



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

Carolina Abreu Henn de Araújo

**Violência doméstica e indicadores antropométricos em idosos residentes em
Florianópolis / SC: estudo longitudinal Epifloripa**

Florianópolis

2023

Carolina Abreu Henn de Araújo

**Violência doméstica e indicadores antropométricos em idosos residentes em
Florianópolis / SC: estudo longitudinal EpiFloripa**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Elza Berger Salema Coelho, Dra.

Coorientadora: Deise Warmling, Dra.

Florianópolis

2023

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

Araújo, Carolina Abreu Henn de
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS EM
IDOSOS RESIDENTES EM FLORIANÓPOLIS / SC: ESTUDO
LONGITUDINAL EPIFLORIPA / Carolina Abreu Henn de Araújo ;
orientadora, Elza Berger Salema Coelho, coorientadora,
Deise Warmling, 2023.
160 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Coletiva. 3. Violência e
Saúde. 4. Ciências da Saúde. 5. Alimentação e Nutrição. I.
Coelho, Elza Berger Salema. II. Warmling, Deise. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Carolina Abreu Henn de Araújo

Violência doméstica e indicadores antropométricos em idosos residentes em Florianópolis / SC: estudo longitudinal EpiFloripa

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 11 de julho de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Doroteia Aparecida Höfelmann, Dr.(a)
Universidade Federal do Paraná

Profa. Sheila Rubia Lindner, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Carolina Carvalho Bolsoni, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.



Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Profa. Elza Berger Salema Coelho, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2023.

Dedico este trabalho à minha mãe, meu marido e minhas filhas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente por ser combustível em mim, por me mostrar diariamente a sua presença e sua força, me mostrando o caminho certo mesmo quando tudo parece perdido. Por me encorajar a seguir em frente e ajudar a perceber a força que há em mim.

Agradeço à minha mãe Augusta e ao meu pai Vilmar *in memoriam* pela vida e pelos ensinamentos. À minha mãe por ser minha maior incentivadora, por acreditar em mim, por ser meu apoio incondicional e ser meu exemplo de força, resiliência, amor, fé, generosidade e perseverança. Ao meu pai, que mesmo sem a presença física me impulsiona a realizar meus sonhos, pois sempre acreditou em mim, e hoje é a energia que me move em busca da minha evolução.

Ao meu marido Pierre que me apoiou desde minha inscrição no processo seletivo para o doutorado. Por ter me ajudado com todas as imensas análises dos artigos desta Tese, por revisar o português e estudar comigo sobre violência. Sem tua presença, disponibilidade e apoio eu não teria conseguido. Obrigada por me mostrar que o amor é aquilo que se mantém em meio ao caos.

Às minhas filhas Beatriz e Gabriela, que me dão a força necessária para buscar mais e ser uma pessoa melhor a cada dia. Por me mostrarem o amor incondicional e me ensinarem tanto sobre a vida. Elas são a minha maior motivação para lutar por um mundo melhor.

À minha irmã pelo incentivo, companheirismo e amizade que transcendem tempo e espaço.

Às minhas amigas Rafa, Gabi, Dine, Maria e Duda por me incentivarem, vibrarem comigo a cada conquista e caminharem ao meu lado nessa vida.

À minha orientadora Elza pela parceria nesses quatro anos, por estar sempre disponível, por me incentivar e acreditar no meu potencial, pelas oportunidades de aprendizado e crescimento profissional.

À Deise que foi muito mais que coorientadora deste estudo, pois além de me ajudar em todo o processo de escrita da tese, foi quem inúmeras vezes acolheu com toda sua sabedoria e paciência as minhas angústias e aflições. Obrigada por suas ponderações sempre tão pertinentes e por ter se tornado uma amiga tão essencial nesse processo.

À minha colega Larissa Pruner Marques, pela disponibilidade em me ajudar em todas as vezes que precisei, sanando minhas dúvidas sobre os comandos das análises dos artigos, sempre com muita paciência.

Ao IFSC, nas pessoas Girlane Bondan e Gilberto Vicente, por terem concedido o afastamento integral para o meu doutorado durante 3 anos, pois somente com este benefício eu pude me dedicar exclusivamente aos meus estudos e foi possível chegar até aqui. Minha eterna gratidão a esta Instituição.

À UFSC por ser meu local de formação na pós-graduação, por me fazer enxergar e refletir sobre a saúde das coletividades, sobre as desigualdades sociais na sociedade, e a importância das políticas públicas. Por ter plantado em mim a vontade de lutar por uma sociedade mais justa, que valorize a ciência, a saúde e a educação.

Como disse Antoine de Saint-Exupéry “aqueles que passam por nós não vão sós e não nos deixam sós. Deixam um pouco de si e levam um pouco de nós”. Assim, sinto que cada encontro vivido nesses anos possibilitou e contribuiu com essa chegada e com esse fechamento de ciclo. Obrigada a todos, do fundo do meu coração!

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”. (KING, Marthin Luther, s.d).

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar a associação da violência doméstica com a obesidade e desnutrição em pessoas idosas ao longo de 5 anos, no município de Florianópolis. Foram conduzidos estudos com delineamentos transversal e longitudinal com dados provenientes das últimas duas ondas da coorte de base populacional e domiciliar, EpiFloripa Idoso. Participaram do estudo 1.197 idosos (onda 2) e 1.335 idosos (onda 3) com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, residentes na comunidade. As medidas da circunferência da cintura (obesidade abdominal) e do índice de massa corporal (IMC) foram utilizadas para identificar a obesidade e a desnutrição. A violência doméstica foi verificada através do instrumento *Hwalek-Sengstock Elder abuse Screening Test* (H-S/EAST) adaptado que identifica tanto os sinais de presença (diretos) quanto de suspeita (indiretos) de abuso contra idosos. Este instrumento é composto por 15 itens onde um escore de três ou mais indica risco aumentado de algum tipo de violência, além disso, o conjunto de perguntas do instrumento foi agrupado em três dimensões da violência: “abuso potencial”, “violação dos direitos pessoais ou abuso direto” e “características de vulnerabilidade”. A violência doméstica também foi analisada pelo *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1) (traduzido e adaptado), que identifica situações de violência entre os casais. O questionário investiga três maneiras de lidar com os conflitos: argumentação, agressão verbal e agressão física. Para verificar a associação entre a violência doméstica com a obesidade e a desnutrição em idosos da onda 2, utilizou-se a regressão logística para o desfecho circunferência da cintura, e regressão logística multinomial para o desfecho IMC. Os valores do modelo ajustado mostraram que os idosos tiveram 75% de chance de apresentar obesidade abdominal em situação de violência (escore total) (OR: 1,75 [1,06;2,88]), e 55% em situação de abuso potencial (OR: 1,55 [1,01;2,38]). A dimensão violação dos direitos pessoais ou abuso, revelou que 38% das idosas apresentam maior chance de obesidade abdominal (OR: 1,38 [1,03;2,31]), assim como 78% quando estas sofrem VPI (OR: 1,78 [1,01;3,23]) e 89% quando são perpetradoras da VPI (OR: 1,89 [1,00;3,41]). Já na regressão logística multinomial para o desfecho IMC, as idosas em situação de violência (escore total) tiveram 23% de chance de sobrepeso (OR: 1,23 [1,15;1,78]), assim como as idosas que sofrem VPI 116% (OR: 2,16 [1,58;6,74]). Em contrapartida, no sexo masculino, os idosos em situação de vulnerabilidade, tiveram 127% de chance (OR: 2,27 [1,05;5,96]) de apresentarem baixo peso. A análise longitudinal da associação entre violência doméstica com a obesidade e a desnutrição entre pessoas idosas foi realizada pelo método de Equações de Estimativa Generalizadas (GEE), investigando a relação dos preditores na onda 2 sobre os desfechos na onda 3. Na análise ajustada, os indivíduos do sexo masculino que sofreram abuso direto, tiveram 50% (OR: 1,50 [1,22-1,83]) a mais de chance de apresentar baixo peso. Além disso, os homens idosos que relataram possuir alguma vulnerabilidade tiveram 96% (OR: 1,96 [1,11-3,46]) mais chance de apresentar baixo peso. Por outro lado, as mulheres que relataram sofrer VPI, tiveram 28,0% de chance de apresentar sobrepeso (OR: 1,28 [1,00-3,12]), e, quando as mulheres relataram ser perpetradoras da VPI, tiveram 42% mais chance de apresentarem sobrepeso (OR: 1,42 [1,13-2,74]). Já em relação a CC, as associações demonstraram significância estatística apenas com as idosas, onde ter alguma característica de vulnerabilidade, aumentou em 94% a chance delas apresentarem obesidade abdominal (OR: 1,94 [1,09-3,40]), assim como

perpetrar VPI, aumentou em 30% a chance de apresentarem esse mesmo desfecho (OR: 1,30 [1,00-1,69]). Conclui-se que idosos de ambos os sexos que estão em situação de violência doméstica apresentam maior chance de apresentar estado nutricional inadequado (baixo peso ou sobrepeso) ao longo de 5 anos.

Palavras-chave: violência doméstica; circunferência da cintura; IMC; obesidade; desnutrição; idosos; estudo longitudinal.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the association of domestic violence with obesity and malnutrition in elderly people over 5 years in the city of Florianópolis. Cross-sectional and longitudinal studies were conducted with data from the last two waves of the population-based and household-based cohort, EpiFloripa Idoso. The study included 1.197 elderly people (wave 2) and 1.335 elderly people (wave 3) aged 60 years or older, of both genders, living in the community. Waist circumference (abdominal obesity) and body mass index (BMI) measurements were used to identify obesity and malnutrition. Domestic violence was verified using the adapted Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) instrument, which identifies both the presence (direct) and suspected (indirect) signs of abuse against the elderly. This instrument consists of 15 items where a score of three or more indicates an increased risk of some type of violence, in addition, the set of questions in the instrument was grouped into three dimensions of violence: "potential abuse", "violation of personal or direct abuse" and "vulnerability characteristics". Domestic violence was also analyzed using the Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1) (translated and adapted), which identifies situations of violence between couples. The questionnaire investigates three ways of dealing with conflicts: argumentation, verbal aggression and physical aggression. To verify the association between domestic violence and obesity and malnutrition in the elderly in wave 2, logistic regression was used for the outcome of waist circumference, and multinomial logistic regression for the outcome of BMI. The values of the adjusted model showed that the elderly had a 75% chance of presenting abdominal obesity in situations of violence (total score) (OR: 1.75 [1.06;2.88]), and 55% in situations of abuse potential (OR: 1.55 [1.01;2.38]). The violation of personal rights or abuse dimension revealed that 38% of the elderly women have a greater chance of abdominal obesity (OR: 1.38 [1.03;2.31]), as well as 78% when they suffer IPV (OR: 1.78 [1.01;3.23]) and 89% when they are perpetrators of IPV (OR: 1.89 [1.00;3.41]). In the multinomial logistic regression for the BMI outcome, elderly women in situations of violence (total score) had a 23% chance of being overweight (OR: 1.23 [1.15;1.78]), as well as elderly women who suffer VPI 116% (OR: 2.16 [1.58;6.74]). On the other hand, among males, elderly people in vulnerable situations had a 127% chance (OR: 2.27 [1.05;5.96]) of being underweight. The longitudinal analysis of the association between domestic violence and obesity and malnutrition among elderly people was performed using the Generalized Estimating Equations (GEE) method, investigating the relationship between predictors in wave 2 and outcomes in wave 3. In the adjusted analysis, the male subjects who suffered direct abuse were 50% (OR: 1.50 [1.22-1.83]) more likely to be underweight. In addition, elderly men who reported having some vulnerability were 96% (OR: 1.96 [1.11-3.46]) more likely to be underweight. On the other hand, women who reported experiencing IPV had a 28.0% chance of being overweight (OR: 1.28 [1.00-3.12]), and when women reported being perpetrators of IPV, they had 42% more likely to be overweight (OR: 1.42 [1.13-2.74]). Regarding WC, the associations showed statistical significance only with the elderly, where having some characteristic of vulnerability increased their chance of having abdominal obesity by 94% (OR: 1.94 [1.09-3.40]), as well as perpetrating IPV, the chance of presenting the same outcome increased by 30% (OR: 1.30 [1.00-1.69]). It is concluded that elderly people of both sexes who are in a situation of domestic violence are more likely to have an inadequate nutritional status (underweight or overweight) over a 5-year period

Keywords: domestic violence; waist circumference; BMI; obesity; malnutrition; elderly; longitudinal study.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo teórico-conceitual das relações entre VPI e IMC	40
Figura 2 – Fluxograma dos estudos selecionados	47
Figura 3 – Fluxograma com descrição do plano amostral da terceira onda do estudo EpiFloripa Idoso e população das três ondas. Florianópolis/SC, 2009-2019	59
Figura 4 – Fluxograma do tamanho da amostra de estudo	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Pontos de Corte IMC	44
Quadro 2 – Questões utilizadas no H-S/EAST para mensurar a violência contra pessoa idosa.....	69
Quadro 3 – Questões utilizadas no CTS-1 para mensurar a violência por parceiro íntimo (VPI).....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de fecundidade total (número de filhos por mulher) por Continente.....	25
Tabela 2 – Ponto de corte da circunferência da cintura.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
ONU	Organização das Nações Unidas
IE	Índice de Envelhecimento
DSPI	Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso
TMC	Transtornos Mentais Comuns
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
NEAIS	Estudo Nacional de Incidência de Abuso de Idosos
VPI	Violência por Parceiro Íntimo
EN	Estado nutricional
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
CDC	<i>Centers of Disease Control and Prevention</i>
CC	Circunferência da Cintura
EDHS	Pesquisa Demográfica e Saúde no Egito
EUA	Estados Unidos da América
LDHS	Pesquisa de Demografia e Saúde da Libéria
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
PDA	<i>Personal Digital Assistants</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
H-S/EAST	Hwalek-Sengstock Elder abuse Screening Test
CTS-1	<i>Conflict Tactics Scales Form R</i>
GEE	Equações de Estimativa Generalizadas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz

ESRC *Economic and Social Research Council*
PRIDE *Promoting Independence in Dementia*
CEPSH Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	HIPÓTESES	20
1.2	OBJETIVOS.....	20
1.2.1	Objetivo Geral.....	20
1.2.2	Objetivos Específicos.....	21
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA.....	21
2.2	EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONA.....	24
2.2.1	Contexto mundial.....	24
2.2.2	Contexto nacional.....	26
2.2.3	Contexto local	27
2.3	VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA.....	28
2.3.1	Definições e tipologias.....	28
2.3.2	Violência Doméstica Contra Pessoa Idosa	31
2.3.3	Epidemiologia da Violência Doméstica Contra Pessoa Idosa.....	34
2.3.3.1	<i>Prevalências no contexto mundial.....</i>	34
2.3.3.2	<i>Prevalências no contexto nacional.....</i>	35
2.3.3.3	<i>Prevalências no contexto local.....</i>	36
2.3.4	Modelos teóricos de fatores associados à violência.....	37
2.3.5	Fatores associados à Violência Doméstica Contra Pessoa Idosa.....	41
3.4	ESTADO NUTRICIONAL E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM IDOSOS.....	43
3.4.1	Estado nutricional em idosos.....	43
3.4.2	Impactos da Violência Doméstica no Estado Nutricional.....	45
3.4.2.1	<i>Violência Doméstica e excesso de peso.....</i>	47
3.4.2.2	<i>Violência Doméstica e desnutrição.....</i>	49
3.4.2.3	<i>Impactos da Violência Doméstica sobre o Estado Nutricional ao longo da vida</i>	51
4. MÉTODOS.....		53
4.1	DELINEAMENTO DO ESTDO.....	53
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	54
4.3	SELEÇÃO E AMOSTRA - EPIFLORIPA IDOSO 2009/2010.....	54

4.4 AMOSTRA - EPIFLORIPA IDOSO 2013/2014.....	55
4.5 AMOSTRA - EPIFLORIPA IDOSO 2017/2019.....	57
4.6 PERDAS E RECUSAS.....	60
4.7 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO.....	61
4.7.1 Equipe de trabalho.....	61
4.7.2 Seleção e treinamento dos entrevistadores.....	61
4.7.3 Pré-teste do instrumento.....	62
4.7.4 Piloto.....	62
4.7.5 Coleta de dados.....	63
4.7.6 Análise de consistências.....	64
4.7.7 Controle de qualidade.....	65
4.8 VARIÁVIES DO ESTUDO.....	65
4.8.1 População do estudo para Violência Contra Pessoa Idosa, onda 2013/2014.....	65
4.8.2 População do estudo para VPI, onda 2013/2014.....	65
4.8.3 População do estudo para Violência Contra Pessoa Idosa, onda 2017/2019.....	66
4.8.4 População do estudo para VPI, onda 2017/2019.....	67
4.9 VARIÁVEIS DO ESTUDO E INSTRUMENTO DE MEDIDA.....	67
4.9.1 Variáveis de desfecho.....	67
4.9.2 Variáveis de exposição.....	68
4.9.3 Variáveis de ajuste do nível individual.....	71
4.10 ANÁLISE DOS DADOS.....	71
4.11 FINANCIAMENTO.....	73
4.12 QUESTÕES ÉTICAS.....	73
5. RESULTADOS.....	74
5.1 ARTIGO 1.....	75
5.2 ARTIGO 2.....	96
6. CONCLUSÃO.....	124
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICE A – PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS EM IDOSOS	144

APÊNDICE B- DESCRIÇÃO DOS ATIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SEGUNDO TIPOLOGIA DE VIOLÊNCIA ESTUDADA.....	146
ANEXO A – PARECER DO CEPESH/UFSC DO ESTUDO EPIFLORIPA IDOSO 2009/2010.....	148

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento no Brasil ocorre de maneira acentuada desde as últimas décadas. Atualmente, o número de idosos no país constitui cerca de 14,7% da população total, e estima-se que em 30 anos, um a cada três indivíduos brasileiro seja idoso (PNAD Contínua, 2021). Esse crescimento expressivo tem sido apontado como consequência da redução nas taxas de fecundidade e mortalidade ocorridas no país desde a década de 60 (WONG & CARVALHO, 2006) e também devido ao aumento na expectativa de vida do brasileiro, que poderá chegar a 81 anos, em média, no ano de 2050 (IBGE, 2018).

Segundo a Organização das Nações Unidas (1982) são considerados idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos que moram em países desenvolvidos, em contrapartida, acima de 60 anos os indivíduos residentes em países em desenvolvimento. No Brasil, a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) são os documentos legais que marcam o início da terceira idade a partir dos 60 anos.

A violência contra a pessoa idosa emerge, nesse início de século, como um grave e crescente problema de saúde pública, interferindo em diferentes esferas da qualidade de vida das pessoas: física, psicológica/emocional, sexual e financeira (WHO, 2008). Ela gera ainda consequências a curto, médio e longo prazo, para indivíduos, famílias, comunidades e países, entre essas consequências, pode-se destacar o aumento da demanda em serviços de saúde (SARAIVA E COUTINHO, 2012).

Existe uma variedade de conceitos que definem o fenômeno da violência contra a pessoa idosa, entre os quais podem ser citados os maus-tratos, a negligência, a violência física e os abusos. Na literatura, é comumente adotada a definição utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera os maus-tratos na terceira idade como “ato único ou repetido ou, ainda, ausência de ação apropriada, ocorrendo dentro de um relacionamento de confiança e que cause dano, sofrimento ou angústia para a pessoa idosa” (WHO, 2008). Os maus-tratos podem, também, ser compreendidos como uso da violência para compelir os idosos a fazerem o indesejado, feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte. Trata-se de uma expressão ampla, multifacetada, na qual se encontram inseridos: a negligência, como recusa ou omissão de cuidados necessários aos idosos, seja

pelos familiares ou instituições; a violência física, caracterizada como o uso de força física que pode resultar em dano; e os abusos, considerados como exploração imprópria ou uso não consentido de recursos financeiros ou patrimoniais (SOUSA *et al.*, 2010).

As estimativas da prevalência da violência familiar contra pessoas idosas no mundo variam entre 4% e 10% (CLARYSSE *et al.*, 2018). Estudos internacionais apontam percentuais entre 3,2% e 29,3% e um aumento de 150% em sua incidência nos últimos 10 anos (JOHANNESSEN & LOGIUDICE, 2017).

No Brasil, em 2022, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), através do Disque 100 registrou 35 mil denúncias de violações contra a pessoa idosa, um aumento de 1,4% em relação ao ano anterior (BRASIL, 2022). E de acordo com os dados divulgados pelo Ministério da Saúde das notificações de violência contra idosos atendidos em serviços de saúde de referência, os filhos, figuram como suspeitos em mais de 16 mil registros. Das mulheres idosas vítimas de violência, 45% são de casos reincidentes enquanto que nos homens a porcentagem é de 27,1%. Os laços familiares e o medo são os principais fatores para o silêncio das vítimas. As principais violências contra a pessoa idosa são: física, psicológica e negligência/abandono. A violência financeira representa 7% dos casos de violência contra idosos (BRASIL, 2016).

De modo geral, os estudos apontam que grande parte dos casos de violência nessa população ocorre no ambiente familiar (MINAYO, 2003; WANDERBROOKE & MOREÉ, 2012), embora a família constitua o principal sistema de suporte da pessoa idosa na sociedade brasileira (OLIVEIRA, GOMES, AMARAL, & SANTOS, 2012). Como mostram os dados divulgados pelo IBGE, 85,6% dos idosos vivem em situações em que há a presença de outra pessoa com alguma relação de parentesco, sendo que 63,7% deles são chefes de família (PNAD, 2016).

Como fatores que contribuem para a maior vulnerabilidade dos idosos à violência, a literatura especializada destaca os seguintes aspectos: o agressor viver na mesma casa que a vítima; existir relação de dependência financeira entre pais e filhos; ambiente ser de pouca comunicação, pouco afeto e vínculos frágeis na família; o isolamento social da família e da pessoa idosa; haver história de violência na família; o cuidador ter sido vítima de violência doméstica e/ou ser dependente de drogas; e a presença de qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico (VAN DEN BRUELE AB, *et al.*, 2019).

Ainda, a literatura recente mostrou uma gama de outros fatores que se mostraram relacionados com a ocorrência de violência doméstica nos idosos e de maneira não consensual, tais como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, cor da pele, renda, capacidade funcional, presença de morbidades, sintomas depressivos, déficit cognitivo, dependência em atividades de vida diária, uso de medicação e estado nutricional (CLARYSSE *et al.*, 2018).

O estado nutricional assume uma importante função na qualidade de vida e de saúde dessa população. Estudos epidemiológicos têm identificado prevalências crescentes de obesidade em idosos, no Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 apontaram que 64,4% dos idosos (60 anos ou mais) estavam com excesso de peso (IMC \geq 25 kg/m²), enquanto 24,8% estavam com obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) (IBGE, 2020).

A obesidade em idosos está associada a diversos agravos de saúde, como diabetes tipo II, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e determinados tipos de câncer (OMS, 2012). Por outro lado, a desnutrição se destaca como uma questão importante nos idosos, especialmente nos mais velhos, pois está fortemente associada ao aumento da incapacidade funcional, aumento no número de internações, redução da qualidade de vida, maior susceptibilidade às infecções e, conseqüentemente, aumento da mortalidade (CAMPOS *et al.*, 2006).

Diversos estudos investigaram a relação entre violência doméstica na infância com a obesidade na vida adulta (BOYNTON-JARRET, 2012; GREENFIELD, 2009; GUNSTAD, 2006; JUN, 2012; MATTHEWS, 2014; McCARTHY-JONES, 2014; POWER, 2015; SACKS, 2017; UDO, 2016). Outros investigaram se a exposição à violência doméstica na infância está associada à maior Índice de Massa Corporal (IMC) na adolescência (GOODING, 2015; ISOHOOKANA, 2016; LOHMAN, BRENDA 2016; RICHARDSON, 2014). Ainda, alguns estudos investigaram a associação entre violência doméstica em mulheres adultas (DAVIES, 2016; FERDOS, 2018; GARCIA, 2014; PENGPID, 2018; RAHMAN, 2013; YOUNT, 2011; FERREIRA, 2015). Até o presente momento foi encontrado um estudo que buscou investigar essa temática na população idosa (BRANDÃO *et al.*, 2021).

Dessa maneira, pouco se sabe sobre o impacto da violência doméstica nas condições de saúde nos idosos. Além disso, as políticas públicas para idosos não abordam essa temática. Quando o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal é continuamente ativado por longos períodos de tempo como resultado de estresse crônico,

especificamente nos idosos, ocorrendo ao longo da vida, consequências negativas à saúde como a obesidade ou desnutrição, podem aparecer (BJORNTORP, 2001). Ainda, a associação entre violência doméstica e o IMC nos idosos pode ser resultante da intenção do cuidador reter a fonte de alimento como uma forma de abuso psicológico, comportamento muito comum de violência doméstica, cuja consequência última seria a difícil manutenção do bom estado nutricional nesses indivíduos (DAVIES, 2016).

Assim, considerando que a violência doméstica é um fenômeno que se perpetua ao longo das gerações, podendo comprometer o processo de envelhecimento saudável, reitera-se a necessidade de estudar a associação entre violência doméstica e a situação nutricional na população idosa, respondendo assim a uma lacuna no conhecimento científico. Somente a partir dessa compreensão é que se poderá ter um conhecimento aprofundado dos fatores determinantes do estado nutricional dos idosos e que está diretamente relacionado ao perfil epidemiológico e de mortalidade. Para tanto, estabelecemos as hipóteses do estudo e objetivos geral e específicos, a seguir.

1.1 HIPÓTESES

As hipóteses deste estudo, foram elaboradas com base em evidências científicas, as quais são apresentadas na revisão de literatura, no tópico estado nutricional e violência doméstica em mulheres e homens idosos; bem como nas variáveis disponibilizadas nos instrumentos de pesquisa.

Abaixo são apresentadas as hipóteses formuladas para esta tese:

- A violência doméstica está presente tanto nas mulheres como nos homens idosos, sendo que ambos podem sofrê-la ou perpetrá-la.
- As variáveis individuais sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda, sintomas depressivos e uso inadequado de álcool estão associadas à violência doméstica em mulheres e homens idosos.

- Homens e mulheres idosos em situação de violência doméstica possuem medidas antropométricas alteradas, quando comparados aos idosos não expostos à essa violência.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Investigar a associação da violência doméstica com a obesidade e a desnutrição em pessoas idosas ao longo de 5 anos, no município de Florianópolis, Santa Catarina.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência de obesidade, eutrofia e desnutrição entre homens e mulheres idosos entre os anos 2013/2014 (2ª onda) e 2017/2018 (3ª onda);
- Verificar o impacto da violência doméstica na obesidade e desnutrição de mulheres e homens idosos na 2ª onda;
- Investigar a associação entre violência doméstica com a obesidade e desnutrição em pessoas idosas ao longo de 5 anos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 POLITICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA

Diante do processo de envelhecimento populacional crescente, diversas políticas e ações intersetoriais vêm sendo planejadas para atender às demandas dessa população. Acredita-se que a pessoa idosa deve ter sua saúde preservada não somente pela ausência de doenças, mas também pela sua condição de autonomia e independência (BRITO; LITVOC, 2004).

