitos das diversas formas de violência utilizados nos EEUU<sup>56,141</sup>. Outro objetivo do grupo de expertos foi de explorar se as diferentes dimensões contempladas pelo instrumento original na definição e apreensão da violência doméstica seriam relevantes em nosso meio. No processo, procurou-se observar a capacidade dos itens em abarcar as dimensões descritas no artigo original e a pertinência destes para a captação de cada uma dessas dimensões no contexto brasileiro. Adicionalmente, o grupo ventilou se deveriam ser acrescentados itens que identificassem outras dimensões não contempladas.

#### Avaliação da equivalência semântica

A avaliação de equivalência semântica envolveu cinco etapas. A inicial consistiu em duas traduções independentes e paralelas do instrumento original em inglês para o português (T1 e T2). Foram utilizados dois profissionais formados em letras, atuantes como tradutores juramentados e, ainda que nascidos no Brasil, perfeitamente fluentes na língua inglesa. Conforme recomendado por Guillemin et al.<sup>117</sup>, foram-lhes previamente descritos os objetivos do estudo e a população-alvo.

Na segunda etapa, T1 e T2 foram retraduzidas por outros dois tradutores juramentados (R1 e R2), fluentes em português, sendo o inglês a língua materna de um

deles. As retraduições ocorreram novamente de forma independente e, desta feita, mascaradas em relação ao perfil profissional dos que atuaram na primeira etapa. Como antes, a população-alvo foi apresentada a estes profissionais, mas, ao contrário da etapa anterior, não se descreveram os objetivos do estudo, ainda seguindo as recomendações de Guillemin et al<sup>117</sup>.

Uma subsequente avaliação formal foi realizada por um quinto profissional, perfeitamente proficiente nos dois idiomas e também ligado à área de Saúde Coletiva (etapa 3). Nesta avaliação, R1 e R2 foram comparadas ao instrumento original sob duas óticas distintas. Primeiro, avaliou-se a equivalência entre o original e cada uma das retraduições, sob a perspectiva do significado referencial dos termos/palavras constituintes<sup>2</sup>. O significado referencial concerne às idéias ou objetos do mundo a que uma ou várias palavras aludem. Se há o mesmo significado de uma palavra no original e na respectiva tradução, presume-se que exista uma correspondência literal entre estas.

O segundo aspecto apreciado envolveu o significado geral de cada item, contrastando-se o que foi captado na versão com o original em inglês. Esta correspondência transcende a literalidade das palavras, englobando também aspectos mais sutis, como o impacto que um termo tem no contexto cultural da população-alvo. A apreciação é necessária porque a correspondência literal de um termo não implica que a mesma reação emocional ou afetiva seja evocada em diferentes culturas. É indispensável uma sintonia fina que alcance também uma correspondência de percepção e impacto no respondente. Esta questão é particularmente relevante em relação aos instrumentos usados no âmbito da violência doméstica, pois uma palavra ou assertiva usada com a intenção de agredir psicologicamente pode ter uma grande capacidade de insulto no contexto e local de origem. Por outro lado, a versão literal do termo, usada agora em um novo contexto sócio-cultural, pode carecer de poder afrontador e não ser

tão ofensiva. Neste caso, uma substituição por outro termo permitiria resgatar plenamente a equivalência desejada.

Para cada aspecto de equivalência avaliado, foi usado um formulário específico, desenhado de forma a dissimular a origem dos itens sob escrutínio, i.e., se do original ou retradução. No formulário usado para apreciar o significado referencial, optou-se por escalas analógicas visuais (*visual analogue scales*)<sup>114</sup>. Assim, a equivalência entre pares de assertivas pôde ser julgada de forma contínua, entre 0 e 100%. No formulário usado para a avaliação de significado geral, utilizou-se uma qualificação em quatro níveis, a saber, inalterado, pouco alterado, muito alterado ou completamente alterado. Deve-se acrescentar que as situações de divergência entre as avaliações de significado referencial e geral foram explicitamente debatidas, uma vez que desta discussão participou também o avaliador independente.

Além deste profissional, a quarta etapa da avaliação semântica envolveu o mesmo grupo de especialistas que participou da avaliação da equivalência conceitual e itens, tendo como objetivo identificar e encaminhar os problemas de cada uma das etapas pregressas. A partir daí, pôde-se propor uma versão-síntese, ora incorporando itens oriundos de uma das duas versões trabalhadas, ora optando-se por certas modificações para melhor atender aos critérios expostos acima.

A quinta e última etapa do processo de equivalência semântica envolveu um pré-teste da versão-síntese proposta, levada a cabo por um dos autores (CMPJ). O objetivo foi testar o grau de aceitabilidade da versão brasileira do *H-SEAST* em uma população ambulatorial de idosos atendidos em serviços geriátricos. Foram selecionados aleatoriamente 40 idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os itens da versão lhes foram lidos, solicitando que parafraseassem cada pergunta<sup>117</sup>. A cada item do instrumento

posto a teste, foi acrescentada uma opção de resposta para que fosse possível anotar se as questões eram culturalmente incompatíveis ou meramente incompreendidas. Os itens não compreendidos por uma parte do grupo, que, para efeitos práticos, arbitrou-se em 15% dos idosos entrevistados, voltariam a ser discutidos pelo grupo de expertos. Uma vez implementadas as alterações devidas, a nova versão-síntese integral seria reaplicada a um novo lote de 40 indivíduos idosos até que todos os itens passassem pelos critérios estipulados.

#### Avaliação da equivalência de mensuração

A equivalência de mensuração é abordada através da avaliação da confiabilidade e validade da versão-síntese final do instrumento, comparando-a com o que é encontrado no instrumento original<sup>2</sup>. No caso da versão do *H-S/EAST*, foram apreciadas a validade dimensional via estrutura de fatores, a confiabilidade intra-observador e a consistência interna.

Para tal foram treinados entrevistadores que captaram idosos de 65 ou mais anos, clientes de serviços de geriatria (A e B) e de um programa de saúde da família (C). Os idosos foram captados por amostragem aleatória. Foram excluídos idosos que não pudessem se comunicar com os entrevistadores, como por exemplo, por deficiências auditivas ou de fala suficientemente graves. Pelo mesmo motivo, idosos com distúrbios cognitivos graves também foram excluídos. Para tanto, utilizou-se o critério de um escore no Mini-exame do Estado Mental de Folstein & Folstein<sup>102,168</sup> igual ou menor a 10<sup>169</sup>. Após as exclusões, o tamanho amostral foi de 644 idosos, 450 do sexo feminino e 194 do masculino. O projeto foi aprovado pelos comitês de ética das respectivas instituições e da instituição promotora.

Para realização de análise de fatores utilizou-se o método de fatores principais iterativos com rotação varimax<sup>170</sup> a partir de matrizes de correlação tetracóricas

utilizadas com o objetivo de lidar apropriadamente com a forma dicotômica dos itens do instrumento (0/1) <sup>171</sup>. Foram escolhidos apenas fatores com autovalores acima de cerca de 1 <sup>172</sup> e, seguindo Nunnally e Bernstein <sup>119</sup> que permitissem uma interpretação teórica.

Na avaliação da consistência interna utilizou-se o coeficiente de confiabilidade de Kuder-Richardson, fórmula 20 (kr20) <sup>119</sup>, talhado para lidar com itens dicótomos. Reconhecendo que o kr20 é sempre o limite inferior da confiabilidade (consistência interna), o limite inferior do intervalo de confiança de 95% também é calculado <sup>173,174</sup>. Adicionalmente, são fornecidos as correlações ponto-biserials entre cada item e o escore formado pelos outros da escala (correlações item-resto – rpb) e os coeficientes kr20 obtidos ao se excluir seqüencialmente os itens da análise (kr20(k-1)) <sup>119</sup>.

Na apreciação da confiabilidade intra-observador foram somente utilizadas as informações de 127 sujeitos para os quais havia replicação da entrevista duas semanas após o primeiro encontro. Primeiro, avaliou-se a confiabilidade intra-observador da escala proposta nas referências originais, que se baseia no escore composto pelo somatório de todos os itens. Subseqüentemente, calculou-se a confiabilidade dos escores de cada dimensão encontrada na análise de fatores. Para estas análises utilizou-se o kappa ponderado ( $\kappa_p$ ) com ponderação quadrática <sup>175,176</sup>. Os intervalos de confiança foram obtidos via método de *bootstrap* com 500 replicações <sup>177,178</sup>. Uma outra alternativa considerada foi a de representar a positividade das dimensões através de variáveis dicotomizadas a partir do encontro de pelo menos um item positivo nas escalas ordinais subjacentes. Para estas situações, utilizou-se o kappa simples com intervalos de confiança calculados segundo Fleiss et al. <sup>175,178</sup>. A interpretação do kappa seguiu a proposta de Shrout <sup>115</sup>, sendo a confiabilidade classificada em cinco níveis: virtualmente ausente ( $\kappa < 0,10$ ); fraca ( $\kappa = 0,10-0,40$ ); discreta ( $\kappa = 0,41-0,60$ ); moderada ( $\kappa = 0,61-0,80$ ) ou substancial ( $\kappa = 0,81-1,0$ ).

Seguindo recomendação da resolução 196 do CONEPI, as entrevistas foram realizadas após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

## **Resultados**

### Apreciação da equivalência conceitual e de itens

As discussões do grupo de especialistas, municiadas também de consultas à bibliografia temática, sugeriram que os conceitos relacionados à violência doméstica utilizados para a elaboração do instrumento original eram pertinentes ao contexto cultural brasileiro, principalmente no âmbito de populações urbanas. Entretanto, o grupo notou que o instrumento deixava de avaliar algumas dimensões importantes como autonegligência, abandono e violência sexual. Ademais, apontaram que o instrumento não se referia diretamente a questões específicas de violência, abarcando vários construtos possíveis para alguns itens, ainda que isso estivesse em acordo com o proposto pelos autores no artigo original. Mesmo assim, identificou-se validade de face do *H-S/EAST*.

### Avaliação da Equivalência Semântica

Seguindo a tradução e retradução, foi realizada uma apreciação formal da equivalência entre os itens oriundos das retraduições (R1 e R2) e os do instrumento original. De maneira geral, evidenciou-se uma boa equivalência. Como mostra o Quadro 20, R1 tendeu a se assemelhar mais ao original. Também, alguns itens tiveram problemas quanto a seu significado geral e referencial, em particular o item 15. A expressão *close*, que significa "próximo", não é igual a *next*, que significa estar próximo. Tampouco a expressão *harm*, cujo significado é prejudicar, pode ser comparável às expressões *wound* ou *injure*, que possuem conotação de injúria física. Estes problemas ocorreram por conta das duas traduções (T1 e T2), quando a expressão *harm* foi traduzida, respectivamente, como "ferir" e "magoar". Os outros itens tiveram

equivalência referencial acima de 85% com o original e R1 tendeu a ter significado geral mais próximo do original que R2.

Ainda que, grosso modo, a terceira etapa tenha endossado ambas as traduções, a avaliação descrita acima levou a se optar mais pelos itens oriundos de T1 (9 itens), quer em sua forma original ou com alguma modificação para a elaboração da versão-síntese. O restante dos itens foi aproveitado de T2 (4 itens) ou de uma composição entre as duas traduções (item 14). Também, no item 15, a frase foi reescrita levando-se em conta os aspectos já mencionados no parágrafo anterior.

No Quadro 21 são apresentados os itens que foram modificados durante a quarta e quinta etapas. Na primeira coluna encontram-se as traduções dos 15 itens do *H-S/EAST*, destacando-se sua origem (T1 ou T2). Na segunda coluna observam-se os itens já modificados e incorporados na versão síntese final do instrumento. As modificações realizadas tiveram diferentes objetivos. A maioria pretendeu tornar a versão em português mais coloquial e aceitável para a população-alvo.

Na quinta e última etapa da avaliação semântica (pré-teste) observou-se que o instrumento teve plena aceitação pelo grupo de idosos. Não houve recusas na passagem do instrumento até o final. Nenhum respondente considerou o instrumento cansativo. Entretanto, houve dificuldades na testagem de campo da versão. Foram necessárias 4 rodadas para que todos os itens do *H-S/EAST* fossem compreendidos por mais de 15% dos idosos entrevistados. Em cada um dos pré-testes sem sucesso, o grupo de expertos se reuniu com o quinto avaliador para resolver os problemas encontrados.

**Quadro 20– Comparação entre o original em inglês e as retraduações do instrumento Hwalek Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)**

Original	T1→R1	R	G	T2→R2	R	G
1) Do you have anyone who spends time with you, taking you shopping or to the doctor?	1) Does anyone spend time with you, take you shopping or to the doctor?	100	IN	1) Do you have anyone who keeps you company taking you for shopping or to the doctor?	100	IN
2) Are you helping to support someone?	2) Are you helping to support anyone?	100	IN	2) Do you help anybody financially?	100	PA
3) Are you sad or lonely often?	3) Do you often feel sad or lonely?	100	IN	3) Do you often fell sad or lonely?	100	IN
4) Does someone else make decisions about your life – like how you should live or where you should live?	4) Does another person take decisions regarding your life – such as how or where you should live?	100	IN	4) Does any other person take decisions about your life – such as where or how you are to live?	85	IN
5) Do you feel uncomfortable with anyone in your family?	5) Is there anyone in your family around whom you feel uncomfortable?	85	IN	5) Do you feel uncomfortable towards any family member?	85	IN
6) Can you take your own medication and get around by yourself?	6) Are you able to take your medication and get around on your own?	100	IN	6) Are you able to take your medicines and take care of yourself?	90	MA
7) Do you feel that nobody wants you around?	7) Do you feel that no one wants you around?	100	IN	7) Do you feel that people do not want you around?	100	PA
8) Does anyone in your family drink a lot?	8) Is there anyone in your family who drinks a lot?	100	IN	8) Is there anybody in your family who drinks too much?	85	PA
9) Does someone in your family make you stay in bed or tell you you're sick when you know you're not?	9) Does someone in your family force you to stay in bed or tell you that you are sick even though you know you're not?	100	IN	9) Does any family member force you to remain in bed or tell you that you are ill when you know you are not?	100	IN
10) Has anyone forced you to do things you didn't want to do?	10) Has anyone ever forced you to do things you didn't want to do?	100	IN	10) Has anybody ever forced you to do things you did not want to?	95	IN
11) Has anyone taken things that belong to you without your O.K.?	11) Has anyone taken things that belong to you without your consent?	100	IN	11) Has anyone taken things that belong to you without your consent?	100	IN

**Quadro 20 (cont.)**

<b>Original</b>	<b>T1/R1</b>	<b>R</b>	<b>G</b>	<b>T2/R2</b>	<b>R</b>	<b>G</b>
12) Do you trust most of the people in your family?	12) Do you trust most of the people in your family?	100	IN	12) Do you trust most family members?	100	IN
13) Does anyone tell you that you give them too much trouble?	13) Does anyone tell you that you are too much work?	100	IN	13) Does anybody tell you that you cost him/her a lot of work?	100	PA
14) Do you have enough privacy at home?	14) Do you have enough privacy at home?	100	IN	14) Do you enjoy enough privacy at home?	100	IN
15) Has anyone close to you tried to hurt you or harm you recently?	15) Has anyone close to you ever tried to hurt or wound you?	70	MA	15) Has anyone next to you tried to hurt you or injure you lately?	70	MA

Legenda: R: significado referencial (porcentagem de semelhança); G: significado geral. Vide texto para detalhes.

IN- inalterado; PA- pouco alterado MA – muito alterado; CA – completamente alterado

**Quadro 21 – Alterações após as etapas de equivalência semântica da versão-síntese do H-S/EAST**

1) O sr/sra tem alguém que lhe faz companhia, levando-o/a a fazer compras ou ao médico? (T2)	1) V/S tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico?
2) Você está ajudando a sustentar alguém? (T1)	2) V/S está ajudando a sustentar alguém?
3) Você muitas vezes se sente triste ou só? (T1)	3) V/S muitas vezes se sente triste ou só?
4) Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo onde o sr/sra deve morar ou de que modo deve viver? (T2)	4) Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como V/S deve viver ou onde deve morar?
5) Você se sente pouco à vontade com alguém da sua família? (T1)	5) V/S se sente desconfortável com alguém da sua família?
6) Você é capaz de tomar seus remédios e circular por conta própria? (T1)	6) V/S é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?
7) Você sente que ninguém quer você por perto? (T1)	7) V/S sente que ninguém quer V/S por perto?
8) Alguém da sua família bebe muito? (T1)	8) Alguém da sua família bebe muito?
9) Alguém da sua família obriga você a ficar na cama ou lhe diz que você está doente quando você sabe que não está? (T1)	9) Alguém da sua família obriga V/S a ficar na cama ou lhe diz que V/S está doente quando V/S sabe que não está?
10) Alguém já obrigou você a fazer coisas que você não queria fazer? (T1)	10) Alguém já obrigou V/S a fazer coisas que V/S não queria fazer?
11) Alguém já pegou coisas que lhe pertencem sem o seu consentimento? (T2)	11) Alguém já pegou coisas que pertencem a V/S sem o seu consentimento?
12) Você confia na maioria das pessoas da sua família? (T1)	12) V/S confia na maioria das pessoas da sua família?
13) Alguém lhe diz que você dá trabalho demais? (T1)	13) Alguém lhe diz que V/S causa muitos problemas?
14) Você tem bastante privacidade em casa? (T1)/ O sr/sra goza de suficiente privacidade em casa? (T2)	14) Em casa, V/S tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer?
15) Alguém próximo do sr/sra recentemente tentou magoá-lo/a ou machucá-lo/a? (T2)	15) Alguém próximo a V/S tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?

O item 14, por conta de seu tamanho e da expressão “privacidade”, apresentou problemas em duas jornadas de pré-teste. Recorrendo ao dicionário Houaiss<sup>179</sup>, verificou-se que o termo “privacidade” é um anglicismo de empréstimo recente à língua portuguesa, introduzido na década de 1970, o que justificaria a falta de familiaridade daqueles com idade média superior a 70 anos. Uma situação parecida ocorreu com o item 5. Tendo-se identificado que o problema neste item era a incompreensão do termo “pouco à vontade” vindo de T1, decidiu-se pela redação de T2 que usa o termo “desconfortável”. O item 4 deixou de ser compreendido por sete idosos (17,5%) em uma segunda rodada de pré-teste. A falta de compreensão do texto revelou ser independente da presença de distúrbios cognitivos ou demência por parte dos respondentes. A impressão que se teve durante a entrevista foi que o texto era longo demais e que o respondente perdia a seqüência da frase. Decidiu-se encurtar o item.

Apesar de todos os itens serem compreendidos por mais de 15% dos idosos após a quarta rodada de pré-teste, o item 4 não o havia sido por cinco dos quarenta idosos inquiridos nesta última rodada (12,5%). A versão-síntese apresentada no Quadro 21 foi aquela submetida à avaliação psicométrica.

#### Avaliação da Equivalência de Mensuração

A idade média das mulheres e dos homens era de 77 anos com idade máxima de 92 anos para os homens e 102 anos para mulheres. A escolaridade média do grupo era baixa, entre 0 e 4 anos de estudo formal (d.p.: 2,11). As mulheres possuíam escolaridade mais baixa. Distúrbios de memória ou história de demência foram relatados por 53% dos entrevistados. O escore médio do Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) foi de 22.45 (d.p.: 5.13) para os homens e 21.73 (d.p.: 5.28) para as mulheres. Os idosos com menos de 5 anos de escolaridade estavam espalhados na gama dos escores de MMSE

entre 11 e 29. Já aqueles com mais de 5 anos de escolaridade se concentraram nos escores de MMSE entre 25 e 30.

#### Validade dimensional via análise fatorial

A Tabela 1 apresenta os resultados da análise de fatores da versão em português para uso no Brasil do *H-S/EAST*. Em uma análise exploratória inicial identificam-se três fatores, cujos autovalores se encontram na Tabela 1. De forma geral, há concordância entre as cargas das variáveis nos três fatores entre a versão e o estudo original<sup>152</sup>. Nove itens (60%) possuem exclusivamente cargas em fatores coincidentes com as dimensões propostas no original (1, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13 e 14). Três itens são totalmente discrepantes, mas possuem carga em fatores na análise atual (2, 3 e 15). O item 8 é discrepante e não consegue carga alguma na análise atual.

Em princípio, o item 9 carrega em fator diferente da análise original (Fator 1 na versão e fator 2 na análise original), mas possui carga cruzada que carrega secundariamente no fator inicialmente identificado. O item 10, ao contrário, está de acordo com o estudo das autoras do instrumento, mas também apresenta carga cruzada, agora carregando em um fator divergente. De toda a sorte, considerando-se também os dois itens acima mencionados a concordância com a análise fatorial no estudo original chega a quase 75%<sup>152</sup>. É necessário, entretanto, salientar o fato que as autoras não descrevem os pormenores da análise fatorial realizada à época<sup>141,152</sup>, inviabilizando qualquer outro aprofundamento. A presença dos itens 1 e 6 em um fator comum é coincidente com a descrição original, mas, a despeito das cargas altas, os dois possuem correlação contrária à que se esperaria. Por conta da discrepância de cargas de alguns

Tabela 1- Análise fatorial da versão em português do instrumento *H-S/EAST*

Item	Análise fatorial – versão brasileira					Análise fatorial – instrumento original (localização dos itens)			
	<i>f1</i>	<i>f2</i>	<i>f3</i>	U <sup>(a)</sup>	Escala	<i>f1</i>	<i>f2</i>	<i>f3</i>	Escala
3	0,4080	0,2942	0,2287	0,6926	VOR			◇	AP
5	0,7359	0,4119	-0,1430	0,2644		★			
7	0,8822	0,0934	0,1059	0,1941		★			
9	0,4993	0,4576	0,3226	0,4374			◇		
12	0,7024	-0,0232	-0,1526	0,4922		★			
13	0,7084	0,3557	0,2030	0,3340		★			
14	0,4313	0,3322	-0,0807	0,6972		★			
15	0,5827	0,3820	-0,1162	0,5012			◇		
2	-0,0318	0,4775	-0,1632	0,7400	PA	◇			VDPAD
4	0,1948	0,6317	0,3679	0,4319			★		
10	0,4257	0,6468	0,0275	0,4077			★		
11	0,2853	0,4712	-0,1467	0,6642			★		
1	0,4171	-0,0852	-0,6257	0,4247	IF			★	VULN
6	0,1217	0,0173	0,8705	0,2648				★	
8	0,2805	0,2537	-0,0540	0,8523		◇			
A <sup>(b)</sup>	5,205	1,677	0,943						
P <sup>(c)</sup>	0,555	0,179	0,073						

<sup>(a)</sup> Uniqueness.

<sup>(b)</sup> Autovalor.

<sup>(c)</sup> Proporção da variância total explicada.

Legenda: VOR – violência, opressão, rejeição; IF – Independência Funcional; PA – perda da autodeterminação; AP – Situação de abuso potencial; VDPAD – Violação de direitos pessoais ou abuso direto; VULN – características de vulnerabilidade.

★ Coincidência de cargas entre *H-S/EAST* original e versão.

◇ Cargas no original não coincidentes com a versão.

itens com a interpretação original, optou-se por interpretar as três dimensões relativas aos três fatores encontrados de forma diferente. A escolha dos rótulos “Violência, Opressão, Rejeição” (VOR), “Independência Funcional” (IF) e “Perda da Autodeterminação” (PA) apresentados na Tabela 1 é debatida na seção de Discussão<sup>152</sup>.

#### Consistência Interna

O valor de  $\alpha$  para o escore geral, aqui apresentado para fins de comparabilidade externa, foi de 0,64 (limite inferior IC 95%: 0,61). Na Tabela 2 encontram-se os resultados de consistência interna do instrumento por escala, conforme o perfil encontrado na análise de fatores. Os valores encontrados para as três dimensões propostas são 0,63; 0,40 e 0,38, respectivamente. Na análise item-resto, a retirada da maioria dos itens reduz ou não modifica a consistência interna da respectiva escala, quatro destes acima de 10%. Esse padrão é marcante na escala PA. Em contrapartida, a retirada dos itens 2 e 3 provoca um ligeiro aumento da consistência interna.

A maior parte das correlações item-resto está acima de 0,25. Das quatro abaixo desse valor, a mais discrepante concerne o item 2 ( $r_{pb} = 0,15$ ). Como a terceira escala (IF) possui apenas duas variáveis, não há como implementar uma análise do percentual de mudança no  $\alpha$  ao se excluir o item, nem tampouco as correlações item-resto. O item 8, conforme identificado na análise fatorial, não participa de nenhuma das três dimensões identificadas para fins desta avaliação de consistência interna.

#### Confiabilidade intra-observador

O kappa ponderado para o instrumento integral *H-S/EAST*, com todos os seus 15 itens, é de 0,70 (IC 95%: 0.61/ 0.80). A retirada do item 8 não afeta substancialmente o índice ( $\kappa_p = 0.71$ ; IC 95%: 0.62 / 0.80). As confiabilidades intra-observador específicas por escala encontram-se na Tabela 3. Na coluna 2 estão as confiabilidades intra-observador calculadas a partir de variáveis dicótomas nas quais os positivos são os

idosos que responderam positivamente a pelo menos uma das perguntas da escala. Na coluna 3, encontram-se os kappas ponderados calculados a partir dos escores totais das escalas. Conforme esperado, a dimensão VOR apresentou desatenuação com o kappa ponderado. Nas outras duas dimensões, isto não ocorreu.

Tabela 2 – Consistência interna da versão brasileira do *H-S/EAST*

Escala	Item	$kr20^{(a)}$	$kr20_{(k-1)}^{(b)}$	$d^{(c)}$	$r_{pb}^{(d)}$
VOR ( $n = 635$ )	3	0,63 (0,59)	0,65	2,9	0,22
	5		0,55	-12,8	0,47
	7		0,57	-9,9	0,43
	9		0,62	-1,8	0,24
	12		0,60	-5,1	0,33
	13		0,57	-9,1	0,43
	14		0,62	-1,1	0,22
	15		0,60	-5,3	0,33
PA ( $n = 637$ )	2	0,40 (0,33)	0,42	4,6	0,15
	4		0,32	-19,4	0,22
	10		0,29	-26,1	0,28
	11		0,29	-26,4	0,25
IF ( $n = 640$ )	1	0,38 (0,30)	---	---	---
	6		---	---	---
	8	---	---	---	---

<sup>(a)</sup> Em parênteses: limite de confiança inferior de 95% calculado de acordo com Woodward & Bentler<sup>180</sup>.

<sup>(b)</sup> Estimativa do coeficiente ao excluir o item do escore total. Em parênteses: o mesmo que em <sup>(a)</sup>.

<sup>(c)</sup> Percentual de mudança no  $kr20$  ao se excluir o item; calculado por  $[-(kr20 - kr20_{(k-1)}) / kr20]$ . O sinal indica a direção de mudança (positivo → aumenta; negativo → diminui).

<sup>(d)</sup> Correlação ponto-biserial item-resto

Legenda: VOR – Violência, Opressão, Rejeição; PA – Perda da Autodeterminação; IF – Independência Funcional.

**Tabela 3– Confiabilidade intra-observador por escala (dimensão) da versão em português do instrumento *H-S/EAST*.**

Escala	2ª		Confiabilidade I <sup>(a)</sup>	Confiabilidade II <sup>(a)</sup>
	1ª			
VOR	++	+-	0,33 (0,15 / 0,51)	0,57 (0,42 / 0,69)
	-+	--		
PA	46	36	0,35 (0,21 / 0,50)	0,34 (0,20 / 0,47)
	7	38		
IF	54	22	0,46 (0,31 / 0,61)	0,41 (0,26 / 0,56)
	12	39		

<sup>(a)</sup> Confiabilidade I avaliada pelo  $\kappa$  simples. Em parênteses: limite de confiança inferior de 95% calculado via método de bootstrap <sup>177</sup>. Definição no texto (seção de Métodos).

<sup>(b)</sup> Confiabilidade II avaliada pelo  $\kappa$  com ponderação quadrática. Em parênteses: limite de confiança inferior de 95% calculado via bootstrap <sup>177</sup>. Definição no texto (seção de Métodos).

Legenda: VOR – Violência, Opressão, Rejeição;  
PA – Perda da Autodeterminação;  
IF – Independência Funcional.

## Discussão

A escolha do *H-S/EAST* foi baseada em um processo inicial de revisão bibliográfica dos conceitos de violência doméstica e instrumentos de captação correlatos, descrito em artigo anterior <sup>158</sup>. A proposta original de um instrumento que captasse risco também se adapta ao interesse para o ambiente de AGA, não especializado em violência doméstica. A validade de conteúdo identificada no instrumento original se mostrou interessante para a adaptação do mesmo <sup>152</sup>. No histórico de avaliação psicométrica os resultados foram satisfatórios, embora ainda haja necessidade de mais aprofundamento <sup>65,127,152</sup>.

Cabe ressaltar que as comparações com os achados originais ficaram prejudicadas pela falta de certas informações na literatura consultada (e.g., detalhes da análise fatorial aplicada ao instrumento em inglês), o que impediu um aprofundamento sobre a avaliação da qualidade da adaptação transcultural. Embora o grupo de expertos tenha ponderado sobre a limitação do *H-SEAST* em não avaliar autonegligência, abandono e violência sexual, não houve, dentre os instrumentos escrutinados, outro que preenchesse este vazio sem oferecer problemas, tais como a necessidade de treinamento prévio em violência para interpretar as respostas, propriedades psicométricas inadequadas ou menor aceitabilidade.

A presença de mais de uma tradução facilitou pequenas correções de significado referencial e geral para a versão-síntese. Segundo Guillemin et al.<sup>117</sup>, deve haver tantas retraduições quanto traduções. Procurou-se, também, respeitar as recomendações de Herdman et al.<sup>2</sup> no que tange à língua-mãe dos tradutores e retradutores. Segundo estes autores, é importante que o processo seja realizado por tradutores cujo idioma de nascimento seja aquele para qual está se realizando a tradução. Isto significa que, idealmente, para T1 e T2, os tradutores deveriam ser brasileiros com domínio da língua inglesa e, no caso das duas retraduições do *H-SEAST*, que fossem estadunidenses com bom domínio do português. Um dos profissionais utilizados nas retraduições era efetivamente nascido nos EEUU (R1) e, ao preencher este critério, deve ter contribuído positivamente no produto final. Deve-se ressaltar que, desde a quarta etapa da equivalência semântica, as discussões se estenderam para alguns dos itens que, posteriormente, se revelaram os menos compreendidos na quinta etapa.

A quarta etapa serviu para melhorar a aceitabilidade e compreensão do instrumento, não impedindo, contudo, que problemas importantes fossem detectados na quinta etapa, o pré-teste em campo com os idosos. Ao todo, cento e sessenta idosos

foram entrevistados para que se decidisse pela equivalência semântica da versão-síntese do *H-S/EAST* a ser subsequentemente submetida à avaliação psicométrica. Streiner e Norman<sup>114</sup> advertem sobre a formulação de perguntas longas como, neste caso, dos itens 4 e 14, que levam à menor compreensão por parte dos respondentes. No estudo de Schofield et al.<sup>146</sup>, o item 4 foi retirado após análise fatorial exploratória, por apresentar alta proporção de dados ausentes em relação a outros itens (*missing data*). O tamanho da pergunta pode ter influenciado este resultado<sup>114</sup>. Mesmo após a quinta etapa, uma percentagem não desprezível de respondentes ainda deixou de compreender o item 4 (12,5%).

Também na quinta etapa, o item 14 se revelou mais difícil do que pareceu na quarta etapa por conta da palavra “privacidade”, ressaltando a importância do pré-teste e de avaliações qualitativas interdisciplinares no processo de adaptação transcultural de instrumentos<sup>2,114,181</sup>. Palavras de uso recente podem não ser compreendidas por grupos etários mais velhos que, no contexto cultural deste estudo, tendem a ser relativamente menos escolarizados. Neste caso, o pré-teste identificou e corrigiu limitações das etapas anteriores<sup>114</sup>. É importante, contudo, que este seja realizado em uma população representativa da população-alvo. A técnica utilizada no presente estudo de promover uma reflexão em voz alta a cada pergunta é apenas uma dentre várias, cujo objetivo é garantir a compreensão dos itens, que estes não possuam ambigüidades ou jargões e sejam plenamente aceitos pela população-alvo<sup>114</sup>.

A decisão de adaptar a versão-síntese do *H-S/EAST*, originalmente um instrumento de autopreenchimento, para uso em entrevistas face-a-face se baseou na constatação de que, em função da baixa escolaridade de grande parte da população brasileira, este é o processo mais comum de coleta de informações. No presente caso, o perfil demográfico da população estudada confirma a baixa escolaridade. No entanto,

não se deve perder a perspectiva de que, genericamente, processos de aferição baseados em autopreenchimento podem ser mais acurados, uma vez que não há o constrangimento de se estar expondo oralmente questões delicadas e há sempre a possibilidade de se garantir anonimato<sup>65,166</sup>. Estas questões são ainda mais relevantes no contexto da violência doméstica, naturalmente propensa a ser velada. Ainda assim, a formulação das perguntas do *H-S/EAST*, simples, diretas, na terceira pessoa do singular, levou o grupo de expertos a concluir que o instrumento se prestaria tanto a uma, quanto à outra forma de aferição, indicando, desse modo, uma aceitável equivalência operacional.

A avaliação da equivalência de mensuração, como um todo, corroborou alguns dos achados no instrumento original<sup>152</sup>. A análise dimensional revelou três fatores, o mesmo número encontrado no estudo original. Cerca de 60% dos itens tiveram cargas nos fatores inicialmente propostos, embora houvesse alguns itens com cargas cruzadas que, se levados em conta, aumenta a confluência com a análise fatorial implementada por Neale e Hwalek<sup>152</sup> para 75%. Cinco itens (7, 11, 12, 13 e 15) foram bastante consistentes. Apesar de terem apresentado problemas na avaliação de equivalência semântica, os itens 4 e 14 também se comportaram bem nesta etapa, indicando que as soluções encontradas na anterior foram adequadas.

Entretanto, os itens 2 (“ajuda a sustentar alguém”), 8 (“alguém da família bebe muito”) e 15 (“tentou machucar ou prejudicar”) se portaram de forma claramente distinta. Na versão brasileira, o item 2 possui carga em fator diferente da versão original e *uniqueness* alta, o que indica que há uma proporção moderada de variância comum deste item não associada ao fator alocado. Uma outra evidência que coloca o item 2 sob suspeita é o fato de sua retirada ter aumentado a consistência interna da escala à qual pretensamente pertence.

O item 8 parece estar completamente desajustado ao modelo proposto, o que se depreende da carga baixa e da *uniqueness* bastante elevada. Essa inadequação se explicaria se o mau uso de álcool por alguém da família do idoso não fizesse parte de uma dimensão compondo um construto de risco prévio ou concomitante ao de violência, mas isso parece ser refutado pela literatura sobre o tema <sup>67,72,156,182</sup>. Se, ao contrário, o mau uso de álcool faz parte do construto buscado no *H-S/EAST*, o fraco sinal apresentado pelo item 8 na análise pode ter acontecido devido à falta de outros itens para compor uma dimensão à parte. O mesmo problema pode ter acontecido no estudo australiano de concepção do *Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)* a partir da adaptação do *H-S/EAST* <sup>146</sup>, tendo lá se manifestado pela carga cruzada em dois fatores, motivo pelo qual o item acabou sendo preterido da proposta final. Aliás, este outro percalço do item 8 parece indicar que o problema encontrado aqui não tem origem no processo de adaptação transcultural, mas se reporta ao item em si ou à falta de outros para compor uma dimensão informativa.

Além do item 2, os itens 3 (“sente-se triste ou só”), 9 (“obriga a ficar na cama”) e 15 (“tentou machucar ou prejudicar”) também têm cargas divergentes dos identificados anteriormente, trazendo perfis diferentes aos fatores e, por conseguinte, dando uma interpretação diversa às dimensões subjacentes. Na análise fatorial original, as autoras identificam o fator 1 como “Situação de Abuso Potencial”. Entretanto, na presente análise, os itens 3 e 15 passaram a carregar neste fator, porquanto o item 2 não mais aparece, passando para outro. A nova carga de itens sugere uma dimensão envolvendo situações de violência e/ou rejeição presentes e não apenas potenciais, pelo que se depreende dos conteúdos dos itens 3, 5, 7, 9, 12, 13, 14 e 15. Neste sentido, optou-se por dar o rótulo “Violência, Opressão e Rejeição” à dimensão representada pelo fator 1.

O fator 2 é identificado por Neale e Hwalek como “Violação de Direitos Pessoais ou Abuso Direto”<sup>152</sup>. Na presente análise, permanecem os itens 4 (“alguém toma decisões sobre sua vida”), 10 (“obrigou a fazer coisas que não queria”) e 11 (“pegou coisas sem seu consentimento”), acrescidos agora do item 2. Este novo conjunto parece caracterizar uma situação de “Perda de Autodeterminação”, sem as características claras da agressão direta encontradas pelas proponentes do instrumento.

O fator 3 que, segundo o artigo original, representa “Vulnerabilidade”, perde acurácia e se reduz aos itens 1 (“tem companhia para ajudar nas compras e ir ao médico”) e 6 (“capaz de tomar remédios e ir para os lugares”). Na publicação de Neale e Hwalek<sup>152</sup>, os dois itens formam um fator juntamente com o item 3, diferente do que se observa aqui. Além disso, o item 1 apresenta correlação negativa com o fator em pauta e carga de sinal inverso ao do item 6. Estritamente, não há como se identificar a direção das correlações originais, pois não há descrição dos detalhes da análise fatorial naquela publicação. O artigo propondo o *VASS*<sup>146</sup> também não ajuda, pois o item 1 é excluído na análise exploratória por possuir carga cruzada. De toda a sorte, no presente estudo, os dois itens não parecem estar apontando para uma dimensão precedente à violência conotando falta de companhia e isolamento e que as autoras rotulam como “Características de Vulnerabilidade”. Se este fosse o caso, as duas respostas teriam que convergir, uma vez que um aumento de vulnerabilidade pressuporia tanto uma resposta negativa à pergunta sobre a presença de companhia para ir às compras ou tomar medicamentos, quanto à capacidade de realizar essas atividades de forma autônoma. Como visto, não é este o padrão encontrado. A troca de sinais dos dois itens componentes do fator pode ser interpretada como advinda, de um lado, de uma resposta (e.g., negativa) a um item sobre a “necessidade de companhia” e, por outro, de uma resposta inversa (e.g., positiva) e congruente a um outro item sobre a “capacidade de

fazer coisas por conta própria”. Se esta perspectiva é sustentável e considerando a ausência de carga importante no item sobre “tristeza” (item 3) neste fator, pode-se sugerir que os dois remanescentes estejam captando uma dimensão relacionada à competência funcional do idoso, motivo pelo qual se propõe o rótulo “Independência Funcional”. Resta saber, no entanto, se esta dimensão efetivamente faz parte do conteúdo do construto “Risco de Violência” que o *H-S/EAST* pretende captar e que, seguindo Johnson<sup>109</sup>, deve envolver tanto uma situação futura de ocorrência do evento, quanto um estado de crise presente. Mais estudos ainda são necessários para dirimir esta questão, bem como para avaliar se a discrepância entre o original e a versão em português se remete ao instrumento em si ou se decorre de uma inadequação do processo de adaptação transcultural.

Os itens 9 e 10 apresentaram cargas cruzadas. Na versão atual se propõe não excluí-los, como no caso dos itens 1 e 6, até que se tenha mais evidência sobre se a inadequação concerne os itens em si ou se trata de um problema da adaptação transcultural. Vale reparar que o estudo australiano não mostrou esse comportamento, discrepância que claramente pede mais estudos.<sup>146</sup> Schofield et al.<sup>146</sup> encontraram cargas cruzadas em outros itens (1, 2, 4 e 8) e preferiram excluí-los do restante da análise fatorial.

A consistência interna do *H-SEAST* é relativamente boa quando se usa o escore composto pelo somatório de todos os itens ( $\alpha = 0,64$ ), valor certamente bem melhor do que o encontrado por Neale e Hwalek<sup>152</sup> ( $\alpha = 0,29$ ). Resta saber se este coeficiente tem sentido teórico em um instrumento multidimensional ou se, por isto, seria melhor se ater à confiabilidade de cada escala. Assim sendo, na perspectiva de que as escalas estão efetivamente captando o continuum de variáveis latentes subjacentes, esperar-se-iam consistências internas um pouco melhores, principalmente em relação à escala da

dimensão PA que, a despeito de ter 4 itens, mostra um coeficiente abaixo de 0,40. Para melhorar as consistências internas das escalas, valeria se pensar em aumentar o número de itens <sup>114</sup>, ainda que isso levasse a um instrumento mais longo e possivelmente menos interessante para ambientes como o da AGA. Uma outra possibilidade que não deve ser descartada é a de buscar itens com melhores propriedades psicométricas.

Segundo os critérios de Shrout, a confiabilidade intra-observador do instrumento é moderada, embora, para cada dimensão em separado, seja fraca (PA e IF) ou discreta (VOR) <sup>115</sup>. O perfil é um pouco diferente para as estimativas referentes às variáveis que definem positividade em cada dimensão a partir de um item componente positivo. Em VOR, há uma atenuação de aproximadamente 40% em relação à estimativa obtida através do escore ordinal. Já em IF ocorre o contrário, a estimativa da variável dicotomizada é um pouco superior. O número de itens componentes pode explicar estas mudanças. Vale apontar que a perspectiva da avaliação de adequação do processo de adaptação transcultural está prejudicada devido à inexistência de comparações externas, uma vez que nem os artigos originais do *H-S/EAST*, nem o de apresentação do *VASS* contemplam este critério psicométrico. Seja como for, a falta de estabilidade temporal das estimativas requer alguma atenção, até mesmo em relação à dimensão VOR. A incorporação de mais itens para tornar as escalas mais longas ou a sugerida procura de itens com melhores propriedades psicométricas para aumentar a consistência interna seriam benéficas aqui também.

Em suma, a dimensão VOR foi a única do *H-S/EAST* a se comportar bem no processo de adaptação transcultural, demonstrando dimensionalidade coerente e robusta, boa consistência interna e razoável estabilidade temporal. A PA, ainda que faça sentido teórico, apresentou baixa consistência interna, pouca estabilidade temporal e cargas relativamente baixas em 2 dos 4 itens que a compõem. A dimensão cunhada aqui de IF,

bem como o papel do item 8, ainda requer maior aprofundamento. Restam dúvidas sobre a adequação da adaptação transcultural dos itens e dimensões mencionados, ainda que se possa conjecturar que os problemas encontrados transcendam os limites da versão em português e possam ser da própria estrutura do instrumento. Estudos futuros trabalhando os itens destes outros fatores ou comparando o *H-S/EAST* a outros instrumentos de violência poderão contribuir para o aprimoramento do instrumento.

Por ora, parece que apenas a dimensão VOR oferece robustez suficiente para ser utilizada com alguma segurança na avaliação de risco de violência, tanto no contexto de AGA, como no de pesquisas epidemiológicas em geral. Entretanto, é necessário identificar a melhor forma de utilização da escala na AGA. Em conjunto com outros instrumentos funcionais utilizados no processo, poder-se-ia utiliza-la como identificadora de risco crescente para alertar o profissional de saúde na tomada de decisão, auxiliando-o no processo de encaminhamento ou aprofundamento na avaliação no seguimento. Uma outra opção seria sua utilização como uma ferramenta pragmática de rastreamento. Para isso, ao contrário de se usar o somatório de itens como representação do crescendo do construto latente, seria interessante buscar um ponto de corte na escala VOR a partir do qual o evento a ser identificado ou predito acontecesse com muito maior probabilidade. Nesta mesma linha, mas agora envolvendo todos os itens do *H-S/EAST*, valeria também investigar se o ponto de corte de 3 originalmente proposto por Neale & Sengstock efetivamente se sustenta na versão em português ou se um novo seria mais discriminativo. Aproveitar todos os itens na ferramenta de rastreamento pode ser vantajoso para aumentar sua acurácia na identificação de riscos de violência e, com isso, promover a antecipação ao agravo. Uma outra questão que mereceria consideração é a própria reformulação do instrumento, tanto para encontrar substitutos aos itens ainda problemáticos, quanto para aumentar o número de itens

componentes das escalas (dimensões). Fica evidente que o *H-S/EAST* ainda merece ser mais bem explorado e que novos estudos são necessários para avaliar estas várias possibilidades.

A adaptação transcultural de qualquer instrumento não pode ser considerada tarefa simples. Mesmo com todos os cuidados necessários, sobram questionamentos que necessitam ser respondidos com investigação sistemática e reprodução dos achados. No caso da violência doméstica contra o idoso, ainda em seus primeiros passos, um interesse maior da comunidade científica poderá preencher mais rapidamente e de forma mais efetiva lacuna tão importante nos cuidados de saúde do indivíduo idoso no Brasil.

## CONCLUSÕES E DESDOBRAMENTOS

Esta seção pretende ressaltar alguns aspectos gerais relacionados ao conjunto dos estudos que compõem a Tese. Subseqüentemente, são apresentados os possíveis rumos a serem trilhados por consequência dos dados colhidos na fase de trabalho de campo.

O obstáculo mais significativo para o desenvolvimento de instrumentos adequados de rastreamento de violência doméstica em indivíduos idosos é a falta de um padrão-ouro ou critério claro para a identificação ou validação de maus-tratos. A ausência de um biomarcador conclusivo ou teste clínico tornam a identificação dependente de uma grande gama de dados subjetivos e objetivos a serem avaliados pelos profissionais que se vêem em uma situação de potencial violência<sup>65</sup>. A redução dos dados a instrumentos relativamente curtos e objetivos é uma solução potencial, como já indicado em outras áreas com igual complexidade diagnóstica como, por exemplo, a área da cognição.

Instrumentos desenvolvidos com outros objetivos ou para outras gamas de violência têm sido utilizados repetidamente e, como identificado ao longo desta Tese, de forma pouco crítica, em tentativas de contornar a falta de pesquisas em violência contra o idoso. As Escalas Táticas de Conflito (*Conflict Tactics Scales - CTS*) de Straus<sup>131</sup> são exemplo deste tipo de utilização de instrumentos sem avaliação prévia de propriedades psicométricas<sup>141,183</sup>.

No que tange aos instrumentos estudados nesta Tese, há outras diferenças potenciais entre eles e as CTS. A CTS parece ser um instrumento de substancialização de violência, avaliando pouco os riscos ou a situação anterior ao ato violento, ao contrário do *CASE* e do *H-S/EAST*. A noção de risco, aventada por Johnson<sup>128</sup> e descrita na introdução, é complementar e anterior ao ato violento em muitas situações. É

com ela que, freqüentemente, o profissional envolvido com o idoso, porém, não necessariamente treinado em violência doméstica, se depara. O conceito de fatores de risco é caro à profissão médica e de saúde para predizer e, se possível, prevenir, eventos mórbidos. Na área de violência doméstica o construto é complexo. Não se pode dizer, até o momento, que se identificaram os fatores de risco centrais com a mesma precisão que em outras áreas de saúde. Entretanto, o que se encontrou na literatura de referência pode servir como ponto de partida para se estabelecer validade preditiva.

Outro aspecto fundamental relacionado a instrumentos que avaliam idosos e seus cuidadores se refere à adaptação do instrumento a variações de gênero e idade dos respondentes. É importante que os instrumentos possam ser igualmente compreendidos e aceitos por estes diferentes estratos populacionais, com o objetivo de comparabilidade de resultados.

O mapeamento dos programas de investigação identificou instrumentos de rastreamento de violência mais conhecidos e utilizados, bem como algumas lacunas a serem preenchidas. A predominância de estudos norte-americanos e europeus e a insuficiência da literatura nacional foram claramente percebidas indicando a necessidade da expansão dos estudos sobre violência doméstica no Brasil. Nesse contexto, a importância da realização de pesquisas que abordem as conseqüências do problema na saúde do idoso deve ser reforçada. Do mesmo modo, também necessitam ser mais bem investigadas as possíveis associações do fenômeno aos agravos habitualmente explorados no âmbito da saúde do idoso tais como distúrbios cognitivos, depressão, incapacidade funcional, dentre outros. Caso estas associações se confirmem, a ocorrência isolada desses problemas de saúde pode ser um indicador da existência de violência na família, caracterizando-os como eventos sentinela capazes de facilitar a identificação de casos primários e/ou reincidências. Alguns autores indicam que a AGA,

com seus instrumentos de rastreamento e sua tecnologia específica, pode ser suficiente para a identificação do risco ou presença de violência <sup>65</sup>.

Uma lista não exaustiva de propostas de pesquisa no âmbito da violência contra o indivíduo idoso foi concebida por Glendenning e Decalmer <sup>184</sup>. Utilizá-la como plataforma de idéias só pode contribuir para o desenvolvimento de pesquisas nesta área no Brasil. Inclui estudos de incidência e prevalência; estudos de vítimas e perpetradores; estudos relacionados ao 'stress' e sobrecarga do cuidador; conseqüências do abuso tanto no perpetrador quanto na vítima; natureza da violência familiar; relação entre violência infantil, conjugal, entre adultos e contra idosos; diferentes tipos e percepções de violência; violência perpetrada por desconhecidos; temas relacionados à negligência e autonegligência; estudo de violência em instituições de longa estadia; desenvolvimento de instrumentos de rastreamento e estudos sobre padronização de documentação Neste contexto, o incremento de estudos qualitativos de violência contra idosos completaria o quadro e auxiliaria no entendimento mais integral do problema e suas soluções.

Moraes, em sua Tese de doutorado <sup>28</sup>, lembra que “(...) *outro ponto que merece ser ressaltado é a importância de se entender a violência na família como um fenômeno complexo que envolve todos os integrantes do núcleo familiar, não se restringindo a um indivíduo ou uma relação específica. Esta abordagem traz como conseqüência a necessidade de integrar diferentes profissionais através da formação de equipes interdisciplinares em qualquer programa de prevenção, detecção e acompanhamento de vítimas. Para isto é necessário quebrar efetivamente as barreiras entre as disciplinas, fazendo com que as equipes de trabalho não sejam meros retalhos (...)*”.

O problema é coincidente no que tange à avaliação de saúde geral e violência doméstica no indivíduo idoso. Entretanto, alguns pontos devem ser ressaltados. É relativamente freqüente a comparação da violência doméstica perpetrada contra crianças

e aquela contra idosos. Finkelhor e Pillemer<sup>185</sup> discutem a questão, identificando a semelhança aparente entre os dois eventos. Um deles seria a relação do cuidador com o idoso e seu caráter pai-filho nos casos de extrema dependência do idoso. Entretanto, mesmo quando as vítimas idosas são dependentes de seus cuidadores, as condições relacionadas são muito diferentes daquelas encontradas nas crianças. Portanto, parece desaconselhável fazer comparações conceituais diretas entre as duas formas de violência doméstica.

A necessidade de integração entre as diferentes instituições envolvidas na prevenção da violência também deve ser reforçada. Atualmente, ainda se observa uma real dificuldade de trabalho conjunto entre organizações (setor judiciário; conselhos tutelares; organizações não-governamentais; unidades de saúde; universidades). A divulgação e integração das atividades realizadas, o retorno de informações sobre o andamento dos casos e a especificação de ações, evitando a sobreposição de serviços, são metas a serem atingidas.

A adaptação transcultural do instrumento *CASE* necessita ser complementada em estudo de avaliação de validade de mensuração, incluindo, desta feita, os procedimentos utilizados para o *H-S/EAST*, bem como de validade de construto. No trabalho de campo foram entrevistados 505 cuidadores de pessoas com mais de 65 anos.

Pretende-se, ademais, estudar a validade de construto do *H-S/EAST* e o aprofundamento de sua análise discriminante com técnicas de análise multivariada e análise fatorial confirmatória. Como visto no terceiro artigo, o *H-S/EAST*, não obstante os cuidados na adaptação transcultural, apresentou problemas suficientemente relevantes para que se possa, neste momento, recomendar sem restrições seu uso no Brasil.

Também, o *CASE* e o *H-S/EAST* foram utilizados em associação com outros instrumentos, sendo um deles a CTS em seu formato original, a partir da adaptação de Hasselman e Reichenheim<sup>123</sup>. A comparação dos três instrumentos pode esclarecer alguns pontos de dúvida sobre a melhor forma para se utilizarem, no idoso, os instrumentos de violência.

Estudos paralelos de aprofundamento da adaptação transcultural de vários instrumentos utilizados no trabalho de campo serão iniciados. Entre estes, instrumentos funcionais (*Health Assessment Questionnaire*<sup>186,187</sup>; SF-36<sup>188,189</sup>); instrumentos de depressão (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage<sup>103,190,191</sup>), instrumentos de avaliação cognitiva (Mini-Exame do Estado Mental<sup>102,168,192</sup>), instrumentos de apoio social (MOS suporte social<sup>193,194,195</sup>) e instrumentos de sobrecarga do cuidador (*Zarit Burden Scale*<sup>196,197</sup>). Os construtos subjacentes à violência doméstica do idoso serão, portanto, explorados em comparações com os três instrumentos utilizados *CASE*, *H-S/EAST* e CTS (versão idoso/cuidador). É possível que a formulação de um novo instrumento de avaliação de violência doméstica contra o idoso advenha destes estudos futuros. Ainda, a exploração de outros instrumentos, como o *VASS*, identificados no artigo 1, poderá trazer novas perspectivas aos instrumentos de risco. No longo prazo, a investigação sobre violência em idosos poderá contemplar estudos comparativos com a violência conjugal e a contra as crianças, uma vez que estas outras linhas de pesquisa estão sendo desenvolvidas no âmbito do PIEVF.

Holstein lembra que “(...) *profissionais raramente vivem o luxo de trabalhar em circunstâncias ideais. Para aqueles que trabalham com vítimas idosas de violência, a probabilidade de se chegar a uma solução ideal é tênue. Embora o público possa se chocar com descrições de jornais relatando maus tratos contra o idoso, esta reação raramente se traduz em ação política. Apesar do ultraje, poucos compreendem as*

*raízes dos problemas que levam aos abusos e negligência contra a pessoa mais velha e, por este motivo, poucos assumem responsabilidade por atividades cujo objetivo seja analisar estas causas mais profundas (...). É improvável que este panorama mude no futuro imediato”* <sup>184</sup>. Para que tal perspectiva se altere, é necessário maior conhecimento sobre as causas, magnitude e possibilidades de prevenção da violência contra o indivíduo idoso. Esta Tese pretendeu dar os primeiros passos neste longo caminho, ao procurar identificar melhores instrumentos de captação de risco que possam ser utilizados no Brasil. Informações mais robustas poderão sensibilizar uma sociedade ainda pouco atenta aos problemas que afligem sua população mais velha.

## REFERÊNCIAS

1. Lachs MS. Preaching to the unconverted: educating physicians about elder abuse. *J Elder Abuse Neglect* 1995; 4:1-12.
2. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQol instruments: the Universalist approach. *Quality of Life Research* 1998; 7:323-335.
3. Barnett OW, Miller-Perrin CL, Perrin RD. History and definitions. In: Barnett O, Miller-Perrin C, Perrin RD, eds. *Family violence across the lifespan: an introduction*. London: SAGE Publications, 1997:3-17.
4. Gelles RJ. Introduction. In: Gelles RJ, ed. *Intimate violence in families*. New York: SAGE Publications, 1997:1-17.
5. Barnett OW, Miller-Perrin CL, Perrin RD. Introduction. In: Barnett OW, Miller-Perrin CL, Perrin RD, eds. *Family Violence Across the Lifespan: An Introduction*. London: Sage Publications, 1997: XIX-XX.
6. National Research Council. Patterns of violence in American Society. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence*. Washington: National Academy Press, 1993:42-97.
7. Gough D. Defining the problem. *Child Abuse & Neglect* 1996; 20:993-1002.
8. Soares BM. *Mulheres Invisíveis: Violência Familiar e Formações Subjetivas*. Unpublished Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, 1997.
9. Emery RE, Laumann-Billings L. An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships: Toward differentiating maltreatment and violence. *American Psychologist* 1998; 53:321-328.
10. Emery RE. Family violence. *American Psychologist* 1989; 44:321-324.
11. Gelles RJ, Straus MA. Determinants of violence in the family: Toward a theoretical integration. In: Burr WR, Hill R, Nye FI, Reiss I, eds. *Contemporary theories about the family*. New York: Free Press, 1979:549-581.
12. Malinosky-Rummel R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin* 1993; 114:68-79.
13. Gelles RJ. *Intimate violence in families*. New York: SAGE Publications, 1997.
14. Straus MA, Gelles RJ, Steinmetz KS. *Behind closed doors. Violence in the American family*. New York: Anchor Press, 1980.
15. Marques MAB. *An exploratory study on violence against children in a favela in Rio de Janeiro*. Serviço Social. New York. Columbia University, 1986.

16. Assis SG. Violências, crianças e comportamentos: um estudo em grupos sociais distintos. Relatório final de pesquisa. Rio de Janeiro: Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 1992.
17. Belsky J. Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin* 1993; 114:413-434.
18. Straus MA, Hamby SL, McCoy SB, Sugarman DB. The Revised Conflict Tactics Scale: development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues* 1996; 17:283-316.
19. Gelles RJ. *The book of David: How preserving families can cost children's lives*. New York: Perseus Books Group, 1996.
20. Holden GW, Geffner R, Jouriles EN. *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington: American Psychological Association, 1998.
21. Rudo ZH, Powell DS, Dunlap G. The effects of violence in home on children's emotional, behavioral, and social functioning: A review of the literature. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 1998; 6:94-113.
22. Abrapia. *Maus tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção - guia de orientação para profissionais de saúde*. Petrópolis: Abrapia, 1992.
23. Brasil. *Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. Brasília: Ministério da Saúde/SASA, 1997.
24. Deslandes SF. *Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Jorge Careli, 1997.
25. Fall KL, Howard S, Ford JE. *Alternatives to domestic violence: A homework manual for battering intervention groups*. Edwards Brothers, 1999.
26. Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: Contribuições para elaboração de propostas de ação. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4:109-121.
27. Souza ER, Fortuna FFP, Pereira MC, Silva CMFP. Extremo da Vida sob a Mira da Violência: Mortalidade de Idosos no Estado do Rio de Janeiro. *Gerontologia* 1998; 6:66-73.
28. Moraes CL. *Estudo Caso-Controle da Violência Familiar como um Fator de Propensão à Prematuridade do Recém-nascido*. Unpublished Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: 1998.
29. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na Emergência: "Prevenção numa hora dessas?" *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4:81-94.

30. IBGE. Resolução de conflitos domésticos e violência intrafamiliar nos bairros da Tijuca e Maracanã. Rio de Janeiro: IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1999.
31. Machado L, Queiroz ZV. Negligência e Maus-Tratos. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, al e, eds. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2002:791-797.
32. Schraiber LB, D'Oliveira A, Franca IJ, Pinho AA. Violence against women: a study in a primary healthcare unit. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36:470-477.
33. Schraiber LB, D'Oliveira AF. Violence against women and Brazilian health care policies: a proposal for integrated care in primary care services. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2002; 78:S 21-5.
34. D'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002; 359:1681- 1685.
35. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2002; 79:269-277.
36. Deslandes SF. Maus-tratos na infância: um desafio para o sistema público de saúde. Análise da atuação do CRAMI-CAMPINAS. Unpublished Mestrado, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1993.
37. Shakespeare W. King Lear, Ato2, Cena 3.
38. Swift J. Parte III, capítulo X. *Gulliver's Travels*: Penguin Books Ltd.
39. Glendenning F. Attitudes to Older People. In: Decalmer P, Glendenning F, eds. *The Mistreatment of Elderly People*. London: SAGE publications, 1997:13-41.
40. Queiroz ZPV. Violência contra a Velhice: Considerações Preliminares sobre uma Nova Questão Social. *O Mundo da Saúde* 1997; 21:204-207.
41. Zaluar A. Violências públicas e privadas: registros, interpretações e políticas. Projeto de pesquisa. Rio de Janeiro: Núcleo de Pesquisa das Violências, Instituto de Medicina Social/UERJ, 1998.
42. Drumond Jr M, Lira MMTA, Freitas Md, Nitrini TMV, Shibao K. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. *Rev. Saúde Pública* 1999; 33:273-280.
43. Glendenning F. What is Elder Abuse and Neglect? In: Decalmer P, Glendenning F, eds. *The Mistreatment of Elderly People*. London: SAGE Publications Ltd, 1997:13-41.
44. Hansberry MR, Chen E, Gorbien MJ. Dementia and Elder Abuse. *Clin Geriatr Med* 2005; 21:315-332.

45. Boudreau FA. Elder abuse. In: Hampton RL, Gullotta TP, Adams GR, Potter EH, Weissberg RP, eds. *Family violence: Prevention and treatment*. Newbury Park, CA: Sage, 1993.
46. Tinker A, McCreadie C. Elder Abuse. In: Tallis R, Fillit H, Brocklehurst JC, eds. *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. London: Churchill Livingstone, 1998:1431-1437.
47. Burgess AW, Hanrahan NP, Baker T. Forensic Markers in Elder Female Sexual Abuse Cases. *Clin Geriatr Med* 2005; 21:399-412.
48. Tataru T. Suggested state guidelines for gathering and reporting domestic elder abuse statistics for compiling national data. Washington, DC: National Aging Resource Center on Elder Abuse, 1990.
49. Hickey T, Douglass RL. Neglect and abuse of older family members: professionals' perspectives and case experiences. *The Gerontologist* 1981; 21:171-6.
50. Rathbone-McCuan E, Voyles B. Case detection of abused elderly parents. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139:189-92.
51. Hudson MF, Johnson TF. Elder neglect and abuse: a review of the literature. In: Eisdorfer C, ed. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. New York: Springer, 1987:84-85.
52. Chen PN, Bell S, Dolinsky D, Doyle J, Dunn M. Elderly abuse in domestic settings: a pilot study. *Journal of Gerontological Social Work* 1981; 4 (Fall):3-17.
53. O'Malley TA, Everitt DE, O'Malley HC, Campion EW. Identifying and preventing family-mediated abuse and neglect of elderly persons. *Annals of Internal Medicine* 1983; 98:998-1005.
54. Callahan JJ. Elder abuse: some questions for policymakers. *The Gerontologist* 1988; 28:453-8.
55. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO, 2002:340.
56. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria Nº. 737 de 16/05/01 Seção 1e - de 18/05/01: Ministério da Saúde, 2001.
57. Kosberg JI. Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist* 1988; 28:43-50.
58. Tataru T. Understanding the nature and scope of domestic elder abuse with the use of state aggregate data: Summaries of the key findings of a national survey of state APS and aging services. *J Elder Abuse Neglect* 1993; 5:35-57.

59. Pillemer KA, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist* 1988; 28:51-57.
60. Podineks E. National Survey on Abuse of the elderly in Canada. *J Elder Abuse Neglect* 1992; 4:5-58.
61. National Center on Elder Abuse. The National Elder Abuse Incidence Study; Final Report: The National Center on Elder Abuse at The American Public Human Services Association in Collaboration with Westat, Inc., 1998.
62. Pillemer KA, Moore DW. Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *The Gerontologist* 1989; 29:314-320.
63. López PQ, Bull HW, Araneda GT. Caracterización y frecuencia del maltrato a adultos mayores en áreas urbanas / Characterization and frequency of elderly mistreatment in urban areas. *Cuad méd-soc (Santiago de Chile)* 2001; 42:30-35.
64. IBCCRIM Pesquisa. O Idoso em Risco. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 2000.
65. Fulmer T, Guadagno L, Dyer CB, Connolly MT. Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:297-304.
66. Pillemer KA. Risk factors in elder abuse: Results from a case-control study. In: Pillemer KA, Wolf RS, eds. *Elder abuse: Conflict in the family*. Dover, MA: Auburn House, 1986:239-263.
67. Gorbien MJ, Eisenstein AR. Elder Abuse and Neglect: An Overview. *Clinics in Geriatric Medicine* 2005; 21:279-292.
68. Butler RN. Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist* 1969; 9.
69. Neri AL. Atitudes em Relação à Velhice: Evidências de Pesquisas no Brasil. *Gerontologia*; 1997: 5 (3):130-139.
70. Baumhover LA, Beall SC. Abuse, Neglect and Exploitation of Older Persons; Strategies for Assessment and Intervention. Baltimore: Health Professions Press, Inc., 1996.
71. Shugarman LR, Fries BE, Wolf RS, Morris JN. Identifying Older People at Risk of Abuse During Routine Screening Practices. *JAGS* 2003; 51:24-31.
72. Kosberg JI, Nahmiash D. Characteristics of Victims and Perpetrators and Milieus of Abuse and Neglect. In: Baumhover LA, Beall SC, eds. *Abuse, Neglect, and Exploitation of Older Persons - Strategies for Assessment and Intervention*. Baltimore: Health Professions Press, Inc., 1996:31-50.
73. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The Mortality of Elder Mistreatment. *JAMA* 1998; 280:428-432.

74. Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:205-208.
75. Ramsey-Klawnsnik H. Elder sexual abuse: preliminary findings. *J Elder Abuse Neglect* 1991; 3:73-90.
76. Holt M. Elder sexual abuse in Britain: preliminary findings. *J Elder Abuse Neglect* 1993; 2:63 -73.
77. Paveza GJ, Cohe D, Eisdorfer C. Severe family violence and Alzheimer's Disease: prevalence and risk factors. *Gerontologist* 1992; 32:493-497.
78. Benbow SM, Haddad PM. Sexual abuse of the elderly mentally ill. *Postgrad Med J* 1993; 69:803-807.
79. Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, et al. Health Status Assessment for Elderly Patients. Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37:562-569.
80. Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the Functional Assessment of Older Patients. *N Engl J Med* 1990; 322:1207-1214.
81. Health and Public Policy Committee, American College of Physicians. Comprehensive functional assessment for elderly patients. *Ann Intern Med* 1988:70-72.
82. Hedrick SC. Assessment of Functional Status: Activities of Daily Living. In: Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R, eds. *Geriatric Assessment Technology: State of the Art*. Milan: Editrice Kurtis, 1995:51-58.
83. Evans JG. Geriatric medicine: a brief history. *BMJ* 1997; 315:1075-1077.
84. Rubenstein LZ. An overview of Comprehensive Geriatric Assessment: Rationale, History, Program Models, Basic Components. In: Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R, eds. *Geriatric Assessment Technology: The State of the Art*. Milan: Editrice Kurtis, 1995:1-9.
85. Boulton C, Pacala JT. Care of Older People at Risk. In: Calkins E, Boulton C, Wagner Eh, Pacala JT, eds. *New Ways to Care for Older People - Building Systems Based on Evidence*. New York: Springer Publishing Company, Inc., 1999:65-81.
86. Stuck AE, Siu AL, Wieland D, Adams J, Rubenstein LZ. Effects of Comprehensive Geriatric Assessment on survival, residence and function: A Meta-Analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342:1032-1036.
87. Haastregt JCM, Diederiks JPM, Rossum Ev, Witte LPd, Crebolder HFM. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* 2000; 320:754-758.

88. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001; 323:1-9.
89. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People: Systematic Review and Meta-regression Analysis. *JAMA* 2002; 287:1022-1028.
90. Sayeg MA, Mesquita RAV. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, eds. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2002:1082-1089.
91. Brasil. Política Nacional de Saúde do Idoso - Portaria MS 1395 de 9 de dezembro de 1999: Ministério da Saúde, 1999.
92. Aravanis SC, Adelman RD, Breckman R. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Arch Fam Med* 1993; 2:371-388.
93. Dyer CB, Goins AM. The role of the interdisciplinary geriatric assessment in addressing self-neglect of the elderly. *Generations* 2000; 24:23-27.
94. Parkins SM. Hospital Response to Elder abuse: The Adult Protective Team. In: Baumhover LA, Beall SC, eds. *Abuse, Neglect, and Exploitation of Older Persons - Strategies for Assessment and Intervention*. Baltimore: Health Professionals Press, 1996:163-184.
95. Decalmer P, Glendenning F. *The Mistreatment of Elderly People*. London: SAGE Publications, 1997.
96. Decalmer P. Clinical Presentation and Management. In: Decalmer P, Glendenning F, eds. *The Mistreatment of Elderly People*. London: SAGE Publications, 1997:42-73.
97. O'Brien JG. Screening: A Primary Care Clinician's Perspective. In: Baumhover LA, Beall SC, eds. *Abuse, Neglect, and Exploitation of Older Persons - Strategies for Assessment and Intervention*. Baltimore: Health Professions Press, 1996:51-64.
98. Reed K. When Elders Lose their Cents: Financial Abuse of the Elderly. *Clin Geriatr Med* 2005; 21:365-382.
99. AMA. Diagnostic and treatment guideline on elder abuse and neglect. Chicago: American Medical Association, 1992.
100. Fulmer TT, O'Malley TA. The difficulty of defining abuse and neglect. In: Fulmer TT, O'Malley TA, eds. *Inadequate care of the elderly*. New York: Springer Publishing, 1987:13-24.

101. Jones J, Dougherty J, Schelble D, Cunningham W. Emergency department protocol for the diagnosis and evaluation of geriatric abuse. *Ann Emerg Med* 1988; 17:1006 -1015.
102. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198.
103. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17:37-49.
104. Rosenblatt DE. Documentation. Abuse, Neglect and Exploitation of Older Persons; Strategies for Assessment and Intervention. Baltimore: Health Professions Press, Inc., 1996:145 -162.
105. Bass DM, Anetzberger GJ, Ejaz FK, Nagpaul K. Screening tools and referral protocol for stopping abuse against older Ohioans: A guide for service providers. *J Elder Abuse Neglect* 2001; 13:23-28.
106. Kane RA, Kane RL. *Assessing the Elderly: A practical Guide to Measurement*. Lexington, MA: Lexington Books, 1981.
107. Blanton PG. Zen and the Art of Adult Protective Services: In Search of a Uniform View of Elder Abuse. *J Elder Abuse Neglect* 1989; 1:27-34.
108. Johnson TJ. Identification Instruments: Finding Common Ground. In: Johnson TJ, ed. *Elder Mistreatment: Deciding Who is At Risk*. Westport, CT: Greenwood Press, 1991:85-115.
109. Johnson TF. Distinguishing among Mistreatment Measures. In: Johnson TF, ed. *Elder Mistreatment: Deciding Who is At Risk*. Westport, CT: Greenwood Press, 1991:71-84.
110. Quinn MJ, Tomita SK. *Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnostics and Intervention Strategies*. New York: Springer Publishing Company, 1986.
111. Helena L. Violência contra idosos faz 15 mil vítimas por ano. *O GLOBO*. Rio de Janeiro, 2003:17 seção "O País".
112. Lachs MS, Fulmer T. Recognizing elder abuse and neglect. *Clin Geriatr Med* 1993; 9:665-81.
113. Moser CA, Kalton G. *Survey Methods in Social Investigation*. Aldershot: Ashgate Publishing Limited, 1979.
114. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use*. New York: Oxford Medical Publications, 1995.

115. Shrout PE. Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research* 1998; 7:301-317.
116. Reichenheim ME, Moraes CL. Buscando a Qualidade das Informações em Pesquisas Epidemiológicas. In: Minayo MCS, Deslandes SF, eds. *Caminhos do Pensamento - Epistemologia e Métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002:227-255.
117. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-Cultural Adaptation of Health - Related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46:1417-1432.
118. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research* 1997; 6:237-247.
119. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill, Inc., 1994.
120. Reichenheim ME, Moraes CL. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 1998; 1:131-148.
121. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar a violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18:163-175.
122. Moraes CL, Reichenheim ME. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18:783-796.
123. Hasselmann M, Reichenheim M. Cross-cultural adaptation of the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1) used to assess marital violence: semantic and measurement equivalence. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19:1083-93.
124. AMA. American Medical Association Council on Scientific Affairs: *Diagnostic and Treatment Guidelines Concerning Child Abuse and Neglect*. Chicago: American Medical Association, 1984.
125. Johnson D. Abuse of the elderly. *Nurse Pract* 1981; 6:29-34.
126. Barnett OW, Miller-Perrin CL, Perrin RD. *Family Violence Across the Lifespan: An Introduction*. London: Sage Publications, 1997.
127. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 2004; 140:387-396.

128. Johnson TF. *Elder Mistreatment: Deciding Who is At Risk*. Westport, CT: Greenwood Press, 1991.
129. McDowell IW, Newell C. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York, NY: Oxford University Press, 1996.
130. Reichenheim M, Moraes CL. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 1998; 2:131-148.
131. Straus MA. Measuring intrafamilial conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and Family* 1979; 41:75-88.
132. Fulmer TT. Elder Abuse Assessment Tool. *Dimensions of Critical Care Nursing* 1984; 3:216-220.
133. Fulmer TT, Gould ES. Assessing Neglect. In: Baumhover LA, Beall SC, eds. *Abuse, Neglect and Exploitation of Older Persons*. Baltimore: Health Professions Press, Inc, 1996:89-104.
134. Fulmer T, Paveza G, Abraham I, Fairchild S. Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 2000; 216:436-443.
135. Reis M, Nahmiash D. Abuse of seniors: Personality, stress and other indicators. *Journal of Mental Health and Aging* 1997; 3:337-356.
136. Reis M, Nahmiash D. Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Canadian Journal on Aging* 1995; 14:45-60.
137. Davies M. Key Issues for Nursing: the Need to Challenge Practice. In: Decalmer P, Glendenning F, eds. *The Mistreatment of Elderly People*. London: SAGE Publications, 1997:175-185.
138. Davies M. Recognizing abuse: an assessment tool for nurses. In: Decalmer P, Glendenning F, eds. *The Mistreatment of Elderly People*. London: SAGE Publications, 1993:102-106.
139. Fulmer T, Gurland B. Restriction as Elder Mistreatment: Differences Between Caregiver and Elder Perceptions. *Journal of Mental Health and Aging* 1996; 2:89-100.
140. Ferguson D, Beck C. H.A.L.F.: A tool to assess elder abuse within the family. *Geriatric Nursing* 1983; 4:301-304.
141. Hwalek MA, Sengstock MC. Assessing the Probability of Abuse of the Elderly: Toward Development of a Clinical Screening Instrument. *Journal of Applied Gerontology* 1986; 5:153-173.
142. Reis M, Nahmiash D. Validation of the Indicators of Abuse (IOA) screen. *Gerontologist* 1998; 38:471-80.

143. Phillips LR, Morrison EF, Chae YM. The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care. *Int J Nurs Stud* 1990; 27:61-75.
144. Phillips LR, Morrison EF, Chae YM. The QUALCARE Scale: testing of a measurement instrument for clinical practice. *Int J Nurs Stud* 1990; 27:77-91.
145. Hamilton GP. Preventing elder abuse: using a family systems approach. *J Gerontol Nurs* 1989; 15:21-26.
146. Schofield MJ, Reynolds R, Mishra GD, Powers JR, Dobson AJ. Screening for vulnerability to abuse among older women: Women's Health Australia Study. *Journal of Applied Gerontology* 2002; 21:24-39.
147. Lachs MS, Pillemer K. Current Concepts: Abuse and Neglect of Elderly Persons. [Review Articles]. *N Engl J Med* 1995; 332:437-443.
148. Collins KA, Bennett AT, Hanzlick R, the Autopsy Committee of the College of American Pathologists. Elder Abuse and Neglect [Autopsy and Medicine]. *Arch Intern Med* 2000; 160:1567-1569.
149. Corp FM. The Model of Domestic Elder Abuse and Neglect. In: Corp FM, ed. *Elder Abuse in the Family - an Interdisciplinary Model for Research*. New York: Springer Publishing, US, 2000:63-82.
150. Meeks-Sjostrom D. A Comparison of Three Measures of Elder Abuse. *Journal of Nursing Scholarship* 2004; 36:247-250.
151. Reis M, Nalimiash D. When seniors are abused: An intervention model. *Gerontologist* 1995; 35:666-671.
152. Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Sengstock MC, Stahl C. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Journal of Applied Gerontology* 1991; 10:406-418.
153. McFarlane J, Parker J, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. *JAMA* 1992; 267:3176-3178.
154. Spencer C. New direction for research on interventions with abused older adults. In: MacLean MJ, ed. *Abuse and neglect of all the Canadians: Strategies for change*. Toronto: Thompson Educational Inc, 1995:143-158.
155. Carp FM. Some Studies Needed to Test and Improve the Model. In: Carp FM, ed. *Elder Abuse in the Family - An Interdisciplinary Model for Research*. New York: Springer Publishing Company, 2000:165-181.
156. Gordon RM, Brill D. The abuse and neglect of the elderly. *International-Journal-of-Law-and-Psychiatry* 2001; 24:183-197.

157. Sengstock MC, Hwalek M. A review and analysis of measures for the identification of elder abuse. *Journal of Gerontological Social Work* 1987; 10:21-36.
158. Paixao Jr CM, Reichenheim ME. Uma Revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica no sujeito idoso. *Cad Saúde Pública* 2006 (no prelo).
159. Bendik MF. Reaching the breaking point: Dangers of mistreatment in elder caregiving situations. *J Elder Abuse Neglect* 1992; 4:39-59.
160. Tomita SK. The denial of elder mistreatment by victims and abusers: The application of neutralization theory. *Violence and Victims* 1990; 5:171-184.
161. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública* 2000; 34:610-616.
162. Berkanovic E. The Effect of Inadequate Language Translation on Hispanics' Responses to Health Surveys. *Am J Public Health* 1980; 70:1273-1281.
163. Perneger TV, Lepège A, Etter J-F. Cross-cultural adaptation of a psychometric instrument: Two methods compared. *Journal of Clinical Epidemiology* 1999; 52:1037-1046.
164. Behling O, Law K. *Translating questionnaires and other research instrument: problems and solutions*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications, 2000.
165. Fulmer T. Elder mistreatment. *Annual Rev Nurs Res* 2002; 20:369-95.
166. Pelton LG. Interpreting family violence data. *American Journal of Orthopsychiatry* 1979; 49:194, 372-4.
167. Veras RP. Ageing in developing countries: a case study of Brazil. In: Ebrahim S, Kalache A; eds. *Epidemiology in Old Age*. Plymouth: BMJ Publishing Group, 1996:49-56.
168. Lourenço RA. Validação do mini-exame do estado mental em uma unidade ambulatorial de saúde / Validation of the Mini-Mental State Examination in elderly people in elderly outpatients in primary care settings. Unpublished PhD, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
169. Feldman HH, Woodward M. The staging and assessment of moderate to severe Alzheimer disease. *Neurology* 2005; 65:S10-S17.
170. Rummel RJ. *Applied Factor Analysis*. Evanston: Northwest University Press, 1988.
171. Divgi DR. Calculation of the tetrachoric correlation coefficient. *Psychometrika* 1979; 44:169-172.

172. Kaiser HF. Varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika* 1958; 23:187-200.
173. Feldt LJ. The approximate sampling distribution of Kuder-Richardson reliability coefficient twenty. *Psychometrika* 1965; 30:357-371.
174. Bleda MJ, Tobias A. Cronbach's alpha one sided confidence interval (insert sg143). *Stata Technical Bulletin* 2000; 56:26-27.
175. Fleiss JL. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New York: John Wiley & Sons, 1981.
176. Cohen J. Weighted kappa: nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychol Bull* 1968; 70:213-220.
177. Efron B, Tibshirani R. *An Introduction to the Bootstrap*. London: Chapman and Hall, 1993.
178. Reichenheim ME. Confidence intervals for the kappa statistic (st0076). *Stata Journal* 2004; 4:421-428.
179. Houaiss A, et al. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001.
180. Woodward JA, Bentler P. A statistical lower bound to population reliability. *Psychol Bull* 1978; 85:1323-1326.
181. Bowling A. *Research methods in health*. Buckingham. Philadelphia: Open University Press, 1997.
182. Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-year observational cohort study. *Gerontologist* 1997; 37:469-474.
183. Carp FM. Methodological considerations. In: Carp FM, ed. *Elder Abuse in the Family - An Interdisciplinary Model for Research*. New York: Springer Publishing Company, 2000:127-145.
184. Decalmer P, Glendenning F. Looking for the Future. In: Decalmer P, . FG, eds. *The Mistreatment of Elderly People*. London, UK: SAGE publications, 1997:220-228.
185. Finkelhor D, Pillemer KA. Elder abuse: its relationship to other forms of domestic violence. In: Hotaling GT, Finkelhor D, Kirkpatrick JT, Straus MA, eds. *Family Abuse and its Consequences: new Directions in Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1988:244-54.
186. Fries J, Spit P, Young D. The dimensions of health outcomes: the Health Assessment Questionnaire, disability and pain scales. *J Rheumatol* 1982; 9.

187. Ferraz MB, Oliveira LM, Araujo PM, Atra E, Tugwell P. Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. *Journal of Rheumatology* 1990; 17:813-817.
188. Ware J, Sherbourne C. The MOS 36- item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30.
189. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)". Unpublished PhD, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.
190. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida / Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. *Arq neuropsiquiatr* 1999; 57:421-6.
191. Paiva PEM, Lourenço LRA, Peixoto VR. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Públ* 2005; 39:918-23.
192. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2003; 61:777-781.
193. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med* 1991; 32:705-714.
194. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:887-896.
195. Griep RH, Chor D, Lopes C, Faerstein E. Confiabilidade teste-reteste de questionário multidimensional de apoio social no estudo pró-saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002; suplemento especial:148.
196. Zarit SH, Reever DE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist* 1980; 20:49-55.
197. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 4:12-17.

## **APÊNDICES E ANEXOS**

## APÊNDICE A - Estimadores utilizados para análise no artigo 3

### A.1.1. Apreciação da confiabilidade e validade. (1)

Validade e confiabilidade são propriedades analisadas invariavelmente em estudos que se debruçam sobre a adaptação transcultural de instrumentos de aferição. Confiabilidade se refere ao processo de aferição específico de um estudo, não sendo, portanto, uma característica inerente ao instrumento de aferição. Pode-se pensar a confiabilidade como conotando a “robustez” da aferição (ou sua falta) em certo estudo, apreendendo as “pressões” exercidas pelo aferidor e o aferido sobre o instrumento. Pelo caráter particular desta interação, a confiabilidade necessita ser investigada em cada estudo e seus resultados são intransferíveis. Segundo Streiner & Norman (2), o estudo da confiabilidade de um processo de mensuração é uma tentativa de quantificar a importância relativa dos erros sistemático e aleatório inerentes a qualquer processo de aferição. Os estimadores tradicionais de confiabilidade refletem o quanto da variância entre os sujeitos contribui para a variância total observada. Na medida em que estas medidas estão diretamente associadas às características da população estudada, não é possível arrolar um único e inflexível estimador a um determinado procedimento ou instrumento de aferição.

Uma outra forma de abordagem caracteriza a confiabilidade como a capacidade de reprodutibilidade de um instrumento de aferição (3). Avaliada tradicionalmente através da apreciação da confiabilidade intra-observador, ela expressa a extensão em que uma medida se reproduz em diferentes momentos do tempo; da confiabilidade inter-observador, que indica o grau com que a aplicação de um instrumento de aferição gera uma mesma observação independente do observador; e da consistência interna, que

indica a intensidade com que os vários itens de uma escala refletem um mesmo construto ou fator de interesse (2).

Por sua vez, a validade pode ser considerada uma propriedade inerente ao instrumento. Há, pois, possibilidade de transferir os valores encontrados para uma população externa àquela onde o estudo de validação foi realizado. O conceito expressa a extensão com que as medidas realizadas por um determinado instrumento captam os verdadeiros valores do construto de interesse. Apreciar a validade de um instrumento de aferição ou escala diagnóstica implica em estabelecer se, de fato, estes captam o que foi proposto originalmente. Importa distinguir entre a validade própria de um instrumento e a de todo o processo de aferição. A última depende também da confiabilidade. Por exemplo, um instrumento, aceito como válido (*a priori* ou estudado anteriormente), pode ter, circunstancialmente, uma precária estabilidade e replicabilidade, dois componentes centrais da confiabilidade (2). Esta deficiência implicará em uma má qualidade da informação captada, comprometendo conseqüentemente a validade do processo de aferição como um todo (4). Até meados da década de 70, a maioria da literatura sobre a qualidade de instrumentos de aferição identificava três tipos de validade – de conteúdo, de critério e de construto - encarados como atributos diferentes de um mesmo instrumento. Mais recentemente observam-se duas tendências distintas na forma de definir o conceito. A primeira o amplia, criando uma nova tipologia que abarca outras formas de validade tais como a discriminante e a convergente. A segunda retoma a discussão sobre as definições e propósitos dos estudos de validação. Originalmente, testar a validade de um instrumento significava apreciar suas propriedades psicométricas. A partir de Cronbach em 1971, o foco passa a ser os indivíduos observados e as inferências feitas a partir dos resultados dos processos de mensuração. Ou seja, validar um instrumento de aferição torna-se o processo no qual se

determina o grau de confiança nas inferências realizadas sobre indivíduos que sejam baseadas em escores do instrumento que está sendo avaliado (2). Sob esta perspectiva, a validação passa ser um teste de hipóteses abarcando e relacionando os resultados da aplicação de diferentes instrumentos de aferição, inclusive o que está sendo analisado. Desta forma, os diferentes aspectos da validade convergem para a seguinte questão: os resultados apresentados nos estudos de validação reforçam ou não as inferências que supostamente seriam realizadas a partir da aplicação do instrumento?

Uma vez apresentada esta breve introdução ao tema, a seguir descrevem-se os estimadores utilizados para a apreciação da confiabilidade e validade dos instrumentos de aferição apreciados na Tese.

### A.1.2 Estimadores utilizados para avaliação da confiabilidade

Para avaliar a confiabilidade intra-observador foi utilizado o estimador *kappa* ponderado (Cohen, 1968). Para avaliação da consistência interna utilizou-se o estimador alpha e o estimador de *Kuder-Richardson fórmula 20 (KR-20)*(2).

#### Coeficientes kappa e kappa ponderado

Os estimadores *kappa* são baseados na apreciação do grau de concordância entre as observações, considerando a probabilidade de concordância ao acaso. As medidas avaliadas podem ser provenientes de um mesmo observador em dois momentos distintos do tempo (confiabilidade intra-observador) ou de dois diferentes observadores em um mesmo momento do tempo (confiabilidade inter-observador). O *kappa* não ponderado e seu respectivo desvio-padrão (SE) são dados por (Fleiss, 1981):

$$\hat{\kappa} = \frac{p_o - p_e}{1 - p_e}$$

$$se(\hat{\kappa}) = \frac{1}{(1 - p_e)\sqrt{n}} \sqrt{p_e + p_e^2 - \sum_{i=1}^k p_i p_i (p_i + p_i)}$$

Onde

$p_o$  é a proporção de concordância observada

$p_e$  é a proporção de concordância esperada

$p_{.i}$  e  $p_{.j}$  são, respectivamente, as marginais da tabela  $p_i 2 \times 2$

$n$  é o número de sujeitos observados

O  $kappa$  ponderado é estimado utilizando-se a equação acima considerando

$$p_o = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^k w_{ij} p_{ij}$$

$$p_e = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^k w_{ij} p_{.i} p_{.j}$$

Seu desvio-padrão ( $se$ ) é dado por (Fleiss, 1981)

$$se(\hat{\kappa}_w) = \frac{1}{(1-p_e)\sqrt{n}} \sqrt{\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^k p_{ij} p_{.j} [w_{ij} - (\bar{w}_{i.} + \bar{w}_{.j})]^2 - p_e^2}$$

onde  $n$  é o número de indivíduos observados e

$$\bar{w}_{i.} = \sum_{j=1}^k \rho_j w_{ij} \text{ e } \bar{w}_{.j} = \sum_{i=1}^k \rho_i w_{ij}$$

Considerando a distribuição do  $se$  aproximando da normalidade, os limites do intervalo de confiança de 95% podem ser calculados por  $\kappa \pm 1,96 se(\kappa)$

Utilizou-se, como ponderação, a quadrática que, em situações de normalidade gera estimadores equivalentes ao  $ICC$ . Neste esquema de ponderação, os pesos das discordâncias são calculados por (5)

$$w_{ij} = 1 - \left\{ \frac{(i-j)^2}{(k-1)} \right\}$$

onde  $i$  e  $j$  são, respectivamente, os índices referentes às linhas e colunas e  $k$  é o maior número possível de categorias de resposta. A interpretação dos estimadores  $kappa$  seguiu a orientação de Shrout (6) que, a partir de uma crítica e revisão dos adjetivos originalmente propostos por Landis e Koch (7), propõe a seguinte classificação:

$\kappa < 0,10 \rightarrow$  concordância (virtualmente) ausente;

$\kappa$  de 0,10 a 0,40  $\rightarrow$  concordância fraca (*slight*);

$\kappa$  de 0,41 a 0,60  $\rightarrow$  concordância discreta (*fair*);

$\kappa$  de 0,61 a 0,80  $\rightarrow$  concordância moderada;

$\kappa$  de 0,81 a 1,0  $\rightarrow$  concordância substancial.

Consistência Interna – Coeficiente alpha de Cronbach e Estimador de Kuder-Richardson fórmula 20 (KR-20)

A noção de possibilidade de repetir é central para a confiabilidade, mas avaliações repetidas correm o risco de uma impressão falsamente negativa onde a medida identifica corretamente mudanças na saúde entre uma testagem e outra. Uma das maneiras proposta para reduzir este risco é a consistência interna. Quanto maiores forem as intercorrelações entre os itens em um instrumento, mais fácil seria criar duas versões equivalentes e, assim, confiáveis do mesmo. A teoria sustenta que, quanto maior for a consistência interna, maior a confiabilidade teste-reteste do instrumento. O coeficiente alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach é o mais usado para avaliar esta propriedade (8, 9). Tal fórmula estima qual a seria a correlação entre versões diferentes do mesmo instrumento. Entretanto, se os itens de um instrumento possuem correlação alta, há redundância na medida e há estreitamento do escopo (2). Portanto, não é razoável que se espere uma consistência interna alta se o instrumento cobre várias dimensões de saúde. Este instrumento, também, terá pouca reprodutibilidade teste-reteste, já que há várias maneiras pelas quais os escores podem variar entre uma ocasião e outra.

A consistência interna foi avaliada utilizando-se o  $\alpha$  de Cronbach e *KR-20* (2), este último indicado para avaliação de instrumentos compostos por itens que apresentam duas opções de resposta.

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left( 1 - \frac{\sum \delta_i^2}{\sigma^2} \right)$$

A diferença entre  $\alpha$  e *KR-20* reside na variância dos itens que, no primeiro caso, segue uma curva normal de Gauss (desvio-padrão) e, no segundo, binomial. O  $\alpha$  estende o uso de *KR-20* para o caso em que há mais que duas alternativas de respostas, mas a fórmula é, basicamente, a mesma.

*KR-20*, portanto, é descrito:

$$KR-20 = \frac{n}{n-1} \left( 1 - \frac{\sum p_i q_i}{\sigma_T^2} \right)$$

onde  $n$  é o número de itens

$p_i$  é a proporção de respostas positivas ao item  $i$

$q_i = (1-p)$  para cada item

$\sigma_T$  é o desvio-padrão do escore total

$\sigma_i$  é o desvio padrão para cada item

Como o *KR-20* é sempre o limite inferior da confiabilidade (consistência) (Osburn,2000), é possível calcular um intervalo de confiança unicaudal para o estimador (Bleda & Tobias, 2000). De acordo com Feldt (10), o limite inferior do intervalo é dado por:

$$KR_{\alpha} \geq 1 - \left[ (1 - \overline{KR}_T) F_{2, n-2, \alpha, 1, n-1} \right] = KR_L$$

Isto significa que há 95% de chance do estimador de confiabilidade ser maior do que este valor.

### A.1.3 Estimadores utilizados para avaliação da validade

#### Análise de fatores

A análise de fatores é uma técnica de análise multivariada que visa a encontrar um reduzido número de fatores comuns que linearmente reconstruam as variáveis originais de um conjunto de dados (11). Segundo Kleinbaum et al.(12), o método visa a representar as relações entre diferentes variáveis correlatas, dificilmente interpretadas isoladamente, em termos de um pequeno número de fatores que tenham significado teórico. Através do procedimento, pretende-se compreender conceitualmente as dimensões teóricas que subjazem os dados de forma parcimoniosa através da substituição das variáveis originais por novas variáveis ou escores que as resumam. Idealmente, espera-se que um grande número de variáveis esteja mensurando um pequeno número de dimensões ou construtos teóricos. A estratégia de rotação neste procedimento é uma tentativa de descrever as informações contidas nos diferentes fatores através de uma re-expressão dos mesmos de modo a maximizar as cargas de algumas variáveis iniciais. A natureza indeterminada destes fatores permite que se tenha liberdade para re - expressá-los da maneira mais conveniente. Existem diferentes maneiras de realizar a rotação. Interessa escolher aquela que sugere fatores que tenham maior significado, interpretabilidade e que se assemelhem o mais possível às variáveis originais.

No terceiro artigo apresentado, utilizou-se o modelo

$$Y_{ij} = z_{i1}b_{1j} + z_{i2}b_{2j} + \dots + z_{ik}b_{kj} + e_{ij}$$

Onde  $Y_{ij}$  é o valor da  $i$ -ésima observação da  $j$ -ésima variável

$z_{ik}$  é a  $i$ -ésima observação no  $k$ -ésimo fator comum

$b_{kj}$  é o conjunto de coeficientes lineares denominados cargas de fatores (*factor loadings*)

$e_{ij}$  é algo semelhante ao resíduo, mas denominado fator único da  $j$ -ésima variável

Como todos os termos com exceção de  $Y_{ij}$  têm que ser estimados, o modelo tem um número infinito de soluções. Desta forma, algumas restrições são necessárias para que o mesmo possa ser determinado (13).

Várias estratégias para a estimação do modelo são possíveis. No referido artigo utilizou-se o método de fator principal (13) também denominado fator comum (12) para a análise da matriz de correlação entre as variáveis. Optou-se pela rotação do tipo varimax (14) que retém as assunções iniciais de ortogonalidade (independência) dos fatores entre si e de variância única.

A matriz utilizada procurou levar em conta a distribuição binomial dos itens do instrumento *H-S/EAST*. Para tanto, baseou-se em correlações tetracóricas, que assumem uma distribuição bivariada normal latente ( $X_1, X_2$ ) para cada par de variáveis ( $v_1, v_2$ ), com um modelo limiar para as variáveis manifestas,  $v_i = 1$  se e somente se  $X_i > 0$  (13). As médias e variâncias das variáveis latentes não são identificadas, mas a correlação  $r$  de  $X_1$  e  $X_2$  pode ser estimada pela distribuição conjunta de  $v_1$  e  $v_2$ . Estes coeficientes são chamados de correlação tetracórica. Para variáveis binomiais, estimam de forma mais adequada que as matrizes de Pearson que, no caso, tendem a atenuar as correlações, por usar curva de distribuição normal para variáveis contínuas.

#### A.1.4. Referências bibliográficas

1. Moraes CL. Estudo Caso-Controle da Violência Familiar como um Fator de Propensão à Prematuridade do Recém-nascido [Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998.
2. Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use. 2nd ed. New York: Oxford Medical Publications; 1995.
3. Rothman KJ, Greenland S. Modern Epidemiology. 2nd ed. Philadelphia; 1998.
4. Reichenheim M, Moraes CL. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. Revista Brasileira de Epidemiologia 1998;2(1):131-148.

5. Fleiss JL. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New York: John Wiley & Sons; 1981.
6. Shrout PE. Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research* 1998;7:301-317.
7. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-174.
8. Guilford JP. *Psychometric methods*. New York: McGraw-Hill; 1954.
9. McDowell IW, Newell C. *Measuring Health: A guide to Rating Scales and Questionnaires*. 2 ed. New York, NY: Oxford University Press; 1996.
10. Feldt LJ. The approximate sampling distribution of Kuder-Richardson reliability coefficient twenty. *Psychometrika* 1965;30:357-371.
11. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*. third ed. New York: McGraw-Hill, Inc.; 1994.
12. Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE. *Applied regression analysis and other multivariable methods*. Boston: PWS-Kent Publishing Company; 1988.
13. StataCORP, inventor Stata Statistical Software: Release 9.0. USA. 2005.
14. Kaiser HF. Varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika* 1958;23:187-200.