No ano de 1982, em Viena, aconteceu a I Assembleia Mundial do Envelhecimento, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) com o objetivo central de sensibilizar Estados e a sociedade civil sobre a necessidade de instituir um Sistema de Seguridade Econômico Social para as pessoas idosas, assim como oportunidades de participação e contribuição ao desenvolvimento de seus países. Neste evento, foi aprovado o Plano Internacional de Viena para o Envelhecimento, o primeiro documento internacional sobre envelhecimento produzido para subsidiar programas e políticas públicas nessa temática (ONU, 2002).

Em 1991, as Nações Unidas adotaram através da Resolução nº 46/91, os Princípios das Nações Unidas em favor das pessoas idosas, incentivando os governos a incorporarem os princípios de independência, participação, cuidados, realização pessoal e dignidade, nos seus programas nacionais (BRASIL, 2016).

Em 2002 aconteceu a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em Madri, onde foi elaborado o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Este documento ressaltava a necessidade de inclusão social, cultural, política e econômica do idoso e incentivava o envelhecimento com segurança e dignidade. Ainda assim, dava ênfase para a eliminação de todas as formas de violência e a criação de serviços de apoio para prestar assistência ao idoso, em caso de violência (ONU, 2002).

Assim, no ano de 2006 foi instituído o Dia Mundial De Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa (dia 15 de junho), com o objetivo de dar visibilidade à essa questão, enquanto uma violação grave aos direitos humanos, além de estimular a conscientização de não aceitação da violência, junto à sociedade, fortalecendo os debates e estratégias de enfrentamento e prevenção da violência (BRASIL, 2002).

No Brasil, desde a década de 1990 a OMS utiliza o termo “envelhecimento ativo”, que pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (BRASIL, 2019).

A Política Nacional do Idoso, criada em 1994, buscava assegurar os direitos sociais e o amparo legal à pessoa idosa, promovendo condições de incentivo à integração, autonomia e participação efetiva na sociedade. Enquanto a Portaria nº 702 de 2002 estabelecia que as secretarias estaduais de saúde adotassem as

providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, composta por hospitais gerais e centros de referência de atenção à saúde do idoso. Ainda, os estados deveriam estabelecer os fluxos de referência e contrarreferência, a fim de articular a rede estabelecida com os serviços da atenção básica (BRASIL, 2002).

O Estatuto do Idoso, criado em 2003, estabelecia que fossem assegurados os direitos à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, alimentação, à saúde, à convivência familiar e comunitária, entre outros direitos fundamentais (individuais, sociais, difusos e coletivos), cabendo ao Estado, à comunidade, à sociedade e à família a responsabilidade por assegurar esses direitos. Considerando ainda, passível de punição legal, qualquer tipo de negligência, discriminação ou outras formas de atentado aos direitos dos idosos (BRASIL, 2003).

Assim, foi criado em 2003, o 'Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa', que buscava promover ações para o cumprimento do Estatuto do Idoso, além de tratar do enfrentamento de todas as formas de violência contra esta população (BRASIL, 2005).

Por fim, a mais recente Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, criada em 2006, cujo objetivo era promover ações coletivas e individuais de saúde a fim de recuperar, manter e promover a autonomia e independência das pessoas idosas. Para o atendimento das suas diretrizes, que visam promover o envelhecimento ativo e saudável, uma das estratégias era a realização de ações integradas para o combate à violência doméstica e institucional (BRASIL, 2006).

No município de Florianópolis foi criada, em 2008, a Política Municipal do Idoso, por meio da lei nº 7694, que tinha por objetivo a promoção, proteção e defesa dos seus direitos (FLORIANÓPOLIS, 2008). Em relação à assistência à saúde, o município implantou o programa chamado 'Capital Idoso', organizado tanto para aumentar a oferta da assistência nos diversos níveis de atenção como para qualificar os profissionais da rede e criar instrumentos de monitoramento dos serviços, tendo como propósito a integralidade do cuidado, objetivando a promoção, proteção, recuperação e tratamento da saúde da pessoa idosa, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida, além disso, foram estabelecidos a implantação da caderneta de saúde do idoso, o prontuário eletrônico, o programa de atividade física "Floripa Ativa", ações de vigilância e prevenção da violência contra o idoso (FLORIANÓPOLIS, 2006).

Para a promoção da saúde, prevenção e enfrentamento da violência nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde elaborou materiais para orientar os profissionais nas suas ações. Em 2002, foi publicado o Caderno da Atenção Básica nº 8 - Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço, que busca orientar os profissionais de saúde para o diagnóstico, o tratamento e a prevenção da violência, estimulando a aproximação entre os campos da saúde, segurança, justiça, educação (BRASIL, 2002).

Além disso, o Caderno da Atenção Básica de nº 19, cujo título “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, apresentando a violência intrafamiliar e indicando dois instrumentos para uso dos profissionais da Atenção Básica: um questionário de avaliação da presença de violência e maus tratos e a ficha de notificação da violência (BRASIL, 2007). O Caderno de Atenção Domiciliar – volume 2 aborda a temática da violência, como uma das situações complexas encontradas no serviço de atenção domiciliar, trazendo informações que qualificam os profissionais para identificar situações de violência no domicílio, confirmação ou exclusão da suspeita, além de sugerir estratégias de prevenção da violência (BRASIL, 2013).

Mesmo com as iniciativas de âmbitos mundiais, nacionais e municipais instaladas, a trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil mostra que a sua criação ocorreu de forma tardia e morosa, levando tempo demasiado longo entre a tramitação e sua homologação, sempre influenciadas por eventos nacionais e internacionais (BOLSONI, 2018).

Desta maneira, propõe-se que as políticas de saúde sejam desenhadas para que cada vez mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, colocando o envelhecimento ativo e saudável como parte principal dos seus objetivos, atendendo o que é preconizado pelo Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (WILLIG; LENARDT; MÉIER, 2012).

Considerando a concepção de saúde de forma ampliada e que é responsabilidade do setor saúde promover estratégias e políticas para redução das condições desfavoráveis em saúde, entre elas as situações de violência, torna-se fundamental a qualificação dos profissionais e conscientização da sociedade em geral para o enfrentamento desta problemática, uma vez que o objetivo é reduzir os casos de violência e promover maior qualidade de vida a essa população.

2.2 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

2.2.1 Contexto mundial

O envelhecimento da população está relacionado à mudança da estrutura etária resultando no aumento do peso relativo do número de indivíduos idosos (CARVALHO; GARCIA, 2003). O processo de envelhecimento é considerado um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo como consequência principal da transição demográfica, sendo mais pronunciado nos países de menor condição socioeconômica (UNFPA, 2012). Estima-se que os idosos representam 14,7% da população mundial atual, com cerca de 1,1 bilhão em números absolutos, enquanto que em 2050, esse contingente poderá se elevar para 30% do total da população (DeSA U.N., 2021).

No ano de 2012 a população idosa (com idade igual ou superior a 60 anos) representava 6% do total na África, 10% na América Latina e Caribe, 11% na Ásia, 15% na Oceania, 19% na América do Norte e 22% na Europa. Ainda assim, as estimativas indicam que em 2050 essas taxas irão se elevar gradativamente em todos os continentes, sendo que a África terá 10% da sua população considerada idosa, enquanto que a Ásia e Oceania terão 24%, América Latina e Caribe 25%, América do Norte 27% e Europa 34% (UNFPA, 2017).

Os diferentes índices observados nas proporções de idosos entre os continentes podem se justificar pelos diferentes períodos e ritmos em que ocorreram as modificações no padrão demográfico no mundo. Na Europa, a redução das taxas de fecundidade começou a ser observada na época da Revolução Industrial, onde, após esse período, houve um aumento na expectativa de vida da população, devido às melhores condições sociais, de saúde e saneamento (CLOSS; SCHWANKE, 2012). Nos países em desenvolvimento da América Latina e Caribe esse processo iniciou mais tardiamente, há cerca de 50 anos, sendo que na África a estrutura populacional é ainda considerada jovem (ARNALDO & MUANAMOHA, 2014). Na Tabela 1 abaixo podem ser verificadas as diferenças nas taxas de fecundidade entre os continentes, comparando-se os anos de 1950/1955 e 2005/2010.

Tabela 1. Taxa de fecundidade total (número de filhos por mulher) por Continente

	1950-1955	2005-2010
África	6,60	4,88
Ásia	5,83	2,25
Europa	2,67	1,54
América Latina e Caribe	5,86	2,30
América do Norte	3,35	2,02
Mundo	4,97	2,53

Fonte dos dados: UNITED NATIONS, 2013. *World Population Prospects: The 2012 Revision*. Disponível em: [<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/fertility.htm>].

2.2.2 Contexto nacional

No Brasil, verifica-se que o crescimento da população idosa vem ocorrendo de maneira acelerada. As transformações no padrão demográfico brasileiro iniciaram em 1940, quando o país sofreu redução importante nas taxas de mortalidade, mantendo os níveis de fecundidade elevados e, conseqüentemente, gerando uma população com maior número de jovens e crescimento acelerado (CARVALHO; WONG, 2008).

A queda das taxas de fecundidade no país foi observada a partir do final da década de 1960, inicialmente nas regiões mais ricas do país, e aos poucos atingindo as demais. Essa alteração desencadeou o processo de transição da estrutura etária do Brasil, na qual vem se evidenciando o perfil populacional mais envelhecido e com crescimento desacelerado (CARVALHO; GARCIA, 2003). Além disso, no Brasil, o número médio de filhos por mulher vem diminuindo, onde no ano de 1940 a média era de 6,1, passando para 1,9 em 2010, uma redução de quase 70% (IBGE, 2010).

Em contrapartida, a população total brasileira com 65 anos ou mais cresceu de 3,5% em 1970 para 5,9% em 2000 e 7,4% em 2010 (BRASIL, 2013). Outro fator que contribui também para o crescimento populacional é o aumento da expectativa de vida atual no país. Na década de 1940, a idade média do brasileiro era inferior a 50 anos, porém, com as melhorias nas condições gerais de vida este panorama foi

sendo modificado, aumentando para 72,8 anos em 2008 e 75,5 em 2016 (IBGE, 2016).

Estimativas realizadas pelo IBGE em 2008, indicam ainda que o brasileiro poderá alcançar em 2050 a idade média de 81,2 anos, igualando-se às atuais médias de países asiáticos (IBGE, 2008).

Algumas características em relação ao perfil dos idosos no país são peculiares, podendo destacar os avanços médicos e tecnológicos ocorridos que auxiliaram na preservação da saúde e, conseqüentemente, na prolongação da velhice (CAMARANO *et al.*, 2004). Com isso, o grupo de idosos com 80 anos e mais, denominados idosos longevos ou mais idosos, estão ganhando maior representatividade dentro do segmento idoso. Essa faixa etária está aumentando em ritmo relativamente maior do que o da população idosa em geral. No ano de 1940 os idosos longevos representavam 10% do total da população idosa, em 2000 essa taxa elevou-se para 13% e em 2010 chegou a 14,2% (IBGE, 2011).

Outra característica presente na população idosa é a diferença marcante entre os sexos, sendo maior o número de mulheres em relação aos homens. Esta característica é também denominada de feminização da velhice (CAMARANO *et al.*, 2004). Na PNS de 2019, do total aproximado de 32,9 milhões de idosos, 56,7% era do sexo feminino (PNS, 2019). A proporção do contingente feminino é maior com o aumento da idade, fato que pode ser explicado pela mortalidade diferencial por sexo. Dentre os fatores associados à menor mortalidade nas mulheres, estão a maior preocupação com a saúde e a menor exposição aos acidentes laborais e às mortes por causas externas, tais como violência, uso de drogas e acidentes de trânsito (CHAIMOWICZ, 2006).

2.2.3 Contexto local

A região Sul do Brasil se mantém como uma das regiões com maior número de idosos juntamente com a região Sudeste. O processo de transição nas taxas de fecundidade ocorreu nos primeiros anos da década de 1970, nas regiões Sul e Centro-Oeste, e dez anos depois nas demais regiões. Os idosos com 60 anos e mais no ano 2010 representavam 8,1% da população total da região Sul, e, 4,6% da região Norte, onde é considerada a região com maior população jovem do país (IBGE, 2011).

O Índice de Envelhecimento (IE) é considerado um dos melhores indicadores demográficos do envelhecimento, e é calculado por meio do número de pessoas com 60 anos ou mais, para cada 100 pessoas menores de 15 anos, refletindo o aumento da população idosa total em relação à variação relativa da população jovem no período calculado. Os valores abaixo de 15 indicam uma população jovem, e acima de 30, idosa (SHRYOCK; SIEGEL, 1971).

No ano 2000 o IE da região Sul era 33,33, e em 2010 aumentou para 54,94, evidenciando o processo de envelhecimento acelerado na região. Ao verificar o percentual de aumento do IE entre os anos de 1970 e 2010, a região Sul mostrou um acréscimo de 398% comparado à 171% no Norte, 241% no Nordeste e 274% no Sudeste (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

Seguindo a tendência observada na região Sul do país, o estado de Santa Catarina tem mostrado redução acelerada nas taxas de fecundidade, concomitantemente ao aumento da esperança de vida e ao envelhecimento da população (DANIELEWICZ, 2017). Conforme dados da Secretaria de Estado da Saúde a taxa de fecundidade no ano 2000 era de 2 filhos, reduzindo para 1,6 em 2021. A expectativa de vida ao nascer era de 73,5 anos em 2000, aumentando para 84,2 anos em 2022 (BRASIL, 2020).

Ainda assim, o percentual total de idosos no estado de Santa Catarina era de 6,7% em 1990, aumentando para 8,0% em 2000 e 15,2% em 2021 (IBGE, 2021). A proporção de idosos longevos atingiu 1,2% dentre o total de idosos no mesmo período. O IE calculado com os dados do censo demográfico foi de 48,22 (CLOSS; SCHWANKE, 2012), posicionando o estado em quinto lugar entre os estados do país com índice superior ao brasileiro (44,83) no mesmo período.

No município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, o total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos em 2021 era de 89 mil em números absolutos, representando 17,3% da população total (IBGE, 2021).

2.3 VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA

2.3.1 Definições e tipologias

No quadro das ciências sociais e humanas, a década de 90 foi caracterizada por diferentes etapas no estudo da violência contra as pessoas idosas. Na primeira fase, os estudos desenvolvidos tinham como principal preocupação a conceitualização da violência, pela dificuldade que revestia a medição do fenômeno (SANTOS, 2013).

Neste âmbito a definição de violência foi formulada por três diferentes organizações. A OMS define a violência contra a pessoa idosa como: “um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause mal ou aflição a uma pessoa mais velha” (WHO, 2002). A ONU define, por sua vez, a violência como “todo o ato violento de natureza tal que acarrete, ou corra o risco de acarretar, um prejuízo físico, sexual ou psicológico; pode ser ameaças, negligência, exploração, constrangimento, privação arbitrária da liberdade, tanto no âmbito vida pública como privada” (SÉNAT, 2003).

A definição avançada pela 2ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, promovida pela ONU em 2002, se assemelha à adotada pela OMS: “qualquer ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada que ocorra em qualquer relação, supostamente de confiança, que cause dano ou angústia, a uma pessoa de idade” (WHO, 2002). As três definições propostas assentam em pressupostos comuns: um ato ou conduta, variável de acordo com a sua natureza e tipo, uma relação interpessoal de confiança e uma consequência que provoca um efeito, traduzido num dano físico e/ou mental. A definição adotada pela OMS (WHO, 2002) desenvolvida inicialmente pela organização *Action on Elder Abuse* (AEA, 1995) é a mais reconhecida na literatura especializada.

Porém, além da importância da definição do termo, há também uma dificuldade em estudá-lo nos modelos propostos pela saúde até o prezado momento. Nos estudos epidemiológicos, a questão da violência está incluída em causas externas, mas, segundo Minayo (2005), ambas as expressões (violência e causas externas) não se equivalem. Para a autora, violência é uma noção referente aos processos e às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou

objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem ou de sua coação direta ou indireta, causa-lhes danos físicos, mentais e morais, sendo o termo "mau trato" sinônimo de "abuso".

Ainda para a autora “o maltrato ao idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança”. Minayo (2005) afirma ainda que, a violência contra o idoso é uma problemática universal. As várias maneiras pelas quais essa violência se manifesta é semelhante aos tipos de violência em geral, estão presentes em documentos oficiais e sua tipologia é definida conforme a seguir (BRASIL, 2005):

Violência Física: é definida como o conjunto de ações levadas a cabo com intenção de causar dor física ou ferimentos ao idoso, da qual são exemplos, entre outros, as punições físicas (bater, esbofetear), empurrar, atirar um objeto e sub ou sobremedicar.

Violência Psicológica: descreve todas as ações que infligem sofrimento, angústia ou aflição, através de estratégias verbais ou não verbais, como são exemplo as ameaças, a humilhação, a intimidação e a manipulação, entre outros.

Violência Sexual: refere-se ao envolvimento da pessoa idosa em atividades sexuais para as quais não deu consentimento, que não quer e/ou cujo significado não compreende, tais como a intimidade não consentida, o assédio sexual ou a violação, entre outros.

Violência Financeira e econômica: inclui o uso ilegal ou inapropriado, por parte de cuidadores e/ou familiares, de bens, fundos ou propriedades da pessoa idosa, de que são exemplo, entre outras atividades, o roubo, a venda de propriedades ou a transferência de dinheiro sem o consentimento do proprietário.

Negligência: constitui outra dimensão da violência, que compreende a recusa, omissão ou ineficácia na prestação de cuidados, obrigações ou deveres à pessoa idosa, e inclui, entre outros exemplos, a recusa/omissão de alimentação, recusa/omissão de suporte material e emocional e a negligência a nível dos cuidados de higiene e de saúde. Este tipo de violência é uma das mais comuns no Brasil e geralmente está associada a outros tipos de violência, como a física e psicológica.

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

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

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

Abuso médico: cuidados médicos de forma negligente ou imprópria.

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

Desta maneira, os impactos da violência na saúde do idoso podem ser amplos, abrangendo a saúde física e mental de quem sofre, ocasionando os mais diversos agravos que variam entre lesões e traumatismos físicos, problemas ginecológicos, infecções sexualmente transmissíveis, transtornos alimentares, depressão, ansiedade, uso abusivo de álcool e outras drogas (SOUZA; MINAYO, 2010).

É importante destacar que a violência é um processo relacional, ou seja, ao mesmo tempo em que o idoso pode ser vítima de violência, ele pode também estar agindo de maneira violenta no contexto em que está inserido (LEI n. 8842/94). Além disso, a violência contra a pessoa idosa é um fenômeno de notificação recente tanto no Brasil como internacionalmente, que se caracteriza como um grave problema social.

De acordo com a Política Nacional do Idoso (Lei n. 8842/94), a partir do ano de 1975 que a violência contra o idoso aparece em publicações científicas, sendo abordado o espancamento de avós, em periódico britânico. No Brasil, este tema se evidencia, apenas a partir da década de 90, quando começam as preocupações sobre qualidade de vida durante o envelhecimento, na agenda de saúde pública (SANTOS, 2013).

2.3.2 Violência Doméstica Contra Pessoa Idosa

Segundo Berger e Cardozo (2013) a família é o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos, onde se desenvolvem e exercem os vínculos básicos e confere identidade aos sujeitos. Diante da diversidade de formas de organização familiar, as estruturas familiares podem experimentar muitas situações de violência,

que são por vezes ocultadas e/ou mascaradas pelos seus membros e pela própria sociedade, pois geralmente ocorrem na privacidade do lar, juntamente com a falta de consciência social e acesso limitado a contextos institucionais. Sendo assim, a violência encontra, nas relações familiares, um lugar propício para sua instalação e propagação, sendo de difícil mensuração sua magnitude em razão das subnotificações.

Em se tratando de idosos, o papel das famílias na prestação de cuidados e apoio é fundamental, pois estão num período da vida de grande vulnerabilidade, porém, podem ser uma fonte de conflito e abuso devido ao ônus de cuidar por parte dos familiares, o que se torna uma realidade no mundo, dada a diminuição no tamanho das famílias (CHOKKANATHAN, 2018). A maior parte da violência contra o idoso acontece dentro da família, em que estão as pessoas mais próximas e confiáveis; filhos são os maiores perpetradores. Esse quadro se agrava quando o idoso mora com o filho, que é o cuidador (VERAS, 2010).

Nesse sentido, o âmbito familiar é caracterizado por uma ambiguidade, em razão de ao mesmo tempo predominarem relações íntimas e afetivas, e também relações conflituosas e abusivas. Por consequência, a família deixa de ser vista como o espaço de proteção e cuidado para ocupar o lugar onde, em muitos casos, as relações de opressão, abusos físicos e emocional, crime e ausência de direitos individuais prevalecem (BERGER; CARDOZO, 2013).

É frequente a utilização dos termos violência doméstica e intrafamiliar como sinônimos nas pesquisas, porém são termos distintos, uma vez que a violência intrafamiliar ocorre quando há laços de parentesco entre a vítima e o agressor; acontece, portanto, ligada ao laço familiar, dentro ou fora do domicílio da vítima. Enquanto a violência doméstica, implica em proximidade com a vítima, não exatamente ligada a laços de parentesco, podendo assim ser exercida por pessoas que compartilhem o espaço doméstico, como empregados, agregados ou visitantes (FLORÊNCIO, 2014). Essas definições melhoram a compreensão de que o agressor da pessoa idosa é, na maioria das vezes, alguém próximo da mesma.

A violência doméstica pode, muitas vezes, ser decorrente de comportamento aprendido e transmitido de geração em geração, como uma dinâmica de poder e controle. O comportamento dos avós, bem como dos pais, tem efeito significativo sobre as crianças, perpetuando o ciclo de violência (HIGHTOWER *et al.*, 2006).

Dentre os tipos de violência doméstica, o abuso financeiro é um dos mais frequentes. São tentativas do(s) agressor(es) se apoderar(em) da renda da pessoa idosa, ou de seus bens e economias ainda em vida. Os parentes mais próximos são os principais perpetradores (filhos, cônjuges, genros e noras); apossam-se da renda, da casa, dos outros bens, e não é difícil de acontecer deixarem faltar subsídios para a própria pessoa idosa (MORGADO, 2006).

Um estudo realizado em Cingapura, na Ásia, sobre violência doméstica em idosos mostrou que os principais autores dos maus-tratos eram os cônjuges (28,0%), seguido por filhos adultos (23,3%), noras / netos (11,2%) e outros (12,1%, principalmente parentes / vizinhos) (CHOKKANATHAN, 2018).

Sobre a tipologia da violência doméstica, evidências mostram grandes oscilações nas proporções entre os abusos investigados. Tal fato pode estar atribuído às diferenças no objeto dos estudos, à metodologia utilizada, aos instrumentos de medição, ao ambiente e à população estudada (DONG, 2015). Um estudo com amostra de 412 pessoas idosas (com 60 anos ou mais) que viviam em comunidades urbanas na província de Jiangsu, na China, constatou que 35,2% dos participantes sofreram abuso e negligência em ambiente domiciliar. Especificamente, a negligência representou 16,9%; a exploração financeira 13,6%; o abuso emocional 11,4%; abuso físico 5,8%; abuso sexual 1,2% e abandono 0,7% (DONG, *et al.*, 2012).

Outro estudo realizado na China constatou que 36,2% dos 2.000 idosos participantes relataram maus-tratos em ambiente domiciliar. A negligência por parte dos cuidadores foi responsável por 15,8% desses maus-tratos, seguido por violência financeira 2,0%; psicológica 27,3%, e física 4,9% (WU *et al.*, 2012). Já em Hong Kong, a prevalência de violência doméstica em idosos foi relatada em 27,5% dos idosos, sendo o abuso verbal 26,8%; violação de direitos pessoais 5,1% e abuso físico 2,5% (YAN, TANG, 2014).

Como visto, a família se constitui como a principal causadora da violência, não somente sob o ponto de vista financeiro, mas também sob outras formas de abuso. Segundo Oliveira e Madrid (2015), as pessoas idosas tornam-se mais vulneráveis à violência intrafamiliar devido às suas demandas de cuidados, que incluem a dependência física e mental, o que pode tornar as relações familiares estressantes para quem cuida, onde muitas vezes, não possuem preparo para exercer tal atividade.

Dados governamentais evidenciam que a violência contra a pessoa idosa é considerada a partir de uma perspectiva apenas clínico-biológica, sendo a violência que ocorre dentro do lar, negligenciada. Os estudos são mais voltados para as características físicas decorrentes de quedas, acidentes de trânsito (atropelamentos, quedas por transporte inadequado), homicídios (sem diferenças de proporção em relação à população em geral), suicídios (mais significativo nesse grupo em relação à média da população) (FLORÊNCIO, 2014).

Estudo realizado em Curitiba no ano de 2010 identificou que os profissionais que atendem idosos vitimizados não estão capacitados para identificar e prosseguir os encaminhamentos dos casos em que se constata a violência. Sugerem ainda que são escassas as atividades preventivas que dizem respeito a este tema, contribuindo para que o idoso permaneça na situação de violência (MELLO; MOYSÉS, 2010).

Como os idosos são agredidos na maioria dos casos por familiares, faz-se necessário que as instituições competentes e profissionais estejam preparados para identificar e atender essa população, considerando que apresentam dificuldades, medo ou vergonha de denunciar seu agressor.

Conforme apresentado, diversos são os fatores que contribuem para o desequilíbrio familiar e conseqüentemente a violência contra o idoso. Ao estudar essa temática, é necessário compreender as diversas relações envolvidas na dinâmica familiar e considerar as diversas possibilidades da ocorrência da violência, que muitas vezes não é unicausal e unidirecional, mas sim intergeracional. É preciso considerar que os laços afetivos da família podem estar rompidos antes mesmo da vítima assumir a condição de idoso, o que se agrava quando ele apresenta morbidades e dependência, o que exige os cuidados e intervenções da família despreparada e desmotivada para exercer essa função (BOLSONI *et al.*, 2016).

2.3.3 Epidemiologia da Violência Doméstica Contra Pessoa Idosa

2.3.3.1 Prevalências no contexto mundial

As estimativas da prevalência mundial da violência doméstica em idosos demonstram uma grande variação em suas proporções. As discrepâncias observadas podem ser explicadas por diferenças metodológicas, como a inclusão de

apenas um gênero no estudo (LUOMA *et al.*, 2011), ou utilização de diferentes pontos de corte / definições para o abuso em idosos (DONG, 2015) ou ainda, a utilização de instrumentos não validados ou auto-preenchidos (COOPER *et al.*, 2008).

Em revisão sistemática recente foram observadas variações globais nas prevalências da violência doméstica contra os idosos entre os continentes. Assim, as taxas de prevalência na Ásia variaram entre 14% na Índia e 36,2% na China. Já as estimativas europeias, entre 2,2% na Irlanda e 61,1% na Croácia, enquanto nas Américas mostraram estimativas de 10% nos EUA e 79,7% no Peru (YADAVI, 2018).