**APÊNDICE B - Questionário principal**Número do questionário   Cuidador inquerido  Idoso inquerido 

Núcleo de Pesquisa das Violências (NUPEVI) - Instituto de Medicina Social / UERJ  
Programa de Investigação Epidemiológica da Violência Familiar

**ESTUDO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE  
INSTRUMENTOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA O  
IDOSO**

**Questionário**

Carlos Montes Paixão Júnior

Michael E. Reichenheim

-----

**QUESTIONÁRIO DO CUIDADOR – DADOS GERAIS**

**IDENTIFICAÇÃO**

1. Número do questionário

1)

Nome dos respondentes:

2. Idoso:

3. Cuidador:

(escrever os nomes completos em letra de forma)

Sexo:

1. masculino  
2. feminino

4. Idoso

4) \_

5. Cuidador

5) \_

Endereço (logradouro, número, complemento):

Idoso: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cuidador: \_\_\_\_\_

(caso tenha telefone de contato, anote; caso seja o mesmo endereço, mantenha apenas o do idoso e escreva "o mesmo" no espaço do cuidador)

Tel.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

6. Bairro:

a. Idoso \_\_\_\_\_

6a)

(999. Ignorado)



*“Meu nome é (nome do entrevistador). Sou entrevistador da pesquisa de avaliação sobre a saúde geral de idosos e cuidadores e gostaria de pedir algum tempo de sua atenção.”*

Passar para a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido

*“Então, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre o(a) senhor(a) e sua família”*

12. Início da entrevista (horário) 12) \_\_\_\_:\_\_\_\_

### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CULTURAIS E AVALIAÇÃO DO CUIDADOR

13. Qual a sua data de nascimento? 13) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(dd/mm/aaaa)

14. Então, quantos anos completos V/S tem? 14) \_\_\_\_ anos

15. V/S estudou por quantos anos? 15) \_\_\_\_  
1. 0-4  
2. 5-10  
3. 11-15  
4. >15  
(999. Ignorado)

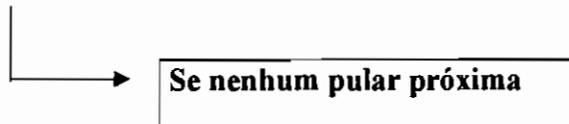
16. Até que série no colégio V/S cursou? 16) \_\_\_\_ série  
00. Não foi à escola  
09. 1ª série 2º grau  
10. 2ª série 2º grau  
11. 3ª série 2º grau  
12. Universidade incompleta  
13. Universidade completa  
14. Pós graduação  
999. Ignorado

17. Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_ 17)    
01. ativo(a)  
02. Se aposentado(a), profissão e aposentado(a).  
03. Se ainda trabalha apesar de aposentado(a)  
04. do lar  
999. ignorado

18. Qual o seu 'estado civil'? 18) \_\_\_\_  
1. solteiro(a) sem companheiro(a)  
2. casado/a  
3. viúvo/a sem companheiro (a)  
4. divorciado/a sem companheiro(a)  
5. vive com companheiro(a) sem ter casado

19. Quantos filhos V/S tem?  
(00. Nenhum)

19) \_\_ filhos

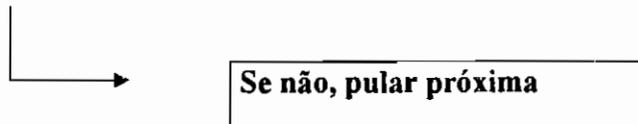


20. Quantos filhos vivem com V/S em sua casa?  
(00. Nenhum; 99. NA)

20) \_\_ \_\_ filhos

21. V/S é parente de (nome idoso)?  
0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA

21) \_\_ \_\_

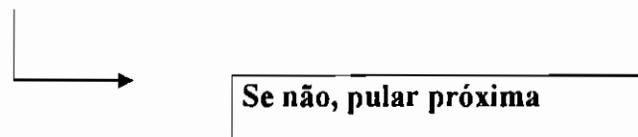


22. Qual seu grau de parentesco com (nome idoso)?  
1. filho(a)  
2. esposo(a)  
3. genro (nora)  
4. irmã(o)  
5. outro  
99. NA

22) \_\_

23. V/S mora com (nome idoso)?  
0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA

23) \_\_ \_\_



24. Há quanto tempo?  
99. NA

24) \_\_ \_\_ anos

25. Quantos quartos possui sua residência?  
00. Nenhum  
77. NS  
88. NR  
99. NA

25) \_\_ \_\_

26. O/A (nome do idoso) possui um quarto para ele(a)?  
0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA

26) \_\_ \_\_

27. V/S é proprietário de sua residência? 27) \_\_  
 0. Não  
 1. Sim  
 77. NS  
 88. NR  
 99. NA
28. V/S é quem administra a sua residência? 28) \_\_  
 0. Não  
 1. Sim  
 77. NS  
 88. NR  
 99. NA
29. Quantas pessoas ao todo vivem na sua casa? 29) \_\_ \_\_
30. Número de pessoas até 21 anos 30) \_\_ \_\_
31. Número de pessoas entre 22 e 60 anos 31) \_\_ \_\_
32. Número pessoas maiores de 60 anos 32) \_\_ \_\_
33. Qual a sua cor? (leia as alternativas até 5.) 33) \_\_  
 1. Branca  
 2. Parda/mulata/morena/cabocla  
 3. Negra  
 4. Amarela/oriental  
 5. Indígena  
 77. NS  
 88. NR

*“V/S tem algum desses problemas de saúde?”*

Respostas :

- a. Coluna ‘Presença’ (se tem ou já teve);  
 b. Coluna ‘Por quem’ (quem fez o diagnóstico se a. 1)

A- 0. Não I. Sim  
 B- 0. Ninguém I. Médico  
 99. NA

(ler as opções acima em cada coluna)

Patologias	A. Presença	B. Por quem
34. Pressão alta	34A) __	34B) __
35. Depressão	35A) __	35B) __
36. Doenças do coração	36A) __	36B) __
37. Câncer	37A) __	37B) __
38. Tuberculose	38A) __	38B) __
39. Derrame ou isquemia	39A) __	39B) __
40. Uso de óculos, aparelho auditivo	40A) __	40B) __
41. Uso de bengalas, cadeira de rodas	41A) __	41B) __
42. Reumatismo ou artrose	42A) __	42B) __
43. Quedas recentes	43A) __	43B) __
44. Demência ou problemas de memória	44A) __	44B) __
45. Enfisema (DPOC)	45A) __	45B) __
46. Diabetes	46A) __	46B) __
47. Doença de Parkinson	47A) __	47B) __
48. Outros	48A) __	48B) __

(se 48) Quais? \_\_\_\_\_

*“O/A (nome do idoso) tem algum desses problemas de saúde?”*

Respostas :

- a. Coluna 'Presença' (se tem ou já teve):  
b. Coluna 'Por quem' (quem fez o diagnóstico se a. 1)

A- 0. Não 1. Sim 77. NS

B- 0. Ninguém

1. Médico  
77. NS  
99. NA

(ler as opções acima em cada coluna)

Patologias	A. Presença	B. Por quem
49. Pressão alta	49A) _____	49B) _____
50. Depressão	50A) _____	50B) _____
51. Doenças do coração	51A) _____	51B) _____
52. Câncer	52A) _____	52B) _____
53. Tuberculose	53A) _____	53B) _____
54. Derrame ou isquemia	54A) _____	54B) _____
55. Uso de óculos, aparelho auditivo	55A) _____	55B) _____
56. Uso de bengalas, cadeira de rodas	56A) _____	56B) _____
57. Reumatismo ou artrose	57A) _____	57B) _____
58. Quedas recentes	58A) _____	58B) _____
59. Demência ou problemas de memória	59A) _____	59B) _____
60. Enfisema (DPOC)	60A) _____	60B) _____
61. Diabetes	61A) _____	61B) _____
62. Doença de Parkinson	62A) _____	62B) _____
63. Outros	63A) _____	63B) _____

(se 63) Quais? \_\_\_\_\_

### **HÁBITOS DE VIDA**

*“Mudando de assunto, agora podemos falar um pouco sobre algumas coisas que V/S gosta e costuma fazer no dia-dia?”*

64. V/S gosta de comer doces?

64) \_\_\_\_\_

0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA

65. V/S alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de doces ou parar de comer doces?

65) \_\_\_\_\_

0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA

66. V/S bebe um chope, uma cervejinha ou alguma  
outra bebida alcoólica? 66) \_\_  
0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA  
(Caso 0, pergunte): “nem de vez em quando ou em momentos especiais?”
67. Alguma vez V/S sentiu que deveria diminuir a quantidade  
de bebida ou parar de beber? 67) \_\_  
0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA
68. V/S gosta de comida muito salgada? 68) \_\_  
0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA  
(Caso 0, pergunte): “nem de vez em quando ou em momentos especiais?”
69. V/S alguma vez sentiu que deveria  
diminuir o sal na comida? 69) \_\_  
0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA
70. As pessoas aborrecem V/S porque criticam o seu modo  
de beber? 70) \_\_  
0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA
71. V/S gosta de tomar cafezinho? 71) \_\_  
0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA
72. Alguma vez V/S sentiu que deveria diminuir  
ou parar de tomar cafezinho? 72) \_\_  
0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA

73. V/S se sente culpado ou chateado  
pela maneira que costuma beber? 73) \_\_  
0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA
74. V/S costuma beber pela manhã para  
diminuir o nervosismo ou ressaca? 74) \_\_  
0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA
75. V/S gosta de frutas e legumes? 75) \_\_  
0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA
76. Alguma vez V/S sentiu que deveria aumentar  
a quantidade de frutas e legumes na sua alimentação? 76) \_\_  
0. Não  
1. Sim  
77. NS  
88. NR  
99. NA

## APOIO SOCIAL

**Iniciar todos os itens no quadro abaixo por esta frase**

*“Se V/S precisar...com que frequência conta com alguém...”*

**Ler todas as opções de resposta ao final de cada item.  
Entregar agora a ficha de opções de respostas marcada MOS ao entrevistado**

(nunca=1, raramente=2, às vezes=3, quase sempre =4, ou sempre=5).  
(ler as opções de resposta Atenção: 77→NS; 88→NR – não ler estas opções)

(circule opção) (anotar score)

77.	que o(a) ajude, se ficar de cama?	1	2	3	4	5	77)	
78.	para lhe ouvir, quando V/S precisa falar?	1	2	3	4	5	78)	
79.	para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1	2	3	4	5	79)	
80.	para levá-lo(a) ao médico?	1	2	3	4	5	80)	
81.	que demonstre amor e afeto por V/S?	1	2	3	4	5	81)	
82.	para se divertir junto?	1	2	3	4	5	82)	
83.	para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação?	1	2	3	4	5	83)	
84.	em quem confiar ou para falar de V/S ou sobre seus problemas?	1	2	3	4	5	84)	
85.	que lhe dê um abraço?	1	2	3	4	5	85)	
86.	com quem relaxar?	1	2	3	4	5	86)	
87.	para preparar suas refeições, se V/S não puder prepará-las?	1	2	3	4	5	87)	
88.	de quem V/S realmente quer conselhos?	1	2	3	4	5	88)	
89.	com quem distrair a cabeça?	1	2	3	4	5	89)	
90.	para ajudá-lo(a) nas tarefas diárias, se V/S ficar doente?	1	2	3	4	5	90)	
91.	para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	1	2	3	4	5	91)	
92.	para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	1	2	3	4	5	92)	
93.	com quem fazer coisas agradáveis?	1	2	3	4	5	93)	
94.	que compreenda seus problemas ?	1	2	3	4	5	94)	
95.	que V/S ame e que faça V/S se sentir querido(a)?	1	2	3	4	5	95)	

“Sendo a pessoa que ajuda ou cuida, por favor, responda sim ou não às seguintes perguntas:”

(Atenção: 77→NS; 88→ NR – não ler estas opções)

(circule opção)  
**SIM NÃO**  
(anotar escore)

96.	V/S às vezes encontra dificuldade em fazer com que ( ) controle sua irritação ou agressividade?	1	0	96)	
97.	V/S muitas vezes se sente forçado(a) a agir contra sua própria natureza ou a fazer coisas que lhe desagradam?	1	0	97)	
98.	V/S acha difícil controlar o comportamento de ( )?	1	0	98)	
99.	V/S às vezes se sente forçado(a) a ser bruto(a) com ( )?	1	0	99)	
100.	V/S às vezes sente que não consegue fazer o que é realmente necessário ou o que deve ser feito para ( )?	1	0	100)	
101.	V/S muitas vezes acha que tem que rejeitar ou ignorar ( )?	1	0	101)	
102.	V/S muitas vezes se sente tão cansado(a) e exausto(a) que não consegue dar conta das necessidades de ( )?	1	0	102)	
103.	V/S muitas vezes acha que tem que gritar com ( )?	1	0	103)	

### ESTADO TÍMICO

“Agora faremos algumas perguntas sobre seu humor, seu estado de espírito. Procure responder a cada pergunta com sim ou não. Mesmo que V/S ache que a melhor resposta fosse mais ou menos, tente escolher a resposta, entre o sim ou não que esteja mais próxima do que está sentindo na última semana:”

(Atenção: 77→NS; 88→ NR – não ler estas opções) (circule opção)

**Sim Não**  
(anotar escores)

104.	O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito(a) com a sua vida?	0	1	104)	
105.	O(a) senhor(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	0	105)	
106.	O senhor(a) sente que sua vida está vazia ?	1	0	106)	
107.	O(a) senhor(a) se aborrece com frequência?	1	0	107)	
108.	O(a) senhor(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1	108)	
109.	O(a) senhor(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0	109)	
110.	O(a) senhor(a) se sente feliz a maior parte do tempo ?	0	1	110)	
111.	O(a) senhor(a) sente que sua situação não tem saída?	1	0	111)	
112.	O(a) senhor(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0	112)	
113.	O(a) senhor(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0	113)	
114.	O(a) senhor(a) acha maravilhoso estar vivo?	0	1	114)	
115.	O(a) senhor(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias ?	1	0	115)	
116.	O(a) senhor(a) se sente cheio de energia ?	0	1	116)	
117.	O(a) senhor(a) acha que sua situação é sem esperança?	1	0	117)	
118.	O(a) senhor(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o senhor(a)?	1	0	118)	

Entregar a ficha de opções de resposta marcada <b>ZARIT</b> ao entrevistado
-----------------------------------------------------------------------------

*“A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência V/S se sente ou se sentiu daquela maneira no último mês. Não existem respostas certas ou erradas.”*

(nunca=0, raramente=1, algumas vezes=2, frequentemente=3, ou sempre=4).

(Atenção: 77→NS; 88→NR – não ler estas opções)

(circule opção) (anotar

score)

119.	V/S sente que (-) * pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?	0	1	2	3	4	119)	
120.	V/S sente que por causa do tempo que V/S gasta com (-), V/S não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?	0	1	2	3	4	120)	
121.	V/S se sente estressado(a) entre cuidar de (-) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	0	1	2	3	4	121)	
122.	V/S se sente envergonhado(a) com o comportamento de (-)?	0	1	2	3	4	122)	
123.	V/S se sente irritado(a) quando (-) está por perto?	0	1	2	3	4	123)	
124.	V/S sente que (-) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	0	1	2	3	4	124)	
125.	V/S sente receio pelo futuro de (-)?	0	1	2	3	4	125)	
126.	V/S sente que (-) depende de V/S?	0	1	2	3	4	126)	
127.	V/S se sente tenso(a) quando (-) está por perto?	0	1	2	3	4	127)	
128.	V/S sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com (-)?	0	1	2	3	4	128)	
129.	V/S sente que V/S não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de (-)?	0	1	2	3	4	129)	
130.	V/S sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque V/S está cuidando de (-)?	0	1	2	3	4	130)	
131.	V/S não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de (-)?	0	1	2	3	4	131)	
132.	V/S sente que (-) espera que V/S cuide dele/dela, como se V/S fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?	0	1	2	3	4	132)	
133.	V/S sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de (-), somando-se as suas outras despesas?	0	1	2	3	4	133)	
134.	V/S sente que será incapaz de cuidar de (-) por muito mais tempo?	0	1	2	3	4	134)	
135.	V/S sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de (-)?	0	1	2	3	4	135)	
136.	V/S gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de (-)?	0	1	2	3	4	136)	
137.	V/S se sente em dúvida sobre o que fazer por (-) ?	0	1	2	3	4	137)	
138.	V/S sente que deveria estar fazendo mais por (-)?	0	1	2	3	4	138)	
139.	V/S sente que poderia cuidar melhor de (-)?	0	1	2	3	4	139)	
140.	<b>De uma maneira geral, quanto V/S se sente sobrecarregado (a) por cuidar de (-)**?</b>	0	1	2	3	4	140)	

\*No texto (-) refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.

\*\*Neste item (140) as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.

## VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

*“Não importa como as pessoas se relacionem, tem horas que elas discordam, ficam irritadas ou brigam umas com as outras só por estarem de mau humor, cansadas ou por qualquer outra razão. Nesses momentos, as pessoas têm muitas maneiras de tentar resolver suas diferenças e desavenças.*

*Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças ou desavenças entre pessoas que moram juntas. Por favor, eu gostaria de saber **quantas vezes** (uma vez, duas vezes, três a cinco vezes, seis a dez vezes, onze a vinte vezes, ou mais de vinte vezes)*

*V/S fez cada uma dessas coisas com (nome do idoso) nos últimos doze meses:”*

Ler todas as opções de resposta ao final de cada item.  
Entregar agora a ficha de opções de respostas marcada **CTS** ao entrevistado

*“Em que mês foi a última vez?”*

(Atenção: 77→NS; 88→NR; 99→NA – não ler estas opções)

		(circule opção) (anotar escore) (n° mês)		
141.	Discutiu o problema calmamente	1 2 3 4 5 6 0	141)	
142.	Procurou conseguir informações para conhecer melhor o modo de pensar dele(a)	1 2 3 4 5 6 0	142)	
143.	Trouxe, ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas	1 2 3 4 5 6 0	143)	
144.	Xingou ou insultou	1 2 3 4 5 6 0	144)	
145.	Ficou emburrado. Não falou mais do assunto	1 2 3 4 5 6 0	145)	
146.	Retirou-se do quarto, da casa ou da área	1 2 3 4 5 6 0	146)	
147.	Chorou	1 2 3 4 5 6 0	147)	
148.	Fez ou disse coisas só para irritar	1 2 3 4 5 6 0	148)	
149.	Ameaçou bater ou jogar coisas nele(a)	1 2 3 4 5 6 0	149)	
150.	Destruíu, bateu, jogou ou chutou objetos	1 2 3 4 5 6 0	150)	
151.	Jogou coisas sobre ele/ela	1 2 3 4 5 6 0	151)	
152.	Empurrou ou agarrou ele(a)	1 2 3 4 5 6 0	152)	
153.	Deu tapa ou bofetada nele(a)	1 2 3 4 5 6 0	153)	
154.	Chutou, mordeu ou deu murro nele(a)	1 2 3 4 5 6 0	154)	
155.	Bateu ou tentou bater nele(a) com objetos	1 2 3 4 5 6 0	155)	
156.	Espancou-o(a)	1 2 3 4 5 6 0	156)	
157.	Queimou-o(a), estrangulou ou sufocou-o	1 2 3 4 5 6 0	157)	
158.	Ameaçou-o(a) com faca ou arma	1 2 3 4 5 6 0	158)	
159.	Usou faca ou arma contra ele(a)	1 2 3 4 5 6 0	159)	

- 1 – uma vez  
2 – duas vezes  
3 – três a cinco vezes  
4 – seis a dez vezes  
5 – onze a vinte vezes  
6 – mais de vinte vezes  
0 – nunca (não leia)

*“Por fim, terminamos a entrevista. Eu gostaria de agradecer mais uma vez a sua colaboração em contar um pouquinho da sua vida íntima pra gente. Como a V/S deve ter percebido, a violência na família é um dos pontos mais importantes dessa pesquisa. Como a gente sabe que esse problema é muito freqüente entre as famílias e que, quando acontece, às vezes, as pessoas não sabem muito bem o que fazer, nós fizemos uma lista com algumas instituições e pessoas que podem ajudar nessas horas. Mesmo que isso não ocorra em sua família, se V/S souber de alguém que esteja precisando de ajuda ou que apenas queira conversar um pouco mais sobre isso, esses são os locais que têm algum tipo de trabalho nessa área aqui no Rio de Janeiro.*

*Também, se precisar, poderá contatar (nome) \_\_\_\_\_,  
(especialidade) \_\_\_\_\_ responsável neste serviço por encaminhar  
problemas relacionados a isto.*

*V/S gostaria de falar mais alguma coisa sobre essa questão?”*

---



---



---



---



---



---

160. Término da entrevista

160) \_\_\_\_:\_\_\_\_

(Hora)

\_\_\_\_\_  
(assinatura entrevistador)

## QUESTIONÁRIO DO IDOSO – DADOS GERAIS

161. Número do questionário

161)   

Nome dos respondentes:

162. Idoso:

163. Cuidador:

164. Nome do entrevistador –

164) 

(escrever o nome por extenso)

165. Local da entrevista

- 1- CIPI
- 2 -PSF - Lapa
- 3 -HUCFF-UFRJ

165) \_\_

166. Data da entrevista

166) \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
(dd mm aaaa)

\*\*\*\*\*

*“Meu nome é (nome do entrevistador). Sou entrevistador da pesquisa que está avaliando a saúde geral de idosos e cuidadores e gostaria de pedir algum tempo de sua atenção.”*

**Passar para a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido**

*“Então, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre o(a) senhor(a) e sua família”*

167. Início da entrevista (horário)

167) \_\_: \_\_

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CULTURAIS E AVALIAÇÃO DO IDOSO**

168. Qual a sua data de nascimento? 168) \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
(dd/mm/aaaa)

169. Então, quantos anos completos V/S tem? 169) \_\_ anos

170. V/S estudou por quantos anos? 170) \_\_  
1. 0-4  
2. 5-10  
3. 11-15  
4. >15  
(999. Ignorado)

171. Até que série no colégio V/S cursou? 171) \_\_\_  
00. Não foi à escola  
09. 1ª série 2º grau  
10. 2ª série 2º grau  
11. 3ª série 2º grau  
12. Universidade incompleta  
13. Universidade completa  
14. Pós graduação  
999. Ignorado

172. Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_ 172)    
01. ativo(a)  
02. Se aposentado(a), profissão e aposentado(a).  
03. Se ainda trabalha apesar de aposentado(a)  
04. do lar  
999. ignorado

173. Qual o seu 'estado civil'? 173) \_\_  
1. solteiro(a) sem companheiro(a)  
2. casado/a  
3. viúvo/a sem companheiro (a)  
4. divorciado/a sem companheiro(a)  
5. vive com companheiro(a) sem ter casado

174) Quantos filhos V/S tem? 174) \_\_ filhos  
(00. Nenhum; 88. NR; 99. NA)



**Se nenhum, pular próxima**

175) Quantos filhos vivem com V/S em sua casa? 175) \_\_\_ filhos  
(00. Nenhum; 88. NR; 99. NA)

176) V/S é proprietário de sua residência? 176) \_\_  
 0. Não  
 1. Sim  
 77. NS  
 88. NR  
 99. NA

177) V/S é quem administra a sua residência? 177) \_\_  
 0. Não  
 1. Sim  
 77. NS  
 88. NR  
 99. NA

178) Qual a sua cor? (leia as alternativas) 178) \_\_  
 1. Branca  
 2. Parda/mulata/morena/cabocla  
 3. Negra  
 4. Amarela/oriental  
 5. Indígena  
 77. NS  
 88. NR

*“V/S tem algum desses problemas de saúde?”*

Respostas :

a. Coluna ‘Presença’ (se tem ou já teve):

A- 0. Não 1. Sim

b. Coluna ‘Por quem’ (quem fez o diagnóstico se a. 1)

B- 0. Ninguém

1. Médico

99. NA

(ler as opções acima em cada coluna)

Patologias	A. Presença	B. Por quem
179. Pressão alta	179A) __	179B) __
180. Depressão	180A) __	180B) __
181. Doenças do coração	181A) __	181B) __
182. Câncer	182A) __	182B) __
183. Tuberculose	183A) __	183B) __
184. Derrame ou isquemia	184A) __	184B) __
185. Uso de óculos, aparelho auditivo	185A) __	185B) __
186. Uso de bengalas, cadeira de rodas	186A) __	186B) __
187. Reumatismo ou artrose	187A) __	187B) __
188. Quedas recentes	188A) __	188B) __
189. Demência ou problemas de memória	189A) __	189B) __
190. Enfisema (DPOC)	190A) __	190B) __
191. Diabetes	191A) __	191B) __
192. Doença de Parkinson	192A) __	192B) __
193. Outros	193A) __	193B) __

(se 193) Quais? \_\_\_\_\_

194. V/S vai ao médico com que frequência? 194) \_\_  
 (ler as opções abaixo)  
 1. menos de duas vezes ao ano  
 2. a cada 6 meses  
 3. entre a cada 3 e 6 meses  
 4. mais freqüente que a cada 3 meses

*“V/S tem usado algum destes tipos de medicamentos (remédios) nas últimas 4 semanas?”*

(assinalar uma ou mais se for o caso)

0. Não 1. Sim 77. NS 88. NR 99. NA

195. Sem receita do médico 195) \_\_  
 196. Com receita do médico 196) \_\_  
 197. Uso crônico ou contínuo 197) \_\_  
 198. Uso agudo ou eventual 198) \_\_  
 199. Nervos 199) \_\_  
 200. Para dormir 200) \_\_  
 201. Outras 201) \_\_

(Se sim à 201) quais? \_\_\_\_\_

202. Quantos medicamentos (remédios) V/S tem usado 202) \_\_  
 nas últimas 4 semanas?  
 1. um 6. seis  
 2. dois 7. mais de seis  
 3. três 0. nenhum  
 4. quatro 77. NS  
 5. cinco 88. NR

### MINI-MENTAL

#### Realização do instrumento Mini – Exame do Estado Mental

**Atenção: Verificar em prontuário se já foi realizado nos últimos 9 meses  
 Se foi, e está anotado em prontuário, anotar escore e itens (verificar prontuário)**

203. escore 203) \_\_/30.

**Se não, realizar agora: (anotar escore total acima)  
 (ou se for para todos do PSF Lapa – unidade 2)  
 Escores menores que 11 – não continuar a entrevista – paciente excluído**

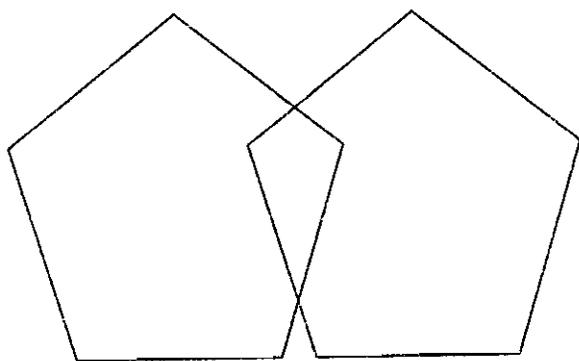
#### Instruções:

As palavras em negrito devem ser lidas alto, clara e lentamente pelo examinador. Substituições aparecem entre parênteses. Circule o “0” se a resposta for incorreta ou o “1” se a resposta for correta. Comece formulando as duas questões seguintes:

*“O Sr(a) tem algum problema com a sua memória? Eu posso fazer algumas perguntas a respeito de sua memória?”*

<b>ORIENTAÇÃO NO TEMPO</b>	<b>Anotar respostas</b>	<b>Circule opção</b>
204. Em que ano nós estamos ?		<b>204)</b> 0 1
205. Em que estação do ano nós estamos ?		<b>205)</b> 0 1
206. Em que mês nós estamos ?		<b>206)</b> 0 1
207. Em que dia da semana nós estamos ?		<b>207)</b> 0 1
208. Em que dia do mês nós estamos ?		<b>208)</b> 0 1
<b>ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO</b>		
209. Em que Estado nós estamos?		<b>209)</b> 0 1
210. Em que Cidade nós estamos?		<b>210)</b> 0 1
211. Em que Bairro nós estamos?		<b>211)</b> 0 1
212. O que é este prédio em que estamos? (nome, tipo ou função)		<b>212)</b> 0 1
213. Em que andar nós estamos?		<b>213)</b> 0 1
<b>REGISTRO</b> <i>“Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e V/S vai repeti-las quando eu terminar. Memorize-as, pois eu vou perguntar por elas, novamente, dentro de alguns minutos. As palavras são: CARRO [pausa], VASO [pausa], BOLA [pausa]. Agora, repita as palavras para mim.”</i>  [Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.]		
214. CARRO		<b>214)</b> 0 1
215. VASO		<b>215)</b> 0 1
216. BOLA		<b>216)</b> 0 1
<b>ATENÇÃO E CÁLCULO [Série de 7]</b> <i>“Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Vamos fazer umas contas de subtração [pausa]. Vamos começar: quanto é 100 menos 7 ? “</i>  Dê 1 ponto para cada acerto. Se não atingir o escore máximo, peça: Solete a palavra MUNDO. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, solete a palavra MUNDO de trás para frente (O-D-N-U-M). [Dê 1 ponto para cada letra na posição correta. Considere o maior resultado.]		
	217. {93} _____	<b>217)</b> 0 1
	218. {86} _____	<b>218)</b> 0 1
	219. {79} _____	<b>219)</b> 0 1
	220. {72} _____	<b>220)</b> 0 1
	221. {65} _____	<b>221)</b> 0 1
	222. pontos do Cálculo _____	<b>222)</b> _____
	O D N U M 223. pontos do Mundo _____	<b>223)</b> _____
<b>MEMÓRIA DE EVOCÇÃO</b>  Peça: <i>“Quais são as 3 palavras que eu pedi que o Sr(a) memorizasse?”</i> [Não forneça pistas.]		
224. CARRO		<b>224)</b> 0 1
225. VASO		<b>225)</b> 0 1

226. BOLA		226) 0 1
<b>LINGUAGEM:</b> [Aponte o lápis e o relógio e pergunte:]		
227. <i>O que é isto? (lápis)</i>		227) 0 1
228. <i>O que é isto? (relógio)</i>		228) 0 1
229. <i>“Agora eu vou pedir para o Sr(a) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita:”</i>  <b>“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.</b>		229) 0 1
<i>“Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr(a) fazer uma tarefa. [pausa] Preste atenção, pois eu só vou falar uma vez. [pausa] Pegue este papel com a mão direita [pausa], com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez [pausa] e em seguida jogue-o no chão.”</i>		
230. <b>Pegar com a mão direita</b>		230) 0 1
231. <b>Dobrar ao meio</b>		231) 0 1
232. <b>Jogar no chão</b>		232) 0 1
233. <i>“Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel”</i>  (Mostre ao examinado a folha com o comando):  <b>FECHE OS OLHOS</b>		233) 0 1
234. Peça:  <i>Por favor, escreva uma sentença.</i>  (Se o paciente não responder, peça): <i>“Escreva sobre o tempo”.</i>  [Coloque na frente do paciente um pedaço de papel em branco e lápis ou caneta.]	(anotar a frase escrita pelo paciente)	234) 0 1
235. Peça: <i>“Por favor, copie este desenho”.</i>  [Apresente o desenho dos pentágonos que se interseccionam]		235) 0 1
<b>TOTAL (anotar no item 203 também)</b>		



## ESTADO FUNCIONAL

**Ler todas as opções de resposta ao final de cada item.  
Entregar agora a ficha de opções de respostas marcada HAQ ao entrevistado**

*“Vamos fazer agora algumas perguntas sobre como V/S é capaz de fazer algumas atividades em seu domicílio ou fora dele.”*

*“V/S é capaz de ....:”*

- 0-Faz sem nenhuma dificuldade
- 1-Faz com alguma dificuldade
- 2-Faz com muita dificuldade
- 3-Não consegue fazer

(Atenção: 77→NS; 88→NR – não ler estas opções)

(circule opção) (anotar escore)

C1-	Vestir-se e cuidar-se	-	-	-	-	-	-
236.	Vestir-se, inclusive amarrar os cordões dos sapatos e abotoar suas roupas?	0	1	2	3	<b>236)</b>	
237.	Lavar sua cabeça e seus cabelos?	0	1	2	3	<b>237)</b>	
C2-	Levantar-se	-	-	-	-	-	-
238.	Levantar-se de maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?	0	1	2	3	<b>238)</b>	
239.	Deitar-se e levantar-se da cama?	0	1	2	3	<b>239)</b>	
C3-	Comer	-	-	-	-	-	-
240.	Cortar um pedaço de carne?	0	1	2	3	<b>240)</b>	
241.	Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água?	0	1	2	3	<b>241)</b>	
242.	Abrir um saco de leite comum?	0	1	2	3	<b>242)</b>	
C4-	Caminhar	-	-	-	-	-	-
243.	Caminhar em lugares planos?	0	1	2	3	<b>243)</b>	
244.	Subir 5 degraus?	0	1	2	3	<b>244)</b>	
C5-	Higiene	-	-	-	-	-	-
245.	Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho?	0	1	2	3	<b>245)</b>	
246.	Tomar um banho de chuveiro?	0	1	2	3	<b>246)</b>	
247.	Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?	0	1	2	3	<b>247)</b>	
C6-	Alcançar	-	-	-	-	-	-
248.	Levantar os braços e pegar um objeto de aproximada mente 2,5 quilos que está posicionado pouco acima da cabeça?	0	1	2	3	<b>248)</b>	
249.	Curvar-se para pegar suas roupas no chão?	0	1	2	3	<b>249)</b>	
C7-	Preensão	-	-	-	-	-	-
250.	Segurar-se em pé no ônibus ou metrô?	0	1	2	3	<b>250)</b>	
251.	Abrir potes ou vidros de conservas que tenham sido previamente abertos?	0	1	2	3	<b>251)</b>	
252.	Abrir e fechar torneiras?	0	1	2	3	<b>252)</b>	
C8-	Outras atividades	-	-	-	-	-	-
253.	Fazer compras nas redondezas onde mora?	0	1	2	3	<b>253)</b>	
254.	Entrar e sair de um ônibus?	0	1	2	3	<b>254)</b>	
255.	Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e rodo para puxar a água?	0	1	2	3	<b>255)</b>	

“Para estas próximas perguntas, V/S deve responder sim ou não:”

**SIM NÃO**

(Atenção: 77→NS; 88→NR – não ler estas opções)

(circule opção)

(anotar score)

256.	Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como V/S deve viver ou onde deve morar?	1	0	<b>256)</b>	
257.	Alguém da sua família obriga V/S a ficar na cama ou lhe diz que V/S está doente quando V/S sabe que não está?	1	0	<b>257)</b>	
258.	Alguém já obrigou V/S a fazer coisas que V/S não queria fazer?	1	0	<b>258)</b>	
259.	Alguém já pegou coisas que pertencem a V/S sem o seu consentimento	1	0	<b>259)</b>	
260.	Alguém próximo a V/S tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?	1	0	<b>260)</b>	
261.	V/S tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico?	0	1	<b>261)</b>	
262.	V/S muitas vezes se sente triste ou só?	1	0	<b>262)</b>	
263.	V/S é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?	0	1	<b>263)</b>	
264.	V/S está ajudando a sustentar alguém?	1	0	<b>264)</b>	
265.	V/S se sente desconfortável com alguém da sua família?	1	0	<b>265)</b>	
266.	V/S sente que ninguém quer V/S por perto?	1	0	<b>266)</b>	
267.	Alguém da sua família bebe muito?	1	0	<b>267)</b>	
268.	V/S confia na maioria das pessoas da sua família?	0	1	<b>268)</b>	
269.	Alguém lhe diz que V/S causa muitos problemas?	1	0	<b>269)</b>	
270.	Em casa, V/S tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer?	0	1	<b>270)</b>	

**Para todos os itens repetir todas as opções de resposta**

*“Estas próximas perguntas lhe indagam sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como V/S se sente e quão bem V/S é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso V/S esteja inseguro em responder, por favor tente responder o melhor que puder.”*

271. Em geral V/S diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente \_\_\_\_\_ 1

Muito boa \_\_\_\_\_ 2

Boa \_\_\_\_\_ 3

Ruim \_\_\_\_\_ 4

Muito ruim \_\_\_\_\_ 5

(anotar score)

**271)**

272. Comparada há um ano atrás, como V/S classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás \_\_\_\_\_ 1

Um pouco melhor agora que há um ano atrás \_\_\_\_\_ 2

Quase a mesma de um ano atrás \_\_\_\_\_ 3

Um pouco pior agora do que há um ano atrás \_\_\_\_\_ 4

Muito pior agora do que há um ano atrás \_\_\_\_\_ 5

(anotar score)

**272)**

273. Os seguintes itens são sobre atividades que V/S poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, V/S tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?  
(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim Dificulta um pouco	Não Não dificulta de modo algum	(anotar escare )
<b>a. Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3	
<b>b. Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó , jogar bola, varrer a casa.	1	2	3	
<b>c.</b> Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3	
<b>d.</b> Subir vários lances de escada.	1	2	3	
<b>e.</b> Subir um lance de escada.	1	2	3	
<b>f.</b> Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3	
<b>g.</b> Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3	
<b>h.</b> Andar vários quarteirões	1	2	3	
<b>i.</b> Andar um quarteirão	1	2	3	
<b>j.</b> Tomar banho ou vestir-se	1	2	3	

274. Durante as últimas quatro semanas, V/S tem algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule um número em cada linha) (anotar)

	Sim	Não	escore
a. V/S diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	
b. Realizou menos tarefas do que V/S gostaria?	1	2	
c. Esteve limitado(a) no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2	
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2	

275. Durante as últimas quatro semanas, V/S teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha) (anotar escore)

	Sim	Não	escore
a. V/S diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2	
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2	

276. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- De forma nenhuma \_\_\_\_\_ 1  
 Ligeiramente \_\_\_\_\_ 2  
 Moderadamente \_\_\_\_\_ 3  
 Bastante \_\_\_\_\_ 4  
 Extremamente \_\_\_\_\_ 5

(anotar escore)

276) \_\_\_\_\_

277. Quanta dor **no corpo** V/S teve durante as **últimas 4 semanas**? (circule uma)

- Nenhuma \_\_\_\_\_ 1  
 Muito leve \_\_\_\_\_ 2  
 Leve \_\_\_\_\_ 3  
 Moderada \_\_\_\_\_ 4  
 Grave \_\_\_\_\_ 5  
 Muito grave \_\_\_\_\_ 6

(anotar escore)

277) \_\_\_\_\_

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

(circule uma)

De maneira alguma \_\_\_\_\_ 1

Um pouco \_\_\_\_\_ 2

Moderadamente \_\_\_\_\_ 3

Bastante \_\_\_\_\_ 4

Extremamente \_\_\_\_\_ 5

(anotar score)

278) \_\_\_\_\_

279. Estas questões são sobre como V/S se sente e como tudo tem acontecido com V/S durante as **últimas quatro semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como V/S se sente. Em relação às últimas quatro semanas.

(circule um número em cada linha) (anotar escore)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	escore
<b>a.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6	
<b>b.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6	
<b>c.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6	
<b>d.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6	
<b>e.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6	
<b>f.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6	
<b>g.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6	
<b>h.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6	
<b>i.</b> Quanto tempo V/S tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6	

280. Durante as últimas **quatro semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou os problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- Todo o tempo \_\_\_\_\_ 1  
 A maior parte do tempo \_\_\_\_\_ 2  
 Alguma parte do tempo \_\_\_\_\_ 3  
 Uma pequena parte do tempo \_\_\_\_\_ 4  
 Nenhuma parte do tempo \_\_\_\_\_ 5

(anotar escore)

280) \_\_\_\_\_

281. O quanto **verdadeira** ou **falsa** é cada uma das afirmações para V/S?

(circule um número em cada linha)

(anotar)

	Definitiva- mente ver- dadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsa	escore
<b>a.</b> Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5	
<b>b.</b> Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5	
<b>c.</b> Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5	
<b>d.</b> Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5	

## ESTADO TÍMICO

*“Agora faremos algumas perguntas sobre seu humor, seu estado de espírito. Procure responder a cada pergunta com sim ou não. Mesmo que V/S ache que a melhor resposta fosse mais ou menos, tente escolher a resposta, entre o sim ou não que esteja mais próxima do que está sentindo na última semana:”*

(Atenção: 77→NS; 88→NR – não ler estas opções)

(circule opção)

Sim Não

(anotar escores)

282. O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito(a) com a sua vida?	0	1	282)	
283. O(a) senhor(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	0	283)	
284. O(a) senhor(a) sente que sua vida está vazia ?	1	0	284)	
285. O(a) senhor(a) se aborrece com frequência?	1	0	285)	
286. O(a) senhor(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1	286)	
287. O(a) senhor(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0	287)	
288. O(a) senhor(a) se sente feliz a maior parte do tempo ?	0	1	288)	
289. O(a) senhor(a) sente que sua situação não tem saída?	1	0	289)	
290. O(a) senhor(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas ?	1	0	290)	
291. O(a) senhor(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0	291)	
292. O(a) senhor(a) acha maravilhoso estar vivo(a)?	0	1	292)	
293. O(a) senhor(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias ?	1	0	293)	
294. O(a) senhor(a) se sente cheio de energia ?	0	1	294)	
295. O(a) senhor(a) acha que sua situação é sem esperança?	1	0	295)	
296. O(a) senhor(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o(a) senhor(a)?	1	0	296)	

## VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

*“Não importa como as pessoas se relacionem, tem horas que elas discordam, ficam irritadas ou brigam umas com as outras só por estarem de mau humor, cansadas ou por qualquer outra razão. Nesses momentos, as pessoas têm muitas maneiras de tentar resolver suas diferenças e desavenças.*

*Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças ou desavenças entre pessoas que moram juntas. Por favor, eu gostaria de saber quantas vezes ...*

*(uma vez, duas vezes, três a cinco vezes, seis a dez vezes, onze a vinte vezes, ou mais de vinte vezes) ...*

*a pessoa que cuida do(a) senhor(a) fez cada uma dessas coisas nos últimos doze meses:”*

**Ler todas as opções de resposta ao final de cada item.  
Entregar agora a ficha de opções de respostas marcada CTS ao entrevistado**

*“Em que mês foi a última vez?”*

(Atenção: 77→NS; 88→NR; 99→NA – não ler estas opções)

	(circule opção)	(anotar escores)	(n° mês)
297. Discutiu o problema calmamente	1 2 3 4 5 6 0	297)	
298. Procurou conseguir informações para conhecer melhor o seu modo de pensar	1 2 3 4 5 6 0	298)	
299. Trouxe, ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas	1 2 3 4 5 6 0	299)	
300. Xingou ou insultou	1 2 3 4 5 6 0	300)	
301. Ficou emburrado. Não falou mais do assunto	1 2 3 4 5 6 0	301)	
302. Retirou-se do quarto, da casa ou da área	1 2 3 4 5 6 0	302)	
303. Chorou	1 2 3 4 5 6 0	303)	
304. Fez ou disse coisas só para irritar	1 2 3 4 5 6 0	304)	
305. Ameaçou bater ou jogar coisas em V/S	1 2 3 4 5 6 0	305)	
306. Destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos	1 2 3 4 5 6 0	306)	
307. Jogou coisas sobre V/S	1 2 3 4 5 6 0	307)	
308. Empurrou ou agarrou V/S	1 2 3 4 5 6 0	308)	
309. Deu tapa ou bofetada em V/S	1 2 3 4 5 6 0	309)	
310. Chutou, mordeu ou deu murro em V/S	1 2 3 4 5 6 0	310)	
311. Bateu ou tentou bater em V/S com objetos	1 2 3 4 5 6 0	311)	
312. Espancou V/S	1 2 3 4 5 6 0	312)	
313. Queimou, estrangulou ou sufocou V/S	1 2 3 4 5 6 0	313)	
314. Ameaçou V/S com faca ou arma	1 2 3 4 5 6 0	314)	
315. Usou faca ou arma contra V/S	1 2 3 4 5 6 0	315)	

- 1 – uma vez
- 2 – duas vezes
- 3 – três a cinco vezes
- 4 – seis a dez vezes
- 5 – onze a vinte vezes
- 6 – mais de vinte vezes
- 0 – nunca (não leia)

*“Por fim terminamos a entrevista. Eu gostaria de agradecer mais uma vez a sua colaboração em contar um pouquinho da sua vida íntima pra gente. Como a V/S deve ter percebido, a violência na família é um dos pontos mais importantes dessa pesquisa. Como a gente sabe que esse problema é muito freqüente entre as famílias e que, quando acontece, às vezes, as pessoas não sabem muito bem o que fazer, nós fizemos uma lista com algumas instituições e pessoas que podem ajudar nessas horas. Mesmo que isso não ocorra em sua família, se V/S souber de alguém que esteja precisando de ajuda ou que apenas queira conversar um pouco mais sobre isso, esses são os locais que têm algum tipo de trabalho nessa área aqui no Rio de Janeiro.*

*Também, se precisar, poderá contatar (nome) \_\_\_\_\_,  
(especialidade) \_\_\_\_\_ responsável neste serviço por encaminhar  
problemas relacionados a isto.*

*V/S gostaria de falar mais alguma coisa sobre essa questão?”*

---



---



---



---



---



---



---

316. Término da entrevista

316) \_\_\_\_:\_\_\_\_  
(Hora)

317. Código de respostas cuidador

317)

318. Código de respostas idoso

318)

\_\_\_\_\_  
(assinatura entrevistador)



Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
 Instituto de Medicina Social  
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Idoso

I - Este projeto tem como objetivo estudar aspectos da saúde e bem estar dos idosos e seus cuidadores. Também é um estudo de adaptação de instrumentos (questionários) de diagnóstico e avaliação de vários aspectos específicos relacionados a isto. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. Não há procedimentos rotineiros-padrão estabelecidos em local algum e um dos objetivos da pesquisa também é preencher esta lacuna.

Neste projeto, serão entrevistados o(a) senhor(a) (você) e seu acompanhante mais próximo, aquele que cuida d(e) o(a) senhor(a) (você) e de suas necessidades em sua vida diária, de forma mais freqüente, que os investigadores desta pesquisa chamam de cuidador. Será necessária sua autorização para contarmos este cuidador, que também será entrevistado por nós. É garantida a liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar este consentimento a qualquer momento, no caso da aceitação, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as informações obtidas de outros pacientes, não sendo divulgadas a identificação de nenhum paciente. A avaliação posterior, em seu prontuário, de algum outro item não considerado no questionário que lhe faremos agora, somente será feita pelos pesquisadores envolvidos no projeto e pelos entrevistadores qualificados, não sendo permitido acesso a terceiros, garantindo proteção contra qualquer tipo de discriminação e/ ou estigmatização.

O(a) senhor(a) (você) tem o direito de se manter atualizado sobre os resultados desta pesquisa, que serão divulgados nos meios científicos. Não há despesas pessoais para o(a) senhor(a) (você) ao se envolver com esta pesquisa. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os dados coletados nesta pesquisa serão utilizados especificamente para ela ou para outros artigos envolvidos na própria pesquisa, não podendo ser utilizados, embora vão ser armazenados, para nenhuma outra pesquisa de outra ordem sem seu consentimento.

II - Eu, \_\_\_\_\_,

R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado/a na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado **violência doméstica: instrumentos de aferição de violência contra o idoso no ambiente da avaliação geriátrica ampla** desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a) ainda de que a pesquisa é coordenada pelo Dr. Carlos Montes Paixão Júnior.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa, e ainda, que fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo. Autorizo a

participação de meu cuidador, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, para ser entrevistado junto comigo durante a pesquisa.

Fui também esclarecido(a) de que o uso das informações por mim oferecidas estará submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, em especial, de que minha colaboração se fará através de entrevista semi-estruturada que será armazenada em bancos de dados apenas a partir da assinatura desta autorização, a serem analisadas posteriormente pelo pesquisador e seus orientadores.

Estou ciente de que em caso de dúvidas, ou caso me sinta prejudicado(a) poderei contatar o pesquisador responsável ou seus orientadores, ou ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa, representado por seu Presidente, o Prof. Dr. José Uelers Braga no Instituto de Medicina Social situado à Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar, Blocos D e E, CEP 20559-900, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), telefones (21) 25877303/7540/7422/7572 e fax (21)22641142.

O pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a lei.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Assinatura/participante: \_\_\_\_\_

Assinatura Pesquisador: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.



Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
 Instituto de Medicina Social  
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Cuidador**

I - Este projeto tem como objetivo estudar aspectos da saúde e bem estar dos idosos e seus cuidadores. Também é um estudo de adaptação de instrumentos (questionários) de diagnóstico e avaliação de vários aspectos específicos relacionados a isto. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. Não há procedimentos rotineiros-padrão estabelecidos em local algum e um dos objetivos da pesquisa também é preencher esta lacuna.

Neste projeto, serão entrevistados o(a) senhor(a) (você) e quem o(a) senhor(a) (você) cuida suprimindo as necessidades na vida diária dele(a), de forma mais freqüente. Os investigadores desta pesquisa lhe chamarão de cuidador. Será necessária a autorização do(a) idoso(a) para contatarmos este cuidador (no caso, o(a) senhor(a)), que também será entrevistado por nós. É garantida a liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar este consentimento a qualquer momento, no caso da aceitação, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as informações obtidas de outros pacientes, não sendo divulgadas a identificação de nenhum paciente. A avaliação posterior, em seu prontuário, de algum outro item não considerado no questionário que lhe faremos agora, somente será feita pelos pesquisadores envolvidos no projeto e pelos entrevistadores qualificados, não sendo permitido acesso a terceiros, garantindo proteção contra qualquer tipo de discriminação e/ ou estigmatização.

O(a) senhor(a) (você) tem o direito de se manter atualizado sobre os resultados desta pesquisa, que serão divulgados nos meios científicos. Não há despesas pessoais para o(a) senhor(a) (você) ao se envolver com esta pesquisa. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os dados coletados nesta pesquisa serão utilizados especificamente para ela ou para outros artigos envolvidos na própria pesquisa, não podendo ser utilizados, embora vão ser armazenados, para nenhuma outra pesquisa de outra ordem sem seu consentimento.

II - Eu, \_\_\_\_\_,

R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado/a na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado **violência doméstica: instrumentos de aferição de violência contra o idoso no ambiente da avaliação geriátrica ampla** desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a) ainda de que a pesquisa é coordenada pelo Dr. Carlos Montes Paixão Júnior.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa, e ainda, que fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo. Fui também esclarecido(a) de que o uso das informações por mim oferecidas estará submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em

Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, em especial, de que minha colaboração se fará através de entrevista semi-estruturada que será armazenada em bancos de dados apenas a partir da assinatura desta autorização, a serem analisadas posteriormente pelo pesquisador e seus orientadores.

Estou ciente de que em caso de dúvidas, ou caso me sinta prejudicado(a) poderei contatar o pesquisador responsável ou seus orientadores, ou ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa, representado por seu Presidente, o Prof. Dr. José Uelers Braga no Instituto de Medicina Social situado à Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar, Blocos D e E, CEP 20559-900, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), telefones (21) 25877303/7540/7422/7572 e fax (21)22641142.

O pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a lei.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Assinatura/participante: \_\_\_\_\_

Assinatura Pesquisador: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.



**Universidade Federal do Rio de Janeiro**  
**Hospital Universitário Clementino Fraga Filho**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - idoso**

I - Este projeto, intitulado **violência doméstica: instrumentos de aferição de violência contra o idoso no ambiente da avaliação geriátrica ampla**, tem como objetivo estudar aspectos da saúde e bem estar dos idosos e seus cuidadores, e algumas questões que podem envolver riscos de violência e situações de acidentes em sua casa.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. Não há, em relação a este problema que estamos estudando, questionários ou exames rotineiros-padrão estabelecidos em local algum e um dos objetivos da pesquisa também é tentar encontrar um modo de identificar a melhor forma de investigar o problema.

Neste projeto, serão entrevistados o(a) senhor(a) (você) e seu acompanhante mais próximo, aquele que cuida d(e) o(a) senhor(a) (você) e de suas necessidades em sua vida diária, de forma mais freqüente, que os investigadores desta pesquisa chamam de cuidador. Será necessária sua autorização para contarmos este cuidador, que também será entrevistado por nós. É garantida a liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar este consentimento a qualquer momento, no caso da aceitação, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Faremos a(o) senhor(a) várias perguntas sobre sua vida, sua saúde e suas rotinas em casa, através de um questionário que, embora simples, a(o) senhor(a) poderá, se quiser, interromper a qualquer momento se desejar não mais continuar a responder.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as informações obtidas de outros pacientes, não sendo divulgadas a identificação de nenhum paciente. A avaliação posterior, em seu prontuário, de algum outro item não considerado no questionário que lhe faremos agora, somente será feita pelos pesquisadores envolvidos no projeto e pelos entrevistadores qualificados, não sendo permitido acesso a terceiros, garantindo proteção contra qualquer tipo de discriminação e/ ou estigmatização.

O(a) senhor(a) (você) tem o direito de se manter atualizado sobre os resultados desta pesquisa, que serão divulgados nos meios científicos. Não há despesas pessoais para o(a) senhor(a) (você) ao se envolver com esta pesquisa. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os dados coletados nesta pesquisa serão utilizados especificamente para ela ou para outros artigos envolvidos na própria pesquisa, não podendo ser utilizados, embora vão ser armazenados, para nenhuma outra pesquisa de outra ordem sem seu consentimento.

II - Eu, \_\_\_\_\_,

R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado/a na pesquisa de campo referente ao projeto acima desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a) ainda de que a pesquisa é coordenada pelo Dr. Carlos Montes Paixão Júnior, telefone número 2562-2848.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa, e ainda, que fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo. Autorizo a participação de meu cuidador, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, para ser entrevistado junto comigo durante a pesquisa.

Fui também esclarecido(a) de que o uso das informações por mim oferecidas estará submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, em especial, de que minha colaboração se fará através de entrevista semi-estruturada que será armazenada em bancos de dados apenas a partir da assinatura desta autorização, a serem analisadas posteriormente pelo pesquisador e seus orientadores.

Estou ciente de que em caso de dúvidas, ou caso me sinta prejudicado(a) poderei contatar o pesquisador responsável ou seus orientadores, ou ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa, representado por seu Presidente, o Prof. Luiz Carlos Duarte de Miranda, no CEP do HUCFF-UFRJ, situado à Av. Brigadeiro Trompowsky s/nº – 1º andar – Cidade Universitária – Rio de Janeiro – RJ. CEP: 21941-590 – tel. (0xx21) 2562-2480 – Fax: (0xx21) 2270-2193.

O pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a lei.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Assinatura/participante: \_\_\_\_\_

Assinatura Pesquisador: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.



**Universidade Federal do Rio de Janeiro**  
**Hospital Universitário Clementino Fraga Filho**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Cuidador**

I - Este projeto, intitulado **violência doméstica: instrumentos de aferição de violência contra o idoso no ambiente da avaliação geriátrica ampla**, tem como objetivo estudar aspectos da saúde e bem estar dos idosos e seus cuidadores, e algumas questões que podem envolver riscos de violência e situações de acidentes em sua casa.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. Não há, em relação a este problema que estamos estudando, questionários ou exames rotineiros-padrão estabelecidos em local algum e um dos objetivos da pesquisa também é tentar encontrar um modo de identificar a melhor forma de investigar o problema.

Neste projeto, serão entrevistados o(a) senhor(a) (você) e quem o(a) senhor(a) (você) cuida suprindo as necessidades na vida diária dele(a), de forma mais freqüente. Os investigadores desta pesquisa lhe chamarão de cuidador. Será necessária a autorização do(a) idoso(a) para contarmos este cuidador (no caso, o(a) senhor(a)), que também será entrevistado por nós. É garantida a liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar este consentimento a qualquer momento, no caso da aceitação, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Faremos a(o) senhor(a) várias perguntas sobre sua vida, sua saúde e suas rotinas em casa, através de um questionário que, embora simples, a(o) senhor(a) poderá, se quiser, interromper a qualquer momento se desejar não mais continuar a responder.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as informações obtidas de outros pacientes, não sendo divulgadas a identificação de nenhum paciente. A avaliação posterior, em seu prontuário, de algum outro item não considerado no questionário que lhe faremos agora, somente será feita pelos pesquisadores envolvidos no projeto e pelos entrevistadores qualificados, não sendo permitido acesso a terceiros, garantindo proteção contra qualquer tipo de discriminação e/ ou estigmatização.

O(a) senhor(a) (você) tem o direito de se manter atualizado sobre os resultados desta pesquisa, que serão divulgados nos meios científicos. Não há despesas pessoais para o(a) senhor(a) (você) ao se envolver com esta pesquisa. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os dados coletados nesta pesquisa serão utilizados especificamente para ela ou para outros artigos envolvidos na própria pesquisa, não podendo ser utilizados, embora vão ser armazenados, para nenhuma outra pesquisa de outra ordem sem seu consentimento.

II - Eu, \_\_\_\_\_,

R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado/a na pesquisa de campo referente ao projeto acima desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a) ainda de que a pesquisa é coordenada pelo Dr. Carlos Montes Paixão Júnior, telefone número 2562-2848.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa, e ainda, que fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo. Fui também

esclarecido(a) de que o uso das informações por mim oferecidas estará submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, em especial, de que minha colaboração se fará através de entrevista semi-estruturada que será armazenada em bancos de dados apenas a partir da assinatura desta autorização, a serem analisadas posteriormente pelo pesquisador e seus orientadores.

Estou ciente de que em caso de dúvidas, ou caso me sinta prejudicado(a) poderei contatar o pesquisador responsável ou seus orientadores, ou ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa, representado por seu Presidente, o Prof. Luiz Carlos Duarte de Miranda, no CEP do HUCFF-UFRJ, situado à Av. Brigadeiro Trompowsky s/nº – 1º andar – Cidade Universitária – Rio de Janeiro – RJ. CEP: 21941-590 – tel. (0xx21) 2562-2480 – Fax: (0xx21) 2270-2193.

O pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a lei.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Assinatura/participante: \_\_\_\_\_

Assinatura Pesquisador: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

APÊNDICE E - Lista de instituições a procurar se dúvidas ou esclarecimentos sobre violência



Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
 Instituto de Medicina Social  
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

***Lista de instituições que lidam com questões de violência  
 contra o idoso***

Rio de Janeiro

**Ligue Idoso**

Recebe denúncias de maus-tratos e orientações em geral.  
 Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira  
 (0/xx/21) 2299-5700

**Delegacia de Atendimento e Proteção ao Idoso**

Das 8h às 17h, de segunda a sexta-feira  
 Rua Senador Pompeu, s/nº  
 (0/xx/21) 3399-3181/3182

**DEAM RJ - Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher do Estado do RJ**

[http://www.dpge.rj.gov.br/mulher\\_delegacias.htm](http://www.dpge.rj.gov.br/mulher_delegacias.htm) ou ligue (21) 2299 – 2121

**Defensoria Pública da União**

<http://mj.gov.br/defensoria/links.htm>

**Defensoria Pública dos Estados**

<http://www.mj.gov.br/defensoria/links.htm>

**Fala Cidadão - Sua comunicação direta com o governo**

[www.falacidade.rj.gov.br](http://www.falacidade.rj.gov.br)

Tel.: (21) 2554-2000 - Atendimento ao interior: 0800 285-2006

**Juizado Especial Federal** - Atende a causas contra a União, autarquias, fundações e empresas públicas federais, em ações civis até o valor de 60 salários-mínimos.

Tel.: (21) 2510-8551 / 2510-8554

**PROCON RJ**

<http://www.consumidor.rj.gov.br> ou ligue 1512

**A6. Questionário de replicação do cuidador**Número do questionário   

Núcleo de Pesquisa das Violências (NUPEVI) - Instituto de Medicina Social / UERJ

Programa de Investigação Epidemiológica da Violência Familiar

**ESTUDO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE  
INSTRUMENTOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA O  
IDOSO****Questionário II  
Replicação Cuidador**

Carlos Montes Paixão Júnior

Michael E. Reichenheim



“Como vai V/S? Gostaria de repetir algumas perguntas da última entrevista que fizemos. Podemos começar?”

6. Início da entrevista (horário)

6) \_\_\_\_:\_\_\_\_

### APOIO SOCIAL

Iniciar todos os itens no quadro abaixo por esta frase

“Se V/S precisar...com que frequência conta com alguém...”

Ler todas as opções de resposta ao final de cada item.

Entregar agora a ficha de opções de respostas marcada **MOS** ao entrevistado

(nunca=1, raramente=2, às vezes=3, quase sempre =4, ou sempre=5).

(ler as opções de resposta Atenção: 77→NS; 88→ NS – não ler estas opções)

		(circule opção)					(anotar score)
7.	que o(a) ajude, se ficar de cama?	1	2	3	4	5	7)
8.	para lhe ouvir, quando você precisa falar?	1	2	3	4	5	8)
9.	para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1	2	3	4	5	9)
10.	para levá-lo(a) ao médico?	1	2	3	4	5	10)
11.	que demonstre amor e afeto por você?	1	2	3	4	5	11)
12.	para se divertir junto?	1	2	3	4	5	12)
13.	para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação?	1	2	3	4	5	13)
14.	em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1	2	3	4	5	14)
15.	que lhe dê um abraço?	1	2	3	4	5	15)
16.	com quem relaxar?	1	2	3	4	5	16)
17.	para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las ?	1	2	3	4	5	17)
18.	de quem você realmente quer conselhos?	1	2	3	4	5	18)
19.	com quem distrair a cabeça?	1	2	3	4	5	19)
20.	para ajudá-lo(a) nas tarefas diárias, se você ficar doente?	1	2	3	4	5	20)
21.	para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	1	2	3	4	5	21)
22.	para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	1	2	3	4	5	22)
23.	com quem fazer coisas agradáveis?	1	2	3	4	5	23)
24.	que compreenda seus problemas ?	1	2	3	4	5	24)
25.	que você ame e que faça você se sentir querido(a)?	1	2	3	4	5	25)

“Sendo a pessoa que ajuda ou cuida, por favor, responda sim ou não às seguintes perguntas:” (circule opção)

(ler as opções de resposta)

Atenção: 77→ NS; 88→ NR – não ler estas opções)

**SIM NÃO**

(anotar escore)

26.	V/S às vezes encontra dificuldade em fazer com que ( ) controle sua irritação ou agressividade?	1	0	26)	
27.	V/S muitas vezes se sente forçado(a) a agir contra sua própria natureza ou a fazer coisas que lhe desagradam?	1	0	27)	
28.	V/S acha difícil controlar o comportamento de ( )?	1	0	28)	
29.	V/S às vezes se sente forçado(a) a ser bruto(a) com ( )?	1	0	29)	
30.	V/S às vezes sente que não consegue fazer o que é realmente necessário ou o que deve ser feito para ( )?	1	0	30)	
31.	V/S muitas vezes acha que tem que rejeitar ou ignorar ( )?	1	0	31)	
32.	V/S muitas vezes se sente tão cansado(a) e exausto(a) que não consegue dar conta das necessidades de ( )?	1	0	32)	
33.	V/S muitas vezes acha que tem que gritar com ( )?	1	0	33)	

34.	O senhor(a) está basicamente satisfeito com a sua vida?	0	1	34)	
35.	O senhor(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	0	35)	
36.	O senhor(a) sente que sua vida está vazia ?	1	0	36)	
37.	O senhor(a) se aborrece com frequência?	1	0	37)	
38.	O senhor(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1	38)	
39.	O senhor(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0	39)	
40.	O senhor(a) se sente feliz a maior parte do tempo ?	0	1	40)	
41.	O senhor(a) sente que sua situação não tem saída?	1	0	41)	
42.	O senhor(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas ?	1	0	42)	
43.	O senhor(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0	43)	
44.	O senhor(a) acha maravilhoso estar vivo?	0	1	44)	
45.	O senhor(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias ?	1	0	45)	
46.	O senhor(a) se sente cheio de energia ?	0	1	46)	
47.	O senhor(a) acha que sua situação é sem esperança?	1	0	47)	
48.	O senhor(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o senhor(a)?	1	0	48)	

Entregar a ficha de opções de resposta marcada **ZARIT** ao entrevistado

*“A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência V/S se sente daquela maneira. Não existem respostas certas ou erradas.”*

(nunca=0, raramente=1, algumas vezes=2, frequentemente=3, ou sempre=4).  
(ler as opções de resposta Atenção: 77→ NS; 88→ NR – não ler estas opções)

		(circule opção)				(anotar escore)	
49.	V/S sente que (-)* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?	0	1	2	3	4	49)
50.	V/S sente que por causa do tempo que V/S gasta com (-), V/S não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?	0	1	2	3	4	50)
51.	V/S se sente estressado(a) entre cuidar de (-) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	0	1	2	3	4	51)
52.	V/S se sente envergonhado(a) com o comportamento de (-)?	0	1	2	3	4	52)
53.	V/S se sente irritado(a) quando (-) está por perto?	0	1	2	3	4	53)
54.	V/S sente que (-) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	0	1	2	3	4	54)
55.	V/S sente receio pelo futuro de (-)?	0	1	2	3	4	55)
56.	V/S sente que (-) depende de V/S?	0	1	2	3	4	56)
57.	V/S se sente tenso(a) quando (-) está por perto?	0	1	2	3	4	57)
58.	V/S sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com (-)?	0	1	2	3	4	58)
59.	V/S sente que V/S não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de (-)?	0	1	2	3	4	59)
60.	V/S sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque V/S está cuidando de (-)?	0	1	2	3	4	60)
61.	V/S não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de (-)?	0	1	2	3	4	61)
62.	V/S sente que (-) espera que V/S cuide dele/dela, como se V/S fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?	0	1	2	3	4	62)
63.	V/S sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de (-), somando-se as suas outras despesas?	0	1	2	3	4	63)
64.	V/S sente que será incapaz de cuidar de (-) por muito mais tempo?	0	1	2	3	4	64)
65.	V/S sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de (-)?	0	1	2	3	4	65)
66.	V/S gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de (-)?	0	1	2	3	4	66)
67.	V/S se sente em dúvida sobre o que fazer por (-) ?	0	1	2	3	4	67)
68.	V/S sente que deveria estar fazendo mais por (-)?	0	1	2	3	4	68)
69.	V/S sente que poderia cuidar melhor de (-)?	0	1	2	3	4	69)
70.	<b>De uma maneira geral, quanto V/S se sente sobrecarregado (a) por cuidar de (-)**?</b>	0	1	2	3	4	70)

\*No texto (-) refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.

\*\*Neste item (70) as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.

## VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

“Não importa como as pessoas se relacionem, tem horas que elas discordam, ficam irritadas ou brigam umas com as outras só por estarem de mau humor, cansadas ou por qualquer outra razão. Nesses momentos, as pessoas têm muitas maneiras de tentar resolver suas diferenças e desavenças.

Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças ou desavenças entre pessoas que moram juntas. Por favor, eu gostaria de saber **quantas vezes**

(uma vez, duas vezes, três-cinco vezes, seis a dez vezes, onze a vinte vezes, ou mais de vinte vezes)

V/S fez cada uma dessas coisas com (nome do idoso) nos últimos doze meses:”

Ler todas as opções de resposta ao final de cada item.  
Entregar agora a ficha de opções de respostas marcada **CTS** ao entrevistado

“Em que mês foi a última vez?”

(ler as opções de resposta Atenção: 77→NS; 88→NR; 99→NA – não ler estas opções)

(circule opção) (anotar escore) (n° mês)

71. Discutiu o problema calmamente	1 2 3 4 5 6 0	71)		
72. Procurou conseguir informações para conhecer melhor o modo de pensar dele(a)	1 2 3 4 5 6 0	72)		
73. Trouxe, ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas	1 2 3 4 5 6 0	73)		
74. Xingou ou insultou	1 2 3 4 5 6 0	74)		
75. Ficou emburrado. Não falou mais do assunto	1 2 3 4 5 6 0	75)		
76. Retirou-se do quarto, da casa ou da área	1 2 3 4 5 6 0	76)		
77. Chorou	1 2 3 4 5 6 0	77)		
78. Fez ou disse coisas só para irritar	1 2 3 4 5 6 0	78)		
79. Ameaçou bater ou jogar coisas nele(a)	1 2 3 4 5 6 0	79)		
80. Destruíu, bateu, jogou ou chutou objetos	1 2 3 4 5 6 0	80)		
81. Jogou coisas sobre ele/ela	1 2 3 4 5 6 0	81)		
82. Empurrou ou agarrou ele(a)	1 2 3 4 5 6 0	82)		
83. Deu tapa ou bofetada nele(a)	1 2 3 4 5 6 0	83)		
84. Chutou, mordeu ou deu murro nele(a)	1 2 3 4 5 6 0	84)		
85. Bateu ou tentou bater nele(a) com objetos	1 2 3 4 5 6 0	85)		
86. Espancou-o(a)	1 2 3 4 5 6 0	86)		
87. Queimou-o(a), estrangulou ou sufocou-o	1 2 3 4 5 6 0	87)		
88. Ameaçou-o(a) com faca ou arma	1 2 3 4 5 6 0	88)		
89. Usou faca ou arma contra ele(a)	1 2 3 4 5 6 0	89)		

- 1 – uma vez
- 2 – duas vezes
- 3 – três-cinco vezes
- 4 – seis a dez vezes
- 5 – onze a vinte vezes
- 6 – mais de vinte vezes
- 0 – nunca (não leia)

*“Por fim terminamos a entrevista. Eu gostaria de agradecer mais uma vez a sua colaboração em contar um pouquinho da sua vida íntima pra gente.*

*Lembramos que, se precisar, poderá contatar (nome) \_\_\_\_\_,  
(especialidade) \_\_\_\_\_ responsável neste serviço por encaminhar  
problemas relacionados a isto.*

90. Término da entrevista

90) \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
(Hora)

91. Código de respostas

91)

\_\_\_\_\_  
(assinatura entrevistador)

**A7. Questionário de replicação do idoso**

Número do questionário

Núcleo de Pesquisa das Violências (NUPEVI) - Instituto de Medicina Social / UERJ

Programa de Investigação Epidemiológica da Violência Familiar

**ESTUDO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE  
INSTRUMENTOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA O  
IDOSO****Questionário III  
Replicação Idoso**

Carlos Montes Paixão Júnior

Michael E. Reichenheim

-----

**Questionário do Idoso III - replicação**

1. Número do questionário original principal

1)

Nome do respondente:

2. Idoso:

3. Nome do entrevistador –

3)

(escrever os nomes completos em letra de forma)

4. Local da entrevista

1. CIPI
2. PSF - Lapa
3. HUCFF-UFRJ

4) \_\_

5. Data da entrevista

5) \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
(dd mm aaaa)

\*\*\*\*\*

*“Como vai V/S? Gostaria de repetir algumas perguntas da última entrevista que fizemos. Podemos começar?”*

6. Início da entrevista (horário)

6) \_\_:\_\_

## MINI-MENTAL

### Realização do instrumento Mini – Exame do Estado Mental

7. score

7) \_\_\_/30.