Dois estudos comunitários nos Estados Unidos também mostraram uma prevalência de 10% de todos os tipos de abuso em indivíduos com mais de 60 anos (ORFILA, 2018). Por outro lado, no mesmo cenário, Burnes *et al.* (2015) relataram uma prevalência de 4,6%, excluindo abusos financeiros. De acordo com o Relatório da OMS, para a região europeia, a prevalência de abuso físico contra idosos chega a 25% e os cuidadores familiares estão envolvidos em um terço dos casos de maus-tratos (OMS, 2015).

Na Espanha, a prevalência de suspeita de maus-tratos contra pessoa idosa varia entre 11,9% e 52,6% (ORFILA, 2018). Já estudo conduzido por Chokkanathan (2018) na Cingapura, verificou uma taxa de 8,3% de prevalência da violência doméstica contra os idosos, o que em número absoluto equivale a 28.086 idosos em risco de maus-tratos.

Santos *et al.* (2013) em artigo de revisão sobre prevalência da violência contra as pessoas idosas, tanto em nível internacional como nacional, centrados no contexto familiar, mostraram que as estimativas variaram entre 0,8% para pessoas com 65 anos ou mais ao residir na Espanha (Marmolejo, 2008) e 18,4% para o mesmo grupo alvo ao residir em Israel (LOWENSTEIN; EISIKOVITS; WINTERSTEIN, 2009). Além disso, estimou que 39,4% (n = 649) das mulheres portuguesas com 60 anos ou mais relataram ter sido vítimas de algum tipo de violência. Já nos inquéritos de base populacional regional as estimativas obtidas demonstraram maior variabilidade, oscilando entre 3,2% para pessoas com 65 anos ou mais residentes em Boston, nos EUA (Pillemer e Finkelhor, 1988), e 29,3% para pessoas com 75 anos ou mais residentes em Girona, na Espanha (GARRE-OLMO *et al.*, 2009).

2.3.3.2 Prevalências no contexto nacional

Estudos mostram que os maus-tratos em idosos são um problema contextual e multi dinâmico, cujas causas operam em diferentes níveis ecológicos e diferem entre populações e países (JOHANNESSEN & LOGIUDICE, 2013). A literatura sobre maus-tratos a idosos em contextos tradicionais, principalmente de países em desenvolvimento, é mínima (YADAVI, 2018), porém dados nacionais mostram que idosos que sofreram violência doméstica estão em maior risco de problemas de saúde físicos e psicológicos do que a população em geral, impactando significativamente nos gastos com a saúde (CASTRO, RISSARDO, CARREIRA, 2018).

Em busca de maiores informações sobre essa temática em nosso país, Santos *et al.* (2019) desenvolveram estudo para analisar os casos de violência econômico-financeira e patrimonial contra o idoso, registrados na Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso (DSPI) de uma capital do Nordeste entre os anos de 2009 a 2013. Assim, entre os 555 Boletins de Ocorrência registrados, 327 (58,9%) corresponderam à violência econômico-financeira e patrimonial. A idade da vítima variou entre 60 a 99 anos, com média de 71,3 anos. Do total de ocorrências de violência registradas na DSPI, a violência financeira foi superior em relação às demais, e os maiores percentuais foram entre os idosos mais velhos (67,9%), do sexo masculino (70,4%), solteiros (75,0%) e com ensino superior completo (78,6%). Os autores verificaram ainda que em muitos casos a violência financeira ocorreu concomitantemente a outros tipos de violência: 202 (61,8%) casos de violência psicológica, 36 (11%) de violência física, 21 (6,4%) de negligência, 10 (3,1%) de abandono e dois (0,6%) de violência sexual.

Em Maringá - PR, foi realizado um estudo sobre a violência contra os idosos brasileiros a partir das internações hospitalares no período entre 2008 a 2013. As prevalências de agressão corporal e negligência e abandono foram representadas, respectivamente, por 1.787 (10,6%) e 477 (2,8%) das internações de indivíduos idosos. As internações por agressão corporal foram mais frequentes entre os idosos do sexo masculino (79,7%), na faixa etária entre 60 a 69 anos (61,3%), residentes na Região Sudeste (45,4%), atendidos em estabelecimentos de saúde públicos (71,0%), e em caráter de urgência (93,3%), tendo o ano de 2013 (20,8%) apresentado a maior proporção de hospitalizações. Quanto às internações por

negligência e abandono, observou-se maior frequência em idosos do sexo masculino (55,3%), na faixa etária dos 70 aos 79 anos (34,8%), habitantes da Região Sul (94,1%), atendidos em estabelecimentos de saúde públicos (99,1%) e em caráter de urgência (67,0%), tendo a maior proporção dos casos ocorrida em 2010 (18,6%) (DE CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018).

Já no Rio de Janeiro, Lino *et al.* (2019) investigaram a prevalência de indícios de violência contra idosos dependentes por parte de cuidadores familiares e os fatores associados, e observaram que mais de 30% dos idosos apresentaram indícios de abuso. Em relação aos cuidadores, os autores perceberam que elevados níveis de sobrecarga e problemas com álcool aumentaram em 11 e 3,8 vezes as chances de ocorrência de violência, respectivamente, quando comparados aos grupos de referência. Quanto aos idosos, homens e indivíduos com depressão tiveram chance 2,9 e 6,9 vezes maior de sofrerem maus tratos, em relação às mulheres e aos que não tinham depressão, respectivamente.

No estado da Paraíba/Brasil, de Araújo *et al.* (2019) observaram que a lesão autoprovocada apresentava uma prevalência 79% maior no sexo masculino do que no sexo feminino. A violência física também acometia mais idosos do sexo masculino, com uma prevalência 78% maior. Já outras violências apresentaram um comportamento diferente, com maior prevalência no sexo feminino: violência psico/moral (duas vezes maior no sexo feminino), violência sexual (prevalência de 95,5% dos casos no sexo feminino), violência financeira e econômica (prevalência 10,4 vezes maior nos sexo feminino), negligência e abandono (prevalência 28% maior no sexo feminino).

2.3.3.3 Prevalências no contexto local

De acordo com estudo realizado por Warmling (2018) na população idosa de Florianópolis, homens relataram sofrer Violência por Parceiro Íntimo (VPI - 48,3%) em elevadas proporções, tanto quanto as mulheres (46,4%). A violência bidirecional, na qual o mesmo indivíduo comete e sofre agressões, também foi elevada reforçando a perspectiva relacional da VPI. A violência psicológica correspondeu a maioria dos atos de VPI sofrida (44,8% e 44,5%) e perpetrada (48,3% e 44,8%), enquanto a violência física, sofrida (2,2% e 3,9%) e perpetrada (2,0% e 3,6%) ocorreu em menores proporções, em homens e mulheres, respectivamente. A

prevalência de perpetrar VPI foi maior entre homens com autopercepção de saúde ruim/muito ruim. Nas mulheres separadas/divorciadas e com autopercepção de saúde regular houve maior prevalência de perpetrar VPI.

Já em pesquisa realizada por Bolsoni (2017) dentre os 1140 idosos avaliados entre os anos de 2013 e 2014 também em Florianópolis, 25,7% relataram sofrer violência, e nos idosos com mais de 75 anos a chance de sofrer violência era maior quando este possuía cor de pele preta/parda, não trabalhava, e ainda, quando 4 ou mais pessoas dependiam da sua renda, apresentavam déficit cognitivo, dificuldade para realizar atividade de vida diária e possuía cuidador incluindo familiar ou cuidador profissional.

2.3.4 Modelos teóricos de fatores associados à violência

Diferentes modelos teóricos têm sido propostos com intuito de explicitar a via causal entre a violência e os agravos em saúde. Muitas das abordagens dão maior ou menor enfoque a fatores psicológicos e sociais, porém estão centradas em fatores de risco identificados na literatura, podendo ser agrupadas da seguinte maneira: interpessoal, intrapessoal, multissistêmica e sociocultural (BURNIGHT E MOSQUEDA, 2011).

Na abordagem interpessoal três teorias focam a relação entre vítima e agressor: estresse do cuidador, troca social e díade de discórdia. A teoria do stress do cuidador preconiza a origem da violência numa sobrecarga do cuidador, incapaz de responder às necessidades da pessoa cuidada (BURNIGHT E MOSQUEDA, 2011). Os cuidados familiares são concebidos como uma experiência negativa e como espaço propício à emergência de violência. Seria um fenômeno situacional que ocorreria pelo isolamento social e condições socioeconômicas adversas, associadas ao longo período de prestação de cuidados. Apesar de as práticas de cuidados poderem ser geradoras de situações de esgotamento físico e mental, estabelecer uma relação unicausal entre a violência/negligência e o stress do cuidador se torna uma arriscada análise de causalidade (GIL, 2015).

A teoria da troca social explica as interações entre os indivíduos como um processo de trocas negociadas, onde circulam apoios recíprocos (domésticos, materiais, financeiros, ajudas na habitação, serviços), que são indissociáveis das normas de obrigação e de reciprocidade familiar e implicam relações ambivalentes

de desigualdade, poder e dependência (BENGSTON, 2001). Assim, o envelhecimento e a situação de dependência e/ou o baixo estrato social implicariam numa alteração de poder na relação e reciprocidade da contribuição de cada elemento (BURNIGHT E MOSQUEDA, 2011). Dessa maneira, um cuidador poderia sentir maior poder, mas, simultaneamente, menor recompensa na relação, emergindo a relação abusiva.

Uma das críticas dirigidas à teoria da troca social reside na exclusão dos determinantes macrossociais e na posição social desigual e de dependência atribuída à pessoa idosa, como se a dependência marcasse a dissolução da relação familiar e o fim da reciprocidade social. Além disso, alguns estudos apontam para a dependência (emocional e financeira) do cuidador face à vítima enquanto fator de risco da violência (GIL, 2015).

Já a teoria da díade da discórdia, também denominada de “violência bidirecional”, assenta no pressuposto que a reciprocidade da violência faz dos próprios cuidadores, também vítimas, sendo a violência, por isso, bilateral e resultante da interação social (BURNIGHT E MOSQUEDA, 2011).

No entanto, a abordagem intrapessoal é focada no desenvolvimento individual, sob a nomenclatura de teoria do ciclo da violência familiar ou da transmissão transgeracional, esta perspectiva parte do pressuposto de que a “violência é um comportamento aprendido ao longo do ciclo de vida e transmitido entre as diferentes gerações”. Os indivíduos que, durante a infância, foram sujeitos ou que observaram comportamentos violentos por parte dos pais ou de outros modelos de referência tendem a integrar a violência no seu repertório comportamental e, deste modo, têm maior probabilidade de se comportarem de forma violenta (BURNIGHT E MOSQUEDA, 2011).

Da abordagem sociocultural destaca-se a teoria de poder e controle, desenvolvida inicialmente no âmbito da violência conjugal e enquadrada na perspectiva feminista. A violência conjugal emerge de uma relação de poder desigual e opressiva entre homens e mulheres (BURNIGHT E MOSQUEDA, 2011). Na população idosa, tal derivaria do etarismo, enquanto discriminação com base na idade, que explicita a tendência para desvalorizar competências e capacidades das pessoas mais velhas. A violência não resulta assim de um aumento das necessidades da vítima, mas do desvio e dependência dos abusadores que utilizam estratégias coercitivas para manter o controle e o poder na relação (GIL, 2015).

Em relação as abordagens multissistêmicas, destacam-se a teoria ecológica (BRONFENBRENNER, 1979), adotada por investigadores da violência conjugal. O modelo sócio-ecológico deriva da teoria ecológica aliada à perspectiva do ciclo de vida, que enfatiza a importância da variável temporal no contexto da vida familiar. O processo de desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida é condicionado pelas mudanças que configuram os contextos sociais e culturais onde os indivíduos se inserem e estabelecem relações sociais. Procurando explicar o fenômeno por uma multiplicidade de causas, agrupadas em subsistemas: o macro (sistema de crenças e atitudes sociais), o exo e o meso (sistema de relações de trabalho, educação, família, entre outros) e o microsistema (relações entre pais e filhos).

Este modelo utiliza uma visão multidimensional da violência interpessoal, como resultante da interação entre o indivíduo, suas relações interpessoais, comunidade e traços societais. Combina diversos fatores de risco a partir das diferentes abordagens sobre o problema e agrega vários contributos teóricos (BURNIGHT E MOSQUEDA, 2011). Schiamberg e Gans (1999) propõem uma matriz conceitual para descrever os fatores de risco, distribuídos em três níveis distintos.

O *nível micro* contempla as características individuais que podem potencializar o risco de um indivíduo se tornar vítima ou agressor e o modelo tem subjacente uma relação de reciprocidade entre um e outro. No agressor destacam-se os fatores de risco de ordem psicológica (traços de personalidade, problemas de saúde mental e problemas aditivos) e de ordem social (stress derivado dos cuidados, sentimento de sobrecarga e falta de apoio social). Como fatores de risco da vítima identificam-se o sexo, a idade, o estado civil, a situação de incapacidade, o comportamento agressivo e o isolamento social. O nível micro é influenciado, por sua vez, pelas condições sociais (*nível meso*), incluindo a composição do agregado doméstico (coabitação), os laços e redes sociais (vizinhança, amizade), os fatores socioeconômicos (desemprego, instabilidade laboral, recursos financeiros) e os apoios sociais existentes na comunidade (serviços de apoio social) (SCHIAMBERG E GANS, 1999). Estes fatores funcionariam como aceleradores ou inibidores sociais da vulnerabilidade à violência.

O *nível macro* refere-se aos determinantes estruturais, incluindo as normas culturais e atitudes sociais (que englobam o *idadismo*, o sexismo e as atitudes face à violência), assim como as políticas sociais públicas (GIL, 2015).

O modelo sócio-ecológico não é determinístico, nem causal. Os fatores de risco são tidos na sua interação conjunta entre os três níveis descritos; ou seja, os determinantes individuais da vítima e do agressor constituem fatores de risco que são moldados pela estrutura social. As condições sociais podem aumentar o risco de violência, e os traços societais, como o quadro jurídico-legal de proteção à pessoa idosa ou as políticas de família e velhice, podem condicionar os cenários sociais onde a violência ocorre, prevenindo ou respondendo aos determinantes individuais e sociais (GIL, 2015).

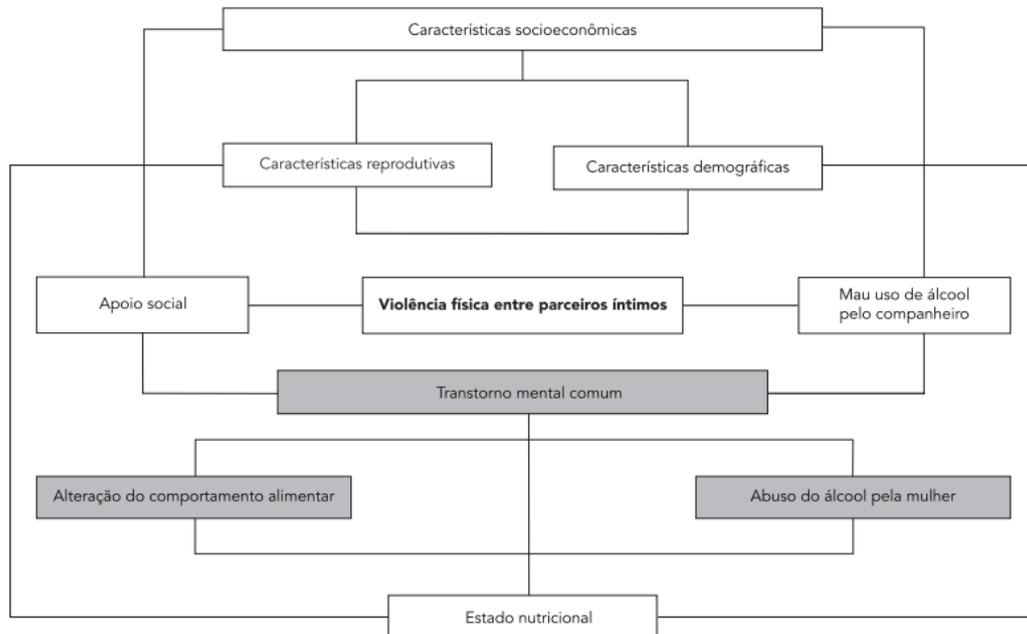
Os fatores de risco mais investigados na literatura sobre a prevalência da violência estão inseridos, maioritariamente, nos níveis micro e meso e incluem variáveis relacionados à vítima, ou ao agressor. Nos estudos de prevalência de base populacional que estimaram o risco relativo de diferentes fatores, a explicitação dos modelos teórico-conceituais de partida é quase sempre omissa. No entanto, a identificação dos fatores de risco, ou seja, das variáveis que incrementam ou diminuem a probabilidade de ocorrência da violência decorre das perspectivas teóricas analisadas. O foco de explicação baseia-se nas características individuais da vítima (teorias intrapessoais), na natureza da relação entre vítima e agressor (teorias interpessoais), nas normas e valores culturais e sociais (teorias socioculturais) ou nas interações e impacto dos diferentes sistemas (exo e meso) nos determinantes individuais da vítima e do agressor (teoria multissistêmica) (GIL, 2015).

Nesse sentido, mais recentemente foi proposto um modelo teórico-conceitual (Figura 1) composto por algumas dimensões mais frequentemente consideradas nas pesquisas sobre as consequências da VPI na saúde da mulher, bem como por dimensões relacionadas ao estado nutricional de mulheres adultas. Como pode ser visto na Figura 1, os níveis mais distais do modelo encerram as características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas, representadas pela renda per capita familiar em categorias de salário mínimo vigente no ano da pesquisa, escolaridade, idade, cor da pele e número de filhos (nível micro) (FERREIRA *et al.*, 2015)

O nível intermediário está representado pelas dimensões “uso de álcool pelo companheiro”, “grau de apoio social percebido pela mulher” e a violência física entre parceiros íntimos, exposição de interesse central no estudo proposto. Tal modelo teórico também postula que o papel da violência física entre parceiros íntimos no IMC da mulher estaria mediado pela ocorrência de Transtornos Mentais Comuns

(TMC), que, por sua vez, poderia alterar o consumo de álcool e alimentos pela mulher, variáveis proximais ao desfecho (nível meso).

Figura 1: Modelo teórico-conceitual das relações entre VPI e IMC.



Fonte: FERREIRA *et al.*, (2015)

Tal modelo considera que o estresse causado pela violência aumenta a taxa metabólica basal e o gasto energético (SEEMATTER *et al.*, 2002), processo que pode causar a perda de peso em indivíduos com uma ingestão calórica adequada ou limitada (ACKERSON; SUBRAMANIAN, 2008). A esse respeito, Seematter *et al.*, (2000) e Kivimaki *et al.*, (2006), sugerem que o impacto do estresse no peso poderia variar de acordo com o estado nutricional do indivíduo ao longo da vida. Os autores propõem que indivíduos apresentando excesso de peso/ obesidade na linha de base aumentariam ainda mais o seu peso corporal quando submetidos às situações desencadeadoras de estresse. Por outro lado, indivíduos eutróficos ou subnutridos à instalação do processo estressor tenderiam à perda de peso.

Assim, se torna evidente a relevância da investigação da cadeia causal da violência, evidenciando estudos que contemplem o modelo sócio-ecológico, uma vez que este modelo considera os contextos sociais e culturais onde os indivíduos se inserem e estabelecem suas relações sociais.

2.3.5 Fatores associados à Violência Doméstica Contra Pessoa Idosa

Diferentes fatores apresentam associação com a violência doméstica contra pessoa idosa. Dentre as características sociodemográficas, estado civil, renda, idade, escolaridade, cor da pele e sexo feminino são as mais constantemente associadas à violência na literatura, conforme observado em diversos estudos (FIFE *et al.*, 2008; MONTERO *et al.*, 2013; MOUTON *et al.*, 2004; LOKHMATKINA *et al.*, 2010; LOVESTAD; KRANTZ, 2012; VIVES-CASES *et al.*, 2011; COHEN *et al.*, 2006; SVAVARSDOTTIR; ORLYGSDOTTIR, 2009; VIVES-CASES *et al.*, 2010; SUBODH *et al.*, 2014; GANDHI *et al.*, 2010; REICHENHEIM *et al.*, 2006; PAIVA; TAVARES, 2015; BURNES *et al.*, 2015; WOOD; MAGEN, 2009; COKER *et al.*, 2002; GRAÑA; CUENCA, 2014; STOCKL; WATTS; PENHALE, 2012; BURAZERI *et al.*, 2005; SELIC; SVAB; GUCEK; 2014; COKER *et al.*, 2000; BREIDING; BLACK; RYAN, 2005).

Em revisão sistemática realizada anteriormente por Bolsoni (2017), foram analisados 74 estudos que identificaram os seguintes fatores de risco para ocorrência de violência doméstica contra a pessoa idosa: baixo apoio social, ter depressão, esta condição foi associada com o aumento de 44,7% de risco para maus-tratos de idosos entre os homens, e aumento de 85,4% entre as mulheres (DONG *et al.*, 2010). Ainda nesta revisão outros fatores como ser do sexo feminino e os idosos que coabitavam com seis ou mais moradores também mostraram-se associados significativamente com a violência doméstica. Ainda assim, idosos independentes para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) tiveram menos chance (35%) de sofrer violência do que os dependentes, além disso, pertencer a grupos etários mais jovens (menos de 70 anos), possuir baixa escolaridade e renda, e apresentar déficit cognitivo (chance cinco vezes maior de sofrer abuso) também apresentaram maior associação com a violência.

Apesar desse resultado, outro estudo realizado por Clarysse *et al.*, (2018) encontrou como fatores de risco relacionados às vítimas as seguintes variáveis: comprometimento cognitivo (60% das pessoas idosas com demência sofreram algum tipo de abuso); sexo (as mulheres tiveram mais risco do que os homens em todos os tipos de abuso, exceto na auto-negligência); idade > 80 anos (com o aumento da idade, aumentou a proporção de idosos frágeis, com maior risco de abuso).

No Estudo Nacional de Incidência de Abuso de Idosos (NEAIS), 50% dos relatos de negligência e abuso ocorreram em pessoas com idade > 80 anos); raça não-branca (os afro-americanos tiveram maior risco de se tornarem vítimas de abuso); baixo nível socioeconômico; incapacidade funcional; isolamento social de parentes e familiares; situação de vida compartilhada (segundo os autores, a vida compartilhada pode criar mais tensões e conflitos diretos entre diferentes faixas etárias). Além disso, este estudo buscou encontrar os fatores de risco associados ao cuidador, revelando que a situação de vida compartilhada, dependência emocional ou financeira da pessoa idosa, problemas de saúde mental (depressão), abuso de álcool ou outras substâncias, falta de apoio social, alto nível de estresse, carga de trabalho excessiva, falta de treinamento e história de violência contribuíram para a ocorrência da violência doméstica nos idosos.

Em revisão sistemática, Warmling (2018) analisou 68 estudos realizados com idosos em relação a Violência por Parceiro Íntimo (VPI) e demonstrou que em relação ao estado civil, a violência contra a pessoa idosa ocorre em todos os tipos de relacionamentos íntimos, independentemente da existência de coabitação ou vínculos formais ou não. Idosos mais jovens (menos de 80 anos), baixa renda da mulher ou renda desigual no casal, menor escolaridade do casal (menos de 8 anos) e ser mulher, foram fortemente associados com a violência. Outros fatores de risco mais frequentes que mostraram relação com a violência nesta revisão foram: uso de álcool, tabaco e outras drogas, piores condições de saúde mental e maior uso de medicação, má condição de saúde, baixo nível de apoio social e qualidade de vida, ter presenciado violência parental na infância e ter sofrido violência física na infância.

Além desses fatores já consolidados na literatura, pesquisas recentes vêm investigando fatores ligados à violência que refletem em consequências negativas à saúde, tais como o estado nutricional. Falaremos sobre isso de maneira mais aprofundada a seguir.

3.4 ESTADO NUTRICIONAL E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM IDOSOS

3.4.1 Estado Nutricional em idosos

O Estado Nutricional (EN) caracteriza-se pelo resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais, em plano individual ou coletivo (IBGE, 2020). A avaliação do EN, além de diagnosticar as condições nutricionais, permite realizar o prognóstico de risco nutricional, morbidades e mortalidade, assim como monitorar a eficácia das intervenções nutricionais (DONINI *et al.*, 2007; LACERDA e SANTOS, 2007).

Nos idosos, algumas especificidades precisam ser consideradas para o diagnóstico do estado nutricional como as mudanças ocorridas na composição corporal, fisiológicas, psicológicas e sociais (diminuição da marcha, alteração do ciclo sono-vigília, aumento no volume dos pulmões resultando em diminuição do consumo máximo de oxigênio, perda de tecido renal, aumento de tecido gorduroso e fibrose, diminuição da massa magra, do reflexo da sede, solidão, imobilidade). Ainda podem ser destacadas alterações como diminuição dos hormônios tireoidianos, levando à diminuição da taxa do metabolismo basal, cáries dentárias, perda das papilas gustativas, gerando alterações no paladar e sensação de queimação, constipação intestinal, redução da autonomia e aumento da ingestão de medicamentos que podem interferir na absorção de nutrientes (FREITAS; PY, 2017).

Em estudos populacionais, o método mais utilizado para avaliação do estado nutricional é a avaliação antropométrica, que é um indicador de estado nutricional que avalia o crescimento físico das pessoas por meio de medidas de peso e altura e, de forma complementar, de outras medidas, como perímetros, circunferências e dobras cutâneas. O índice de massa corporal (IMC), que expressa a relação entre a massa corporal (kg) e a estatura (m^2) é um dos critérios para essa avaliação. Ele não é invasivo, é de fácil aplicação e de baixo custo (SÁNCHEZ-GARCÍA *et al.*, 2007; VELAZQUEZ-ALVA *et al.*, 2004).

Uma lacuna, em particular, diz respeito à ausência de consenso sobre o ponto de corte de IMC mais adequado para classificação antropométrica da obesidade nesta população. Entre os critérios mais utilizados para essa avaliação, estão o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o proposto por NSI (1994).

O critério recomendado pela OMS (1998) foi utilizado em inquéritos nacionais como a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002/2003 (BRASIL, 2004). No entanto, há críticas, pois esse ponto de corte não diferencia a obesidade entre indivíduos adultos e idosos, e mudanças na composição corporal, associadas ao processo de envelhecimento, devem ser consideradas (CERVI, 2005).

Já o critério de classificação proposto por NSI assemelha-se ao utilizado pelo *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC) no *National Health and Nutrition Examination Survey III*, realizado entre 1988 e 1994. Esse critério considera diferenças entre os sexos, e faixa etária, porém não faz distinção entre as categorias sobrepeso e obesidade (NHANES III, 1991).

Dessa maneira, para o IMC foram adotados, neste estudo, os pontos de corte propostos por NSI e recomendados pelo Ministério da Saúde, conforme quadro abaixo:

Quadro 1- Pontos de Corte IMC

IMC (kg/m ²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ 22	Baixo Peso
> 22 e < 27	Adequado ou Eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: (THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE, 1994)

Outro método bastante utilizado para avaliar a obesidade é a circunferência abdominal. Nesse sentido, Scafoglieri *et al* (2011), após dissecação de 29 cadáveres de idosos, verificaram que os valores de Circunferência da Cintura (CC) estavam significativamente relacionados com a quantidade de tecido adiposo corporal. Em outro estudo realizado no Japão, a CC se correlacionou positivamente com a quantidade de tecido adiposo abdominal, identificada por ultrassonografia, em amostra de 97 idosos (70 a 79 anos) em ambos os sexos (KANEHISA *et al.*, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) considera como ponto de corte para obesidade as seguintes referências:

Tabela 2. Ponto de Corte Circunferência da Cintura

	Risco elevado	Risco muito elevado
Mulheres	≥ 80	≥ 88
Homens	≥ 94	≥ 102

Fonte: World Health Organization²⁴.

Porém este ponto de corte não diferencia os grupos etários adulto de idoso, de forma que essa referência seja padrão para mulheres e homens adultos.

Perissinotto *et al.*, (2002) em estudo com amostra randomizada de 3356 idosos residentes na Itália, verificaram que o valor médio de CC era significativamente maior nos idosos de 70 a 74 anos do sexo masculino (98,5 cm) e do sexo feminino (97,4 cm), em comparação aos outros grupos etários dos homens (65-69 = 98,1cm; 75-80 = 96,4cm; 80-84 = 94,8cm; $p < 0,05$) e das mulheres (65-69 = 97,2 cm; 75-80 = 96,2 cm; 80-84 = 96,5 cm), sugerindo que inclusive entre idosos o valor de CC pode variar.

Dessa maneira, Heim *et al.*, (2001) utilizaram somente o grupo de idosos com mais de 70 anos de idade, por acreditar que essa faixa etária apresenta maior risco de adiposidade abdominal, e, portanto, considerou ideal como o ponto de corte de CC os valores entre 106 cm para homens e 99 cm para as mulheres. O autor justifica ainda que o perfil da deposição de gordura é específico para cada sexo, para cada etnia e sofre influência da idade, e que, portanto, essas modificações precisam ser consideradas.

Nesse contexto, a presente investigação considerou como idosos os indivíduos com idade superior a 60 anos, e adotou o ponto de corte estabelecido pela OMS (2000), uma vez que as demais referências pesquisaram idosos acima de 70 anos de idade.

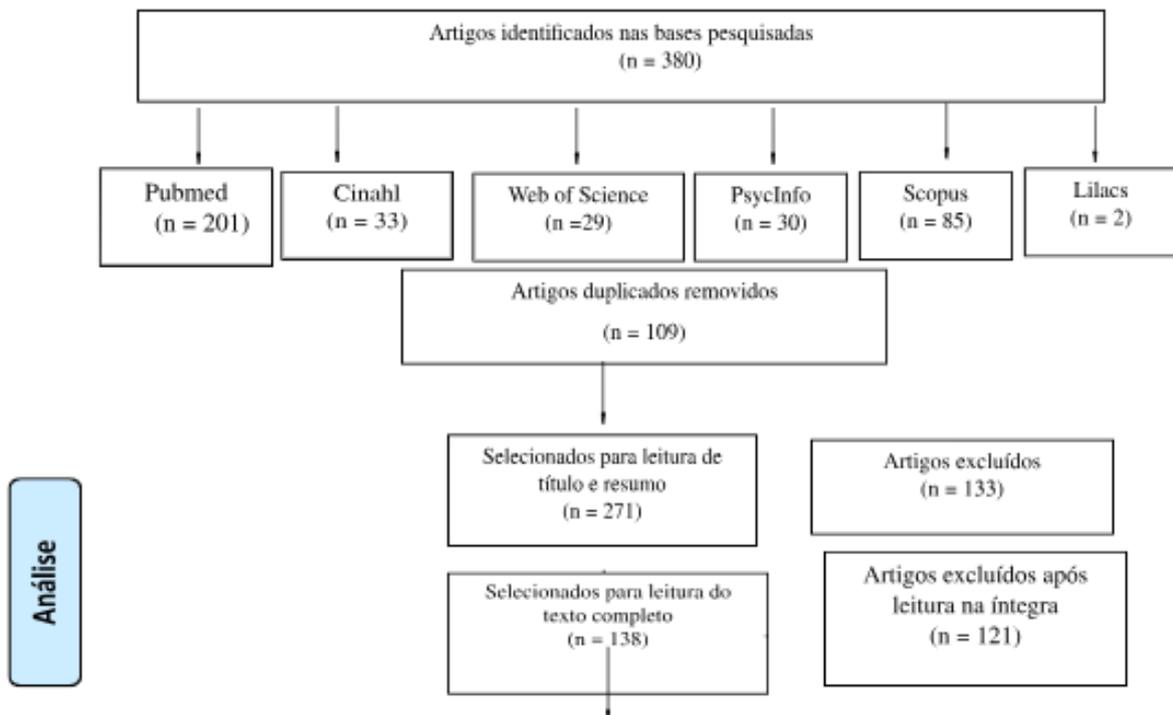
3.4.2 Impactos da Violência Doméstica no Estado Nutricional

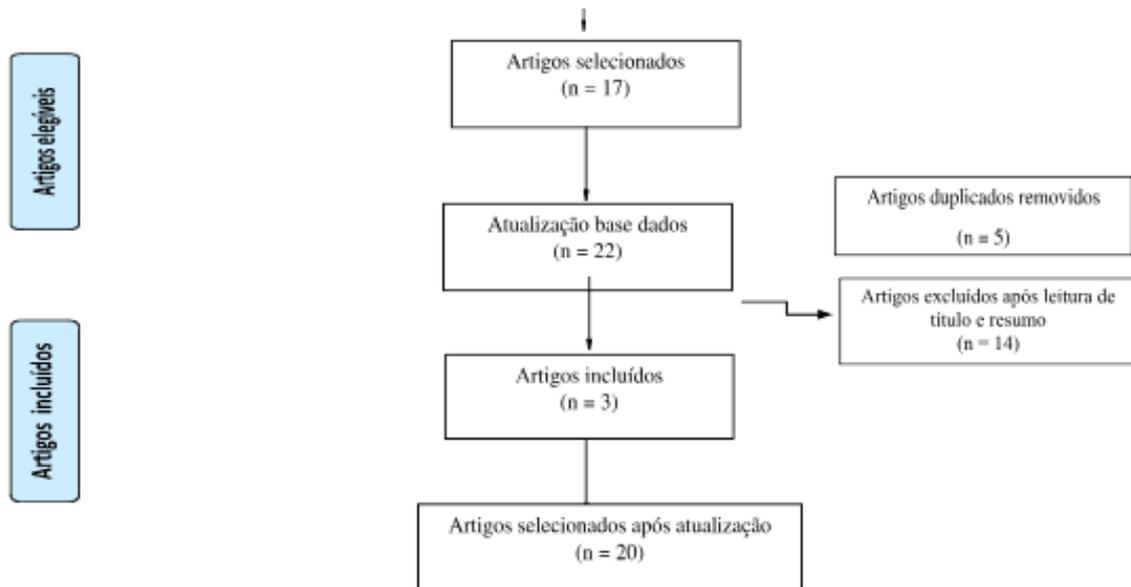
Neste item, para explorar a temática da violência doméstica associada ao estado nutricional, fez-se necessária uma revisão de literatura, sendo realizada no período de agosto a outubro de 2019, com atualização em janeiro de 2022. As bases de dados investigadas foram Pubmed, Cinahl, Web of Science, Scopus, PsycInfo, Lilacs. Buscou-se responder a seguinte questão: ‘Existe associação entre violência doméstica e indicadores antropométricos nos idosos?’. O protocolo desta revisão é

apresentado no Apêndice A com a detalhamento das chaves de busca que compuseram a pesquisa.

Foram incluídos artigos sobre a violência doméstica e que apresentaram informações relativas à relação desta no estado nutricional, como foi encontrado na literatura apenas um artigo que analisou essa associação especificamente em idosos, foram considerados relevantes os artigos que trabalharam esta temática nas demais fases da vida, sem imposição de idade. Alcançou-se o conjunto de dezenove artigos para o presente estudo de revisão, que são apresentados no Apêndice B os quais foram selecionados conforme fluxograma apresentado na Figura 3. Todos os artigos foram publicações internacionais oriundas da América do Norte, Oceania ou Europa, representando países desenvolvidos. Em relação ao idioma, todos foram publicados em inglês. O ano de publicação variou entre 1994 e 2022. A fim de contemplar esta parte da revisão, os artigos selecionados foram agrupados em três tópicos que serão apresentados a seguir:

Figura 2: Fluxograma dos estudos selecionados





Fonte: Elaborado pela autora

3.4.2.1 Violência Doméstica e excesso de peso

Buscando compreender as inconsistências encontradas na literatura sobre violência doméstica e excesso de peso, pesquisadores investigaram a relação entre maus-tratos domésticos e excesso de peso, gordura corporal e gordura abdominal em adolescentes de escolas públicas da cidade do Rio de Janeiro - Brasil. A amostra foi composta por 1628 estudantes de 13 a 19 anos, de ambos os sexos, no 9º ano de escolaridade. Foram avaliados excesso de peso, gordura corporal e gordura abdominal e maus-tratos domésticos (agressão física e verbal). Os maus-tratos domésticos mostraram uma relação inversa com o excesso de peso e gordura no sexo feminino, mas apenas a agressão física foi significativamente associada ao excesso de peso (OR = 0,499, IC = 0,212 a 0,951). Quanto aos meninos, os resultados apontaram excesso de peso e gordura, mas sem significância estatística. (SILVA; HASSELMANN, 2018).

Em outro ciclo da vida, Garcia *et al.*, (2014) investigaram a associação entre violência e IMC e CC baseando-se na hipótese de que a violência doméstica na meia-idade estaria associada a aumentos ou diminuições no peso e na circunferência da cintura. A amostra foi selecionada da coorte longitudinal do Estudo da Saúde da Mulher nos Estados Unidos, compreendendo um total de 2.870

mulheres com idades entre 42 e 52 anos na linha de base de um grupo étnico / racial e socialmente diversificado. As mulheres foram acompanhadas anualmente por 10 anos, e as avaliações incluíram medidas de circunferência de peso e cintura e dados sobre violência, resultados de saúde e fatores de confusão.

Os resultados mostraram que 8,6% das mulheres brancas, 10,8% afro-americanas, 9,2% chinesas e 5,0% japonesas relataram violência doméstica. Relatar violência e estresse traumático durante o acompanhamento foi significativamente associado ao ganho de peso (OR = 2,39, IC 95% = (1,28-4,47), perda de peso (OR = 3,54, IC 95% = 1,73-7,22) e ganho (OR = 2,44, IC 95% = 1,37-4,37) ou perda (OR = 2,66, IC 95% = 1,23-5,77) na circunferência da cintura, ajustando para idade, raça / etnia, educação, estado civil e tabagismo. Ainda assim, um ganho de peso médio de 0,39% ao ano foi associado à violência e estresse traumático quando comparado às mulheres que não relataram violência e estresse traumático. Os resultados permaneceram significativos após ajustes adicionais para idade, raça / etnia, educação, estado civil e tabagismo (estimativa = 0,38, IC 95% = 0,08, 0,69).

Como a violência e o estresse traumático foram associados ao aumento ou diminuições no peso e na circunferência da cintura, os autores inferem que as mulheres respondem ao estresse da violência de maneira diferente e, como resultado, têm mudanças na dieta (por exemplo, consomem mais ou menos comida) e atividade física (por exemplo, aumentam ou diminuem a atividade), bem como mudanças nos hormônios relacionados ao estresse (GARCIA, 2014).

Nesse sentido, pesquisadores investigaram a existência de associação entre violência doméstica e obesidade em 5.015 mulheres casadas com idades entre 15 e 49 anos, que participaram da Pesquisa Demográfica e Saúde no Egito de 2005 (EDHS). A média do IMC das mulheres foi de 30,4 kg / m² e 48% eram obesas. Ainda, 37% relataram ter sofrido violência doméstica (psicológica, física ou sexual). Os achados ainda revelaram que as chances de serem obesas eram maiores entre as mulheres que relataram violência sexual (OR = 1,31, IC 95% = 1,03-1,69), física (OR = 1,18, IC95%= 1,01-1,38) e psicológica (OR = 1,17, IC95%= 1,00-1,36). Mulheres que sofreram violência doméstica grave ou repetida - medida pela exposição relatada por três ou mais atos físicos (OR = 1,2, IC95%= 0,96-1,64), psicológicos (OR = 1,18, IC95%= 0,94;1,48) e sexual (OR = 1,36, IC5%= 1,07-1,74) também tiveram maiores chances de apresentarem obesidade. Assim, justificaram os resultados supondo que a obesidade entre mulheres em ambientes mais pobres

como o Egito, pode ter suas raízes em parte na subordinação de gênero, como a exposição das mulheres a múltiplos atos de violência doméstica (YOUNT; LI, 2011).

Em relação à violência doméstica sexual, especificamente por parceiros íntimos estudos objetivaram investigar essa exposição com o estado nutricional em diversas fases do ciclo da vida, com crianças em idade pré-escolar, Boynton-Jarrett (2010) desenvolveu um estudo de coorte prospectivo nos Estados Unidos da América (EUA) com uma subamostra de 1595 crianças nascidas entre 1998 e 2000 e seus pais entrevistados na linha de base aos 12, 36 e 60 meses. O objetivo era investigar o abuso restritivo, sexual e físico sofrido pela mãe por seu parceiro íntimo. Entre as 1595 crianças investigadas, 16,5% eram obesas aos 5 anos e 49,4% das mães relataram alguma forma de VPI.

Comparando com aqueles que não tiveram exposição à VPI, crianças cujas mães relataram VPI crônica tiveram um risco elevado de obesidade nos primeiros 5 anos de vida (OR = 1,80; IC 95%, 1,24-2,61). As análises estratificadas indicaram aumento do risco de obesidade entre as meninas com história materna de VPI crônica (OR = 2,21; IC 95%, 1,30-3,75) em comparação aos meninos (OR = 1,66; IC 95%, 0,94-2,93) e um efeito maior de qualquer VPI materna na obesidade entre crianças que viviam em bairros menos seguros (OR = 1,56; IC 95%, 1,03-2,36). O estudo demonstrou então que a VPI materna crônica está associada ao aumento do risco de obesidade em crianças em idade pré-escolar.

No mesmo sentido, objetivando investigar a associação entre VPI física e não física com obesidade numa amostra de 1.179 mulheres, Davies *et al.*, (2016) encontraram que 44% dos participantes relataram VPI ao longo da vida (25% físico e 19% não físico), assim como 24% relataram obesidade identificada pelo profissional de saúde. Nas análises não ajustadas, a obesidade foi mais prevalente entre as mulheres expostas à VPI física (30%) e não física (27%), em comparação às mulheres sem VPI (20%, $p = 0,002$). Nos modelos multivariáveis, as mulheres que relataram VPI física apresentaram chances 1,67 vezes maiores de obesidade (IC 95% 1,20- 2,33), e as mulheres que relataram VPI não física apresentaram chances 1,46 vezes maiores de obesidade (IC95% 1,01- 2,10) em comparação com as mulheres que relatam nunca exposição.

Assim, concluíram que este tipo de estudo reforça a importância da triagem para a prevenção primária e secundária da VPI, reduzindo as consequências adversas à saúde, como a obesidade, uma vez que este tipo de violência está

associada a menos visitas médicas de cuidados primários, potencialmente levando à diminuição de oportunidades para intervir e prevenir a obesidade e suas complicações de saúde relacionadas.

3.4.2.2 *Violência Doméstica e desnutrição*

Buscando aprofundar conhecimentos sobre violência doméstica, baixo desempenho cognitivo e desnutrição em adolescentes, pesquisadores investigaram uma amostra composta por alunos de ambos os sexos, com idades entre 7 e 14 anos, de escolas públicas do ensino fundamental em Salvador, Brasil. Os resultados mostraram que o desenvolvimento intelectual abaixo da média foi encontrado em 63,3% dos participantes, e a desnutrição foi identificada em 9,5%. A desnutrição teve um efeito negativo na violência doméstica (OR = 1,60, IC 95% = 1,01 - 2,52; $p = 0,042$). Assim, os autores concluíram que crianças expostas à violência doméstica podem apresentar depressão ou comportamentos caracterizados por isolamento social progressivo, além de distúrbios do sono e do apetite (SILVA *et al.*, 2012).

No mesmo sentido, objetivando investigar a relação entre violência doméstica e desnutrição, em outro ciclo de vida, nas mulheres, Ackerson; Subramanian (2008) analisaram uma amostra de 69.072 mulheres entre 15 a 49 anos na Pesquisa Nacional de Saúde da Família de 1998-1999 na Índia. Os resultados indicaram associações entre violência doméstica com o baixo peso (OR = 1,21, IC 95%: 1,13 a 1,29) neste público. Para os autores, os possíveis mecanismos dessa relação incluem a retenção de alimentos como forma de abuso, e as influências da violência doméstica mediadas pelo estresse nos resultados nutricionais.

Neste mesmo país, estudo conduzido por Sethuraman; Lansdown; Sullivan (2006) explorou a relação entre violência doméstica, o estado nutricional de mulheres e seus filhos entre 6 a 24 meses em comunidades rurais e tribais. Os resultados mostraram que a violência doméstica era vivenciada por 34% das mães da amostra, e, a experiência materna de abuso psicológico e coerção sexual aumentava o risco de desnutrição tanto nas mães como nas crianças.

Em relação à VPI, estudo proposto por Ferdos; Rahman (2018) investigou a relação entre desnutrição e VPI entre 1.086 mulheres jovens de Bangladesh de 15 a 24 anos. Assim, descobriram que cerca de um terço (33,4%) das mulheres adultas jovens experimentaram VPI física e / ou sexual; 14,5% experimentaram apenas VPI

sexual e 29% experimentaram apenas VPI física pelos maridos. Cerca de 32,6% das mulheres adultas jovens foram relatadas como abaixo do peso (IMC <18,5) e 6,2% estavam acima do peso (IMC ≥ 25). Mulheres com baixo peso experimentaram mais VPI física (OR = 1,39; IC95%: 1,09-2,71) e VPI física e / ou sexual (OR = 1,48; IC95%: 1,12-2,75) do que as mulheres da faixa normal. Os resultados também indicaram uma associação positiva entre excesso de peso / obesidade e todas as formas de VPI. Segundo os autores, este achado indica que a experiência da VPI desempenha um papel significativo nas mulheres adultas jovens com baixo peso e com sobrepeso / obesidade e reforça que os programas e as políticas de saúde e nutrição das mulheres mais jovens precisam considerar a VPI e todos os seus fatores associados.

Nesse contexto, Rahman *et al.*, (2013) investigaram associações de VPI e desnutrição crônica entre mulheres em idade reprodutiva e, ainda, se mulheres que experimentaram pobreza e VPI estavam em desvantagens nutricionais. Os achados mostraram que mais de 53% das mulheres casadas de Bangladesh sofriam violência física e / ou sexual de seus maridos. A experiência da VPI física (OR = 1,22; IC 95% = 1,02-1,46) e a VPI física e sexual (OR = 1,24; IC95% = 1,04-1,58) foram associadas a um aumento no risco de desnutrição crônica entre as mulheres. Uma magnitude de três ou mais tipos de VPI física demonstrou consequências mais profundas na desnutrição neste segmento. As descobertas também revelaram que as mulheres pobres e com experiência de VPI estavam em desvantagens nutricionais.

A VPI é considerada um dos principais fatores psicossociais que podem influenciar o estado nutricional em maiores proporções nas mulheres. A VPI aumenta o estresse psicológico, o que, por sua vez, aumenta o estresse oxidativo e o nível metabólico, fatores de risco para desnutrição (FERDOS, 2018), porém, a VPI contra mulheres pode ainda provocar transtorno alimentar, práticas insalubres de controle de peso e piores resultados de tratamento para os distúrbios, além de fadiga crônica, inatividade física e deficiências que impedem o trabalho e as atividades diárias (ELLSBERG, 2008).

Assim, o estudo de Ferreira *et al.*, (2015) teve também como objetivo avaliar se a VPI afeta o estado nutricional de mulheres adultas com diferentes níveis de IMC. O estudo analisou uma amostra de 625 mulheres, mostrando que a VPI ocorreu em 27,6% das mulheres (IC95%: 20,0; 35,2), e o IMC médio foi de 27,9 kg /

m² (IC 95%: 27,1; 28,7). Ainda assim, a VPI esteve negativamente associada ao IMC entre os percentis 25 e 85, correspondendo a 22,9 e 31,2 kg / m², comprovando que a VPI pode reduzir o IMC em mulheres de baixa renda.

3.4.2.3 Impactos da Violência Doméstica sobre o Estado Nutricional ao longo da vida

Buscando compreender as inconsistências encontradas na literatura sobre violência doméstica na infância e obesidade, Danese; Tan (2014) realizaram uma revisão sistemática e metanálise nas seguintes bases de dados: Medline, PsycInfo e Embase até 1º de agosto de 2012. Os resultados revelaram que dos 41 estudos os maus-tratos na infância estavam associados ao risco elevado de desenvolver obesidade ao longo da vida (OR = 1,36; IC 95% = 1,26-1,47). Os autores sugeriram que pesquisas futuras devem esclarecer os mecanismos pelos quais os maus-tratos infantis afetam o risco de obesidade e explorar métodos para evitar esse efeito.

Nesse sentido, estudo conduzido por Greenfield (2009) investigou se a prática de violência física e psicológica perpetradas pelos pais, na infância, estavam associadas a maiores chances de obesidade na idade adulta nos filhos. Também examinou até que ponto o maior uso de alimentos pelos adultos em resposta ao estresse servia como mediador de possíveis associações de risco. Os resultados indicaram que os participantes que relataram ter sofrido violência psicológica e física pelos pais - com pelo menos um tipo de violência ocorrendo com frequência - tiveram maior probabilidade de serem classificados como obesos, em contraste com os que relataram nunca ter sofrido nenhum tipo de violência por parte dos pais. O estudo indicou ainda que o maior uso de alimentos em resposta ao estresse entre os entrevistados com histórico problemático de violência explicava, em parte, seu maior risco de obesidade na vida adulta. Esses achados corroboram com o estudo desenvolvido por Lissau; Sorensen (1994), onde revelou que a negligência por parte dos pais aumentava de maneira significativa o risco das crianças se tornarem obesas na idade adulta quando comparadas às crianças que viviam em ambiente harmonioso e sem violência.

Sobre esse tema, Jun *et al.* (2012) investigaram a relação entre violência doméstica e trajetórias de desenvolvimento do IMC numa coorte de adolescentes acompanhados longitudinalmente entre 1996 a 2003 nos EUA. A amostra foi composta por 6.043 meninas e 4.934 meninos entre 9 a 14 anos. Os resultados

revelaram quatro trajetórias distintas de IMC separadamente para meninas e meninos: crescimento saudável; saudável para obesos; excesso de peso constante e obesidade consistente. Comparados aos meninos não expostos à violência doméstica, os meninos criados em lares violentos antes dos 5 anos corriam um risco aumentado de serem obesos (OR = 2,0; IC95% 1,2 - 3,5) e excesso de peso constante (OR 1,4; IC95% 1,1 - 1,9). Já as meninas criadas em lares violentos eram mais propensas a estar no grupo com excesso de peso. Tais achados revelam que a exposição de crianças à violência doméstica aumenta o risco de trajetórias de peso prejudiciais durante a vida.

Buscando aprofundar pesquisas nessa temática, Lohman; Gillette; Neppi (2016) examinaram as relações entre violência doméstica e insegurança alimentar na adolescência sobre o desenvolvimento de sobrepeso / obesidade na idade adulta emergente. Os dados foram provenientes do Projeto Juventude e Famílias de Iowa, um estudo longitudinal contendo 451 jovens adolescentes e suas famílias, iniciado em 1989 no meio-oeste rural. Os adolescentes tinham 13 anos de idade na avaliação inicial e o status de peso na idade adulta emergente foi medido 10 anos depois. Os resultados mostraram que experimentar violência doméstica na adolescência aumentou as chances de sobrepeso e obesidade aos 23 anos de idade. Além disso, ter pais com níveis mais altos de educação reduziu as chances de sobrepeso e obesidade na idade adulta. Ainda, as mulheres que experimentaram altos níveis de violência doméstica e insegurança alimentar na adolescência apresentaram maiores chances de sobrepeso e obesidade aos 23 anos em comparação aos homens.

Em contrapartida, Sobkoviak; Yount; Halim (2012) utilizaram dados de 2.467 díades mãe-filho da Pesquisa de Demografia e Saúde da Libéria (LDHS) de 2007, realizada entre 24 de dezembro de 2006 e 19 de abril de 2007 para investigar a relação entre violência doméstica sexual sofrida pela mãe com o estado nutricional de seus filhos. Os achados mostraram que a violência doméstica sexual previu menores escores ajustados para estatura para idade e peso para estatura, bem como maiores chances de atrofia e baixo peso em seus filhos.

Ainda sobre essa temática, Rohde *et al.*, (2008) desenvolveram um estudo tendo como objetivo responder as seguintes questões: os maus-tratos na infância estão associados à obesidade e depressão subsequentes na meia-idade; maus-tratos explicam as associações entre obesidade e depressão; e a compulsão

alimentar ou insatisfação corporal mediam associações entre maus-tratos na infância e subsequente obesidade.

Os dados deste estudo foram obtidos através de uma pesquisa populacional de 4641 mulheres (idade média = 52 anos) inscritas em um grande plano de saúde no noroeste do Pacífico. Os dados foram analisados usando modelos de regressão logística incorporando pesos amostrais. Abuso sexual e físico infantil foram associados a uma duplicação nas chances de obesidade e depressão. A associação entre obesidade e depressão (OR não ajustado = 2,82; IC95% = 2,20-3,62) diminuiu um pouco após o controle do abuso sexual (OR ajustado = 2,54; 1,96-3,29) e do abuso físico (OR ajustado = 2,63; 2,03- 3,42). Controlar potenciais mediadores não atenuou substancialmente as associações entre maus-tratos na infância e obesidade.

Assim, os autores concluíram que este tipo de investigação é importante, uma vez que abordar um histórico de abuso sexual infantil ao tratar indivíduos com obesidade é necessário, porque o excesso de peso pode ser um refúgio para evitar experiências que podem desencadear estados emocionais negativos, já que os tratamentos para obesidade e depressão são menos sucedidos e mais propensos à recaídas se um histórico subjacente de maus-tratos na infância não for reconhecido e tratado.

Assim, percebe-se que a literatura mostra resultados em ambas direções entre os maus-tratos e o excesso de peso e desnutrição. Portanto, aprofundar essa investigação é de suma importância para a construção de um novo olhar dos profissionais de saúde, de educação e do público em geral para este problema.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O EpiFloripa Idoso se constitui em um estudo longitudinal, de base populacional e domiciliar, com três ondas, 2009/2010, 2013/2014 e 2017/2018. O presente estudo, utilizou dados provenientes da segunda e terceira onda da pesquisa, realizada no período de 2013/2014 e 2017/2018, com delineamento transversal (Artigo 1) e longitudinal (Artigo 2).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com idosos residentes na zona urbana do município de Florianópolis, a partir dos setores censitários da cidade. Florianópolis é a capital do estado de Santa Catarina e está situada no centro-leste do estado, com território constituído por uma parte insular e outra continental. Em 2009, estimava-se uma população de 408.163 habitantes, com pessoas de idade igual ou superior a 60 anos representando 44.460 habitantes, o que representava 10,9% da população total (IBGE, 2009). O município apresentava, em 2010, um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,847, valor este considerado alto, deixando a cidade na terceira posição no ranking dos municípios brasileiros (BRASIL, 2010).