**Instruções:**

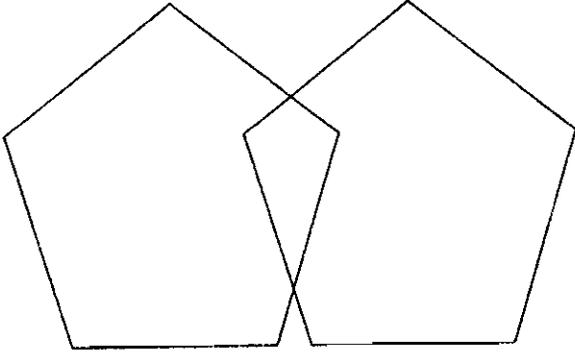
As palavras em negrito devem ser lidas alto, clara e lentamente pelo examinador. Substituições aparecem entre parênteses. Circule o “0” se a resposta for incorreta ou o “1” se a resposta for correta. Comece formulando as duas questões seguintes:

*“O Sr(a) tem algum problema com a sua memória?”*

*Eu posso fazer algumas perguntas a respeito de sua memória?”*

ORIENTAÇÃO NO TEMPO	Anotar respostas	Circule opção
8. Em que ano nós estamos ?		<b>8)</b> 0 1
9. Em que estação do ano nós estamos ?		<b>9)</b> 0 1
10. Em que mês nós estamos ?		<b>10)</b> 0 1
11. Em que dia da semana nós estamos ?		<b>11)</b> 0 1
12. Em que dia do mês nós estamos ?		<b>12)</b> 0 1
<b>ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO</b>		
13. Em que Estado nós estamos?		<b>13)</b> 0 1
14. Em que Cidade nós estamos?		<b>14)</b> 0 1
15. Em que Bairro nós estamos?		<b>15)</b> 0 1
16. O que é este prédio em que estamos? ( <b>nome, tipo ou função</b> )		<b>16)</b> 0 1
17. Em que andar nós estamos?		<b>17)</b> 0 1
<b>REGISTRO</b>		
<i>“Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e V/S vai repeti-las quando eu terminar. Memorize-as, pois eu vou perguntar por elas, novamente, dentro de alguns minutos. As palavras são: <b>CARRO</b> [pausa], <b>VASO</b> [pausa], <b>BOLA</b> [pausa]. Agora, repita as palavras para mim.”</i>		
<b>[Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.]</b>		
18. <b>CARRO</b>		<b>18)</b> 0 1
19. <b>VASO</b>		<b>19)</b> 0 1
20. <b>BOLA</b>		<b>20)</b> 0 1

<p><b>ATENÇÃO E CÁLCULO [Série de 7]</b></p> <p><i>“Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Vamos fazer umas contas de subtração [pausa]. Vamos começar: quanto é 100 menos 7 ?”</i></p> <p>Dê 1 ponto para cada acerto. Se não atingir o escore máximo, peça: Soletre a palavra <b>MUNDO</b>. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, soletre a palavra <b>MUNDO</b> de trás para frente (<b>O-D-N-U-M</b>). [Dê 1 ponto para cada letra na posição correta. Considere o maior resultado.]</p>	<p>{93} _____</p> <p>{86} _____</p> <p>{79} _____</p> <p>{72} _____</p> <p>{65} _____</p> <p>pontos do Cálculo</p> <p><u>  O  D  N  U  M  </u></p> <p>pontos do Mundo</p>	<p><b>21)</b> 0 1</p> <p><b>22)</b> 0 1</p> <p><b>23)</b> 0 1</p> <p><b>24)</b> 0 1</p> <p><b>25)</b> 0 1</p> <p><b>26)</b> _____</p> <p><b>27)</b> _____</p>
<p><b>MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO</b></p> <p>Peça: <i>“Quais são as 3 palavras que eu pedi que o Sr(a) memorizasse?”</i> [Não forneça pistas.]</p>		
<p>CARRO</p>		<p><b>28)</b> 0 1</p>
<p>VASO</p>		<p><b>29)</b> 0 1</p>
<p>BOLA</p>		<p><b>30)</b> 0 1</p>
<p>LINGUAGEM:</p> <p>[Aponte o lápis e o relógio e pergunte:]</p> <p><i>O que é isto?</i> (lápis)</p> <p><i>O que é isto?</i> (relógio)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>31)</b> 0 1</p> <p><b>32)</b> 0 1</p>
<p><i>“Agora eu vou pedir para o Sr(a) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita.”</i></p> <p><i>“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.</i></p>		<p><b>33)</b> 0 1</p>
<p><i>“Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr(a) fazer uma tarefa. [pausa] Preste atenção, pois eu só vou falar uma vez. [pausa] Pegue este papel com a mão direita [pausa], com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez [pausa] e em seguida jogue-o no chão.”</i></p> <p>Pegar com a mão direita</p> <p>Dobrar ao meio</p> <p>Jogar no chão</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>34)</b> 0 1</p> <p><b>35)</b> 0 1</p> <p><b>36)</b> 0 1</p>
<p><i>“Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel”</i></p> <p>(Mostre ao examinado a folha com o comando):</p> <p><b>FECHE OS OLHOS</b></p>		<p><b>37)</b> 0 1</p>
<p>Peça:</p> <p>Por favor, escreva uma sentença.</p> <p>(Se o paciente não responder, peça): <i>“Escreva sobre o tempo”.</i></p> <p>[Coloque na frente do paciente um pedaço de papel em branco e lápis ou caneta.]</p>	<p>(anotar a frase escrita pelo paciente)</p>	<p><b>38)</b> 0 1</p>
<p>Peça: <i>“Por favor, copie este desenho”.</i></p> <p>[Apresente o desenho dos pentágonos que se interseccionam]</p>		<p><b>39)</b> 0 1</p>
<p>TOTAL (anotar no item 189 também)</p>		



## ESTADO FUNCIONAL

*“Vamos fazer agora algumas perguntas sobre como V/S é capaz de fazer algumas atividades em seu domicílio ou fora dele.”*

*“V/S é capaz de:”*

0-Faz sem nenhuma dificuldade

1-Faz com alguma dificuldade

2-Faz com muita dificuldade

3-Não consegue fazer

(Atenção: 77→NS; 88→ NR – não ler estas opções)      (circule opção) (anotar score)

<b>C1-</b>	<b>Vestir-se e cuidar-se</b>	-	-	-	-	-	-
40.	Vestir-se, inclusive amarrar os cordões dos sapatos e abotoar suas roupas?	0	1	2	3	<b>40)</b>	
41.	Lavar sua cabeça e seus cabelos?	0	1	2	3	<b>41)</b>	
<b>C2-</b>	<b>Levantar-se</b>	-	-	-	-	-	-
42.	Levantar-se de maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?	0	1	2	3	<b>42)</b>	
43.	Deitar-se e levantar-se da cama?	0	1	2	3	<b>43)</b>	
<b>C3-</b>	<b>Comer</b>	-	-	-	-	-	-
44.	Cortar um pedaço de carne?	0	1	2	3	<b>44)</b>	
45.	Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água?	0	1	2	3	<b>45)</b>	
46.	Abrir um saco de leite comum?	0	1	2	3	<b>46)</b>	
<b>C4-</b>	<b>Caminhar</b>	-	-	-	-	-	-
47.	Caminhar em lugares planos?	0	1	2	3	<b>47)</b>	
48.	Subir 5 degraus?	0	1	2	3	<b>48)</b>	
<b>C5-</b>	<b>Higiene</b>	-	-	-	-	-	-
49.	Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho?	0	1	2	3	<b>49)</b>	
50.	Tomar um banho de chuveiro?	0	1	2	3	<b>50)</b>	
51.	Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?	0	1	2	3	<b>51)</b>	
<b>C6-</b>	<b>Alcançar</b>	-	-	-	-	-	-
52.	Levantar os braços e pegar um objeto de aproximadamente 2,5 quilos que está posicionado pouco acima da cabeça?	0	1	2	3	<b>52)</b>	
53.	Curvar-se para pegar suas roupas no chão?	0	1	2	3	<b>53)</b>	
<b>C7-</b>	<b>Preensão</b>	-	-	-	-	-	-
54.	Segurar-se em pé no ônibus ou metrô?	0	1	2	3	<b>54)</b>	
55.	Abrir potes ou vidros de conservas que tenham sido previamente abertos?	0	1	2	3	<b>55)</b>	
56.	Abrir e fechar torneiras?	0	1	2	3	<b>56)</b>	
<b>C8-</b>	<b>Outras atividades</b>	-	-	-	-	-	-
57.	Fazer compras nas redondezas onde mora?	0	1	2	3	<b>57)</b>	
58.	Entrar e sair de um ônibus?	0	1	2	3	<b>58)</b>	
59.	Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e rodo para puxar a água?	0	1	2	3	<b>59)</b>	

“Para estas próximas perguntas, V/S deve responder sim ou não:”

		<b>SIM NÃO</b>		
(Atenção: 77→NS; 88→NR – não ler estas opções)		(circule opção)		(anotar escore)
60.	Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como V/S deve viver ou onde deve morar?	1	0	<b>60)</b>
61.	Alguém da sua família obriga V/S a ficar na cama ou lhe diz que V/S está doente quando V/S sabe que não está?	1	0	<b>61)</b>
62.	Alguém já obrigou V/S a fazer coisas que V/S não queria fazer?	1	0	<b>62)</b>
63.	Alguém já pegou coisas que pertencem a V/S sem o seu consentimento	1	0	<b>63)</b>
64.	Alguém próximo a V/S tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?	1	0	<b>64)</b>
65.	V/S tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico?	0	1	<b>65)</b>
66.	V/S muitas vezes se sente triste ou só?	1	0	<b>66)</b>
67.	V/S é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?	0	1	<b>67)</b>
68.	V/S está ajudando a sustentar alguém?	1	0	<b>68)</b>
69.	V/S se sente desconfortável com alguém da sua família?	1	0	<b>69)</b>
70.	V/S sente que ninguém quer V/S por perto?	1	0	<b>70)</b>
71.	Alguém da sua família bebe muito?	1	0	<b>71)</b>
72.	V/S confia na maioria das pessoas da sua família?	0	1	<b>72)</b>
73.	Alguém lhe diz que V/S causa muitos problemas?	1	0	<b>73)</b>
74.	Em casa, V/S tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer?	0	1	<b>74)</b>

**Para todos os itens repetir todas as opções de resposta**

*“Estas próximas perguntas lhe indagam sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como V/S se sente e quão bem V/S é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso V/S esteja inseguro em responder, por favor tente responder o melhor que puder.”*

75. Em geral V/S diria que sua saúde é: (circule uma)

- Excelente \_\_\_\_\_ 1  
 Muito boa \_\_\_\_\_ 2  
 Boa \_\_\_\_\_ 3  
 Ruim \_\_\_\_\_ 4  
 Muito ruim \_\_\_\_\_ 5

(anotar score)

**75)** \_\_\_\_\_

76. Comparada há um ano atrás, como V/S classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás \_\_\_\_\_ 1  
 Um pouco melhor agora que há um ano atrás \_\_\_\_\_ 2  
 Quase a mesma de um ano atrás \_\_\_\_\_ 3  
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás \_\_\_\_\_ 4  
 Muito pior agora do que há um ano atrás \_\_\_\_\_ 5

(anotar score)

**76)** \_\_\_\_\_

77. Os seguintes itens são sobre atividades que V/S poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, V/S tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim Dificulta um pouco	Não Não dificulta de modo algum	(anotar escore)
<b>a. Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3	
<b>b. Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3	
<b>c. Levantar ou carregar mantimentos</b>	1	2	3	
<b>d. Subir vários lances de escada.</b>	1	2	3	
<b>e. Subir um lance de escada.</b>	1	2	3	
<b>f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.</b>	1	2	3	
<b>g. Andar mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3	
<b>h. Andar vários quarteirões</b>	1	2	3	
<b>i. Andar um quarteirão</b>	1	2	3	
<b>j. Tomar banho ou vestir-se</b>	1	2	3	

78. Durante as **últimas quatro semanas**, V/S tem algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como **conseqüência de sua saúde física?** (circule um número em cada linha) (anotar)

	Sim	Não	escore
a. V/S diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	
b. Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2	
c. Esteve <b>limitado(a)</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2	
d. Teve <b>dificuldade</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2	

79. Durante as **últimas quatro semanas**, V/S teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como **conseqüência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule um número em cada linha) (anotar escore)

	Sim	Não	escore
a. V/S diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	
b. Realizou <b>menos tarefas</b> do que gostaria?	1	2	
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente faz?	1	2	

80. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

- De forma nenhuma \_\_\_\_\_ 1
- Ligeiramente \_\_\_\_\_ 2
- Moderadamente \_\_\_\_\_ 3
- Bastante \_\_\_\_\_ 4
- Extremamente \_\_\_\_\_ 5

(anotar score)

**80)** \_\_\_\_\_

81. Quanta dor **no corpo V/S** teve durante as **últimas 4 semanas**? (circule uma)

- Nenhuma \_\_\_\_\_ 1
- Muito leve \_\_\_\_\_ 2
- Leve \_\_\_\_\_ 3
- Moderada \_\_\_\_\_ 4
- Grave \_\_\_\_\_ 5
- Muito grave \_\_\_\_\_ 6

(anotar score) **81)** \_\_\_\_\_

82. Durante as **últimas quatro semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)? (circule uma)

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

(anotar score)

**82)** \_\_\_\_\_

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

(circule um número em cada linha)

(anotar escore)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	escore
a. Quanto tempo V/S tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6	
b. Quanto tempo V/S tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6	
c. Quanto tempo V/S tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6	
d. Quanto tempo V/S tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6	
e. Quanto tempo V/S tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6	
f. Quanto tempo V/S tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6	
g. Quanto tempo V/S tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6	
h. Quanto tempo V/S tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6	
i. Quanto tempo V/S tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6	

84. Durante as últimas **quatro semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física** ou os **problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo o tempo \_\_\_\_\_ 1  
 A maior parte do tempo \_\_\_\_\_ 2  
 Alguma parte do tempo \_\_\_\_\_ 3  
 Uma pequena parte do tempo \_\_\_\_\_ 4  
 Nenhuma parte do tempo \_\_\_\_\_ 5

(anotar escore)

84) \_\_\_\_\_

85. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

(anotar)

	Definitiva- mente ver- dadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsa	escore
<b>a.</b> Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5	
<b>b.</b> Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5	
<b>c.</b> Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5	
<b>d.</b> Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5	

## ESTADO TÍMICO

*“Agora faremos algumas perguntas sobre seu humor, seu estado de espírito. Procure responder a cada pergunta com sim ou não. Mesmo que V/S ache que a melhor resposta fosse mais ou menos, tente escolher a resposta, entre o sim ou não que esteja mais próxima do que está sentindo na última semana:”*

(Atenção: 77→NS; 88→ NR – não ler estas opções)

(circule opção)

Sim Não

(anotar escores)

86. O senhor(a) está basicamente satisfeito com a sua vida?	0	1	86)	
87. O senhor(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	0	87)	
88. O senhor(a) sente que sua vida está vazia ?	1	0	88)	
89. O senhor(a) se aborrece com frequência?	1	0	89)	
90. O senhor(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1	90)	
91. O senhor(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0	91)	
92. O senhor(a) se sente feliz a maior parte do tempo ?	0	1	92)	
93. O senhor(a) sente que sua situação não tem saída?	1	0	93)	
94. O senhor(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas ?	1	0	94)	
95. O senhor(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0	95)	
96. O senhor(a) acha maravilhoso estar vivo?	0	1	96)	
97. O senhor(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias ?	1	0	97)	
98. O senhor(a) se sente cheio de energia ?	0	1	98)	
99. O senhor(a) acha que sua situação é sem esperança?	1	0	99)	
100. O senhor(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o senhor(a)?	1	0	100)	

## VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

*“Não importa como as pessoas se relacionem, tem horas que elas discordam, ficam irritadas ou brigam umas com as outras só por estarem de mau humor, cansadas ou por qualquer outra razão. Nesses momentos, as pessoas têm muitas maneiras de tentar resolver suas diferenças e desavenças.*

*Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças ou desavenças entre pessoas que moram juntas. Por favor, eu gostaria de saber quantas vezes ...*

*(uma vez, duas vezes, três-cinco vezes, seis a dez vezes, onze a vinte vezes, ou mais de vinte vezes) ...*

*a pessoa que cuida do(a) senhor(a) fez cada uma dessas coisas nos últimos doze meses:”*

**Ler todas as opções de resposta ao final de cada item.  
Entregar agora a ficha de opções de respostas marcada CTS ao entrevistado**

(ler as opções de resposta Atenção: 77→ NS; 88→ NR; 99→ NA – não ler estas opções)

*“Em que mês foi a última vez?”*

	(circule opção)	(anotar escores) (n° mês)		
101. Discutiu o problema calmamente	1 2 3 4 5 6 0	101)		
102. Procurou conseguir informações para conhecer melhor o seu modo de pensar	1 2 3 4 5 6 0	102)		
103. Trouxe, ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas	1 2 3 4 5 6 0	103)		
104. Xingou ou insultou	1 2 3 4 5 6 0	104)		
105. Ficou emburrado. Não falou mais do assunto	1 2 3 4 5 6 0	105)		
106. Retirou-se do quarto, da casa ou da área	1 2 3 4 5 6 0	106)		
107. Chorou	1 2 3 4 5 6 0	107)		
108. Fez ou disse coisas só para irritar	1 2 3 4 5 6 0	108)		
109. Ameaçou bater ou jogar coisas em você	1 2 3 4 5 6 0	109)		
110. Destruíu, bateu, jogou ou chutou objetos	1 2 3 4 5 6 0	110)		
111. Jogou coisas sobre você	1 2 3 4 5 6 0	111)		
112. Empurrou ou agarrou você	1 2 3 4 5 6 0	112)		
113. Deu tapa ou bofetada em você	1 2 3 4 5 6 0	113)		
114. Chutou, mordeu ou deu murro em você	1 2 3 4 5 6 0	114)		
115. Bateu ou tentou bater em você com objetos	1 2 3 4 5 6 0	115)		
116. Espancou você	1 2 3 4 5 6 0	116)		
117. Queimou, estrangulou ou sufocou você	1 2 3 4 5 6 0	117)		
118. Ameaçou você com faca ou arma	1 2 3 4 5 6 0	118)		
119. Usou faca ou arma contra você	1 2 3 4 5 6 0	119)		

- 1 – uma vez
- 2 – duas vezes
- 3 – três-cinco vezes
- 4 – seis a dez vezes
- 5 – onze a vinte vezes
- 6 – mais de vinte vezes
- 0 – nunca (não leia)

*“Por fim terminamos a entrevista. Eu gostaria de agradecer mais uma vez a sua colaboração em contar um pouquinho da sua vida íntima pra gente.*

*Lembramos que, se precisar, poderá contatar (nome) \_\_\_\_\_,  
(especialidade) \_\_\_\_\_ responsável neste serviço por encaminhar  
problemas relacionados a isto.*

120. Término da entrevista

120) \_\_\_\_:\_\_\_\_  
(Hora)

121. Código de respostas

121)

\_\_\_\_\_  
(assinatura entrevistador)

**A8. Manual de Instruções – Trabalho de campo**

Núcleo de Pesquisa das Violências (NUPEVI) - Instituto de Medicina Social / UERJ

Programa de Investigação Epidemiológica da Violência Familiar

**ESTUDO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE  
INSTRUMENTOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA O  
IDOSO**

**Manual de Instruções**

Carlos Montes Paixão Júnior

Michael E. Reichenheim

## I- INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é um dos projetos do Programa de Investigações Epidemiológicas da Violência Familiar (PIEVF) desenvolvidos pelo Núcleo de Pesquisa das Violências (NUPEVI), sediado no Instituto de Medicina Social/UERJ. O PIEVF tem como objeto de estudo os diversos matizes deste evento no ambiente doméstico. Este estudo, em particular, tem como finalidade identificar instrumentos (questionários) de captação de suspeição de violência, em suas diversas formas, no sujeito idoso, em um ambiente de cuidados de saúde não especializado em violência. Trata-se de um estudo de adaptação transcultural de instrumentos de captação de suspeita de violência (risco) para o ambiente de saúde brasileiro.

Este questionário compõe a quinta fase do processo de adaptação transcultural, em que os dois instrumentos (captação nos cuidadores e idosos) em suas versões síntese (já traduzidos) serão passados para uma população de 750 pares (ou seja, 750 cuidadores e 750 idosos), divididos em três locais diferentes. O primeiro local será o CIPI (Cuidados Integrals à Pessoa Idosa), localizado na Policlínica Piquet Carneiro. O segundo local será o PSF-LAPA (Programa de Saúde da Família), ligado à Universidade Estácio de Sá e localizado no Hospital Ordem Terceira do Carmo. O terceiro local será o HUCFF-UFRJ (Hospital Universitário Clementino Fraga Filho), da Universidade Federal do Rio de Janeiro, localizado na Ilha do Fundão. Em cada um desses locais, serão entrevistados 250 cuidadores e 250 idosos. Cada local terá sua equipe própria de entrevistadores.

Nesta fase, coletam-se dados referentes a cada um dos instrumentos que estão sendo estudados e outros, a seguir descritos, que serão usados para comparar com os instrumentos e, com isso, identificar melhor suas propriedades e capacidade de medir o que desejamos, ou seja, suspeição de violência em suas diversas formas, nos idosos. As informações necessárias serão obtidas a partir de entrevista em cada um dos locais. Será utilizado um instrumento de coleta de dados (questionário) composto por perguntas fechadas, pré-codificadas e abertas ou semi-abertas para codificação posterior, abordando questões relativas dados sócio demográficos do cuidador e idoso, história médica do cuidador e idoso, situação sócio-econômica, uso de álcool pelo cuidador, suporte social do cuidador, depressão no idoso, condições gerais de saúde do idoso, condições de cognição do idoso, dentre outras.

O ingresso no estudo só poderá se dar com o consentimento do idoso e seu cuidador. O idoso terá, também, de consentir em que seu cuidador seja entrevistado. Considera-se cuidador aquela pessoa que supre as necessidades básicas e instrumentais, e oferece cuidados à pessoa idosa. Será o idoso que indicará quem é seu cuidador. Serão realizadas reuniões com as equipes de saúde das instituições participantes concomitantemente ao desenvolvimento do estudo para discussão e avaliação dos problemas que possam surgir.

Os idosos e/ou cuidadores que relatarem presença de violência doméstica em seus lares serão encaminhados para instituições que tenham programas de acompanhamento e suporte para as famílias vítimas de violência. Também, um profissional em cada um dos seus locais será o responsável pelo encaminhamento das suspeitas, caso o idoso e/ou cuidador desejem, e isto será explicitado aos sujeitos e entrevistadores desta pesquisa.

Nesse momento, está se iniciando uma das etapas mais importantes da pesquisa. A etapa de coleta de dados é fundamental para estudos epidemiológicos como o nosso. Um trabalho de campo sem o cuidado necessário põe por terra todos os esforços conduzidos nas demais etapas da investigação. Nessa perspectiva, o trabalho realizado pelo grupo de entrevistadores assume um papel de importância estratégica para que a pesquisa tenha sucesso.

Para assegurar que os dados reunidos sejam comparáveis, é imperativo que a pesquisa seja conduzida segundo procedimentos uniformes. Essas instruções e procedimentos devem ser seguidos sistematicamente durante todo o processo de coleta de dados para garantir a qualidade das informações de interesse. Em pesquisas como essa, não há lugar para improviso. Em caso de dúvidas ou problemas que não possam ser resolvidos com a consulta ao manual de instruções do questionário, consulte seu colega em cada local ou o supervisor do projeto.

## **II DIRETRIZES GERAIS PARA CONDUZIR A ENTREVISTA**

### **1) Informações gerais**

- As frases em *itálico* deverão ser lidas textualmente para os entrevistados.
- As frases que estão dentro de caixas de texto são orientações aos entrevistadores.

- As questões que têm o campo de resposta sombreado serão codificadas pelo supervisor e, portanto, estes campos não devem ser preenchidos.
- Todos os pequenos problemas em cada questão devem ser anotados ao lado das mesmas ou nas margens inferior e superior da folha. Atenção: não escrever na margem direita da folha para não prejudicar a digitação dos códigos das respostas. Isso também se aplica às informações julgadas interessantes pelo entrevistador, mesmo que não seja o alvo central da pergunta.
- O símbolo V/S significa que o entrevistador pode se dirigir ao entrevistado por você ou o Senhor/a senhora. Porém, para pessoas com mais de 50 anos (idosos) ou aparentemente bem mais velhas que o entrevistado, utilizar sempre a segunda forma, evitando você, que dará uma impressão de grosseria ou intimidade não desejada.

## 2) Regras gerais para uma boa entrevista

Há certas regras que você deve seguir para garantir uma entrevista imparcial. Sugerimos que você tenha em mente cada uma das seguintes regras:

### ▪ **Permaneça sempre neutro**

- Você deve manter sempre uma atitude neutra para com o entrevistado. Não mostre surpresa com as coisas que ouve. Através de sua atitude descontraída, embora profissional, coloque o idoso/cuidador à vontade e ganhe a sua confiança.

### ▪ **Faça todas as perguntas exatamente como elas estão formuladas**

- Não mude nem mesmo uma palavra do questionário impresso. Na maioria das vezes, a menor mudança pode afetar o sentido da pergunta. Mesmo que você sinta que a pergunta pode ser formulada de maneira mais simples, não improvise. Cada palavra tem um motivo para estar lá.

### ▪ **Faça as perguntas na ordem em que elas aparecem**

- Nunca mude a ordem das perguntas do questionário. As perguntas seguem-se uma às outras numa seqüência lógica. Mudar esta seqüência destruirá o intento do questionário.

Se o idoso/cuidador está falando livremente, você pode sentir que ele já respondeu a algumas das perguntas antes que você tenha chegado nelas. Mesmo assim, **não pule nenhuma pergunta**, mesmo que haja alguma repetição. Se algum entrevistado se irritar um pouco e disser:

“Já falei isso...”,

você pode dizer alguma coisa agradável como: “tenho que ter certeza de que V/S me deu a resposta completa para isso”, ou “V/S pode ter me falado sobre isso, mas deixe-me perguntar de novo para me certificar”.

- No entanto, há perguntas que você será instruído a omitir ou pular, dependendo das respostas a outras perguntas. Mas isto estará sempre claramente indicado e haverá instruções escritas para você seguir. As instruções de pulo e omissão de perguntas virão sempre em caixas de texto perto das questões.

▪ **Certifique-se de que o entrevistado não esteja vendo as perguntas**

- Os idosos/cuidadores podem ser influenciados ao saber as perguntas que virão ou ao ver as categorias de respostas, que nem sempre são para ser mostradas. Existirá sempre uma indicação na pergunta quando as opções de resposta devem ser lidos para ou mostrados para os entrevistados.

▪ **Não aceite um fácil “não sei” como resposta sem mais uma tentativa de obter a informação que precisamos**

- Tente **mais uma vez** obter uma réplica para uma resposta “não sei” antes de aceitá-la como a resposta final. Tenha cuidado para não antagonizar o entrevistado ou forçar uma resposta caso ele diga novamente que não sabe. Nesse caso, marque a opção NS (não sabe) e passe para a próxima questão.

▪ **Direito da mãe de não querer responder**

- Lembre-se que o entrevistado tem o direito de não responder a qualquer pergunta que ele queira. Nesses casos marque a opção NR (não respondeu) e passe para a próxima questão.

▪ **Checando as respostas**

- Checar uma resposta é esclarecer ou confirmar a informação prestada pelo idoso/cuidador. Perguntas estruturadas devem ser comprovadas apenas se o entrevistado não responder dentro das possibilidades previstas. Por exemplo, suponha que o idoso/cuidador lhe dê uma resposta para uma pergunta estruturada que não se encaixa exatamente em nenhuma das categorias pré-estabelecidas. Você pode dizer: "Bem, qual dessas opções se aproxima mais?" e repetir as respostas que estão na pergunta.

▪ **Desestimule irrelevâncias**

- Às vezes, uma determinada pergunta pode fazer com que o idoso/cuidador se lembre de alguma coisa ou relate alguma história ilustrativa da resposta que ele acabou de dar, sobretudo entre "entrevistados faladores". Isto não é incomum entre pessoas idosas, por vários motivos, entre eles, solidão. Você fará um favor tanto para si mesmo quanto para o idoso se imprimir à entrevista um tom profissional. Se você se depara com um idoso disperso, digressivo, ou que envereda numa conversa irrelevante, não hesite em interromper educadamente, explicando que haverá espaço para outras observações ao final da entrevista e trazê-lo de volta ao ponto da pergunta, repetindo o que você quer saber. Ao mesmo tempo, é claro, tenha cuidado para não antagonizar o idoso.

▪ **Não explique palavras de uma pergunta a menos que haja indicação para isso**

- Algumas vezes, os entrevistados pedirão para que você explique palavras de uma pergunta ou partes dela. Em algumas situações especiais, você pode fazer isso. Mas, nesses casos, haverá uma indicação que lhe dirá qual a explicação ou definição a ser dada. Se não estiver especificado, você não pode oferecer sua própria definição ou explicação. Você deve responder à dúvida dizendo: "O que quer que isso signifique para V/S". Se o idoso/cuidador não consegue responder à pergunta devido à sua falta de entendimento, codifique NS. Lembre-se de fazer alguma anotação explicando a natureza do problema.

### III PROBLEMAS QUE PODEM AFETAR AS PERGUNTAS

▪ **Respostas divergentes**

- Em alguns casos você se defrontará com alguns problemas que dificultam o manuseio das perguntas que têm opções de resposta. Por exemplo: às vezes o

entrevistado não consegue escolher nenhuma das categorias de respostas oferecidas. Pode acontecer que o idoso/cuidador sinta que nenhuma das respostas pré-definidas serve ou que ele escolheria uma resposta sob certas condições e outra resposta sob condições diferentes. Neste caso, você deve tentar induzi-lo à generalização, repetindo a pergunta e dizendo: “De modo geral, é desse jeito ou do outro?” ou “na maioria das vezes...” ou “quase sempre...”, etc. Se ele insiste que não pode escolher, escreva sua primeira resposta e anote do lado da pergunta que isso aconteceu.

▪ **Respostas vagas e generalizadas**

- Nas conversas diárias, às vezes as pessoas conversam em termos vagos ou imprecisos. É comum que no início da entrevista os idosos/cuidadores respondam de forma pouco precisa. É importante estimulá-lo a se expressar de forma mais específica.

▪ **Respostas “não sei”**

- Em geral, o entrevistado responde “não sei” a uma pergunta por um dos quatro motivos listados a seguir:

◆ Ele não entende a pergunta e diz “não sei” para evitar dizer que não entendeu (lembrar que muitos idosos possuem problemas sérios de audição e/ou visão).

◆ Ele está pensando na pergunta e diz apenas para ganhar tempo para pensar mais.

◆ Ele pode estar fugindo do assunto porque se sente desinformado e tem medo de dar uma resposta errada.

◆ Porque a pergunta lhe parece muito pessoal, íntima ou inoportuna.

- Não se apresse para checar uma resposta “não sei”. Se você ficar quieto – mas com uma atitude de expectativa – o idoso/cuidador achará que há algo mais para ser dito. Silêncio e espera são, geralmente, a melhor coisa a fazer nessas horas. Caso isso não funcione, você pode dizer: “mas, o que V/S acha disso?” ou “Em geral..., mais ou menos...?”, etc.