4.3 SELEÇÃO E AMOSTRA – EPIFLORIPA IDOSO 2009/2010

Para calcular o tamanho da amostra, foi utilizada a fórmula para cálculo de prevalência com amostra casual simples, sendo realizado com o programa Epi-Info, versão 6.04 de domínio público (HARBAGE; DEAN, 1999). Para o cálculo, foram considerados os seguintes parâmetros: população estimada em 44.460 idosos (IBGE, 2009); prevalência para o desfecho desconhecida (50%); nível de confiança de 95% e erro amostral igual a 4%. O resultado do cálculo foi multiplicado por 2 (valor relativo ao efeito do delineamento estimado para amostra por conglomerados em dois estágios) e acrescido de 20% de perdas estimadas e 15% para possíveis fatores de confusão em análise multivariável. O resultado do tamanho amostral indicou um número mínimo 1.599 pessoas.

Para selecionar a amostra, foi utilizada a amostragem por conglomerados, que ocorreu em dois estágios. O primeiro estágio baseou-se nos setores censitários urbanos do município de Florianópolis, onde os 420 setores censitários foram ordenados de forma crescente conforme a renda média mensal do chefe da família (R\$ 192,80 – R\$ 13.209,50). Posteriormente estes setores foram reunidos em 10 grupos (decis) e em seguida sorteados sistematicamente 80 desses setores (oito setores em cada decil de renda).

O segundo estágio baseou-se nos domicílios, para o qual se fez necessário a contagem dos domicílios habitados, uma vez que os últimos dados do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) eram do censo de 2000. Foi necessário que os supervisores do estudo percorressem cada um dos setores censitários sorteados e realizassem a contagem de todos os domicílios habitados, seguindo as normas do IBGE. Desta forma, obteve-se uma variação de 61 a 725 domicílios por setor. Para reduzir o coeficiente de variação do número de domicílios por setor, foi realizado o agrupamento de setores com menos de 150 domicílios, e que eram geograficamente próximos, e divisão dos setores com mais de 500 domicílios, respeitando o decil de renda correspondente, totalizando assim 83 setores censitários. Com esta reorganização dos setores, o coeficiente de variação que era de 52,7% (n=80 setores) passou para 35,2% (n=83 setores), e estes 83 setores censitários foram compostos por um total de 22.846 domicílios.

Dados do IBGE (2000) indicavam que o número médio de moradores por domicílio em Florianópolis equivalia a 3,1. Visto que aproximadamente 11% da população correspondia a faixa etária de interesse para a pesquisa, obteve-se por setor censitário, uma média de 102 pessoas na faixa etária de interesse, correspondendo a um idoso a cada três domicílios. A razão do total da amostra (1599 indivíduos) pelos 83 setores censitários demonstrou que 20 idosos deveriam ser entrevistados em cada setor. Desta forma, estimou-se que deveriam ser visitados cerca de 60 domicílios por setor censitário.

Para realizar o sorteio sistemático destes 60 domicílios, calculou-se primeiramente um pulo intrasetor, dividindo-se o número total de domicílios de cada setor por 60. Para a escolha do primeiro domicílio que seria visitado, foi realizado um sorteio aleatório entre o número um e o número correspondente ao pulo intrasetor. Posteriormente, os domicílios restantes foram escolhidos somando-se um número inicialmente sorteado, conforme a listagem de domicílios ocupados (elaborada pelos supervisores do estudo) e o valor do pulo. Estas etapas foram repetidas para o sorteio dos domicílios de cada setor censitário e todos os idosos residentes nos domicílios sorteados foram considerados elegíveis para a pesquisa.

Devido à disponibilidade de recursos financeiros, estimou-se realizar 23 entrevistas por setor censitário, obtendo-se desta forma, 1.911 idosos elegíveis para o estudo. A taxa de não resposta do estudo foi de 10,9%, o que originou uma amostra final de 1.705 idosos efetivamente entrevistados. Nesta amostra de linha de base, somente foram entrevistados idosos com 60 anos ou mais de idade, de ambos

os sexos, residentes na comunidade, excluindo-se os idosos institucionalizados (asilos, hospitais, presídios).

4.4 AMOSTRA – EPIFLORIPA IDOSO 2013/2014

Para o seguimento do EpiFloripa Idoso, foi necessário realizar a busca ativa dos 1.702 participantes da linha de base (EpiFloripa Idoso 2009/2010). Assim, realizou-se a busca dos idosos elegíveis, mediante a identificação de óbitos e suas informações, por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, cuja busca baseou-se no local de residência, referente aos anos de 2009 a 2013.

Em seguida, para contatar os participantes não identificados pelo SIM utilizou-se os registros cadastrais da entrevista de 2009/2010 e foram enviadas cartas, e-mail e ligações telefônicas para confirmar a situação vital e atualizar os dados e informações dos idosos.

As cartas foram enviadas para 1.400 idosos que possuíam o endereço completo, visando informá-los sobre a nova entrevista que seria realizada. Do total de cartas enviadas, 109 retornaram devido à mudança de endereço ou endereços inexistentes.

Posteriormente, iniciou-se o contato com os idosos por meio telefônico, para a atualização do endereço e de outros telefones. Para os sujeitos que não foi possível este contato, em virtude do número de telefone incorreto ou mudança de endereço, buscou-se atualização via Sistema InfoSaúde, redes sociais, lista telefônica, vizinhos, parentes e amigos.

Os óbitos constatados neste momento, foram confirmados quando possível, por uma segunda busca realizada no banco de dados do SIM, através de informações pessoais dos idosos (nome, sexo, nome da mãe e data de nascimento). Quando não foi possível a confirmação do óbito através do SIM, estas informações foram registradas conforme fornecidas pelo familiar ou responsável.

Através da busca ativa, foram atualizados e confirmados os endereços e dados telefônicos de 1.145 idosos. Para 429 idosos não foi possível a atualização de endereço e telefone no momento da ligação, devido ao número de telefone ser inexistente ou estar desligado, ausência de resposta no momento da ligação (n=209)

e indisponibilidade do idoso para atender a ligação da equipe naquele momento (n=213). Aqueles cujo endereço encontrava-se desatualizado, foram visitados pelo entrevistador diretamente em sua residência através do endereço fornecido em 2009/2010, para um novo convite de participação no estudo.

De maneira geral, foram excluídos da amostra inicial 220 participantes no total, sendo dois por possuírem dados duplicados, um com idade incompatível e 217 óbitos, resultando em 1.485 idosos elegíveis para realização do EpiFloripa 2013/2014. Ao longo do processo de entrevista, 159 pessoas foram consideradas perdas e 129 recusaram participar novamente da pesquisa.

Assim, 1.197 idosos foram entrevistados novamente no ano de 2013/2014 e neste momento foram convidados para participarem também da pesquisa “EpiFloripa Idoso 2013/2014”.

4.5 AMOSTRA – EPIFLORIPA IDOSO 2017/2019

A terceira onda do estudo foi composta por participantes em acompanhamento desde a linha de base 2009/2010; por participantes do estudo EpiFloripa Adulto realizado em 2009/2010, destacando-se a necessidade de haver completado 60 anos a partir do dia 7 de julho de 2018; e, contou com a inclusão de novos idosos para a reposição da amostra.

Os dados cadastrais dos idosos em acompanhamento foram atualizados via telefone e para auxiliar na atualização das informações foi desenvolvido um mapa da Grande Florianópolis com a delimitação de seus setores, o que possibilitou verificar mudanças de endereços entre as ondas ao considerar os setores censitários da amostra de 2009/2010. Dos 1.197 participantes, 107 mudaram-se para endereços que não pertenciam aos setores de Florianópolis, 88 foram a óbito, 43 mudaram-se para endereços de outros municípios da Grande Florianópolis, 3 mudaram-se para municípios fora da Grande Florianópolis e 956 mantiveram-se nos setores sorteados para o estudo EpiFloripa Idoso.

Foram elegíveis 321 idosos participantes do estudo EpiFloripa Adulto realizado em 2009/2010 (pessoas com 60 anos ou mais a partir do dia 7 de julho de 2018), sendo então contatados via telefone para identificar a disponibilidade em participar do estudo EpiFloripa Idoso e para a atualização de endereço e telefone.

Dos 321 idosos elegíveis, 13 foram identificadas como óbito, 75 recusaram participar, 88 foram perdidas e 104 foram entrevistados.

Para a inclusão de novos idosos, foi considerado o tamanho da população de 60 anos ou mais, de 48.423 habitantes, segundo o Censo de 2010. Foram utilizados os mesmos parâmetros das ondas anteriores para o cálculo de prevalência e efeito de delineamento para amostra por conglomerado, além de estimativas de percentual de perdas previstas e controle para fatores de confusão. O cálculo amostral foi realizado por meio do programa OpenEpi, versão 3.01 de domínio público e obteve-se o tamanho amostral mínimo de 1601 entrevistas.

Devido a seleção da amostra por conglomerados, os mesmos setores censitários da linha de base foram mantidos como unidade de primeiro estágio na terceira onda. No entanto, houve modificações na divisão de Florianópolis, de forma que os 83 setores censitários considerados na linha de base e selecionados conforme o Censo de 2000, resultaram em 101 setores censitários, conforme o Censo de 2010. Além disso, ocorreu a atualização do número de domicílios (arrolamento) e averiguou-se as características de cada setor. O número de domicílios variou de 51 a 877 por setor, o que totalizou 32.079 domicílios.

A fim de manter a representatividade da amostra da terceira onda do estudo, comparou-se a proporção de idosos segundo sexo e faixa etária (60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 anos e mais) entre a linha de base (2009/2010), a segunda onda (2013/2014) e os idosos elegíveis para a terceira onda ($n=1.108$) do estudo EpiFloripa Idoso com a população do Censo de 2010. Em decorrência do envelhecimento da coorte, não havia mais nenhum participante de 60 a 64 anos, o que aumentou a proporção em faixas etárias acima de 70 anos e tornou a faixa etária mais jovem prioritária para a reposição da amostra.

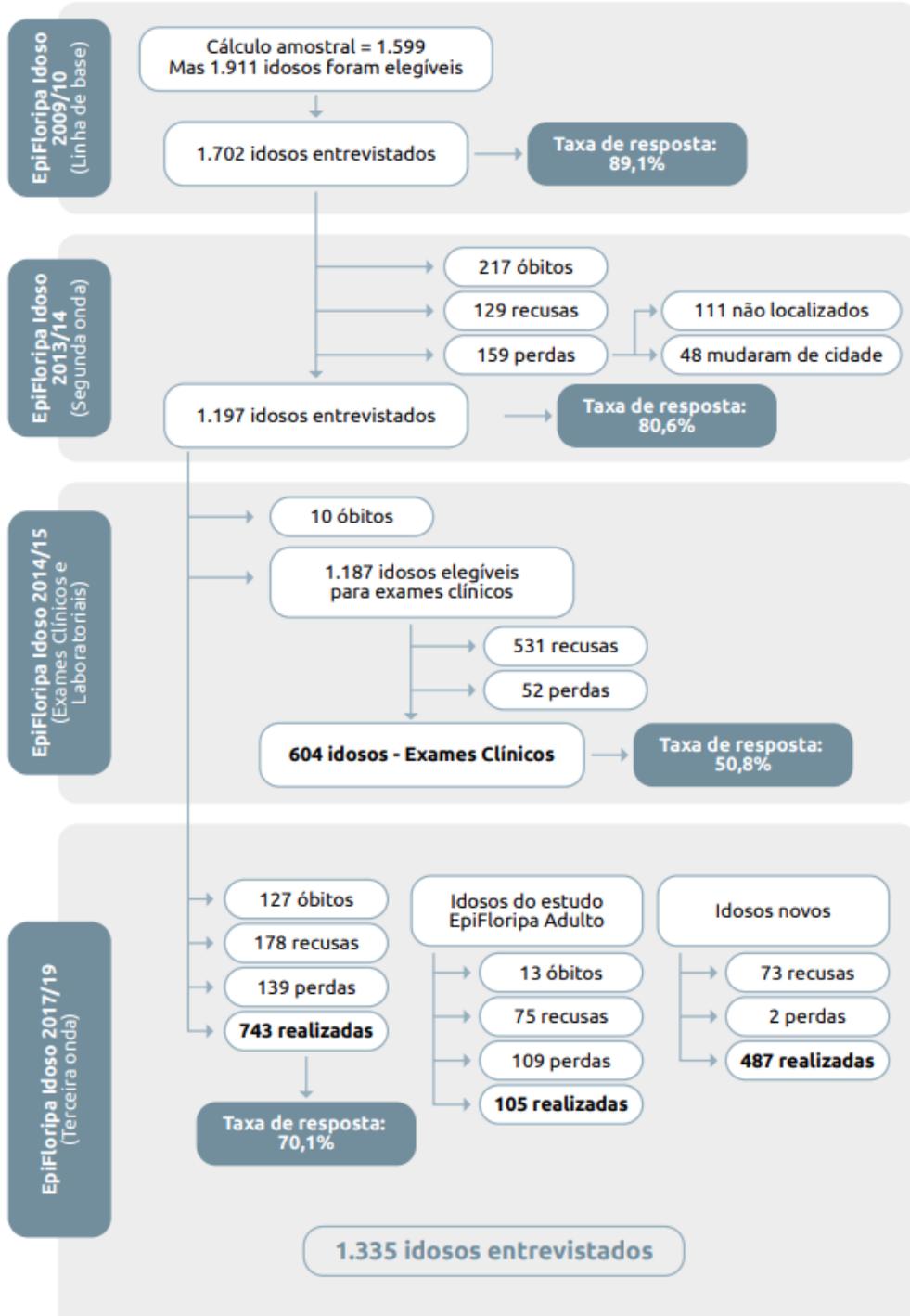
Para a estimativa do número de domicílios a serem visitados em cada setor, a fim de localizar os novos idosos e considerando o número de 421.240 idosos no município (13,6% da população) e a média de um idoso a cada três domicílios, estimou-se a quantidade necessária a ser visitada com acréscimo de 20% de perdas previstas e multiplicou-se o resultado por três (número de idosos a cada domicílio).

Durante o recrutamento dos novos idosos, observou-se dificuldade em encontrar participantes com 60 anos ou mais, principalmente entre 60 a 69 anos, além de questões relacionadas ao acesso aos domicílios, seja por questões logísticas (edifícios sem porteiro ou mesmo pela impossibilidade de contato com o

síndico) ou em função da localização em áreas de risco. Nesse sentido, foi firmada uma parceria com a Prefeitura Municipal de Florianópolis, que solicitou o auxílio de coordenadores de Centros de Saúde para contato e treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para auxílio no levantamento de idosos para compor o número mínimo necessário de entrevistados em cada setor censitário. Os ACS receberam listas com os endereços dos domicílios sorteados e auxiliaram os entrevistadores entrando em contato com os idosos e encorajando-os a participarem do estudo.

A Figura 3 representa o fluxograma com a descrição do plano amostral da terceira onda do estudo EpiFloripa Idoso e população das três ondas. Florianópolis/SC, 2009-2019.

Figura 3 - Fluxograma com descrição do plano amostral da terceira onda do estudo EpiFloripa Idoso e população das três ondas. Florianópolis/SC, 2009-2019



4.6 PERDAS E RECUSAS

Foram consideradas perdas, no EpiFloripa Idoso 2009/2010, os idosos que estavam viajando, internados em hospital ou que não foram localizados após quatro visitas, sendo pelo menos uma no período noturno e uma no final de semana. Já a recusa, foi constatada quando o idoso relatava claramente que não possuía interesse em participar da pesquisa. Nestes dois casos (perdas e recusas) não houve substituição do indivíduo.

No EpiFloripa Idoso 2013/2014 também foram considerados como perdas, os idosos não encontrados após quatro visitas em períodos diferentes, sendo uma no final de semana e outra à noite, além daqueles participantes que mudaram de endereço e telefone, e/ou aqueles onde a localização não foi possível.

Os idosos que participaram da linha de base do estudo, mas que haviam mudado para outros municípios da Grande Florianópolis, foi realizada tentativa de entrevista, e quando não possível, também foram considerados perdas. Da mesma forma, foram classificados como perdas os idosos que se encontravam internados no momento da entrevista, e que após novo contato permaneceram nesta situação; e aqueles que foram institucionalizados no período entre a primeira e segunda onda, cuja autorização do responsável legal para a realização da entrevista não foi possível.

Foi considerada recusa na segunda onda do EpiFloripa Idoso, a verbalização de desinteresse do idoso em realizar uma nova entrevista. Em recusas manifestadas por telefone, tentou-se realizar visita ao domicílio para confirmação da recusa ou tentativa de entrevista.

Similarmente, os indivíduos elegíveis para a terceira onda do EpiFloripa Idoso, que estavam viajando, internados em hospital ou que não foram localizados após quatro visitas, foram considerados perdas. Pessoas do acompanhamento cujo contato (telefônico e domiciliar) não foi mais possível, foram classificados com perdas.

Para aquelas pessoas idosas do acompanhamento, que passaram a residir em outros municípios da Grande Florianópolis, aqueles que se encontravam internados no momento da entrevista, e que após novo contato permaneceram nesta situação; e os idosos que foram institucionalizados, não sendo possível a

autorização do responsável legal para a realização da entrevista, foram considerados perdas.

Foram identificados como recusa, os indivíduos que referiram não ter interesse em realizar a entrevista, sendo que as recusas e perdas não foram substituídas.

4.7 LOGÍSTICA D O TRABALHO DE CAMPO

4.7.1 Equipe de trabalho

A equipe foi composta por uma coordenadora, professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); por uma supervisora geral da pesquisa, bolsista de pós-doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC; por 12 supervisores (mestrandos e doutorandos em Saúde Coletiva, Ciências Médicas, Educação Física e Nutrição da UFSC); dois bolsistas de iniciação científica, um para auxiliar na parte administrativa e outro na tecnologia da informação, e 13 entrevistadores (profissionais da saúde).

Também compuseram a equipe outros pesquisadores, como professores dos Departamentos de Saúde Coletiva, Educação Física e Nutrição da UFSC, da Universidade do Sul de Santa Catarina, da Universidade de São Paulo e da *University College London*.

4.7.2 Seleção e treinamento dos entrevistadores

A seleção e treinamento dos entrevistadores foram realizados pela coordenadora e supervisores da equipe. A equipe de entrevistadoras, em 2009/2010, foi composta por 20 indivíduos do sexo feminino com, no mínimo, ensino médio completo. Já a equipe de 2013/2014 contou com 14 entrevistadores de ambos os sexos, com ensino superior completo, preferencialmente na área da saúde e com experiência em pesquisa.

Todos os entrevistadores passaram por um treinamento padronizado, a fim de conhecer a pesquisa, os instrumentos e desenvolver suas habilidades técnicas, organizados em duas etapas.

A primeira etapa consistiu-se em uma parte expositiva, onde foi realizada uma apresentação geral do projeto e do trabalho de campo, apresentação detalhada do instrumento de coleta e do manual de instruções. Por fim, foi aplicada uma prova teórica, com questões objetivas que contemplavam o conteúdo do treinamento.

A segunda etapa abordou a parte prática, onde cada entrevistador avaliou 10 idosos, aferindo as medidas de estatura e circunferência de cintura. As medidas foram comparadas para o cálculo do erro técnico e questionários de medida intra e interavaliadores. Também durante a seleção dos entrevistadores, houve capacitação para uso do Personal Digital Assistants (PDA), no EpiFloripa Idoso 2009/2010, e do netbook para a edição de 2013/2014 e 2017/2019.

A seleção final dos entrevistadores levou em conta a avaliação geral do candidato durante todo o processo de treinamento, disponibilidade de horários para realizar as entrevistas, desempenho na prova teórica, precisão na avaliação das medidas, e avaliação durante a entrevista supervisionada com um idoso não pertencente ao estudo.

4.7.3 Pré-teste do instrumento

Foi realizado o pré-teste do instrumento de pesquisa com 15 e 18 idosos não participantes do estudo, em outubro de 2013 (onda 2) e setembro/outubro de 2017 (onda 3), respectivamente. Essas entrevistas foram realizadas pelos entrevistadores e acompanhadas pelos supervisores como parte do treinamento. O objetivo foi avaliar a conduta do entrevistador, testar o software do instrumento instalado no *netbook*, a compreensão das questões por parte dos entrevistados e a qualidade das informações coletadas, afim de padronizar a coleta de dados. Um dos entrevistadores apresentou pouco domínio na primeira entrevista supervisionada, sendo agendada outra entrevista para uma nova oportunidade de preparo, e nessa última foi considerado apto.

4.7.4 Piloto

Nessa etapa realizou-se a aplicação do questionário previamente elaborado para o estudo, em idosos externos à amostra. Buscou-se avaliar o instrumento de pesquisa, bem como questões operacionais do estudo. No primeiro seguimento o

estudo piloto foi realizado no mês de agosto de 2009, em setores não sorteados para compor o estudo. Foram entrevistados 99 idosos, 56,8% do sexo feminino, com média de idade de 70,7 anos.

Na segunda onda do EpiFloripa Idoso, em 2013/2014, o estudo piloto foi realizado entre os meses de outubro a novembro de 2013. O estudo piloto envolveu 71 idosos, sendo 47 mulheres (66,2%), com média de idade de 71,1 anos. O questionário sofreu adaptações com base nesse estudo piloto. Foi reduzido o número de questões de 655 para 576, porém os questionários oriundos de instrumentos validados na literatura não foram alterados.

No mês de outubro de 2017 foi realizado o estudo piloto da terceira onda (EpiFloripa Idoso 2017/2019), através da realização de quatro entrevistas com idosos não participantes da pesquisa e que não residiam nos setores censitários do estudo, totalizando 73 entrevistas.

Com base nos resultados obtidos dos pilotos, foram realizadas adaptações do instrumento de pesquisa, com a intenção de facilitar a compreensão e reduzir o tempo de entrevista.

4.7.5 Coleta de dados

A pesquisa foi amplamente divulgada para a população, por meio de cartazes, jornal local, programa de rádio e núcleo local de idosos da UFSC. Em 2009/2010 a coleta iniciou em setembro de 2009 a junho de 2010, e foi organizada em duas etapas.

Na primeira etapa, os supervisores foram aos setores censitários e entregaram as cartas de apresentação da pesquisa nos domicílios sorteados. Nos apartamentos, a carta de apresentação foi entregue ao síndico do condomínio.

Na segunda etapa, foram realizadas as entrevistas nos setores selecionados. Cada entrevistador recebeu um mapa do setor censitário no qual atuaria e a lista dos domicílios sorteados, que deveriam ser visitados para realização das entrevistas.

Em 2013/2014, houve o contato com os idosos por carta e telefone e divulgação no site do estudo (www.epifloripa.ufsc.br). Mantiveram-se as estratégias de divulgação anteriores: cartazes em unidades básicas de saúde, igrejas, salões e

centros comunitários, locais de atendimento público idoso, dentre outros de maior acesso a população idosa.

Cada entrevistador recebeu uma planilha com a relação dos idosos a serem entrevistados. Nela constava o número de identificação do idoso, nome completo, endereço, telefones para contato e alguma observação registrada no primeiro contato com o entrevistado. Para o agendamento prévio da entrevista era feito contato telefônico, quando este não foi possível, fez-se o contato direto no domicílio.

A coleta de dados do EpiFloripa 2017/2019 foi realizada entre os meses de outubro de 2017 e início de dezembro de 2019. Esta onda se tornou uma coorte aberta, sendo que o mesmo processo de amostragem da linha de base foi realizado para esta onda.

Nesta onda, foram entrevistados os idosos elegíveis do acompanhamento, idosos participantes do EpiFloripa Adulto e novos idosos foram selecionados dos setores censitários já sorteados para compor a amostra do estudo. Desta forma, os entrevistadores receberam listas com a relação dos idosos que deveriam ser entrevistados do acompanhamento (com identificação, endereço e contato telefônico), listas com os idosos do EpiFloripa Adulto que concordaram em participar do EpiFloripa Idoso, além das listas com os domicílios sorteados com seus respectivos mapas dos setores censitários, sendo que os entrevistadores procederam da mesma forma que a descrita acima, definindo-se o mínimo de dez entrevistas semanais.

Em todas as ondas o entrevistador recebeu do projeto todos os materiais necessários, incluindo manual, questionários impressos (em caso de problemas com os instrumentos de coleta), planilhas para registro das entrevistas (se realizada, perda, recusa, óbito, agendada), lista das questões que podem ser respondidas pelo informante ou somente pelo idoso, Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), lista de imagens para aplicação do instrumento de saúde mental, lista com o contato de todos os supervisores, bloco para rascunho, esfigmomanômetro digital calibrado (Techline® e Bioland®), estadiômetro portátil, fita métrica flexível e inextensível com 200 cm de comprimento (Sanny®), balança digital com resolução de 100 gramas (Techline® e Balmak®), colete e crachá de identificação e brindes. Na coleta de 2017/2019, os entrevistadores receberam ainda, dinamômetro (modelo EH101,0 e.clear), fita de 2,44 metros para marcar o chão e cronômetro para serem utilizados nos testes funcionais.

Para a realização das entrevistas na onda de 2009/2010 foi utilizado o Personal Digital Assistant, semelhante ao utilizado pelo IBGE para coletar informações no Censo. Já nas ondas de 2013/14 e 2017/2019, foram utilizados netbook (doados pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/RJ) e notebooks (disponibilizados pelo Laboratório de Transportes e Logística – LabTrans) da UFSC), além de mouse e pendrive para as entrevistas.

Dentre as recomendações concedidas aos entrevistadores, uma das principais dizia respeito ao salvamento dos dados. Em 2009/2010, os entrevistadores foram orientados a revisar as respostas para avaliar a completude dos dados. Enquanto em 2013/2014 e 2017/2019, após encerrar a entrevista, os entrevistadores deveriam atentar para o processo de salvamento no netbook, na pasta compartilhada dropbox e no dispositivo pen drive.

4.7.6 Análise de consistências

Após as entrevistas serem entregues semanalmente, foi verificado a existência de alguma inconsistência dos dados, através da frequência simples e da comparação de respostas fornecidas com o que era esperado, identificando a coerência entre as respostas. As respostas incoerentes eram avaliadas junto aos entrevistadores, contato telefônico com o idoso ou responsável, ou nova visita presencial do entrevistador era agendada, quando necessária.