- Lembre sempre de solicitar ao idoso/cuidador que usem seus óculos e/ou aparelhos auditivos, se for o caso. Lembre sempre de falar pausadamente, olhando para o

entrevistado. A leitura labial torna-se cada vez mais importante à medida que envelhecemos.

▪ **Respostas a perguntas dependentes**

- Perguntas dependentes são aquelas que são perguntadas somente a alguns entrevistados. A determinação de quem deve ser perguntado “depende” da resposta à pergunta anterior. Por exemplo, se o idoso/cuidador responde “sim” à pergunta 57, deve-se perguntar as questões 58 a 65; em caso de resposta negativa, o entrevistador deve pular para a pergunta 66, marcando a alternativa NA (não se aplica) em todas as respostas das perguntas 58 a 65.

- Sempre que for necessário um pulo, haverá uma indicação na pergunta avisando qual a próxima questão a ser perguntada. É comum que o entrevistador comece a formular uma pergunta dependente, antes de conferir se, realmente, ela deve ser feita. Para evitar isso, você deve conhecer bem o questionário e suas instruções antes de começar o trabalho de campo. Se acontecer de você fazer uma pergunta a alguém que não deveria, risque a resposta registrada.

#### IV REGISTRANDO RESPOSTAS

- Já falamos sobre como formular as perguntas e como esclarecer e completar as respostas. Ambas são tarefas muito importantes. No entanto, se você erra ao registrar a resposta, todos os seus esforços anteriores terão sido em vão. Em geral, é claro, o seu registro deve ser o mais fiel possível àquilo que o entrevistado diz. Como em nosso estudo, a grande maioria das perguntas é composta de perguntas fechadas, isto é, tem opções de resposta já especificadas, devemos nos concentrar para descrever uma das opções oferecidas.
- Esteja pronto para escrever. Tenha a caneta preparada quando você fizer as perguntas. Nas poucas perguntas abertas do questionário, comece a escrever imediatamente, senão você perderá o começo.
- Use abreviações. No entanto, depois de terminada a entrevista, observe as abreviações que você usou. Se alguma puder causar confusão para o digitador do

questionário, escreva o termo por extenso antes de entregar o trabalho. Certifique-se de que a sua caligrafia é legível.

- Peça ao entrevistado para falar devagar . As pessoas em geral gostam quando você pede que falem mais devagar, ou repitam alguma coisa, ou que esperem um minuto até que você entenda melhor, porque você “não quer perder nada” ou “quer registrar tudo”. Outras técnicas incluem você falar mais devagar; ir lendo à medida que escreve, e ler parte do que já escreveu, pedindo ao entrevistado que complete o restante.
- Tenha sempre material extra. Anote sempre as respostas com caneta. Leve pelo menos três para o caso de alguma falhar.
- Desenhe um círculo em volta da opção de resposta dada pelo entrevistado e preencha o campo de resposta (espaço sublinhado à direita) com o código correspondente. Deve-se dar atenção especial ao desenho do círculo de modo que ele não inclua mais do que uma opção de resposta. Lembre-se: o número precodificado é aquele que entra no espaço correspondente à questão do lado direito da folha. Muito cuidado ao anotar o código da resposta. Problemas nessa etapa são impossíveis de resolver depois.
- Use um X ao lado da questão que tiver merecido algum tipo de esclarecimento por parte do entrevistador ou que tenha merecido alguma observação escrita no questionário.
- Por favor, faça suas próprias observações quando sentir que algo precisa de explicação. Use o espaço em branco disponível do questionário, exceto a margem direita, onde serão anotados os códigos da resposta, para isso. Você pode querer dar explicações, tais como: o idoso/cuidador começou a se inquietar, o idoso/cuidador riu, o idoso/cuidador chorou e se recusou a responder à pergunta, etc. Todas as suas observações podem ser úteis.
- Se o entrevistado mudar de idéia depois de você fizer o círculo em torno de uma opção de resposta, risque-o com uma cruz e circule a opção correta. Se for necessário mudar uma resposta no quadrado específico, faça uma cruz em cima da

opção errada, circule a opção correta, apague o erro no campo de resposta com *liquid paper* e escreva o código correto.

- Não preencha os campos hachurados em cinza durante a entrevista. Estes campos devem ser preenchidos na hora da revisão do questionário.

## V REVISANDO A ENTREVISTA

- Depois de terminada a entrevista, revise o questionário e certifique-se de que o preencheu acurada e completamente. Esse procedimento, mesmo que tome muito tempo, é parte importante do trabalho do entrevistador, pois essa é a última chance de corrigir erros, anotar algo que tenha sido pulado ou tirar qualquer outra dúvida com o entrevistado, pois será muito difícil ter oportunidade de encontrá-lo novamente. Alguns dos objetivos dessa revisão são:

- Identificar e corrigir ou explicar erros ou omissões no registro. Erros comuns que podem ser flagrados numa revisão: códigos omitidos, perguntas puladas erradamente e erros ao circular os códigos. Sob a pressão da situação da entrevista, você pode cometer qualquer um desses erros. A maioria deles pode ser corrigida se você faz a revisão logo após a entrevista.

- Aprender para que os erros não se repitam. Normalmente os erros que ocorrem em uma entrevista tendem a se repetir. Estude seus erros e fique atento para que não aconteçam novamente.

- Melhorar a caligrafia e escrever as abreviações por extenso.

- Anotar com caneta de outra cor as dúvidas e problemas que por ventura tenham ocorrido para ser checado com o supervisor.

**Boa sorte!!!!**

Núcleo de Pesquisa das Violências (NUPEVI) - Instituto de Medicina Social / UERJ

Programa de Investigação Epidemiológica da Violência Familiar

**ESTUDO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE  
INSTRUMENTOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA O  
IDOSO**

**Manual de Instruções**

**(questões específicas do questionário)**

**Carlos Montes Paixão Júnior**

**Michael E. Reichenheim**

## I - QUESTIONÁRIOS DE CAMPO

### 1) Informações gerais

- As visitas feitas em cada local de entrevista devem respeitar o regulamento estabelecido e se dar de comum acordo com os responsáveis pelos serviços, para não perturbar a rotina e o acompanhamento dos pacientes.
- Nós devemos considerar as repercussões de nossos atos dentro do espaço institucional de cada local, evitando conflitos e desgastes desnecessários com os pacientes, estagiários e staff em cada local, tendo em foco os objetivos da pesquisa.
- Em praticamente todos os sítios da pesquisa, os sujeitos a serem entrevistados estarão ali para uma consulta médica e, portanto, somente saberão da pesquisa naquele momento. Portanto, deve-se entrevistá-los com cordialidade e solicitando sua cooperação e apoio.
- Devemos respeitar o horário de funcionamento de cada local. Isto diminui a possibilidade de atrito com os funcionários e sujeitos da pesquisa.
- **Definição de cuidador:**

⇒ **Será definido pelo sujeito idoso a ser entrevistado**

⇒ **Será feita a escolha baseando-se, e isto deve ser explicado ao idoso, no fato de esta pessoa ser a responsável pelo suporte do idoso na realização de suas atividades instrumentais e básicas de vida diária, parcial ou completamente. O cuidador pode ou não morar com o idoso, e pode ou não ser informal, ou seja, profissional ou não.**

## 2) Critérios de inclusão e exclusão

- Em princípio, qualquer pessoa idosa com 65 anos ou mais de idade será incluída.
- Todo cuidador desta pessoa, se houver concordância do sujeito idoso e sua, será incluído, independente de sua idade.
- Os sujeitos idosos com dificuldades importantes de comunicação e mini-exame do estado mental (mini-mental) com escore inferior a 11 (ver detalhes sobre este instrumento mais adiante) serão excluídos.

## 3) Captação de sujeitos

- Cada centro ou local de captação obedecerá a processos específicos de cada local. Portanto, deve-se atentar para esta informação.
- Em todos os centros ou locais de captação, as entrevistas serão realizadas aos pares, ou seja, em uma sala será entrevistado o idoso e em outra o cuidador, ao mesmo tempo, tomando cuidado para não se usarem salas em que haja possibilidade de se ouvir o diálogo da sala vizinha.
- Caso o idoso recuse que seu cuidador seja entrevistado, após a leitura do termo de consentimento, caberá ao entrevistador responsável avisar para que se interrompa a entrevista do cuidador. Caso o idoso se recuse a ser entrevistado e não permita que seu cuidador o seja, o mesmo procedimento deverá ser efetuado. Caso o idoso se recuse, mas aceite que seu cuidador seja entrevistado, não interromper a entrevista do cuidador.
- **Centro 1 (CIPI-UERJ)**
  - ⇒ **250 pares de idosos/cuidadores deverão ser entrevistados.**
  - ⇒ Haverá 4 entrevistadores (dois pares)
  - ⇒ As entrevistas serão realizadas **após as consultas.**
  - ⇒ Serão sorteadas as salas dos médicos, se houver mais salas que pares de entrevistadores.
  - ⇒ **Todos** os pacientes alocados naquela sala deverão ser indagados sobre participação e entrevistados.

- ⇒ Seus cuidadores deverão ser entrevistados ou, se não estiverem presentes, deverá se marcar um dia específico, em que o idoso também virá (duas semanas mais tarde) quando, portanto, serão realizadas as entrevistas de replicação com o idoso. **Não se marcará, neste caso, um segundo retorno do cuidador para replicação, para evitar constrangimentos e custos a todos.**
- ⇒ Serão necessárias 80 replicações, ou seja, 40 replicações por par de entrevistadores. Para isto, solicitar-se á o **retorno dos pares idoso – cuidador após duas semanas da primeira entrevista.** Neste caso, **um de cada 3 entrevistados** deverá ser indagado sobre a possibilidade de retorno. Preferentemente, **duplas idoso-cuidador.** Isto deverá ser acertado entre os entrevistadores.
- ⇒ **Os questionários completos da dupla idoso x cuidador deverão ser entregues revisados, ao final de cada dia, ao supervisor de campo. No caso das replicações, estas deverão ser entregues da mesma forma. Caberá ao entrevistador do cuidador recolher e juntar os dois questionários, revisando o número de páginas.**
- **Centro 2 (PSF-LAPA)**
  - ⇒ **250 pares de idosos/cuidadores deverão ser entrevistados.**
  - ⇒ Haverá 4 entrevistadores (dois pares).
  - ⇒ As entrevistas serão realizadas **em dia e hora marcados especificamente para isto, na Policlínica Ronaldo Gazolla, setor de Medicina Interna, sempre à tarde.**
  - ⇒ No contato com o idoso, por telefone, este será orientado a levar seu cuidador no dia e hora combinados. Neste momento, deve-se fornecer a definição de cuidador e solicitar o nome do mesmo para frisar ao idoso de quem se trata para os objetivos desta pesquisa (**esta tarefa caberá ao supervisor da pesquisa**).
  - ⇒ **Todos** os pacientes deverão ser indagados sobre participação e entrevistados.
  - ⇒ Seus cuidadores deverão ser entrevistados ou, se não estiverem presentes, deverá se marcar um dia específico, em que o idoso também virá (duas semanas mais tarde) quando, portanto, serão realizadas as entrevistas de

replicação com o idoso. **Não se marcará, neste caso, um segundo retorno do cuidador para replicação, para evitar constrangimentos e custos a todos.**

- ⇒ **Caso o cuidador não venha à entrevista e não se consiga, por algum motivo, sua entrevista, será marcado dia específico para visita domiciliar. O mesmo se aplica ao idoso.**
- ⇒ **Serão necessárias 80 replicações, ou seja, 40 replicações por par de entrevistadores. Para isto, solicitar-se á o retorno dos pares idoso – cuidador após duas semanas da primeira entrevista. Neste caso, um de cada 3 entrevistados deverá ser indagado sobre a possibilidade de retorno. Preferentemente, duplas idoso-cuidador. Isto deverá ser acertado entre os entrevistadores.**
- ⇒ **Os questionários completos da dupla idoso x cuidador deverão ser entregues revisados, ao final de cada dia, ao supervisor de campo. No caso das replicações, estas deverão ser entregues da mesma forma. Caberá ao entrevistador do cuidador recolher e juntar os dois questionários, revisando o número de páginas.**

- **Centro 3 (HUCFF-UFRJ)**

- ⇒ **250 pares de idosos/cuidadores deverão ser entrevistados.**
- ⇒ **Haverá 8 entrevistadores (quatro pares)**
- ⇒ **As entrevistas serão realizadas em lugar das consultas. Será explicado à dupla idoso – cuidador que, naquele dia, as atividades se concentrarão nesta pesquisa e que qualquer exame físico, receitas de medicações e tratamentos, solicitações de exames complementares ou consultas extras serão efetuadas pelos outros médicos presentes, não envolvidos com a pesquisa.**
- ⇒ **Serão sorteadas as salas dos médicos, se houver mais salas que pares de entrevistadores.**
- ⇒ **Todos os pacientes alocados naquela sala deverão ser indagados sobre participação e entrevistados.**
- ⇒ **Seus cuidadores deverão ser entrevistados ou, se não estiverem presentes, deverá se marcar um dia específico, em que o idoso também virá (duas semanas mais tarde) quando, portanto, serão realizadas as entrevistas de**

replicação com o idoso. **Não se marcará, neste caso, um segundo retorno do cuidador para replicação, para evitar constrangimentos e custos a todos.**

⇒ Serão necessárias 80 replicações, ou seja, 40 replicações por par de entrevistadores. Para isto, solicitar-se á o **retorno dos pares idoso – cuidador após duas semanas da primeira entrevista.** Neste caso, **um de cada 3 entrevistados** deverá ser indagado sobre a possibilidade de retorno. Preferentemente, **duplas idoso-cuidador.** Isto deverá ser acertado entre os entrevistadores.

⇒ **Os questionários completos da dupla idoso x cuidador deverão ser entregues revisados, ao final de cada dia, ao supervisor de campo. No caso das replicações, estas deverão ser entregues da mesma forma. Caberá ao entrevistador do cuidador recolher e juntar os dois questionários, revisando o número de páginas.**

#### 4) Início da Entrevista

- Identifique-se ao grupo de idosos x cuidadores que irá entrevistar e identifique-se. Diga seu nome e a instituição que você representa. Tenha à mão seu crachá.
- Diga quais os objetivos gerais desta entrevista e que serão mais bem explicados dentro da sala de entrevista.
- Tenha em mente informações claras sobre o estudo para que você possa tirar alguma dúvida que apareça. Esteja preparado para responder perguntas. Quase sempre elas aparecem antes de você ter a autorização para iniciar a entrevista.
- Tão logo você ache que o idoso/cuidador estejam de acordo em participar da pesquisa, convide-os para as salas apropriadas e inicie a entrevista.
- Lembre-se de colocar o nome do idoso/cuidador e verificar o número do questionário, pois sem essas informações a entrevista estará perdida.
- NS, NR e NA

- NS (não sabe): opção de resposta quando o idoso/cuidador refere que não sabe responder à pergunta realizada pelo entrevistador
  - NR (não responde): opção de resposta quando o idoso/cuidador por qualquer motivo se recusa a responder à pergunta.
  - NA (não se aplica): opção de resposta quando a questão não se aplica àquele idoso/cuidador.
- Não aceite um “não sei” facilmente. Dê um tempo para que ele possa pensar um pouco mais sobre a pergunta. Diga frases do tipo: “em geral...”, “mais ou menos...”, etc.
  - Todos os campos de resposta sombreados deverão ser preenchidos após o término da entrevista.
  - Caso não seja possível concluir a entrevista, anote no livro o que aconteceu e termine a entrevista em dia conveniente. Caso não seja você o entrevistador a completar, deixe o questionário dentro do livro e comunique-se com seu colega do dia a ser feito para que ele o termine.

## II – QUESTIONÁRIO DO CUIDADOR

### 1) Definição

- **Cuidador:** aquela pessoa, identificada pelo idoso, como a responsável pelo apoio e suprimento das necessidades básicas (higiene, alimentação, banhar-se, higiene pessoal, etc.) e instrumentais (usar o telefone, viagens, compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, medicações, dinheiro) da vida diária do idoso, parcial ou completamente.

## 2) Glossário de Perguntas. Preenchendo o formulário “questionário do Cuidador”

### 1. Módulo I: “IDENTIFICAÇÃO”.

#### Q-1 – Número do questionário

- ⇒ Definição: número do questionário da pesquisa.
- ⇒ Procedimento: Já estará preenchido pelo supervisor

#### Q-2 – Nome dos respondentes (idoso)

- ⇒ Definição: nome completo do entrevistado idoso.
- ⇒ Procedimento: Deve ser indagado ao cuidador. Escrever em letra de forma. Não esquecer, pois é fundamental a identificação de cada questionário.
- Atenção: anotar em papel extra o nome do idoso, pois este será usado em várias perguntas subseqüentes.

#### Q-3 – Nome dos respondentes (cuidador)

- ⇒ Definição: nome completo do entrevistado cuidador.
- ⇒ Procedimento: Deve ser indagado ao cuidador. Escrever em letra de forma. Não esquecer, pois é fundamental a identificação de cada questionário

#### Q-4 – Sexo do idoso

#### Q-5 – Sexo do cuidador

- ⇒ Definição: auto-explicativa.
- ⇒ Procedimento: preencha de acordo com os códigos sugeridos

#### Endereço

- ⇒ Definição: endereço de residência do idoso e do cuidador
- ⇒ Procedimento: Perguntar os dois ao cuidador. Se forem o mesmo, anotar no espaço do cuidador “o mesmo”. Anotar telefones para contato respeitando os espaços, para se poder comunicar, principalmente para lembrar das replicações e corrigir algum problema do questionário. Não esquecer.

#### Q-6 – Bairro

- ⇒ Definição: bairro de moradia de acordo com informação do cuidador.
- ⇒ Procedimento: colher a informação do cuidador e escreva no espaço apropriado (a – idoso; b – cuidador). O campo sombreado deverá ser preenchido posteriormente pelo supervisor. Caso o cuidador não saiba, colocar ignorado.

#### Q-7 – Município

- ⇒ Definição: município de residência de acordo com informação do cuidador.
- ⇒ Procedimento: colher a informação do cuidador e escreva no espaço apropriado (a – idoso; b – cuidador). O campo sombreado deverá ser preenchido posteriormente pelo supervisor. Caso o cuidador não saiba, colocar ignorado.

#### Q-8 – Número do prontuário na unidade

- ⇒ Definição: número do prontuário do idoso.
- ⇒ Procedimento:
- Preencha o número do prontuário do idoso a ser retirado do próprio prontuário
  - Caso essa informação não esteja disponível, use o número do prontuário no cartão da unidade do idoso
  - Caso nenhuma das informações sejam disponíveis, aguardar para colher com a equipe local.
  - **ATENÇÃO**: o número do prontuário é uma informação imprescindível para que seja possível a identificação do questionário. Não deixe de preencher este campo.

#### Q-9 – Nome do entrevistador

- ⇒ Definição: nome do entrevistador.
- ⇒ Procedimento: preencha com o nome do entrevistador que está realizando a entrevista. O campo sombreado deverá ser preenchido após a entrevista, utilizando os códigos já oferecidos pelo supervisor a cada entrevistador. Não esqueça de preencher pois é fundamental a identificação de cada questionário.

**Q-10 – Local da entrevista**

- ⇒ Definição: local onde está sendo realizada a entrevista
- ⇒ Procedimento: preencha com o número correspondente ao local onde está realizando a entrevista.

**Q-11 – Data da entrevista**

- ⇒ Definição: data que está sendo realizada a entrevista
- ⇒ Procedimento: preencha com a data que está realizando a entrevista.

**Leia agora a frase inicial da página 4 do questionário para o cuidador e passe para a leitura do ‘termo de consentimento livre e esclarecido’**

- Tenha em mente informações claras sobre o estudo para que você possa tirar alguma dúvida que apareça. Esteja preparado para responder perguntas. Quase sempre elas aparecem antes de você ter a autorização para iniciar a entrevista.
- **ATENÇÃO: cuidado para não ser muito explícito sobre as questões relacionadas à violência. Explique que se trata de questões relacionadas à saúde geral dos entrevistados e, se indagado, diga que algumas, mas não a maioria, das perguntas, se relaciona a alguns itens sobre risco de atos mais ríspidos.**

Se o par entrevistador avisar que o idoso não consentiu que a entrevista fosse feita com o cuidador, interrompê-la.

**Q-12 – Início da entrevista**

- ⇒ Definição: horário de início da entrevista.
- ⇒ Procedimento: Anotar horário de início, daí por diante, da entrevista.

**2. Módulo II: “CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CULTURAIS E AVALIAÇÃO DO CUIDADOR”.**

**Q-13 – Data de nascimento do cuidador**

- ⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: Anotar a data original. Por vezes, em pessoas com mais idade possuem uma data natural e outra registrada. Nosso interesse é na data original.

**Q-14 – Anos completos**

⇒ Definição: anos completados até aquele momento.

⇒ Procedimento: perguntar ao cuidador.

**Q-15 – Anos de estudo**

⇒ Definição: anos de estudo na escola e/ou cursos profissionalizantes e/ou aulas particulares.

⇒ Procedimento: Anotar de acordo com código na questão.

**Q-16 – Série cursada**

⇒ Definição: último ano de escolaridade completado pelo cuidador.

⇒ Procedimento: preencha com a última série completada quando for 1º grau. Para 2º grau e 3º grau utilizar códigos de resposta assinalados.

**Q-17 – Profissão**

⇒ Definição: Profissão do cuidador.

⇒ Procedimento: Caso seja do lar, preencher código assinalado. Para outras, por extenso com letra de forma. A área sombreada será preenchida posteriormente pelo supervisor.

**Q-18 – Estado civil**

⇒ Definição: situação conjugal.

⇒ Procedimento: leia todas as opções para o cuidador para que ele possa escolher dentre elas a mais adequada à sua situação.

**Q-19 – Número de filhos**

⇒ Definição: filhos naturais ou adotivos.

⇒ Procedimento: preencher o número total de filhos. Se nenhum, preencher com código assinalado e pular próxima pergunta.

**Q-20 – Número de filhos que moram em casa**

- ⇒ Condição: só deverá ser preenchida se a resposta à questão anterior for diferente de zero filho. Se pular esta questão, utilizar código NA.
- ⇒ Definição: número de filhos que moram na casa do cuidador.
- ⇒ Procedimento: assinalar número de filhos vivendo no domicílio do cuidador. Se nenhum, preencher com código assinalado.

**Q-21 – Parentesco do cuidador com o idoso**

- ⇒ Definição: Se sim ou não o cuidador é parente do idoso entrevistado.
- ⇒ Procedimento: Preencher com códigos marcados. Se não for parente, pular próxima questão.

**Q-22 – Grau de parentesco**

- ⇒ Condição: só deverá ser preenchida se a resposta à questão anterior for sim. Se pular esta questão, utilizar código NA.
- ⇒ Definição: grau de parentesco do cuidador em relação ao idoso.
- ⇒ Procedimento: ler todas as opções de resposta para que o cuidador possa escolher a melhor opção.

**Q-23 – Moradia em comum**

- ⇒ Definição: se sim ou não o cuidador mora com o idoso.
- ⇒ Procedimento: Utilizar códigos assinalados para preencher resposta. Se não, pular próxima questão.

**Q-24 – Tempo de moradia em comum**

- ⇒ Condição: só deverá ser preenchida se a resposta à questão anterior for sim. Se pular esta questão, utilizar código NA.
- ⇒ Definição: tempo (anos) que cuidador e idoso moram juntos.
- ⇒ Procedimento: Anotar número de anos. Pode ser valor aproximado.

**Q-25 – Número de quartos da residência**

- ⇒ Definição: número de quartos da residência do cuidador.

⇒ Procedimento: Anotar o número de quartos. Se nenhum ou NS, NR, NA, anotar segundo códigos assinalados.

**Q-26 – Quarto para o idoso**

⇒ Definição: número do questionário da pesquisa.

⇒ Procedimento: Já estará preenchido pelo supervisor

**Q-27 – Proprietário da residência**

⇒ Definição: proprietário da residência onde mora o cuidador.

⇒ Procedimento: ler em voz alta as opções para que o respondente escolha a melhor opção. Dizer, se houver dúvida, que ‘o próprio’ é a pessoa que está sendo entrevistada e ‘o idoso’ é o idoso de quem ele(a) cuida.

**Q-28 – Se o cuidador administra a residência onde mora**

⇒ Definição: Se o cuidador administra a residência onde mora.

⇒ Procedimento: Anotar segundo códigos assinalados.

**Q-29 – Número de pessoas que vivem no domicílio**

⇒ Definição: número de pessoas que vivem no domicílio do cuidador, contando o cuidador e o idoso, empregadas que dormem, cuidadores profissionais, parentes.

⇒ Procedimento: anotar o número de pessoas.

**Q-30 – Número de pessoas até 21 anos**

⇒ Definição: número de pessoas, parentes ou não, com 21 anos ou menos, que moram no domicílio do cuidador.

⇒ Procedimento: anotar número total.

**Q-31 – Número de pessoas entre 22 e 60 anos**

⇒ Definição: número de pessoas, parentes ou não, entre 22 e 60 anos, que moram no domicílio do cuidador.

⇒ Procedimento: anotar número total.

**Q-32 – Número de pessoas maiores de 60 anos**

⇒ Definição: número de pessoas, parentes ou não, com 60 anos ou mais, que moram no domicílio do cuidador.

⇒ Procedimento: anotar número total.

**Q-33 – Cor do respondente**

⇒ Definição: cor de pele que o cuidador se identifica.

⇒ Procedimento: leia todas as opções para o respondente, para que ele possa escolher dentre elas a mais adequada à sua situação.

Questões 34 a 48 : patologias atuais ou presentes em algum momento da vida do respondente.

Coluna A: se o cuidador, sim ou não, apresenta ou já apresentou alguma das patologias citadas.

Coluna B: Se sim à coluna A, se quem fez o diagnóstico foi um médico ou ninguém. Se não à coluna A, NA (preencher código correspondente).

**Q-34 – Pressão alta**

⇒ Definição: hipertensão arterial.

⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-35 – Depressão**

⇒ Definição: doença depressiva, não apenas um estado passageiro de mau humor ou desânimo ou moral baixo.

⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-36 – Doenças do coração**

- ⇒ Definição: cardiopatias, coronariopatias, insuficiência cardíaca, doenças de válvulas cardíacas. Excluir pressão alta. (Frisar “não estamos falando de pressão alta”).
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-37 – Câncer**

- ⇒ Definição: neoplasias em qualquer órgão, presentes ou passadas, tratadas ou não.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-38 – Tuberculose**

- ⇒ Definição: pleurite, tuberculose, caverna, presente ou em qualquer fase da vida
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-39 – Derrame ou isquemia**

- ⇒ Definição: acidentes vasculares transitórios ou permanentes em região cerebral, com ou sem seqüelas.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-40 – uso de óculos ou aparelho auditivo**

- ⇒ Definição: uso, prescrição ou necessidade de uso de óculos para ler ou para todas as atividades, ou uso de aparelhos auditivos todo o tempo ou parcialmente.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) usa ou já usou e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico do problema e prescreveu.

**Q-41 – Uso de bengalas, cadeira de rodas**

- ⇒ Definição: uso de bengalas ou cadeira de rodas, para situações eventuais ou todo o tempo, para uma ou outra órtese.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) usa atualmente e, (coluna B) se o médico prescreveu.

**Q-42 – Reumatismo ou artrose**

- ⇒ Definição: presença de doenças reumáticas como artrose e outras.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem atualmente e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-43 – Quedas recentes**

- ⇒ Definição: quedas recentes (há 1 ano ou menos) da própria altura.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-44 – Demência ou problemas de memória**

- ⇒ Definição: doenças degenerativas cognitivas ou queixas cognitivas ou mnésicas.
- ⇒ Procedimento: Podem ser usados sinônimos para explicar, como arteriosclerose, problemas de memória, Alzheimer. Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-45 – Enfisema (DPOC)**

- ⇒ Definição: doença respiratória crônica relacionada, em geral, a tabagismo. Enfisema ou bronquite crônica.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-46 – Diabetes**

- ⇒ Definição: diabetes mellitus.
- ⇒ Procedimento: indagar também se necessita usar insulina ou remédios para controlar glicose. Se a resposta for sim, encarar com tendo diabetes mellitus.

Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### Q-47 – Doença de Parkinson

- ⇒ Definição: doença degenerativa neurológica caracterizada por rigidez, tremor, bradi e hipocinesia e distúrbios do sistema nervoso autônomo.
- ⇒ Procedimento: indagar explicitamente sobre o nome. Não serve apenas tremor. Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### Q-48 – Outros

- ⇒ Definição: qualquer outra doença não listada acima.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) **tem atualmente** e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.
- ⇒ Se presentes outras patologias, anotar quais no espaço próprio.

Questões 49 a 63 : patologias atuais ou presentes em algum momento da vida do idoso:

Atenção, o cuidador deverá responder sobre o idoso.

Coluna A: se o idoso, sim ou não, apresenta ou já apresentou alguma das patologias citadas. NS: indicar o código correspondente.

Coluna B: Se sim à coluna A, se quem fez o diagnóstico foi um médico ou ninguém. Se não à coluna A, NA (preencher código correspondente). NS: preencher o código correspondente.

#### Q-49– Pressão alta

- ⇒ Definição: hipertensão arterial.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### Q-50 – Depressão

- ⇒ Definição: doença depressiva, não apenas um estado passageiro de mau humor ou desânimo ou moral baixo.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-51 – Doenças do coração**

- ⇒ Definição: cardiopatias, coronariopatias, insuficiência cardíaca, doenças de válvulas cardíacas. Excluir pressão alta. (Frisar “não estamos falando de pressão alta”).
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-52 – Câncer**

- ⇒ Definição: neoplasias em qualquer órgão, presentes ou passadas, tratadas ou não.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-53 – Tuberculose**

- ⇒ Definição: pleurite, tuberculose, caverna, presente ou em qualquer fase da vida
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-54 – Derrame ou isquemia**

- ⇒ Definição: acidentes vasculares transitórios ou permanentes em região cerebral, com ou sem seqüelas.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-55 – uso de óculos ou aparelho auditivo**

- ⇒ Definição: uso, prescrição ou necessidade de uso de óculos para ler ou para todas as atividades, ou uso de aparelhos auditivos todo o tempo ou parcialmente.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) usa ou já usou e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico do problema e prescreveu.

#### **Q-56 – Uso de bengalas, cadeira de rodas**

- ⇒ Definição: uso de bengalas ou cadeira de rodas, para situações eventuais ou todo o tempo, para uma ou outra órtese.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) usa atualmente e, (coluna B) se o médico prescreveu.

#### **Q-57 – Reumatismo ou artrose**

- ⇒ Definição: presença de doenças reumáticas como artrose e outras.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem atualmente e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### **Q-58 – Quedas recentes**

- ⇒ Definição: quedas recentes (há 1 ano ou menos) da própria altura.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### **Q-59 – Demência ou problemas de memória**

- ⇒ Definição: doenças degenerativas cognitivas ou queixas cognitivas ou mnésicas.
- ⇒ Procedimento: Podem ser usados sinônimos para explicar, como arteriosclerose, problemas de memória, Alzheimer. Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### **Q-60 – Enfisema (DPOC)**

- ⇒ Definição: doença respiratória crônica relacionada, em geral, a tabagismo. Enfisema ou bronquite crônica.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### Q-61 – Diabetes

- ⇒ Definição: diabetes mellitus.
- ⇒ Procedimento: indagar também se necessita usar insulina ou remédios para controlar glicose. Se a resposta for sim, encarar com tendo diabetes mellitus. Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### Q-62 – Doença de Parkinson

- ⇒ Definição: doença degenerativa neurológica caracterizada por rigidez, tremor, bradi e hipocinesia e distúrbios do sistema nervoso autônomo.
- ⇒ Procedimento: indagar explicitamente sobre o nome. Não serve apenas tremor. Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### Q-63 – Outros

- ⇒ Definição: qualquer outra doença não listada acima.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) **tem atualmente** e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.
- ⇒ Se presentes outras patologias, anotar quais no espaço próprio.

### 3. Módulo III: “Hábitos de vida”.

- 1) A parte inicial deste módulo se refere ao consumo de álcool pelo cuidador. Por se tratar de um assunto delicado, as perguntas de interesse vêm permeadas por perguntas “facilitadoras” da entrevista.
- 2) Atenção: devemos valorizar todos os aspectos das respostas do cuidador que nos levem a considerar como positiva sua resposta. Quando ocorrer um “sim” a

apenas uma parte da pergunta ou a algo parecido com o que a questão está indagando, a resposta deve ser “sim”. (P.Ex: Q-70: “As pessoas aborrecem V/S porque criticam o seu modo de beber?” O cuidador pode responder: “elas falam, mas eu não ligo” ou “Não me aborrecem, mas reclamam comigo o tempo todo...”). Todas essas respostas indicam que há algum tipo de recriminação social pelo consumo de álcool e é isso que nos interessa. Em ambos os casos a resposta a ser marcada é SIM.

#### **Q-64 a 65 – Questões facilitadoras da entrevista**

##### **Q-66 – Consumo de álcool**

- ⇒ Definição: auto-explicativa
- ⇒ Procedimento: caso a resposta seja “não” pergunte: “nem de vez em quando ou em situações especiais?”. Se após isso o respondente declarar que é completamente abstinente, indique a resposta de acordo com os códigos assinalados.