4.7.7 Controle de qualidade

Para assegurar o controle de qualidade da coleta de dados da pesquisa, buscaram-se utilizar instrumentos validados, preferencialmente entrevistadores graduados na área da saúde e com experiência em pesquisa. Para averiguação de possíveis erros, respostas falsas, concordância das respostas, bem como medir a reprodutibilidade das questões, os supervisores do estudo realizaram a aplicação de uma versão resumida do instrumento de pesquisa, via telefone, com aproximadamente 10% dos entrevistados, selecionados aleatoriamente. Na linha de base, os valores de kappa 0,6 a 0,9, e na segunda onda 0,5 e 0,9, revelaram

reprodutibilidade de algumas questões satisfatórias, e a maioria, boa a excelente. Para a terceira onda, utilizou-se um questionário reduzido contendo nove perguntas e os valores de Kappa apresentaram valores entre 0,71 e 0,92, considerados satisfatórios para uma adequada qualidade da coleta.

4.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Tendo em vista que o presente projeto de tese de doutorado é parte do estudo EpiFloripa Idoso, para a elaboração dos artigos que a compõem foram utilizadas variáveis coletadas nas duas últimas ondas da coorte. Assim, com o intuito de alcançar os objetivos do estudo, serão empregadas diferentes análises no estudo, as quais são apresentadas de acordo com os artigos propostos.

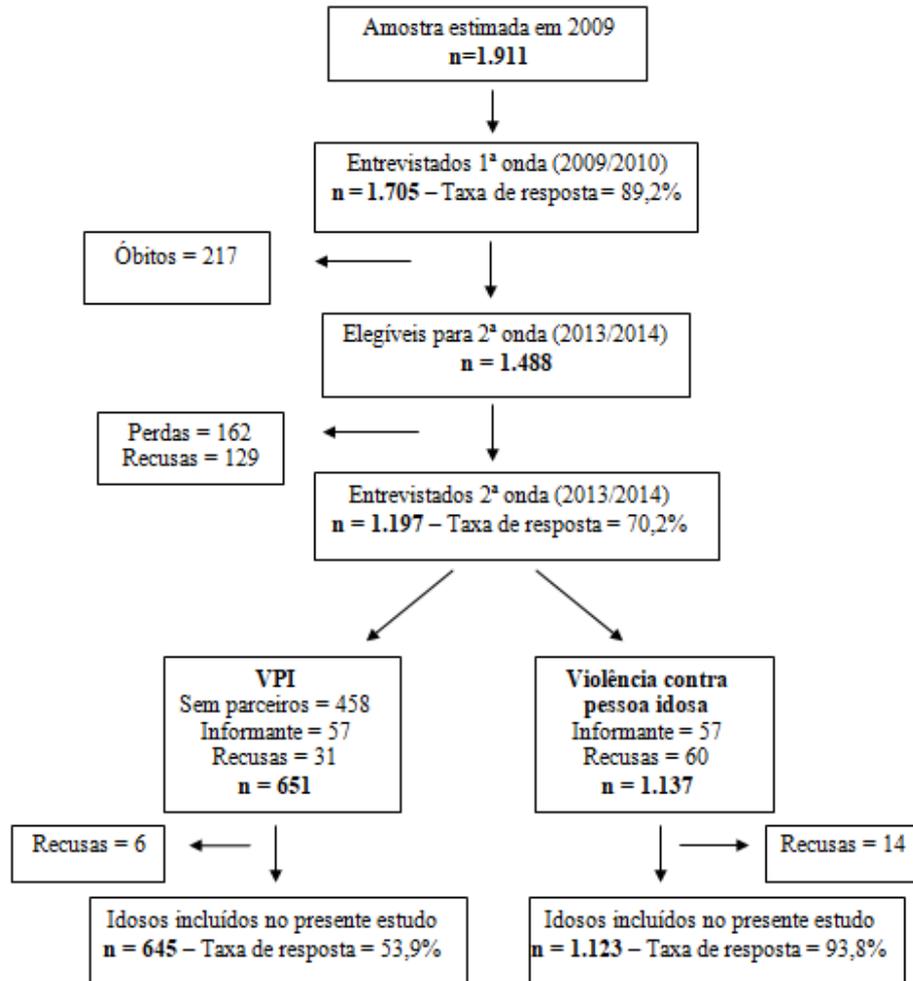
4.8.1 População do estudo para violência contra pessoa idosa, onda 2013/2014

Do total de 1.197 participantes, foram excluídos da amostra: 57 (4,8%) entrevistas respondidas por informante e 74 recusas (6,2%). Ao total, foram 1.123 idosos que compuseram a população deste estudo, o que corresponde a 93,8% do total de entrevistados na 2ª onda do estudo EpiFloripa 2013/2014.

4.8.2 População do estudo para VPI, onda 2013/2014

Do total de 1.197 participantes, foram excluídos da amostra: 57 (4,8%) entrevistas respondidas por informante, 458 (38,2%) entrevistas com idosos que não possuíam parceiro e desta forma, não puderam responder o questionário sobre VPI (CTS-1) e 37 (3,1%) que não quiseram respondê-lo. Ao total, foram 645 idosos que compuseram a população deste estudo, o que corresponde a 54,0% do total de entrevistados na 2ª onda do estudo EpiFloripa 2013/2014. Na figura 3 pode-se acompanhar o fluxograma que apresenta os entrevistados elegíveis para a amostra da linha de base, os entrevistados na 1ª e 2ª onda, e no presente estudo, explicitando-se os motivos para as perdas ocorridas.

Figura 4: Fluxograma do tamanho da amostra de estudo



Fonte: Elaborado pela autora

4.8.3 População do estudo para violência contra pessoa idosa, onda 2017/2018

Do total de 1.335 participantes, foram excluídos da amostra: 53 (3,9%) entrevistas respondidas por informante, Assim, considerou-se 1.282 idosos que compuseram a população deste estudo, o que corresponde a 96,0% do total de entrevistados na 3ª onda do estudo EpiFloripa 2017/2018.

4.8.4 População do estudo para VPI, onda 2017/2018

Do total de 1.335 participantes, foram excluídos da amostra: 53 (3,9%) entrevistas respondidas por informante e 596 (44,6%) entrevistas com idosos que não possuíam parceiro e desta forma, não puderam responder o questionário sobre VPI (CTS-1). Ao total, foram 686 idosos que compuseram a população deste estudo, o que corresponde a 51,4% do total de entrevistados na 3ª onda do estudo EpiFloripa 2017/2018.

4.9 VARIÁVEIS DO ESTUDO E INSTRUMENTO DE MEDIDA

Para o seguimento do estudo EpiFloripa Idoso, foi elaborado um questionário estruturado, contendo perguntas referentes a avaliação cognitiva e funcional, condições sociais, hábitos de vida (tabagismo, etilismo, atividade física, dieta) quedas, medo de quedas, inclusão digital, saúde bucal, qualidade de vida, sintomas depressivos, experiências discriminatórias, violência, uso de serviços de saúde, equilíbrio, ocorrência de fraturas e percepção do ambiente urbano.

4.9.1 Variáveis de desfecho

Analisaram-se os desfechos de obesidade abdominal (dicotomizado) e IMC (três categorias). A obesidade abdominal foi definida pela circunferência da cintura (CC), de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2012), considerando-se obesidade em idosos do sexo masculino os valores de CC superiores a 102cm e no feminino valores de CC superiores a 88cm. Para o IMC foram adotados os pontos de corte propostos por Lipschitz (1994) e recomendados pelo Ministério da Saúde, nos quais incluem três categorias, IMC < 22kg/m² (baixo peso), de 22 a 27 kg/m² (eutrofia) e > 27kg/m² (sobrepeso). Para a mensuração do peso foi utilizada balança portátil calibrada da marca Britânia (Joinville, Brasil), com capacidade para 150kg e graduação de 100g. Os participantes foram pesados sem sapatos, vestindo roupas leves, sendo considerada apenas uma medida. Realizou-se duas aferições de estatura por meio de estadiômetro com fita métrica de

resolução de 1mm. O avaliado permaneceu na posição ortostática, pés descalços e juntos, com calcanhares, nádegas e cabeça em contato com o estadiômetro, cabeça no plano de Frankfurt, braços soltos lateralmente ao corpo e ombros descontraídos 30.

A CC foi obtida usando-se uma trena antropométrica inextensível de 160cm de comprimento da marca Sanny (São Bernardo do Campo, Brasil), resolução de 1mm, com o indivíduo em posição ereta. A aferição foi realizada duas vezes, quando houve diferença (≥ 1 cm) foi aferida uma terceira. A medida foi tomada na parte mais estreita do tronco abaixo da última costela, identificada pelo avaliador, com leitura realizada no momento da expiração. Para indivíduos sem cintura visível foi usado como referência o ponto médio entre a crista íliaca e a última costela. O avaliador posicionou-se em frente ao avaliado e manteve a região a ser avaliada livre de roupas.

4.9.2 Variáveis de exposição

A variável de exposição deste estudo, a violência contra a pessoa idosa, foi investigada através da adaptação transcultural do instrumento Hwalek-Sengstock Elder abuse Screening Test (H-S/EAST) (REICHENHEIM; PAIXÃO; MORAES, 2008). Trata-se de instrumento desenvolvido com o objetivo de identificar tanto os sinais de presença (diretos) quanto de suspeita (indiretos) de abuso contra idosos. É composto por 15 itens, cujas opções de respostas são dicotomizadas (sim e não), e atribui-se um ponto para cada resposta afirmativa, à exceção dos itens 1, 6, 12 e 14, nos quais o ponto é atribuído à resposta negativa.

De acordo com a literatura, um escore de três ou mais pode indicar risco aumentado de algum tipo de violência presente (REICHENHEIM; PAIXÃO; MORAES, 2008). Os itens que compuseram a variável de violência estão descritos no Quadro 2. O conjunto de perguntas do instrumento pode ser representado por três dimensões da violência: “abuso potencial”, “violação dos direitos pessoais ou abuso direto” e “características de vulnerabilidade”. Cada uma dessas três dimensões de violência é composta por um conjunto de perguntas, conforme descritos no Quadro 2. Atribuiu-se um ponto a cada resposta afirmativa, à exceção dos itens 1, 6, 12 e 14, nos quais o ponto é atribuído para a resposta negativa

Quadro 2 - Questões utilizadas no H-S/EAST para mensurar a Violência contra pessoa idosa

Variáveis	Questões
Violência contra pessoa idosa	<p>“O(a) Sr.(a) tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico?”</p> <p>“O(a) Sr.(a) está ajudando a sustentar alguém?”</p> <p>O(a) Sr.(a) muitas vezes se sente triste ou só?”</p> <p>“Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como o(a) Sr.(a) deve viver ou onde deve morar?”</p> <p>O(a) Sr.(a) se sente desconfortável com alguém da sua família?”</p> <p>O(a) Sr.(a) é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?”</p> <p>O(a) Sr.(a) sente que ninguém que o(a) Sr.(a) por perto?”</p> <p>“Alguém da sua família bebe muito?” “Alguém da sua família obriga o(a) Sr.(a) a ficar na cama ou lhe diz que está doente quando o(a) Sr.(a) sabe que não está?” “Alguém já obrigou o(a) Sr.(a) a fazer coisas que não queria fazer?”</p> <p>“Alguém já pegou coisas que pertencem ao(à) Sr.(a) sem o seu consentimento?”</p> <p>“O(a) Sr.(a) confia na maioria das pessoas da sua família?”</p> <p>“Alguém lhe diz que o(a) Sr.(a) causa muitos problemas?”</p> <p>“Em casa, o(a) Sr.(a) tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer?”</p> <p>“Alguém próximo ao(à) Sr.(a) tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?”</p>
Abuso potencial	<p>“O(a) Sr.(a) está ajudando a sustentar alguém?”</p> <p>“O(a) Sr.(a) se sente desconfortável com alguém da sua família?”</p> <p>“O(a) Sr.(a) sente que ninguém quer o(a) Sr.(a) por perto?”;</p> <p>“Alguém da sua família bebe muito?”</p> <p>“O(a) Sr.(a) confia na maioria das pessoas da sua família?”</p>

	<p>“Alguém lhe diz que o(a) Sr.(a) causa muitos problemas?”</p> <p>“Em casa, o(a) Sr.(a) tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer?”</p>
<p>Violação dos direitos pessoais ou abuso direto</p>	<p>“Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como o(a) Sr.(a) deve viver ou onde deve morar?”</p> <p>“Alguém da sua família obriga o(a) Sr.(a) a ficar na cama ou lhe diz que está doente quando o(a) Sr.(a) sabe que não está?”</p> <p>“Alguém já obrigou o(a) Sr.(a) a fazer coisas que não queria fazer?”</p> <p>“Alguém já pegou coisas que pertencem ao(à) Sr.(a) sem o seu consentimento?”</p> <p>“Alguém próximo ao(à) Sr.(a) tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?”</p>
<p>Características de vulnerabilidade</p>	<p>“O(a) Sr.(a) tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico?”</p> <p>“O(a) Sr.(a) muitas vezes se sente triste ou só?”</p> <p>“O(a) Sr.(a) capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?”</p>

A violência por parceiro íntimo (VPI), também foi analisada por se tratar de um tipo de violência doméstica. Mensurou-se VPI por meio do instrumento, traduzido para o português e adaptada transculturalmente no contexto brasileiro, *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1) (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2003) utilizada para aferir violência no casal. Este instrumento foi desenvolvido no final da década de 70 e objetiva mensurar as formas que os casais utilizam para resolver seus conflitos e identificar situações de violência. O questionário investiga três maneiras de lidar com os conflitos: argumentação (discussão moderada e sensata), agressão verbal (xingamentos e ameaças), agressão física (força física explícita). A violência psicológica é analisada em 6 itens de xingamentos e ameaças e violência física, em 9 itens de força física ou explícita (Quadro 3).

Quadro 3 - Questões utilizadas no CTS-1 para mensurar a Violência por Parceiro Íntimo (VPI)

Natureza/ Direcionalidade da VPI	Violência perpetrada	Violência sofrida
Violência psicológica	<p>O(a) Sr.(a) xingou ou insultou ele(a)?</p> <p>O(a) Sr.(a) ficou emburrada(o) ou não falou mais no assunto?</p> <p>O(a) Sr.(a) retirou-se do quarto, da casa ou do local?</p> <p>O(a) Sr.(a) fez ou disse coisas só para irritar ele(a)?</p> <p>O(a) Sr.(a) ameaçou bater ou jogar coisas nele(a)?</p> <p>O(a) Sr.(a) destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos?</p>	<p>E ele(a) xingou ou insultou o(a) Sr.(a)?</p> <p>E ele(a) ficou emburrada(o) ou não falou mais no assunto?</p> <p>E ele(a) retirou-se do quarto, da casa ou do local?</p> <p>E ele(a) fez ou disse coisas só para irritar ele(a)?</p> <p>E ele(a) ameaçou bater ou jogar coisas nele(a)?</p> <p>E ele(a) destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos?</p>
Violência física	<p>O(a) Sr.(a) jogou coisas sobre ele(a)?</p> <p>O(a) Sr.(a) empurrou ou agarrou ele(a)?</p> <p>O(a) Sr.(a) deu um tapa ou bofetada nele(a)?</p> <p>O(a) Sr.(a) chutou, mordeu ou deu um murro nele(a)?</p> <p>O(a) Sr.(a) bateu ou tentou bater nele(a) com objetos?</p> <p>O(a) Sr.(a) espancou ele(a)?</p> <p>O(a) Sr.(a) estrangulou ou sufocou ele(a)?</p>	<p>E ele(a) jogou coisas sobre ele(a)?</p> <p>E ele(a) empurrou ou agarrou ele(a)?</p> <p>E ele(a) deu um tapa ou bofetada nele(a)?</p> <p>E ele(a) chutou, mordeu ou deu um murro nele(a)?</p> <p>E ele(a) bateu ou tentou bater nele(a) com objetos?</p> <p>E ele(a) espancou ele(a)?</p> <p>E ele(a) estrangulou ou sufocou ele(a)?</p>

	O(a) Sr.(a) ameaçou ele(a) com faca ou arma?	E ele(a) ameaçou ele(a) com faca ou arma?
--	--	---

Para cada item, dicotomizado em sim e não, questiona-se ao entrevistado se ele cometeu o ato (violência perpetrada) e se o parceiro cometeu contra ele (violência sofrida). Considera-se que há presença de VPI, quando a resposta for positiva para ao menos um dos itens da escala. O período recordatório utilizado pelo CTS-1 refere-se aos últimos 12 meses. O CTS-1 já foi aplicado em outros estudos brasileiros e tem apresentado baixa taxa de recusa e boa confiabilidade (REICHENHEIM *et al*, 2006; ANACLETO *et al.*, 2009).

4.9.3 Variáveis de ajuste do nível individual

As variáveis de ajuste foram: idade, escolaridade (sem escolaridade formal, 1 a 4 anos de estudo, 5 a 8, 9 a 11, ≥ 12), estado civil (casado, solteiro/divorciado/separado, viúvo), renda familiar estratificada em salários mínimos (o salário mínimo no ano de 2013 era de R\$ 678,00 e em 2014 R\$ 724,00. A categorização foi assim definida: menor ou igual a 1, maior de 1 e menor ou igual a 3, maior de 3 e menor ou igual a 5, maior de 5 e menor ou igual a 10 e maior de 10. Sintomas depressivos identificados pela Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15), que dispõem de uma série de perguntas sobre o humor e sentimentos dos indivíduos, com resposta de sim ou não. A escala varia de 0 a 15 pontos, sendo que indivíduos com pontuações ≥ 6 classificados com presença de sintomas depressivos.

Consumo de álcool de alto risco (A): avaliado pelo questionário The Alcohol Use Disorders Identification Test Concise (AUDIT-C). O questionário é formado por três perguntas: “Com que frequência o(a) Sr.(a) toma bebidas alcoólicas?”, “Quantas doses de álcool o(a) Sr.(a) toma normalmente ao beber?” e “Com que frequência o(a) Sr.(a) toma cinco ou mais doses de uma vez?”, contendo cinco opções de resposta que variam de 0 a 4 pontos, totalizando um escore de até 12 pontos. Para homens, a pontuação de 0 a 3 é considerada baixo risco, entre 4 e 5 pontos, risco moderado. Para mulheres, a pontuação de 0 a 2 é considerada baixo risco e entre 3 e 5 pontos, risco moderado. Para ambos os sexos, seis ou mais pontos foi

considerado de alto risco. Para as análises o não consumo e o consumo de álcool inadequado foram agrupados.

4.10 ANÁLISE DE DADOS

Primeiramente foram estimadas as prevalências da obesidade, eutrofia e desnutrição entre os anos 2013/2014 (2ª onda), e após, realizadas análises descritivas bivariadas entre cada uma das variáveis independentes do estudo com as prevalências obtidas, por meio do teste qui-quadrado de heterogeneidade. Para todas as análises descritivas foram apresentados os valores das proporções e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Para verificar o impacto da violência doméstica nos indicadores antropométricos utilizando os dados da 2ª onda (2013/2014), primeiramente para o desfecho CC utilizou-se a regressão logística, e regressão logística multinomial para o desfecho IMC (categoria de referência eutrofia = IMC entre 22 a 27 kg/m²). Dessa forma, primeiro foram testados os modelos brutos para verificar as associações de cada característica da violência com cada desfecho. Na sequência, foram testados os modelos ajustados para as variáveis do nível individual (faixa etária, escolaridade, estado civil e renda). Ressalta-se que não foi observada colinearidade entre as variáveis de exposição (VIF = 2,20) e que todos os modelos foram estratificados por sexo, considerando-se os resultados significativos das análises de interação para esta variável ($p < 0,05$). Realizaram-se, ainda, análises pós-estimação para cada um dos modelos por meio de dois parâmetros – cálculo dos valores preditos e teste da razão de verossimilhanças (*likelihood ratio test*). O primeiro evidenciou valores positivos para os desfechos na ausência de variação de efeito dos modelos, e o segundo confirmou a hipótese de nulidade dos coeficientes observados, ambos justificando que os modelos se ajustaram adequadamente aos dados. Neste estudo, as diferenças com um valor p inferior a 0,05 foram consideradas estatisticamente significativas.

Para o estudo longitudinal, foram estimadas as prevalências da obesidade, eutrofia e desnutrição nos anos 2017/2018 (3ª onda), e após, foram realizadas análises descritivas bivariadas apresentando os valores das proporções e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Foi utilizada análise de regressão logística de medidas repetidas pelo método de Equações de Estimativa Generalizadas (GEE). O método GEE estende a análise de regressão padrão e considera a correlação entre medidas repetidas, permite dados ausentes dentro do sujeito e é apropriado para estimar os efeitos da média populacional ao longo do tempo usando dados longitudinais. Ainda, a regressão tradicional supõe a independência entre as observações para calcular os coeficientes, sendo que tal pressuposto não pode ser satisfeito ao usar medidas repetidas. Assim, o método GEE considera a variação inter e entre indivíduos, corrigindo essas correlações (LIANG; ZEGER, 1986).

Este tipo de análise, indica a magnitude da relação entre o desenvolvimento longitudinal das variáveis preditoras e da variável desfecho, considerando mudanças tanto no preditor quanto no desfecho no mesmo indivíduo ao longo do tempo (TWISK, 2013). Para as análises das probabilidades de transições e da associação longitudinal dos padrões de comportamentos com os desfechos, foi utilizado o banco de dados no formato long considerando como variável chave o “ID” (sujeitos) e como variável de tempo a “Onda”.

Nos modelos de associação foi utilizada a estrutura de correlação intragrupo menos restritiva (não estruturada), a qual assume que entre cada observação dentro do grupo há um valor de correlação diferente. Também foi empregada no modelo, a função de ligação (link) logit e a distribuição (family) binomial, com variância robusta incorporando a estrutura de correlação entre observações, a fim de ajustar o erro padrão.

A razão de chances (OR) foi calculada mediante o uso do operador de série temporal “F.” no comando de linha antes da variável desfecho, indicando o “avanço” da série (lead) para analisar a relação dos preditores na Onda 2 sobre os desfechos na Onda 3. Todas as análises foram realizadas no software estatístico STATA versão 14 (StataCorp, Texas, USA), considerando um nível de significância de 0,05.

4.11 FINANCIAMENTO

O inquérito EpiFloripa Idoso 2009/2010 foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob processo número 569834/2008. Para o EpiFloripa Idoso 2013/2014 a infraestrutura, equipamentos,

instrumentos e calibração, necessários à realização das entrevistas domiciliares, foram disponibilizados pela instituição proponente, a UFSC. Os supervisores foram alunos de Pós-Graduação, dos quais alguns eram beneficiados com bolsas de estudos oferecidas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). As entrevistas foram realizadas por bolsistas. Os netbooks foram cedidos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Rio de Janeiro- RJ. A terceira onda do EpiFloripa foi financiada com recursos do Economic and Social Research Council (ESRC) do Reino Unido através do projeto multicêntrico Promoting Independence in Dementia (PRIDE), valor financiado: R\$574.698,20 contrato 75/2017 entre UFSC e FAPEU, período: janeiro de 2016 a fevereiro de 2020.

4.12 QUESTÕES ÉTICAS

O EpiFloripa Idoso 2009/2010 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, sob protocolo de nº 352/2008, em 23 de dezembro de 2008 (Anexo A). Conforme a Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a segunda onda atende os preceitos éticos, aprovado pelo CEPSH da UFSC, em 09 de julho de 2013, sob número do CAAE 16731313.0.0000.0121 (Anexo B)

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (Anexo C), e em caso de incapacidade, o responsável legal. Assegurou-se a confidencialidade das informações, participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Os indivíduos identificados com déficit cognitivo ou funcional sem acompanhamento, ou que relataram algum tipo de dor ou desconforto foram instruídos a procurar por serviços de saúde para atendimento.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados no formato de artigo científico. O primeiro artigo é intitulado '**Violência doméstica, obesidade e desnutrição em idosos de**

uma capital do Sul do Brasil – Estudo EpiFloripa Idoso’, e o segundo artigo “Violência doméstica, obesidade e desnutrição em homens e mulheres idosas: associação longitudinal”. Ambos os artigos seguem as normas da revista Cadernos de Saúde Pública (Qualis CAPES A2 para a área da Saúde Coletiva).

5.1 ARTIGO 1

Violência doméstica, obesidade e desnutrição em idosos de uma capital do Sul do Brasil – Estudo EpiFloripa Idoso

Domestic Violence and Anthropometric Indicators of Elderly People in a Capital City in Southern Brazil – EpiFloripa Idoso Study

Título resumido: Violência doméstica e indicadores antropométricos em idosos

Carolina Abreu Henn de Araújo

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0533-4953>

Deise Warmling

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9235-6271>

Elza Berger Salema Coelho

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7407-6786>

Correspondência: Carolina Abreu Henn de Araújo

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina,

Florianópolis – SC/Brasil. Campus Reitor João David Ferreira Lima - Rua Delfino Conti, s/n

Bloco H – CEP: 88040-900 Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: carolinaah.nutri@gmail.com

RESUMO

O objetivo foi verificar a associação entre a violência doméstica com a obesidade e a desnutrição em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Estudo transversal com amostra de 1.137 idosos (≥ 60 anos) para análise da violência contra pessoa idosa e amostra de 645 idosos para análise de VPI, avaliados na coorte EpiFloripa Idoso em 2013/2014. Os desfechos foram o índice de massa corporal (IMC) e a obesidade abdominal (CC aumentada). A violência contra pessoa idosa foi mensurada através do instrumento *HawlekSengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST), e a VPI por meio do instrumento *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1), na versão em português com adaptação transcultural. Utilizou-se modelos de regressão logística e regressão logística multinomial. Observou-se que os homens apresentaram maior chance de obesidade abdominal quando em situação de violência (OR 1,75 - IC95% 1,06;2,88) e na dimensão abuso potencial (OR 1,55 - IC95% 1,01;2,38). Já as mulheres apresentaram maior chance de obesidade abdominal na dimensão violação dos direitos pessoais ou abuso, (OR 1,38 - IC95% 1,03;2,31), quando sofreram VPI (OR 1,78 - IC95% 1,01;3,23) e quando foram perpetradoras da VPI (OR 1,89 - IC95% 1,00;3,41). Em relação ao IMC, as idosas em situação de violência associaram-se às maiores chances de sobrepeso (OR 1,23- IC95% 1,15;1,78) e as que sofreram VPI (OR 2,16 - IC95% 1,58;6,74). Em contrapartida, os homens em situação de vulnerabilidade, demonstraram maiores chances de apresentarem baixo peso (OR 2,27 - IC95% 1,05;5,96). Conclui-se que a violência contra pessoa idosa e a VPI geram impacto assimétrico sobre o estado nutricional em relação ao sexo.

Palavras-chaves: Violência contra pessoa idosa. Violência por parceiro íntimo. Indicadores Antropométricos. Obesidade. Idosos

INTRODUÇÃO

Com o crescimento acentuado do envelhecimento populacional, torna-se fundamental assegurar que idosos possam vivenciar essa fase enquanto experiência positiva e com qualidade de vida. Estudos recentes revelam que a violência doméstica é considerada um dos principais fatores de risco psicossocial que pode influenciar o estado nutricional. Portanto, é essencial que os idosos estejam livres de quaisquer formas de violência, em condições seguras e dignas de vida, que possam impactar no envelhecimento ativo e saudável ¹.

Dados sobre a obesidade demonstram que em idosos americanos com mais de 60 anos aumentou de 32,0% em 2000 para 37,4% em 2010. Isso significa aumento no número de idosos obesos de 14,6 milhões (2000) para 20,9 milhões em 2010 ². Resultado semelhante foi identificado na Europa revelando que entre os anos de 2005 a 2013 a prevalência geral de obesidade desta população aumentou de 17,5% para 19,2% ³. Prevalências elevadas também têm sido observadas no Japão ⁴, na Austrália ⁵ e em países da América Latina ⁶. No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 apontaram que 64,4% dos idosos (60 anos ou mais) estavam com excesso de peso (IMC \geq 25 kg/m²), enquanto 24,8% estavam com obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) ⁷.

No outro extremo, a desnutrição também representa um grave problema de saúde pública entre idosos. A prevalência relatada na literatura indica que entre 5 a 30% ⁸ dos idosos apresentam-se desnutridos e que mulheres de idade avançada apresentam-se como um importante grupo de risco ⁹. Estudo realizado no Brasil confirma a relação entre desnutrição e o avançar da idade, indicando que idosos mais longevos apresentam maiores prevalências do déficit nutricional, e que, morar sozinho, contribui para maiores percentuais, tanto de baixo peso (20,4%), quanto de sobrepeso (38,5%) ¹⁰.

Em paralelo a isso, a violência doméstica vem se tornando uma questão social relevante e de expressiva magnitude detectada mundialmente. As estimativas da prevalência da violência familiar contra pessoas idosas no mundo variam entre 4% e 10% ¹¹, apresentando um aumento de 150% em sua incidência nos últimos 10 anos ¹². Seguindo esta mesma tendência, no Brasil, entre 2016 e 2017, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), identificou um aumento de

13% em relação ao ano ¹³, exigindo um aprofundamento sobre suas consequências, em particular, quanto à sua repercussão no estado nutricional ¹.

As investigações centradas nos possíveis determinantes da inadequação no estado nutricional nos idosos têm se mostrado insuficientes e muitas vezes com resultados contraditórios ¹⁴. Diversos estudos investigaram a relação entre violência doméstica na infância com a obesidade na vida adulta ^{15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23}. Outros investigaram se a exposição à violência doméstica na infância está associada à maior Índice de Massa Corporal (IMC) na adolescência ^{24,25, 26, 27}.

Ainda assim, foram identificados na literatura estudos que investigaram a associação entre violência doméstica em mulheres adultas ^{1, 28, 29, 30, 31, 31, 32, 33}. Até o presente momento foi encontrado somente um estudo que buscou investigar essa temática na população idosa ³⁴ destacando, portanto, a relevância deste estudo no Brasil e no mundo, respondendo assim a uma lacuna no conhecimento científico.

Pouco se sabe sobre o impacto da violência doméstica nas condições de saúde nos idosos. A violência doméstica aumenta o estresse psicológico que aumenta o estresse oxidativo e os níveis metabólicos, fatores de risco para o estado nutricional inadequado. Viver em lar violento pode desencadear uma série de agravos à saúde mental que podem influenciar no comportamento alimentar desordenado. Além disso, a violência doméstica nos idosos pode aumentar o risco de estado nutricional inadequado por meio de circunstâncias ambientais, como a retenção de alimentos por membros abusivos da família, visto que muitos idosos perdem sua autonomia financeira ³⁵.

Por se tratar de um país com disparidades socioeconômicas acentuadas e envelhecimento populacional acelerado, considera-se fundamental investigar os fatores que podem influenciar a ocorrência de obesidade ou desnutrição entre os idosos, visando subsidiar estratégias que auxiliem na promoção de comportamentos saudáveis e no aumento da expectativa de vida com saúde dessa população. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a associação entre a violência doméstica, obesidade e desnutrição em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

MÉTODOS

Delineamento e local do estudo

Trata-se de estudo transversal aninhado em uma coorte de idosos residentes no Município de Florianópolis, capital de Santa Catarina (Estudo EpiFloripa Idoso). A linha de base foi realizada em 2009/2010 e os dados do presente trabalho foram coletados em 2013/2014. A população do município em 2010 era de 421 mil habitantes, sendo que 11,4% eram idosos (60 anos ou mais de idade) e, destes, 14% considerados longevos (80 anos ou mais de idade) ³⁶.

Procedimentos de amostragem e coleta de dados

A amostra deste estudo foi composta por 1.705 idosos de ambos os sexos, com 60 anos ou mais de idade, não institucionalizados e residentes da zona urbana de Florianópolis. O tamanho da amostra foi estimado considerando-se os parâmetros conhecidos para cálculos amostrais, e o sorteio foi realizado por conglomerados em dois estágios, sendo o primeiro composto pelos setores censitários e o segundo pelos domicílios a serem entrevistados ³⁷. Para o cálculo da amostra para VPI foram excluídos 458 idosos por não possuírem parceiros nos últimos 12 meses, 57 entrevistas respondidas por informantes e 37 devido a recusas, totalizando 645 idosos entrevistados, com taxa de resposta de 53,9%. Maiores detalhes do procedimento amostral estão descritos em artigo sobre a metodologia do estudo, publicado recentemente ³⁸. Já para o cálculo da violência contra pessoa idosa, foram excluídos 57 entrevistas respondidas por informantes e 74 devido a recusas, totalizando 1.123 idosos entrevistados, com taxa de resposta de 93,8%.

Em 2013, todos os participantes da primeira onda foram considerados elegíveis. Os endereços foram atualizados via telefone, e-mail ou por cartas antes da coleta de dados. Os óbitos ocorridos entre 2009 e 2012 foram conferidos usando-se dados estaduais do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Consideraram-se perdas os indivíduos não localizados após quatro tentativas (pelo menos uma no período noturno e outra no final de semana), os idosos em internação hospitalar e os que mudaram de cidade. Os sujeitos que se negaram a

responder ao questionário por opção pessoal foram considerados como recusas. Nos casos em que a recusa foi manifestada por telefone, o entrevistador realizou uma última tentativa com visita direta no domicílio.

A coleta de dados foi realizada com o uso de *netbooks* para a aplicação de questionário padronizado e previamente testado em estudo piloto. As entrevistas foram feitas face a face nas residências dos idosos entre os meses de novembro de 2013 e novembro de 2014. A consistência dos dados foi verificada semanalmente, e o controle de qualidade foi realizado com a aplicação de questionário reduzido, via telefone, em cerca de 10% dos entrevistados selecionados, por meio de amostragem aleatória simples, considerando-se o princípio de equiprobabilidade com o menor risco de viés de seleção³⁹. O teste kappa foi empregado para medir a confiabilidade interobservador, após a reaplicação de oito questões sorteadas aleatoriamente. Seus resultados indicaram concordância de moderada a muito boa, com valores que variaram entre 0,51 e 0,94 ($p < 0,001$).

Variáveis de desfecho

Analísaram-se os desfechos de obesidade abdominal (dicotomizado) e IMC (três categorias). A obesidade abdominal foi definida pela circunferência da cintura (CC), de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2012), considerando-se obesidade em idosos do sexo masculino os valores de CC superiores a 102cm e no feminino valores de CC superiores a 88cm. Para o IMC foram adotados os pontos de corte propostos por NSI (1994) e recomendados pelo Ministério da Saúde, nos quais incluem três categorias, IMC $< 22\text{kg/m}^2$ (baixo peso), de 22 a 27kg/m^2 (eutrofia) e $> 27\text{kg/m}^2$ (sobrepeso).

Variáveis de exposição

A variável de exposição deste estudo, a violência contra a pessoa idosa, foi investigada através da adaptação transcultural do instrumento Hwalek-Sengstock Elder abuse Screening Test (H-S/EAST) (REICHENHEIM; PAIXÃO; MORAES, 2008). Trata-se de instrumento desenvolvido com o objetivo de identificar tanto os sinais de presença (diretos) quanto de suspeita (indiretos) de abuso contra idosos. É composto por 15 itens, cujas opções de respostas são dicotomizadas (sim e não), e atribui-se um ponto para cada resposta afirmativa, à exceção dos itens 1, 6, 12 e 14,

nos quais o ponto é atribuído à resposta negativa. De acordo com a literatura, um escore de três ou mais pode indicar risco aumentado de algum tipo de violência presente⁴⁰. O conjunto de perguntas do instrumento pode ser representado por três dimensões da violência: “abuso potencial”, “violação dos direitos pessoais ou abuso direto” e “características de vulnerabilidade”. Atribuiu-se um ponto a cada resposta afirmativa, à exceção dos itens 1, 6, 12 e 14, nos quais o ponto é atribuído para a resposta negativa.

A violência por parceiro íntimo (VPI), também foi analisada por se tratar de um tipo de violência doméstica. Mensurou-se VPI por meio do instrumento, traduzido para o português e adaptada transculturalmente no contexto brasileiro, *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1)⁴¹ utilizada para aferir violência no casal. O questionário investiga presença de atos de agressão verbal em 6 itens de xingamentos e ameaças (xingou ou insultou; ficou emburrado; retirou-se do local; fez/disse coisas para irritar; ameaçou bater ou jogar coisas; destruiu/jogou objetos) e agressão física em 9 itens de força física ou explícita (jogar objetos; empurrar/agarrar; dar tapas ou bofetadas; chutar, morder ou dar murro; bater ou tentar bater com objetos; espancar; estrangular/sufocar; ameaçar com faca ou arma). Para cada questão, dicotomizada (sim e não), foi possível verificar a direcionalidade da violência, pois foi perguntado ao entrevistado se ele cometeu o ato contra o parceiro (violência perpetrada) e, se o parceiro cometeu contra ele (violência sofrida).

Considerou-se a presença de VPI, quando a resposta foi positiva pelo menos para um dos itens da escala, no período recordatório referente aos últimos 12 meses. O CTS-1 já foi aplicado em outros estudos brasileiros e tem apresentado baixa taxa de recusa e boa confiabilidade^{42, 43}. Foram consideradas perdas os idosos não localizados após quatro visitas em períodos diferentes do dia, impossibilitados de responder por motivo de viagem, de internação hospitalar ou aqueles que se mudaram para algum município localizado fora da Grande Florianópolis. A recusa foi caracterizada pelo participante que demonstrou não ter interesse em integrar ou continuar fazendo parte da pesquisa. Para o presente estudo, o critério de exclusão foi a entrevista ter sido respondida por um informante (algum responsável pelo idoso), e para VPI, o critério de exclusão também foi não ter companheiro em relação ao estado civil.

Variáveis de ajuste do nível individual

As variáveis de ajuste foram: idade, escolaridade (sem escolaridade formal, 1 a 4 anos de estudo, 5 a 8, 9 a 11, ≥ 12), estado civil (casado, solteiro/divorciado/separado, viúvo), renda familiar estratificada em salários mínimos (o salário mínimo no ano de 2013 era de R\$ 678,00 e em 2014 R\$ 724,00. A separação foi assim definida: menor ou igual a 1, maior de 1 e menor ou igual a 3, maior de 3 e menor ou igual a 5, maior de 5 e menor ou igual a 10 e maior de 10.

Análise dos dados

Foi realizado o cálculo de frequências absolutas e relativas, bem como de prevalências e IC95% de cada variável de forma isolada e em relação aos desfechos. Realizou-se análise bivariada, aplicando-se teste do χ^2 de Pearson. Na análise multivariada para o desfecho CC utilizou-se a regressão logística, e regressão logística multinomial para o desfecho IMC. Dessa forma, primeiro foram testados os modelos brutos para verificar as associações de cada característica da violência com cada desfecho. Na sequência, foram testados os modelos ajustados para as variáveis do nível individual (faixa etária, escolaridade, estado civil e renda). Ressalta-se que não foi observada colinearidade entre as variáveis de exposição (VIF = 2,20) e que todos os modelos foram estratificados por sexo, considerando-se os resultados significativos das análises de interação para esta variável ($p < 0,05$). Realizaram-se, ainda, análises pós-estimação para cada um dos modelos por meio de dois parâmetros – cálculo dos valores preditos e teste da razão de verossimilhanças (*likelihood ratio test*). O primeiro evidenciou valores positivos para os desfechos na ausência de variação de efeito dos modelos, e o segundo confirmou a hipótese de nulidade dos coeficientes observados, ambos justificando que os modelos se ajustaram adequadamente aos dados. Neste estudo, as diferenças com um valor p inferior a 0,05 foram consideradas estatisticamente significativas.

O estudo EpiFloripa Idoso atendeu a todos os preceitos éticos, conforme a Resolução 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), vigente na época da primeira onda, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, Parecer 352/2008. Em 2013/2014, foi aprovado em Comitê de

Ética sob o CAAE 16731313.0.0000.0121, e foram respeitados os princípios da Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012. Todos os participantes consentiram na participação da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A amostra final compreendeu 1.148 idosos, dada a exclusão de 49 entrevistas respondidas por informantes, e para a variável VPI, foram consideradas 613 respostas, devido à exclusão dos participantes que não tinham companheiro. Diferenças significativas foram observadas nas variáveis: sexo, idade e estado civil, com maior proporção de perdas devido aos óbitos na categoria de 80 anos ou mais (38,6%). Considerando-se as condições de saúde, houve maior número absoluto de perdas entre os idosos com sobrepeso/obesidade (9% da amostra), porém a maior perda relativa ocorreu no grupo de idosos eutróficos (11% da amostra).

A média de idade dos idosos entrevistados foi de 73,9 anos (desvio padrão de 7,2 anos), com maior proporção de mulheres (65%). A maior parte da amostra estava na faixa etária de 70 a 79 anos e tinha até quatro anos de estudos (36%). A mediana da renda familiar em salários mínimos foi R\$ 3.179,66.

A Tabela 1 demonstra a distribuição das características socioeconômicas em relação aos indicadores antropométricos dos idosos. A prevalência de sobrepeso e da obesidade abdominal se mostrou mais prevalente entre indivíduos do sexo feminino 58,9% e 83,6% respectivamente. Já do baixo peso, os valores apresentaram-se muito próximos 7,9% para homens e 7,6% para mulheres.

Entre os homens que não apresentavam escolaridade, a prevalência de alteração da circunferência da cintura (CC) foi de 36,6%, enquanto que, para o grupo que possuía mais de 12 anos de estudo este valor mais que dobrou – 76,2%. A prevalência de baixo peso entre homens, também demonstrou significativa diferença entre os grupos de menor e maior escolaridade, visto que aproximadamente 1 em cada 5 indivíduos sem escolaridade apresentou baixo peso, comparado a apenas 3,2% entre os que possuíam mais de 12 anos de estudo.

A Tabela 2 apresenta os resultados da regressão logística com o desfecho circunferência da cintura. Os valores do modelo ajustado mostraram que os idosos tiveram mais chance de apresentar obesidade abdominal tanto em situação de

violência (escore total), (OR: 1,75; IC95% 1,06;2,88), como na dimensão abuso potencial (OR: 1,55; IC95% 1,01;2,38). Para o sexo feminino, as idosas na dimensão violação dos direitos pessoais ou abuso, apresentaram mais chance de apresentar obesidade abdominal (OR: 1,38 IC95% 1,03;2,31), também quando elas sofrem VPI (OR: 1,78 IC95% 1,01;3,23) e quando são perpetradoras da VPI (OR: 1,89 IC95% 1,00;3,41). A Tabela 3 apresenta a regressão logística multinomial com o desfecho IMC. No modelo ajustado, as idosas em situação de violência (escore total) foi associada às maiores chances de sobrepeso (OR: 1,23 IC95% 1,15;1,78), já em relação à VPI, as idosas que sofrem esse tipo de violência, apresentaram mais chance de sobrepeso (OR: 2,16 IC95% 1,58;6,74). Em contrapartida, no sexo masculino, os idosos em situação de vulnerabilidade, demonstraram maiores chances (OR: 2,27 IC95% 1,05;5,96) de apresentarem baixo peso.

Tabela 1. Características dos idosos segundo variáveis individuais e de violência. Estudo EpiFloripa Idoso 2013/2014, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Variáveis	n (%)	CC (risco aumentado*) % (IC 95%)		Baixo Peso (IMC) % (IC 95%)		Sobrepeso (IMC) % (IC 95%)	
		Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Sexo	n = 1148						
Feminino	753 (63,8)	83,6 (80,6;86,2)	-	7,6 (5,8;9,9)	-	58,9 (55,2;63,3)	-
Masculino	395 (36,2)	-	66,5 (60,4;72,1)	-	7,9 (4,9;12,4)	-	45,2 (40,1;50,4)
Idade (anos)	n = 1148	n = 629	n = 257	n = 259	n = 196	n = 447	n = 180
60 a 69 anos	394 (34,4)	81,2 (75,2;86,1)	66,3 (56,3;75,1)	8,6 (5,1;14,1)	3,8 (1,8;7,7)	57,4 (50,2;64,3)	46,8 (37,4;56,4)
70 a 79 anos	492 (42,5)	87,4 (72,6;91,0)	69,5 (46,0;77,5)	3,9 (2,2;6,8)	10,4 (5,7;18,5)	66,9 (40,0;73,2)	47,9 (29,3;50,7)
80 anos ou mais	262 (23,1)	79,5 (62,2;85,3)	60,1 (40,0;74,0)	12,8 (7,2;21,6)	9,8 (4,5;20,0)	47,0 (38,4;55,8)	36,8 (17,5;47,3)
Escolaridade	n = 1148	n = 629	n = 257	n = 258	n = 196	n = 446	n = 180
Sem escolaridade formal	84 (7,8)		36,6 (18,3;59,7)	14,1 (6,0;30,1)	19,9 (9,4;37,4)	59,5 (44,3;73,0)	30,2 (15,4;50,6)
1 a 4 anos	420 (36,0)	82,7 (68,0;91,6)					
5 a 8 anos	189 (16,7)	85,1 (80,0;89,2)	64,3 (53,3;74,0)	6,9 (4,1;11,5)	11,9 (7,0;19,9)	62,6 (56,0;69,0)	39,6 (31,0;49,0)
9 a 11 anos	171 (15,1)	80,7 (71,5;87,5)	66,4 (51,6;78,5)	7,9 (4,5;13,5)	11,8 (5,1;25,0)	61,0 (52,0;69,5)	50,8 (36,1;65,3)
12 ou mais anos	283 (24,4)	82,4 (70,5;90,2)	61,3 (46,3;74,4)	8,4 (3,6;18,3)	3,4 (0,7;15,1)	57,3 (44,2;69,4)	40,2 (26,1;56,1)
Renda familiar em salários mínimos	n = 1148	n = 601	n = 250	n = 241	n = 189	n = 429	n = 176
Menor igual a 1	82 (8,0)	79,7 (65,1;89,2)	43,6 (28,3;60,2)	18,7 (9,1;34,6)	39,8 (23,1;59,3)	56,9 (41,3;71,3)	22,3 (12,5;36,7)
Maior de 1 e menor igual a 3	317 (28,7)	83,5 (76,5;88,7)	63,0 (50,6;74,0)	7,8 (4,5;13,2)	11,2 (5,0;23,2)	58,9 (51,1;66,4)	41,3 (30,1;53,4)
Maior de 3 e menor igual a 5	217 (19,9)	85,5 (78,0;91,0)	67,5 (55,0;78,2)	4,2 (2,0;9,2)	4,6 (2,0;10,4)	66,8 (58,5;74,2)	44,2 (29,6;59,8)
Maior de 5 e menor igual a 10	264 (24,0)	84,2 (76,0;90,0)	70,7 (59,1;80,1)	7,2 (4,0;13,0)	5,2 (2,0;13,1)	60,9 (53,7;67,7)	50,6 (38,7;62,5)
Maior de 10	211 (19,4)	84,7 (75,4;91,0)	70,9 (60,0;80,0)	6,1 (2,4;14,5)	2,8 (0,01;8,8)	48,9 (38,4;59,7)	49,1 (39,0;59,2)
Estado civil	n = 1148	n = 629	n = 257	n = 259	n = 196	n = 447	n = 180
Casado	646 (55,0)	85,5 (80,7;89,2)	67,1 (61,0;72,6)	4,9 (2,9;8,0)	6,6 (4,2;10,3)	60,8 (55,1;66,3)	45,7 (40,0;51,7)
Solteiro	244 (20,8)	80,0 (66,0;89,1)	71,0 (48,5;86,4)	7,1 (2,4;19,1)	5,4 (1,0;23,6)	53,3 (39,1;67,0)	44,5 (19,0;73,4)
Divorciado /Separado	258 (22,0)	72,2 (57,2;83,5)	77,8 (55,2;91,0)	4,0 (1,0;13,8)	17,4 (6,3;39,8)	48,2 (33,6;63,2)	41,1 (23,5;61,2)

* Risco Aumentado para Mulheres ($\geq 80,0$)

* Risco Aumentado para Homens ($\geq 94,0$)

IC95% - intervalo de 95% de confiança

Tabela 2. Análise de regressão logística entre violência e a obesidade abdominal, conforme o sexo. Estudo EpiFloripa Idoso 2013/2014, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Variáveis	Feminino		Masculino	
	Bruta OR (IC 95%)	Ajustada [#] OR (IC95%)	Bruta OR (IC95%)	Ajustada [#] OR (IC95%)
Escore Total de Violência n = 1137	n = 727		n = 400	
Não sofreu violência	1,00	1,00	1,00	1,00
Risco aumentado de violência	1,47 (0,90;2,41)	1,48 (0,88;2,47)	1,73 (1,08;2,80)*	1,75 (1,06;2,88)*
Dimensões da Violência				
Abuso Potencial n =1138	n = 728		n = 400	
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim a algum item	1,01 (0,68;1,51)	0,95 (0,62;1,43)	1,57 (1,04;2,37)*	1,55 (1,01;2,38)*
Violação dos direitos pessoais ou abuso n = 1137	n = 727		n = 400	
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim a algum item	1,48 (1,09;2,44)*	1,38 (1,03;2,31)*	1,37 (0,87;2,17)	1,27 (0,80;2,03)
Características de vulnerabilidade n = 1140	n = 730		n = 400	
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim a algum item	0,79 (0,51;1,23)	0,79 (0,50;1,25)	1,21 (0,80;1,84)	1,18 (0,76;1,83)
VPI				
Violência sofrida n= 651	n = 308		n = 337	
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	1,81 (1,03;3,33)*	1,78 (1,01;3,23)*	1,08 (0,69;1,70)	1,12 (0,69;1,79)
Violência perpetrada n= 651	n = 308		n = 337	
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	1,90 (1,02;3,53)*	1,89(1,00;3,41)*	1,09 (0,69;1,70)	1,12 (0,70;1,80)

* Risco Aumentado para Mulheres ($\geq 80,0$)

* Risco Aumentado para Homens ($\geq 94,0$)

IC95% - intervalo de 95% de confiança

Variáveis de ajuste: idade, escolaridade, renda e estado civil

Tabela 3. Análise de regressão logística multinomial entre violência e IMC*, conforme o sexo. Estudo EpiFloripa Idoso 2013/2014, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Variáveis	Baixo Peso				Sobrepeso			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
	Bruta OR (IC 95%)	Ajustada# OR (IC95%)	Bruta OR (IC95%)	Ajustada# OR (IC95%)	Bruta OR (IC95%)	Ajustada# OR (IC95%)	Bruta OR (IC95%)	Ajustada# OR (IC95%)
Escore Total de Violência								
Não sofreu violência	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Risco aumentado de violência	0,69 (0,31;1,49)	0,57 (0,24;1,36)	1,22 (0,54;2,75)	1,47 (0,62;3,48)	1,27 (1,18;1,82)*	1,23 (1,15;1,78)*	1,15 (0,73;1,83)	1,14 (0,71;1,84)
Dimensões da Violência								
Abuso Potencial								
Não	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim a algum item	0,92(0,50;1,69)	1,05 (0,55;2,00)	1,17 (0,56;2,46)	0,97 (0,44;2,16)	1,19 (0,66;2,14)	1,27 (0,68;2,36)	1,19 (0,57;2,52)	0,96 (0,42;2,15)
Violação dos direitos pessoais ou abuso								
Não	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim a algum item	1,08 (0,52;2,24)	1,03 (0,47;2,22)	0,77 (0,35;1,69)	0,58 (0,25;1,35)	1,35(0,66;2,67)	1,22 (0,58;2,57)	0,91 (0,41;2,02)	0,67(0,29;1,56)
Características de vulnerabilidade								
Não	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim a algum item	1,05 (0,55;2,00)	1,15 (0,58;2,26)	2,62 (1,17;4,80)*	2,27 (1,05;5,96)*	1,02 (0,55;1,90)	1,13 (0,59;2,17)	2,03 (0,96;4,30)	2,25 (0,98;5,17)
VPI								
Violência sofrida								
Não	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	1,48 (0,55;3,97)	2,01 (0,70;5,76)	1,34 (0,55;3,27)	1,10 (0,43;2,82)	2,43 (1,88;5,61)*	2,16 (1,58;6,74)*	1,51 (0,62;3,71)	1,29 (0,50;3,34)
Violência perpetrada								
Não	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	1,16 (0,44;3,03)	1,70 (0,61;4,74)	1,15 (0,47;2,77)	0,93 (0,36;2,35)	1,60 (0,63;4,06)	1,99 (0,74;5,35)	1,44 (0,60;3,50)	1,24 (0,48;3,17)

IC95% - intervalo de 95% de confiança

*IMC = Índice de Massa Corporal

Variáveis de ajuste: idade, escolaridade, renda e estado civil

DISCUSSÃO

Os principais resultados deste trabalho apontam que os idosos em situação de violência tiveram maiores chances de sobrepeso, obesidade abdominal e baixo peso. De forma semelhante, pesquisadores buscaram investigar se a violência doméstica na meia-idade estaria associada a aumentos ou diminuições no peso e na circunferência da cintura nas mulheres. Após acompanhamento de dez anos, os resultados demonstraram que sofrer violência doméstica foi significativamente associado ao ganho de peso (OR = 2,39, IC 95% = (1,28-4,47), perda de peso (OR = 3,54, IC 95% = 1,73-7,22) e ganho (OR = 2,44, IC 95% = 1,37-4,37) ou perda (OR = 2,66, IC 95% = 1,23-5,77) de centímetros na circunferência da cintura ³⁰.

Desde o início da última década, estudos têm investigado uma possível associação entre vivenciar situações de violência familiar e o estado nutricional dos indivíduos. Essa literatura tem se concentrado especialmente na violência ocorrendo na infância ou adolescência e sua repercussão nesses mesmos períodos ou na vida adulta. Apesar de ainda escassos, os achados apontam uma relação positiva entre violência e sobrepeso/obesidade ^{44, 45, 46}. O principal pressuposto dessas investigações é que sofrer a violência desencadearia uma série de agravos à saúde mental, que por sua vez culminaria em um consumo excessivo de alimentos de alta densidade energética e redução da atividade física, estilos de vida que podem perdurar até a vida adulta ^{33,46}.

Estudos sugerem ainda que o impacto do estresse no peso pode variar de acordo com o estado nutricional do indivíduo ao longo da vida. Os autores entendem que indivíduos apresentando excesso de peso/ obesidade na linha de base aumentariam ainda mais o seu peso corporal quando submetidos às situações desencadeadoras de estresse. Por outro lado, indivíduos eutróficos ou subnutridos se submetidos à situação de estresse tenderiam à perda de peso ^{47, 48}. De qualquer maneira, consideram-se necessários estudos futuros que acessem o estado nutricional em fase anterior à exposição à violência e ao estresse que esta supostamente desencadeia, para auxiliar na elucidação desta associação.