##### **Q-67 – Diminuição do consumo de álcool**

- ⇒ Definição: auto-explicativa
- ⇒ Procedimento: valorize qualquer resposta que denote preocupação com o excesso de bebida. Nem sempre o respondente responderá diretamente o que foi perguntado. Você deve ficar atento para captar as respostas que indiquem a preocupação do cuidador. Não devemos mostrar espanto nem desconfiança com as respostas. Um olhar desaprovador pode constrangê-lo a falar sobre o assunto.

#### **Q-68 a 69 – Questões facilitadoras**

##### **Q-70 – Pessoas aborrecendo o respondente**

- ⇒ Definição: auto-explicativa
- ⇒ Procedimento: valorize qualquer resposta que denote preocupação com o excesso de bebida. Nem sempre o respondente responderá diretamente o que foi perguntado. Você deve ficar atento para captar as respostas que indiquem a preocupação do cuidador. Não devemos mostrar espanto nem desconfiança com as respostas. Um olhar desaprovador pode constrangê-lo a falar sobre o assunto.

**Q-71 a 72 – Questões facilitadoras****Q-73 – Culpa e esquecimento pelo excesso de bebida**

- ⇒ Definição: auto-explicativa
- ⇒ Procedimento: valorize qualquer resposta que denote preocupação com o excesso de bebida. Nem sempre o respondente responderá diretamente o que foi perguntado. Você deve ficar atento para captar as respostas que indiquem a preocupação do cuidador. Não devemos mostrar espanto nem desconfiança com as respostas. Um olhar desaprovador pode constrangê-lo a falar sobre o assunto.

**Q-74 – Consumo de álcool pela manhã**

- ⇒ Definição: auto-explicativa.
- ⇒ Procedimento: valorize qualquer resposta que denote preocupação com o excesso de bebida. Nem sempre o respondente responderá diretamente o que foi perguntado. Você deve ficar atento para captar as respostas que indiquem a preocupação do cuidador. Não devemos mostrar espanto nem desconfiança com as respostas. Um olhar desaprovador pode constrangê-lo a falar sobre o assunto.

**Q-75 a 76 – Questões facilitadoras****4. Módulo IV: “APOIO SOCIAL”.****Q-77 a 95 – MOS Suporte Social**

- ⇒ Definição: As questões 77-95 referem-se ao instrumento “MOS suporte Social”. Este questionário utiliza respostas com 5 opções de resposta para cada item.
- ⇒ Procedimento: Para facilitar a compreensão do respondente, antes de iniciar este grupo de perguntas, deve-se entregar uma ficha com estas opções de resposta, previamente fornecida pelo supervisor, intitulada MOS, ao entrevistado. Ao final deste grupo de questões, solicitar a devolução da ficha.

- Além de entregar a ficha, reler, para cada pergunta, as opções de resposta, solicitando ao respondente que lhe acompanhe lendo sua ficha.
- Iniciar todas as perguntas pela frase *“Se V/S precisar...com que frequência conta com alguém...”*
- Circular a resposta fornecida. Preencher a região sombreada somente após o término da entrevista.
- Não oferecer explicações sobre as perguntas. Repeti-las, se for o caso. Falar pausadamente.
- Atenção: 77→NR; 88→ NS – não ler estas opções e preencher na região sombreada apenas após o término da entrevista, se o respondente não ofereceu opção de resposta.

#### Q-96 a 103 – CASE

- ⇒ Definição: As questões 96 a 103 referem-se ao instrumento CASE, um dos objetos deste projeto.
- ⇒ Procedimento: Ter anotado o nome do idoso, como solicitado no início do questionário, para completar as perguntas com o nome do mesmo nos espaços marcados ( ).
- Solicitar ao respondente que responda sim ou não a cada indagação.
- Circular a resposta fornecida. Preencher a região sombreada somente após o término da entrevista.
- Não oferecer explicações sobre as perguntas. Repeti-las, se for o caso. Falar pausadamente.
- Atenção: 77→NR; 88→ NS – não ler estas opções e preencher na região sombreada apenas após o término da entrevista, se o respondente não ofereceu opção de resposta.

#### 5. Módulo V: “ESTADO TÍMICO”.

##### Q-104 A 118– Escala de depressão geriátrica

- ⇒ Definição: instrumento de triagem de depressão no idoso.
- ⇒ Procedimento: iniciar pela frase em itálico de introdução. O período de tempo a que as perguntas se referem é de uma semana. Deve-se procurar a resposta sim ou não de forma clara.

- Você deve ler em voz alta cada item, após ler a frase introdutória no questionário. Em seguida, indague, para cada item, que o respondente forneça a melhor resposta.
- Circular a resposta fornecida. Preencher a região sombreada somente após o término da entrevista.
- Não oferecer explicações sobre as perguntas. Repeti-las, se for o caso. Falar pausadamente.
- Atenção: 77→NR; 88→ NS – não ler estas opções e preencher na região sombreada apenas após o término da entrevista, se o respondente não ofereceu opção de resposta.

#### Q-119 a 140 – Zarit Burden Interview

- ⇒ Definição: As questões 104 a 125 referem-se ao instrumento Zarit Burden Interview, que procura identificar problemas relacionados à sobrecarga (Burden) que o cuidador sente ao cuidar do idoso.
- ⇒ Procedimento: As opções de resposta variam de 0 a 4. Para facilitar a compreensão do respondente, antes de iniciar este grupo de perguntas, deve-se entregar uma ficha com estas opções de resposta, previamente fornecida pelo supervisor, intitulada ZARIT, ao entrevistado. Ao final deste grupo de questões, solicitar a devolução da ficha.
- Você deve ler em voz alta cada item, após ler a frase introdutória no questionário. Em seguida, indague, para cada item, que o respondente forneça a melhor resposta de acordo com a ficha de respostas. Todos os itens se referem aos últimos 30 dias (último mês).
- Circular a resposta fornecida. Preencher a região sombreada somente após o término da entrevista.
- Não oferecer explicações sobre as perguntas. Repeti-las, se for o caso. Falar pausadamente.
- Atenção: 77→NR; 88→ NS – não ler estas opções e preencher na região sombreada apenas após o término da entrevista, se o respondente não ofereceu opção de resposta.

## 6. Módulo VI: “VIOLÊNCIA DOMÉSTICA”.

- Embora já tenhamos feito algumas perguntas no módulo anterior (CASE) sobre este tema, é o próximo grupo de perguntas o que mais diretamente indaga sobre o problema.
- Este é o módulo que traz as questões mais delicadas...
- Antes de iniciar o módulo, leia pausadamente o texto em itálico de introdução ao tema presente no questionário.
- Certifique-se que ninguém mais esteja escutando a entrevista.
- Tente deixar o cuidador à vontade, sublinhe a importância das questões e a confidencialidade das informações.
- Leia as perguntas pausadamente para que o cuidador possa ter tempo para responder. Não mude o texto das perguntas!!! Caso o cuidador não tenha compreendido a questão repita o enunciado da questão. Não tente explicar com as suas palavras!!!
- As **questões 141 a 159** referem-se ao instrumento Conflict Tactics Scale (CTS-1), que procura caracterizar violência em conflitos entre duas pessoas.
- As opções de resposta variam de 1 a 6. Há também a opção 0 que nunca deve ser oferecida como opção ao respondente, a não ser que ele espontaneamente o faça. Para facilitar a compreensão do respondente, antes de iniciar este grupo de perguntas, deve-se entregar uma ficha com estas opções de resposta, previamente fornecida pelo supervisor, intitulada CTS, ao entrevistado. Ao final deste grupo de questões, solicitar a devolução da ficha. ATENÇÃO: na ficha de respostas não está incluída a opção 0.
- Ler para todas as questões as opções de resposta e solicitar que o cuidador acompanhe com sua ficha e, ao final, indique a melhor opção.
- Atenção: 77→NR; 88→ NS; 99→ NA – não ler estas opções e preencher na região sombreada e na região número do mês apenas após o término da entrevista, se o respondente não ofereceu opção de resposta.

### FIM DA ENTREVISTA

- Na página final da entrevista, há um texto que explica sobre algumas questões relacionadas à violência doméstica. Ler em voz alta.

- Ao final, entregar a lista, previamente fornecida, de locais em que possa se esclarecer um pouco mais sobre este tema e onde também consta o nome da pessoa, na unidade, responsável pelo encaminhamento das suspeitas de abusos, caso o respondente queira contatá-la.

#### Q-160– Término da entrevista

- ⇒ Definição: auto-explicativa
- ⇒ Procedimento: auto-explicativo. Não esquecer de assinar o nome do entrevistador. Colocar horário de término.

## II – QUESTIONÁRIO DO CUIDADOR

### 1) Glossário de Perguntas. Preenchendo o formulário “QUESTIONÁRIO DO IDOSO”

#### 1. Módulo I: “DADOS GERAIS”.

##### Q-161 – Número do questionário

- ⇒ Definição: número do questionário da pesquisa.
- ⇒ Procedimento: Já estará preenchido pelo supervisor

##### Q-162 – Nome dos respondentes (idoso)

- ⇒ Definição: nome completo do entrevistado idoso.
- ⇒ Procedimento: Deve ser indagado ao idoso. Escrever em letra de forma. Não esquecer, pois é fundamental a identificação de cada questionário. Atenção: anotar em papel extra o nome do idoso, pois este será usado em várias perguntas subseqüentes.

##### Q-163 – Nome dos respondentes (cuidador)

- ⇒ Definição: nome completo do entrevistado cuidador.
- ⇒ Procedimento: Deve ser indagado ao idoso. Escrever em letra de forma. Não esquecer, pois é fundamental a identificação de cada questionário da pesquisa.

##### Q-164 – Nome do entrevistador

⇒ Definição: nome do entrevistador.

⇒ Procedimento: preencha com o nome do entrevistador que está realizando a entrevista. O campo sombreado deverá ser preenchido após a entrevista, utilizando os códigos já oferecidos pelo supervisor a cada entrevistador. Não esqueça de preencher pois é fundamental a identificação de cada questionário.

#### Q-165 – Local da entrevista

⇒ Definição: local onde está sendo realizada a entrevista

⇒ Procedimento: preencha com o número correspondente ao local onde está realizando a entrevista.

#### Q-166– Data da entrevista

⇒ Definição: data que está sendo realizada a entrevista

⇒ Procedimento: preencha com a data que está realizando a entrevista.

#### Leia agora a frase que inicia o questionário do idoso e passe para a leitura do ‘termo de consentimento livre e esclarecido’

- Tenha em mente informações claras sobre o estudo para que você possa tirar alguma dúvida que apareça. Esteja preparado para responder perguntas. Quase sempre elas aparecem antes de você ter a autorização para iniciar a entrevista.
- **ATENÇÃO: cuidado para não ser muito explícito sobre as questões relacionadas à violência. Explique que se trata de questões relacionadas à saúde geral dos entrevistados e, se indagado, diga que algumas, mas não a maioria, das perguntas, se relaciona a alguns itens sobre risco de atos mais ríspidos.**
- Se o idoso não consentiu que a entrevista fosse feita com o cuidador, dirigir-se à sala onde o cuidador está sendo entrevistado e interrompê-la.

#### Q-167 – Início da entrevista

- ⇒ Definição: horário de início da entrevista.
- ⇒ Procedimento: Anotar horário de início, daí por diante, da entrevista.

## 2. Módulo II: “CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CULTURAIS E AVALIAÇÃO DO IDOSO”.

### Q-168 – Data de nascimento do cuidador

- ⇒ Definição: auto-explicativa.
- ⇒ Procedimento: Anotar a data original. Por vezes, em pessoas com mais idade possuem uma data natural e outra registrada. Nosso interesse é na data original.

### Q-169 – Anos completos

- ⇒ Definição: anos completados até aquele momento.
- ⇒ Procedimento: perguntar ao idoso.

### Q-170 – Anos de estudo

- ⇒ Definição: anos de estudo na escola e/ou cursos profissionalizantes e/ou aulas particulares.
- ⇒ Procedimento: Anotar de acordo com código na questão.

### Q-171 – Série cursada

- ⇒ Definição: último ano de escolaridade completado pelo idoso.
- ⇒ Procedimento: preencha com a última série completada quando for 1º grau. Para 2º grau e 3º grau utilizar códigos de resposta assinalados.

### Q-172 – Profissão

- ⇒ Definição: Profissão do idoso.
- ⇒ Procedimento: Caso seja do lar, preencher código assinalado. Para outras, por extenso com letra de forma. A área sombreada será preenchida posteriormente pelo supervisor.

**Q-173 – Estado civil**

- ⇒ Definição: situação conjugal.
- ⇒ Procedimento: leia todas as opções para o idoso para que ele possa escolher dentre elas a mais adequada à sua situação.

**Q-174 – Número de filhos**

- ⇒ Definição: filhos naturais ou adotivos.
- ⇒ Procedimento: preencher o número total de filhos. Se nenhum, preencher com código assinalado e pular próxima pergunta.

**Q-175 – Número de filhos que moram em casa**

- ⇒ Condição: só deverá ser preenchida se a resposta à questão anterior for diferente de zero filho. Se pular esta questão, utilizar código NA.
- ⇒ Definição: número de filhos que moram na casa do idoso.
- ⇒ Procedimento: assinalar número de filhos vivendo no domicílio do idoso. Se nenhum, preencher com código assinalado.

**Q-176 – Proprietário da residência**

- ⇒ Definição: proprietário da residência onde mora o idoso.
- ⇒ Procedimento: ler em voz alta as opções para que o respondente escolha a melhor opção.

**Q-177 – Se o idoso administra a residência onde mora**

- ⇒ Definição: Se o idoso administra a residência onde mora.
- ⇒ Procedimento: Anotar segundo códigos assinalados.

**Q-178 – Cor do respondente**

- ⇒ Definição: cor de pele que o idoso se identifica.
- ⇒ Procedimento: leia todas as opções para o respondente, para que ele possa escolher dentre elas a mais adequada à sua situação.

Questões 179 a 193 : patologias atuais ou presentes em algum momento da vida do respondente.

Coluna A: se o cuidador, sim ou não, apresenta ou já apresentou alguma das patologias citadas.

Coluna B: Se sim à coluna A, se quem fez o diagnóstico foi um médico ou ninguém. Se não à coluna A, NA (preencher código correspondente).

#### **Q-179 – Pressão alta**

⇒ Definição: hipertensão arterial.

⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### **Q-180 – Depressão**

⇒ Definição: doença depressiva, não apenas um estado passageiro de mau humor ou desânimo ou moral baixo.

⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### **Q-181 – Doenças do coração**

⇒ Definição: cardiopatias, coronariopatias, insuficiência cardíaca, doenças de válvulas cardíacas. Excluir pressão alta. (Frisar “não estamos falando de pressão alta”).

⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### **Q-182– Câncer**

⇒ Definição: neoplasias em qualquer órgão, presentes ou passadas, tratadas ou não.

⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### **Q-183 – Tuberculose**

⇒ Definição: pleurite, tuberculose, caverna, presente ou em qualquer fase da vida

⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### Q-184 – Derrame ou isquemia

⇒ Definição: acidentes vasculares transitórios ou permanentes em região cerebral, com ou sem seqüelas.

⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### Q-185 – uso de óculos ou aparelho auditivo

⇒ Definição: uso, prescrição ou necessidade de uso de óculos para ler ou para todas as atividades, ou uso de aparelhos auditivos todo o tempo ou parcialmente.

⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) usa ou já usou e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico do problema e prescreveu.

#### Q-186 – Uso de bengalas, cadeira de rodas

⇒ Definição: uso de bengalas ou cadeira de rodas, para situações eventuais ou todo o tempo, para uma ou outra órtese.

⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) usa atualmente e, (coluna B) se o médico prescreveu.

#### Q-187 – Reumatismo ou artrose

⇒ Definição: presença de doenças reumáticas como artrose e outras.

⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem atualmente e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

#### Q-188 – Quedas recentes

⇒ Definição: quedas recentes (há 1 ano ou menos) da própria altura.

⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-189 – Demência ou problemas de memória**

- ⇒ Definição: doenças degenerativas cognitivas ou queixas cognitivas ou mnésicas.
- ⇒ Procedimento: Podem ser usados sinônimos para explicar, como arteriosclerose, problemas de memória, Alzheimer. Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-190 – Enfisema (DPOC)**

- ⇒ Definição: doença respiratória crônica relacionada, em geral, a tabagismo. Enfisema ou bronquite crônica.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-191 – Diabetes**

- ⇒ Definição: diabetes mellitus.
- ⇒ Procedimento: indagar também se necessita usar insulina ou remédios para controlar glicose. Se a resposta for sim, encarar com tendo diabetes mellitus. Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-192 – Doença de Parkinson**

- ⇒ Definição: doença degenerativa neurológica caracterizada por rigidez, tremor, bradi e hipocinesia e distúrbios do sistema nervoso autônomo.
- ⇒ Procedimento: indagar explicitamente sobre o nome. Não serve apenas tremor. Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

**Q-193 – Outros**

- ⇒ Definição: qualquer outra doença não listada acima.
- ⇒ Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) **tem atualmente** e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.
- ⇒ Se presentes outras patologias, anotar quais no espaço próprio.

**Q-194 – Frequência de visitas ao médico**

- ⇒ Definição: Frequência anual de consultas médicas
- ⇒ Procedimento: Indagar, de acordo com códigos, a frequência de consultas médicas. Ler as opções. Serão também consideradas visitas médicas no domicílio do idoso.

Questões 195 a 201: tipos de medicamento usados. Preencher de acordo com códigos assinalados, pode ser anotado mais de um item.

**Q-195 – Sem receita do médico**

- ⇒ Definição: medicações usadas sem que o médico tenha receitado, que podem incluir homeopatia, naturais, da flora, analgésicos, etc.
- ⇒ Procedimento: Perguntar se sim ou não. Preencher de acordo com código.

**Q-196 – Com receita do médico**

- ⇒ Definição: medicações usadas de acordo com receita prescrita por algum médico.
- ⇒ Procedimento: Perguntar se sim ou não. Preencher de acordo com código.

**Q-197 – Uso crônico ou contínuo**

- ⇒ Definição: medicações para doenças crônicas sem período definido para interromper.
- ⇒ Procedimento: Perguntar se sim ou não. Preencher de acordo com código.

**Q-198 – Uso agudo ou eventual**

- ⇒ Definição: medicações para doenças ou eventos agudos com período definido para interromper ou terminar o tratamento.
- ⇒ Procedimento: Perguntar se sim ou não. Preencher de acordo com código.

**Q-199 – Nervos**

- ⇒ Definição: medicações usadas ‘para acalmar os nervos’. Antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, da flora (passiflorine).

⇒ Procedimento: Perguntar se sim ou não. Preencher de acordo com código.

#### **Q-200 – Para dormir**

⇒ Definição: número do questionário da pesquisa.

⇒ Procedimento: Já estará preenchido pelo supervisor

#### **Q-201 – Outros**

⇒ Definição: qualquer outra medicação não incluída na relação acima.

⇒ Procedimento: Perguntar se sim ou não. Preencher de acordo com código.  
Anotar em espaço próprio a medicação específica.

#### **Q-202 – Número de medicamentos**

⇒ Definição: quantidade de marcas ou tipos de medicamentos usados nas últimas 4 semanas.

⇒ Procedimento: Ler opções e solicitar que o idoso mencione qual a melhor resposta.

### **3. Módulo III: “MINI-MENTAL”.**

#### Instrumento Mini-Exame do Estado Mental (Folstein & Folstein)

- Este módulo é importante pois um dos critérios de exclusão dos idosos é um escore neste instrumento menor que 11. Portanto, todo o cuidado deve ser tomado na passagem deste teste.
- Nos Centros 1 e 3, se este exame já foi feito nos últimos nove meses e está anotado no prontuário, anotar apenas os itens do teste sem necessidade de questionar o idoso. Anotar o último exame realizado.
- No Centro 2 (PSF-LAPA), por não ser sistemática a realização do exame, e pela dificuldade de acesso ao prontuário no dia da entrevista, todos os idosos deverão realizar o exame.
- Iniciar o teste pela frase em itálico. Seguir as instruções e preencher os campos reservados às respostas.
- Circular 0 para resposta incorreta e 1 para resposta correta.
- Preencher a área sombreada após a entrevista.

- Colocar o escore das respostas circuladas assim que terminar o teste, para identificar escores maiores ou menores que 11.
- Usar o kit MINI-MENTAL já previamente entregue pelo supervisor da pesquisa, contendo lápis, relógio de pulso, comando FECHÉ OS OLHOS e desenho dos pentágonos.
- Se os escores forem menores que 11, interrompa a entrevista. Agradeça ao idoso pela colaboração na pesquisa.

#### Q-203

⇒ Procedimento: preencher, após a passagem do Mini-Mental, o escore total.

### **INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:**

#### • Seção I ORIENTAÇÃO TEMPORAL

##### Q-204 a 208

⇒ Procedimento: (contar 1 ponto por cada resposta exata)  
(aceitar apenas a resposta exata) (caso esteja no início do ano, caso seja mudança de mês perguntar se tem certeza no caso de erro)

#### Seção II ORIENTAÇÃO ESPACIAL

##### Q-209 a 213

⇒ Procedimento: (contar 1 ponto por cada resposta exata)  
(aceitar apenas a resposta exata)

#### Seção III REGISTRO

##### Q-214 a 216

⇒ Procedimento: Mencione os objetos a um intervalo de 1 segundo entre eles, pronunciando em voz alta, articulando bem.

**Repita as três palavras.**

(contar 1 ponto para cada palavra repetida corretamente na primeira tentativa).(Permitir 20 segundos para a resposta. Se o paciente não repete as 3 palavras na primeira tentativa, repetir, até que ele as aprenda. Máximo 6 tentativas). Anotar o nº. de tentativas.

- **Seção IV ATENÇÃO E CÁLCULO**

**Q-217 a 223**

⇒ Procedimento: (subtrair 7 a cada vez por 5 vezes. É preciso dar o máximo de oportunidades. Pode-se simplificar ao máximo as orientações. Pode-se repetir as instruções. Se ele der uma resposta errada, perguntar-lhe: "O senhor tem certeza?" e permitir a correção. Não se pode lhe dar dicas sobre a resposta. Parar após 2 erros. Dar 1 ponto por subtração exata. Se o número de pontos máximo não for obtido, perguntar-lhe: "O senhor pode soletrar mundo de trás para frente?") (O total dos dois subitens não deve figurar no escore global mas anotar o número de respostas corretas). Conta-se nesta seção o subitem de maior escore.

- **Seção V MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO**

**Q-224 a 226**

⇒ Procedimento: **Quais eram as 3 palavras que eu que o(a) Sr.(a) memorizasse?**  
(10 segundos para a resposta) (1 ponto por resposta correta)

- **Seção VI LINGUAGEM**

**Q-227 a 228**

⇒ Procedimento: **Aponte o lápis e o relógio e peça para nomeá-los.** (permitir 10 segundos para cada objeto) (contar 1 ponto para cada resposta exata)

**Q-229**

⇒ Procedimento: **Agora eu vou pedir para o Sr.(A) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita:** (pronunciar em voz alta, bem articulada,

lentamente) “**Nem aqui, nem ali, nem lá**”. (Não repetir a frase. Dar o ponto apenas se estiver corretamente pronunciada pelo idoso).

#### Q-230 a 232

- ⇒ Procedimento: Dê ao paciente uma folha de papel, e diga-lhe: “**Pegar com a mão direita, dobrar ao meio, e jogar no chão**”.
- ⇒ (1 ponto por item corretamente executado. Se o paciente parar, e lhe perguntar o que ele deve fazer, diga-lhe: “O que eu lhe disse para fazer.” Não contabilizar ponto por item incorretamente executado, p.ex. pegar o papel com a mão esquerda, dobrar em 4 e não colocá-lo no chão.)

#### Q-233

- ⇒ Procedimento: Dê ao paciente uma folha de papel, onde esteja escrito em letras grandes: “**Feche os olhos**”.
- Diga-lhe: “**Leia isto e faça o que está escrito no papel**” (Conte 1 ponto apenas se fechar os olhos).

#### Q-234 – Frase

- ⇒ Definição: Organização semântica.
- ⇒ Procedimento: Pedir ao paciente que escreva uma frase sobre a ficha do questionário no espaço correspondente (página 20) Esconder com um papel o desenho dos pentágonos. “**Por favor escreva uma sentença. Deve ser uma frase completa, com início, meio e fim.**” (contar 1 ponto se a frase tiver sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia, ou de sintaxe. Se o paciente não o fizer corretamente, perguntar-lhe “Isto é uma frase?” e permitir-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro. Se o paciente não responder, peça “**Escreva sobre o tempo.**”) (Máx. de tempo: 30 segundos)

#### Q-235 – Cópia dos pentágonos

- ⇒ Definição: noção de orientação visuo-espacial.
- ⇒ Procedimento: Dar ao paciente uma folha de papel branco e um lápis. Mostrar-lhe onde desenhar o modelo dos dois pentágonos se cruzando.

Perguntar-lhe: “Por favor, copie este desenho.” Permitir até 5 tentativas. (Máx. tempo: 1 minuto.) (Contar 1 ponto somente se a cópia comportar todos os ângulos de cada figura e se as figuras se cruzarem sobre dois lados diferentes).

#### Total do mini-mental

- ⇒ Definição: escore total do instrumento
- ⇒ Procedimento: anotar o escore total e anotar no item 203. Verificar se o escore total é maior ou menor que 11. Se menor, interromper a entrevista com o idoso conforme orientação no início desta seção e item 203.

#### 4. Módulo IV: “ESTADO FUNCIONAL”.

##### Q-236 A 255 – Instrumento Health Assessment Questionnaire

- ⇒ Definição: Instrumento de avaliação do estado funcional.
- ⇒ Procedimento: As opções de resposta variam de 0 a 3. Para facilitar a compreensão do respondente, antes de iniciar este grupo de perguntas, deve-se entregar uma ficha com estas opções de resposta, previamente fornecida pelo supervisor, intitulada HAQ, ao entrevistado. Ao final deste grupo de questões, solicitar a devolução da ficha.
- Você deve ler em voz alta cada item, após ler a frase introdutória no questionário (NÃO LER AS ÁREAS SOMBREADAS. APENAS AS QUESTÕES NUMERADAS). Em seguida, indague, para cada item, que o respondente forneça a melhor resposta de acordo com a ficha de respostas.
- Circular a resposta fornecida. Preencher a região sombreada somente após o término da entrevista.
- Não oferecer explicações sobre as perguntas. Repeti-las, se for o caso. Falar pausadamente.
- Atenção: 77→NR; 88→ NS – não ler estas opções e preencher na região sombreada apenas após o término da entrevista, se o respondente não ofereceu opção de resposta.

##### Q-256 A 270 – instrumento H-S/EAST

- ⇒ Definição: As questões 256 a 270 referem-se ao instrumento H-S/EAST, um dos instrumentos investigados neste projeto.

⇒ Procedimento: As opções de resposta são sim ou não.

- Você deve ler em voz alta cada item, após ler a frase introdutória no questionário. Em seguida, indague, para cada item, que o respondente forneça a melhor resposta.
- Circular a resposta fornecida. Preencher a região sombreada somente após o término da entrevista.
- Não oferecer explicações sobre as perguntas. Repeti-las, se for o caso. Falar pausadamente.
- Atenção: 77→NR; 88→ NS – não ler estas opções e preencher na região sombreada apenas após o término da entrevista, se o respondente não ofereceu opção de resposta.

#### **Q-271 a 281 – instrumento SF-36**

⇒ Definição: Este instrumento foi concebido como um indicador genérico de estado de saúde para utilização em inquéritos populacionais, medida de impacto de saúde na prática clínica e pesquisas.

⇒ Procedimento: Iniciar pela frase em negrito. Circular sempre as respostas e preencher as áreas sombreadas somente após o término da entrevista com o idoso.

- Não oferecer explicações sobre as perguntas. Repeti-las, se for o caso. Falar pausadamente.
- Há várias escalas multi-itens em várias questões. Prestar atenção na forma de resposta de cada uma delas, pois podem diferir uma para outra.

#### **Q-271 – saúde**

⇒ Definição: auto-explicativa

⇒ Procedimento: Dizer em voz alta as 5 opções de resposta. Circular a que o idoso escolher.

#### **Q-272 – saúde hoje comparada há um ano atrás**

⇒ Definição: classificação da saúde do idoso comparada à de um ano atrás

⇒ Procedimento: Dizer em voz alta as 5 opções de resposta. Circular a que o idoso escolher.

**Q-273 – dificuldade para realizar atividades por conta da saúde**

- ⇒ Definição: se a saúde do idoso o impede ou não de realizar as atividades listadas.
- ⇒ Procedimento: Dizer em voz alta as três opções de nível de dificuldade para cada uma das atividades listadas de a a j. Circular para cada atividade a resposta que o idoso escolher.

**Q-274 – problemas conseqüentes à saúde física nas últimas 4 semanas**

- ⇒ Definição: problemas no trabalho ou atividades diárias conseqüentes à saúde física nas últimas 4 semanas
- ⇒ Procedimento: Nos itens de a a d perguntar sim ou não. Circular para cada atividade a resposta que o idoso escolher.

**Q-275 – problemas conseqüentes a problemas emocionais nas últimas 4 semanas**

- ⇒ Definição: problemas no trabalho ou atividades diárias conseqüentes a algum problema emocional nas últimas 4 semanas.
- ⇒ Procedimento: Nos itens de a a c perguntar sim ou não. Circular para cada atividade a resposta que o idoso escolher.

**Q-276 – saúde física ou problemas emocionais interferindo na vida de relação**

- ⇒ Definição: Nas últimas 4 semanas o quanto os problemas acima interferiram na vida de relação do idoso.
- ⇒ Procedimento: Dizer em voz alta as 5 opções de resposta. Circular a que o idoso escolher.

**Q-277 – dor**

- ⇒ Definição: quanta dor no corpo o idoso teve nas últimas 4 semanas.
- ⇒ Procedimento: Dizer em voz alta as 6 opções de resposta para intensidade de dor. Circular a que o idoso escolher.

**Q-278 – interferência da dor no trabalho**

- ⇒ Definição: Nas últimas quatro semanas o quanto a dor interferiu no trabalho fora ou dentro de casa.

⇒ Procedimento: Dizer em voz alta as 5 opções de resposta. Circular a que o idoso escolher.

**Q-279 – estado de saúde geral nas últimas 4 semanas**

⇒ Definição: Nas últimas quatro semanas quanto do seu tempo o idoso tem estado em relação a cada uma das atividades indagadas

⇒ Procedimento: Dizer em voz alta as seis opções de nível de dificuldade para cada uma das atividades listadas de a a i. Circular, para cada atividade, a resposta que o idoso escolher como a mais conveniente.

**Q-280 – saúde física ou problemas emocionais interferindo nas atividades sociais**

⇒ Definição: Nas últimas 4 semanas o quanto os problemas acima interferiram nas atividades sociais do idoso.

⇒ Procedimento: Dizer em voz alta as 5 opções de resposta. Circular a que o idoso escolher.

**Q-281 – verdadeiro ou falso**

⇒ Definição: que nível de saúde o idoso acha que possui comparando com algumas situações ou outra pessoa.

⇒ Procedimento: Dizer em voz alta as cinco opções de o quão falsa ou verdadeira é a afirmativa oferecida para cada uma das assertivas listadas de a a d. Circular para cada atividade a resposta que o idoso escolher.

**5. Módulo V: “ESTADO TÍMICO”.**

**Q-282 A 296– Escala de Depressão Geriátrica**

⇒ Definição: instrumento de triagem de depressão no idoso.

⇒ Procedimento: iniciar pela frase em itálico de introdução. O período de tempo a que as perguntas se referem é de uma semana. Deve-se procurar a resposta sim ou não de forma clara.

- Você deve ler em voz alta cada item, após ler a frase introdutória no questionário. Em seguida, indague, para cada item, que o respondente forneça a melhor resposta.

oferecida como opção ao respondente, a não ser que ele espontaneamente o faça. Para facilitar a compreensão do respondente, antes de iniciar este grupo de perguntas, deve-se entregar uma ficha com estas opções de resposta, previamente fornecida pelo supervisor, intitulada CTS, ao entrevistado. Ao final

deste grupo de questões, solicitar a devolução da ficha. ATENÇÃO: na ficha de respostas não está incluída a opção 0.

- Ler para todas as questões as opções de resposta e solicitar que o idoso acompanhe com sua ficha e, ao final, indique a melhor opção.
- Atenção: 77→NR; 88→ NS; 99→ NA – não ler estas opções e preencher na região sombreada e região número do mês apenas após o término da entrevista, se o respondente não ofereceu opção de resposta.

#### **FIM DA ENTREVISTA**

- Na página final da entrevista, há um texto que explica sobre algumas questões relacionadas à violência doméstica. Ler em voz alta.
- Ao final, entregar a lista, previamente fornecida, de locais em que possa se esclarecer um pouco mais sobre este tema e onde também consta o nome da pessoa, na unidade, responsável pelo encaminhamento das suspeitas de abusos, caso o respondente queira contatá-la.

#### **Q-316- Término da entrevista**

⇒ Definição: auto-explicativa

⇒ Procedimento: auto-explicativo. Não esquecer de assinar o nome do entrevistador. Colocar horário de término.