Com relação às dimensões da violência, ficaram evidentes as diferenças entre os sexos e a direção das associações. Para os homens, possuir características de uma situação de abuso potencial, aumentou 55% a chance de ter obesidade abdominal, em contrapartida, homens que apresentaram características de maior

vulnerabilidade ao abuso, registraram 127% de chance de apresentarem baixo peso. Para as mulheres em situação de violação aberta dos direitos pessoais ou abuso direto, demonstraram 33% de chance de manifestarem obesidade abdominal. Assim, verifica-se que estes achados também corroboram com estudos prévios, onde sofrer violência doméstica esteve associada à maiores chances de obesidade abdominal em idosas no Egito, e que as chances eram marginalmente maiores entre as mulheres que relataram violência sexual, seguido por violência física, e por último psicológica³³.

De forma semelhante aos resultados do presente estudo, pesquisadores demonstraram que os maus-tratos domésticos (agressão física e verbal) apresentaram uma relação positiva com o excesso de peso e gordura abdominal em meninas entre 13 e 19 anos na cidade do Rio de Janeiro, mas apenas a agressão física foi significativamente associada ao excesso de peso⁴⁹. Por outro lado, em Salvador, foi identificado que crianças entre 7 e 14 anos, de ambos os sexos, expostas à violência doméstica apresentaram depressão ou comportamentos caracterizados por isolamento social progressivo, tendo a desnutrição como fator associado a esta situação⁵⁰.

Assim, nem sempre as vítimas de maus-tratos apresentam excesso de peso. Uma parte das pesquisas mostra que a associação tende para uma direção inversa, ou seja, a violência estaria atrelada à redução ou valores mais baixos de IMC^{51, 52}. Nesse sentido, objetivando investigar a relação entre violência doméstica e desnutrição nas mulheres,⁵³ observaram que a exposição a vários tipos de violência (física, verbal, sexual) resultava em menores valores de IMC.

Ainda, no que tange às diferenças entre os sexos encontradas neste estudo e na literatura, é importante destacar que existem diferenças de resposta entre os indivíduos com relação às adversidades e ao potencial de resiliência que muitas vítimas podem apresentar⁵⁴. Em relação às dimensões da violência, estudo desenvolvido por Bolsoni *et al.* (2017) identificou que para a dimensão abuso potencial, 41,2% dos homens e 25,8% das mulheres estavam ajudando a sustentar alguém. Demonstrando, portanto, a magnitude deste item para homens, considerando que 56,4% deles pertenciam aos maiores estratos de renda (de 5 a 10 salários mínimos).

Na dimensão violação dos direitos pessoais ou abuso direto, o item “outras pessoas tomam decisão sobre a sua vida – do tipo como deve viver ou morar”, foi o

mais frequente entre mulheres. Nas mulheres essa característica pode estar exacerbada, pois está vinculada ao papel de cuidadora que exerceu durante a vida, mas que nesta fase se inverte, tendo que ser cuidada ao invés de cuidar, o que pode ocasionar muitos conflitos familiares ⁵⁵. O estudo ainda demonstrou que 50% dos homens responderam não ao item “possui alguém que lhe faz companhia”, na dimensão das características de vulnerabilidade.

A solidão íntima, ou emocional refere-se à percepção da ausência de uma pessoa significativa e de confiança (por ex., cônjuge), ou seja, ausência de apoio emocional, assistência mútua e afirmação do valor da pessoa. Um estudo populacional com adultos, incluindo idosos, demonstrou que o melhor preditor para este tipo de solidão é o estado civil. O sentimento de solidão, muitas vezes, pode estar atrelado a diversas condições de saúde, pois aspectos como realização de refeições sem companhia, ausência de competências para cozinhar e incapacidade para ir às compras podem repercutir em ingestão nutricional inadequada ⁵⁶, o que, no presente estudo, demonstrou estar associado ao baixo peso nos homens.

Outra condição de saúde associada ao baixo peso e desnutrição é a violência por parceiro íntimo (VPI). Nesse sentido, pesquisadores investigaram a relação entre desnutrição e VPI entre mulheres jovens de Bangladesh de 15 a 24 anos, porém os resultados apontaram para duas direções. Tanto as mulheres que experimentaram VPI física e VPI física e sexual se associaram positivamente com o baixo peso, como o excesso de peso / obesidade se associaram a todas as formas de VPI ²⁹.

Um estudo de coorte prospectivo nos EUA com uma subamostra de 1595 crianças nascidas entre 1998 e 2000 e seus pais entrevistados na linha de base aos 12, 36 e 60 meses teve como objetivo investigar o abuso restritivo, sexual e físico sofrido pela mãe por seu parceiro íntimo. Os resultados demonstraram que a VPI materna crônica se associou ao aumento do risco de obesidade em crianças em idade pré-escolar ¹⁵. De forma semelhante, pesquisadores demonstraram que as mulheres que relataram VPI física apresentaram chances 1,67 vezes maiores de obesidade (IC 95% 1,20- 2,33), e as mulheres que relataram VPI não física apresentaram chances 1,46 vezes maiores de obesidade (IC95% 1,01- 2,10) em comparação com as mulheres que relatam nunca exposição ²⁸.

Outro resultado encontrado em mulheres de baixa renda, no Rio de Janeiro foi que a VPI se associou negativamente ao IMC entre os percentis 25 e 85, correspondendo a 22, 9 e 31,2 kg / m², demonstrando que a VPI pode reduzir o IMC

em mulheres de baixa renda. De maneira semelhante, estudo realizado em Florianópolis demonstrou que para as mulheres idosas, tanto cometer como sofrer VPI, acarretou em menores escores de qualidade de vida. E que se mostrou maior o impacto negativo sobre a qualidade de vida para as mulheres perpetradoras de violência contra seus parceiros (-3,15; IC95%: -4,84; -1,45) quando comparadas às que sofreram as agressões (-1,62; IC95%: -3,06; -0,17) ⁵⁷. No presente trabalho foram observadas associações semelhantes, pois as idosas perpetradoras da VPI demonstraram 89% de chance de apresentarem obesidade abdominal, e, 78% de chance quando elas sofrem VPI.

Estes achados contrariam a literatura, onde sugerem que as graves consequências da violência estão relacionadas às mulheres vítimas ^{58,59}. Uma das hipóteses que poderia justificar esse resultado é que o sofrimento gerado na mulher que causa a violência serve de catalisador para processos de adoecimento instalados ou predispostos, tais como o comprometimento da saúde física, autopercepção de saúde mais baixa, ou ainda, a busca na compensação de suas lacunas emocionais através da comida, o que comprometeriam a qualidade de vida das pessoas envolvidas na violência ⁶⁰.

Entre os aspectos positivos do presente trabalho destaca-se o ineditismo no Brasil e no mundo com o objetivo de investigar a associação em idosos entre indicadores de estado nutricional, utilizando duas medidas de avaliação (IMC e CC) e os diferentes aspectos da violência doméstica. Com relação à metodologia empregada, além da elevada taxa de resposta obtida, considera-se que o emprego das medidas aferidas de IMC e CC contribuíram para a qualidade dos dados, eliminando o viés inerente aos desfechos autorreferidos.

Considera-se que o delineamento transversal adotado, apesar de não impactar nas relações de causa e efeito, pode indicar a magnitude das associações e apontar novas hipóteses para as futuras pesquisas ⁶¹. A análise de amostra representativa de base populacional de uma capital do Sul do Brasil, conduzida por instrumentos validados e de alta confiabilidade alcançou resultados fidedignos, ficando claro que a violência doméstica exerce alguma influência na prevalência de obesidade em ambos os sexos e baixo peso em homens idosos.

Considerando que se trata do grupo etário que mais cresce no Brasil e no mundo ⁶², ressalta-se a importância de novos estudos de base populacional em longo prazo que investiguem a violência contra o idoso, a fim de que as evidências

trazidas possam subsidiar ações efetivas de prevenção à violência contra o idoso, em especial aquelas que ocorrem em âmbito domiciliar.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira, M. D. F., Moraes, C. L. D., Reichenheim, M. E., Verly Junior, E., Marques, E. S., & Salles-Costa, R. (2015). Effect of physical intimate partner violence on body mass index in low-income adult women. *Cadernos de saude publica*, 31, 161-172.
2. Mathus-Vliegen EM. Obesity and the elderly. *J Clin Gastroenterol*. 2012 Aug; 46(7):533-44
3. Peralta, M., Ramos, M., Lipert, A., Martins, J., & Marques, A. (2018). Prevalência e tendências de sobrepeso e obesidade em adultos mais velhos de 10 países europeus de 2005 a 2013. *Jornal escandinavo de saúde pública*, 46 (5), 522-529.
4. Tamakoshi A, Kawado M, Ozasa K, Tamako - shi K, Lin Y, Yagyu K, et al. Impact of smoking and other lifestyle factors on life expectancy among Japanese: findings from the Japan Col - laborative Cohort (JACC) Study. *J Epidemiol* 2010; 20:370-6.
5. Pink B, Allbon P. The health and welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Island - er peoples 2008. Canberra: Australian Bureau of Statistics/Australian Institute of Health and Welfare; 2008. (ABS Catalogue, 4704.0/AIHW Catalogue, IHW 21).
6. Al Snih S, Graham JE, Kuo YF, Goodwin JS, Markides KS, Ottenbacher KJ. Obesity and disability: relation among older adults living in Latin America and the Caribbean. *Am J Epide - miol* 2010; 171:1282-8.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS [Internet]. Brasília, DF: IBGE; 2019 [acesso em 31 maio 2021]. Disponível em:<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisanacional-de-saude.html?edicao=28655&t=conceitos-e-metodos>
8. Agarwal, E., Miller, M., Yaxley, A., & Isenring, E. (2013). Desnutrição em idosos: uma revisão narrativa. *Maturitas*, 76 (4), 296-302..

9. Cuervo, M., García, A., Ansorena, D., Sanchez-Villegas, A., Martínez-González, MA, Astiasarán, I., & Martínez, JA (2009). Interpretação da avaliação nutricional de 22.007 idosos da comunidade espanhola por meio do teste de Miniavaliação Nutricional. *Nutrição em saúde pública* , 12 (1), 82-90.
10. Brasil, Pesquisa de Orçamentos Familiares. Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. **Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2010.
11. Clarysse, K., Kivlahan, C., Beyer, I., & Gutermuth, J. (2018). Sinais de abuso físico e negligência no paciente maduro. *Clinics in dermatology* , 36 (2), 264-270.
12. Johannesen, M., & LoGiudice, D. (2013). Abuso de idosos: uma revisão sistemática dos fatores de risco em idosos da comunidade. *Idade e envelhecimento* , 42 (3), 292-298.
13. Brasil, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Balanço anual do Disque 100. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br>
14. Dorner, TE, & Rieder, A. (2012). Paradoxo da obesidade em idosos com doenças cardiovasculares. *Jornal internacional de cardiologia* , 155 (1), 56-65.
15. Boynton-Jarrett, R., Fargnoli, J., Suglia, SF, Zuckerman, B., & Wright, RJ (2010). Associação entre violência materna por parceiro íntimo e obesidade incidente em crianças em idade pré-escolar: resultados do Fragile Families and Child Well-being Study. *Arquivos de pediatria e medicina do adolescente* , 164 (6), 540-546.
16. Greenfield, EA e Marks, NF (2009). Violência dos pais na infância e obesidade na idade adulta: o uso da alimentação em resposta ao estresse como mediador de risco. *Ciências sociais e medicina* , 68 (5), 791-798.
17. Gunstad, J., Paul, RH, Spitznagel, MB, Cohen, RA, Williams, LM, Kohn, M., & Gordon, E. (2006). A exposição a traumas precoces está associada à obesidade adulta. *Pesquisa em psiquiatria* , 142 (1), 31-37.
18. Jun, HJ, Corliss, HL, Boynton-Jarrett, R., Spiegelman, D., Austin, SB e Wright, RJ (2012). Crescendo em um ambiente de violência doméstica: relação com trajetórias de desenvolvimento do índice de massa corporal durante a adolescência até a idade adulta. *J Epidemiol Community Health* , 66 (7), 629-635.

19. Matthews, KA, Chang, YF, Thurston, RC e Bromberger, JT (2014). O abuso infantil está relacionado à inflamação em mulheres de meia-idade: papel da obesidade. *Cérebro, comportamento e imunidade* , 36 , 29-34.
20. McCarthy-Jones, S., & McCarthy-Jones, R. (2014). Índice de massa corporal e ansiedade/depressão como mediadores dos efeitos do abuso sexual e físico infantil em distúrbios de saúde física em mulheres. *Abuso e negligência infantil* , 38 (12), 2007-2020.
21. Power, C., Pinto Pereira, SM, & Li, L. (2015). Maus-tratos na infância e trajetórias de IMC até a meia-idade: acompanhamento até os 50 anos em uma coorte britânica de nascimentos. *PLoS One* , 10 (3), e0119985.
22. Sacks, RM, Takemoto, E., Andrea, S., Dieckmann, NF, Bauer, KW e Boone-Heinonen, J. (2017). Maus-tratos na infância e trajetória do IMC: o papel mediador da depressão. *Jornal americano de medicina preventiva* , 53 (5), 625-633.
23. Udo, T., & Grilo, CM (2016). Percepção de discriminação de peso, maus-tratos na infância e ganho de peso em adultos americanos com sobrepeso/obesidade. *Obesity* , 24 (6), 1366-1372.
24. Gooding, HC, Milliren, C., Austin, SB, Sheridan, MA e McLaughlin, KA (2015). A exposição à violência na infância está associada a maior índice de massa corporal na adolescência. *Abuso e negligência infantil* , 50 , 151-158.
25. Isohookana, R., Marttunen, M., Hakko, H., Riiipinen, P., & Riala, K. (2016). O impacto de experiências adversas na infância sobre obesidade e comportamentos não saudáveis de controle de peso entre adolescentes. *Comprehensive psychiatry* , 71 , 17-24.
26. Lohman, BJ, Gillette, MT e Neppel, TK (2016). Parentalidade severa e insegurança alimentar na adolescência: a associação com a obesidade adulta emergente. *Journal of Adolescent Health* , 59 (1), 123-127.
27. Richardson, AS, Dietz, WH e Gordon-Larsen, P. (2014). A associação entre abuso sexual e físico na infância com obesidade grave incidente em adultos ao longo de 13 anos do Estudo Nacional Longitudinal de Saúde do Adolescente. *Obesidade pediátrica* , 9 (5), 351-361.
28. Davies, R., Lehman, E., Perry, A., & McCall-Hosenfeld, JS (2016). Associação de violência por parceiro íntimo e obesidade identificada pelo profissional de saúde. *Mulheres e saúde* , 56 (5), 561-575.

29. Ferdos, J., & Rahman, M. (2018). Exposição à violência por parceiro íntimo e desnutrição entre mulheres adultas jovens de Bangladesh: estudo transversal de uma amostra nacionalmente representativa. *Cadernos de saúde pública*, 34.
30. Garcia, L., Qi, L., Rasor, M., Clark, CJ, Bromberger, J., & Gold, EB (2014). A relação da violência e do estresse traumático com as alterações de peso e circunferência da cintura: análises longitudinais a partir do estudo da saúde da mulher em todo o país. *Jornal de violência interpessoal*, 29 (8), 1459-1476.
31. Pengpid, S., & Peltzer, K. (2018). Vitimização e perpetração de violência conjugal ao longo da vida, doenças físicas e comportamentos de risco à saúde entre mulheres na Índia. *Jornal internacional de pesquisa ambiental e saúde pública*, 15 (12), 2737.
32. Rahman, M., Nakamura, K., Seino, K., & Kizuki, M. (2013). Violência por parceiro íntimo e desnutrição crônica entre mulheres casadas de Bangladesh em idade reprodutiva: os pobres são os únicos em desvantagem?. *Jornal europeu de nutrição clínica*, 67 (3), 301-307.
33. Yount, KM, & Li, L. (2011). Violência doméstica e obesidade em mulheres egípcias. *Journal of biosocial science*, 43 (1), 85-99.
34. Brandão, W. F. D. M., Souza, M. A. D., Araújo, G. K. N. D., Santos, R. C. D., Almeida, L. R. D., & Souto, R. Q. (2021). Violência entre idosos comunitários e sua relação com o estado nutricional e características sociodemográficas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42.
35. Lima, E. E. P. (2020). *Cuidador de idosos: práticas e reflexões do cuidar com cuidado*. Editora Senac São Paulo.
36. Brasil. Pesquisa de Orçamentos Familiares (2010). Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. *Rio de Janeiro: IBGE*.
37. Brasil. Sinopse do censo 2010 e resultados preliminares do universo (2011). *Rio de Janeiro: IBGE*.
38. Confortin SC, Jayce I, Schneider C, Antes DL, Cembranel F, Ono LM, et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. *Epidemiol Serv Saúde* 2017; 26:305-17

39. Friis RH, Sellers T. *Epidemiology for public health practice*. Burlington: Jones & Bartlett Publishers; 2013
40. Reichenheim ME, Paixão Jr CM, Moraes CL. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek- Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:1801-13
41. Hasselmann, M. H., & Reichenheim, M. E. (2003). Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(4), 1083-1093.
42. Reichenheim, ME, Moraes, CL, Szklo, A., Hasselmann, MH, Souza, ERD, Lozana, JDA, & Figueiredo, V. (2006). A magnitude da violência por parceiro íntimo no Brasil: retratos de 15 capitais e do Distrito Federal. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 425-437.
43. Anacleto, A. J., Njaine, K., Longo, G. Z., Boing, A. F., & Peres, K. G. (2009). Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 800-808.
44. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti V. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26:1075-82.
45. Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM, Burdette HL. The association between maltreatment and obesity among preschool children. *Child Abuse Negl* 2007; 31:1187-99.
46. Midei AJ, Matthews KA. Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways. *Obes Rev* 2011; 12:e159-72.
47. Seematter G, Guenat E, Schneiter P, Cayeux C, Jequier E, Tappy L. Effects of mental stress on insulin-mediated glucose metabolism and energy expenditure in lean and obese women. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2000; 279:E799-805.
48. Kivimaki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Brunner E, Vahtera J, et al. Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job

- strain on body mass index in the Whitehall II study. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30:982-7
49. Silva, AMVLD, & Hasselmann, MH (2018). Associação entre maus-tratos familiares e excesso de peso e de gordura em escolares do município do Rio de Janeiro/RJ, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* , 23 , 4129-4142.
50. Silva, R. D. C., Assis, A. M., Hasselmann, M. H., Santos, L. M. D., Pinto, E. D. J., & Rodrigues, L. C. (2012). Influência da violência familiar na associação entre desnutrição e baixo desenvolvimento cognitivo. *Jornal de Pediatria*, 88, 149-154.
51. Gagliano AHNP. Violência familiar na infância: fator de risco para o excesso de peso em adolescentes? [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012.
52. Schneiderman JU, Mennen FE, Negriff S, Trickett PK. Overweight and obesity among maltreated young adolescents. *Child Abuse Negl* 2012; 36(4):370-378
53. Pessoa, J. N. (2022). Violência contra a mulher como experiência adversa na infância e seus efeitos no desenvolvimento infantil: uma revisão integrativa.
54. Noll JG, Zeller MH, Trickett PK, Putnam FW. Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: a prospective study. *Pediatrics* 2007; 120(1):e61-67
55. Bolsoni, C. C. (2017). Violência contra a pessoa idosa: estudo de base populacional em Florianópolis-SC.
56. Loureiro, R. S. (2020). *Percepção de Solidão e Malnutrição em Idosos Portugueses* (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa (Portugal)).
57. Warmling, D. (2018). Violência por parceiro íntimo e qualidade de vida em idosos residentes em Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional.
58. Barros CRS, Schraiber LB. Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básicas. *Revista de Saude Publica*. 2017; 51.
59. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006; 368 (9543): 1260-9.
60. Aguiar MPCd, Leite HA, Dias IM, Mattos MCTd, Lima WR. Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Escola Anna Nery*. 2015; 19: 343-9.

61. Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Sci Med* 2007; 17:229-32.
62. World Health Organization. Obesity: prevent - ing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000. (WHO Technical Report Series, 894).

5.2 ARTIGO 2

Violência doméstica, obesidade e desnutrição em homens e mulheres idosas: associação longitudinal

Domestic violence, obesity and malnutrition in elderly men and women: longitudinal association

Título resumido: Associação entre violência doméstica, obesidade e desnutrição

Carolina Abreu Henn de Araújo

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0533-4953>

Deise Warmling

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9235-6271>

Pierre Guedes de Araújo

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7893-4546>

Elza Berger Salema Coelho

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7407-6786>

Correspondência: Carolina Abreu Henn de Araújo

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC/Brasil. Campus Reitor João David Ferreira Lima - Rua Delfino Conti, s/n Bloco H – CEP: 88040-900 Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: carolinaah.nutri@gmail.com

INTRODUÇÃO

Durante o processo de envelhecimento, é comum surgirem algumas alterações na composição corporal, como a diminuição da massa magra (redução e atrofia do tecido muscular), realocação dos depósitos de tecido adiposo, com diminuição nos membros inferiores e aumento da gordura no tronco e vísceras. Estas alterações desencadeiam o surgimento de síndromes clínicas que interferem na autonomia e capacidade funcional do idoso, podendo resultar no aumento da dependência e vulnerabilidade para maus-tratos ¹.

Com o crescimento acentuado do envelhecimento populacional, torna-se fundamental assegurar que as pessoas idosas possam vivenciar essa fase como experiência positiva, livres de quaisquer formas de violência, em condições seguras e dignas de vida ². A violência contra a pessoa idosa (VCPI) é caracterizada por “um ato único, repetido ou a falta de ação apropriada, ocorrendo em qualquer relacionamento em que exista uma expectativa de confiança que cause dano ou sofrimento a uma pessoa idosa”. É uma questão social global que afeta a saúde e os direitos humanos de milhões de idosos em todo o mundo e que merece a atenção da comunidade internacional ³. Esse fenômeno pode se apresentar na forma de abuso (físico, psicológico, sexual, financeiro, abandono), negligência e autonegligência ⁴.

Os cenários onde a violência ocorre são diversos e variam desde o ambiente domiciliar até os serviços de saúde, porém predominam em ambiente doméstico, sendo os familiares em geral os autores, incluindo os parceiros ^{5,6}.

As estimativas da prevalência da violência familiar contra pessoas idosas no mundo variam entre 4% e 10% ⁷, indicando um aumento de 150% em sua incidência nos últimos 10 anos ⁸. O Brasil é considerado um dos países mais violentos, com prevalência do abandono em 10,3% e da agressão física em 6,3% ⁹.

A violência doméstica é responsável por sérias consequências que ocorrem tanto no âmbito individual, trazendo agravos à saúde física e mental das vítimas, quanto no âmbito familiar e social ¹⁰. Desde o início da última década, estudos têm investigado uma possível associação entre vivenciar situações de violência familiar e o estado nutricional de indivíduos. Essa literatura tem se concentrado especialmente na violência ocorrida na infância ou adolescência e sua repercussão nesses

mesmos períodos ou na vida adulta, sendo muito escassa a investigação na literatura dessa relação na pessoa idosa ¹¹.

Visto que os idosos são mais propensos a sofrer violência doméstica, impactando negativamente na sua saúde, podendo resultar em desfechos psicopatológicos variados, englobando também os transtornos alimentares. Ainda, nesta fase da vida, reflete-se a possibilidade de ocorrer negligência alimentar, principalmente quando os idosos são altamente dependentes de seus cuidadores ¹².

Por outro lado, estudos afirmam que a capacidade de um indivíduo de lidar com o estresse e as emoções negativas está associada ao comportamento alimentar desordenado e à obesidade ^{13, 14}.

Considerando a magnitude da violência doméstica e que este fenômeno perpetua ao longo das gerações, podendo comprometer o processo de envelhecimento ativo e saudável, bem como a limitação de pesquisas indicando a existência da relação entre a violência contra pessoa idosa e o estado nutricional, é fundamental aprofundar o conhecimento sobre os fatores associados a este desfecho nos idosos. O objetivo do presente estudo foi identificar a associação longitudinal entre a violência doméstica e o estado nutricional em pessoas idosas residentes em Florianópolis, Santa Catarina.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Estudo longitudinal realizado com dados da pesquisa EpiFloripa Idoso - “Condições de vida e saúde de idosos de Florianópolis/SC”, uma coorte de base populacional e domiciliar com pessoas idosas (60 anos e mais) residentes na área urbana do município. A pesquisa, visa conhecer as condições de vida e saúde da população idosa de Florianópolis, iniciou em 2009/2010, na qual foram entrevistadas 1.702 pessoas idosas da cidade, e seus seguimentos ocorreram em 2013/2014 (n=1.197) e 2017/2019 (n=1.335). Na última onda, a coorte tornou-se aberta, com 743 entrevistados da coorte original e incluídos 592 idosos de reposição da amostra.

Os procedimentos detalhados sobre o plano amostral, aspectos operacionais e estratégias utilizadas nas três ondas foram descritas em publicações prévias^{15,16,17,18}.

Florianópolis é o município capital do estado de Santa Catarina, e apresentava em 2009, um percentual de pessoas com 60 anos ou mais correspondente a 10,8% da população total¹⁹, além de um índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de 0,873 em 2010, o terceiro maior no ranking dos municípios²⁰.

De forma geral, a metodologia aplicada na onda 1 (2009/2010) fez uso de amostragem por conglomerado em dois estágios, sendo as Unidades Primárias de Amostragem (UPAs) os setores censitários urbanos do município. O segundo estágio do método aplicado no inquérito foi composto pelos domicílios presentes nestes setores sorteados, onde, a partir disso, os indivíduos idosos (>60 anos) residentes foram convidados a participar. O tamanho amostral foi identificado pelo cálculo de prevalência esperada (50%), erro de quatro pontos percentuais, com amostra causal simples adicionada de um valor relativo ao efeito da amostragem por conglomerados igual a dois. Foi adicionada proporção de perdas previstas (20%) e controle para fatores de confusão (15%).

Na onda 2 (2013/2014) foi realizada a busca ativa dos participantes da onda 1, através da busca de óbitos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, entre os anos de 2009 a 2013, considerando o local de residência e as informações dos participantes. Após este levantamento, foi realizado o contato telefônico com os participantes ou familiares. Ao término desta etapa, foram detectados 217 óbitos, resultando em 1.485 indivíduos elegíveis para realização do EpiFloripa 2013/2014, sendo possível entrevistar 1.197 pessoas novamente.

Para a coleta de dados da onda 3 (2017/2019), o mesmo processo de busca por óbitos no SIM e contato telefônico com os participantes foi realizado. Ao longo do processo, foram detectados 137 óbitos, 139 perdas e 178 recusaram participar, totalizando 743 entrevistas realizadas ao término da coleta. Nas três ondas as entrevistas foram conduzidas por entrevistadores treinados, utilizando um questionário estruturado desenvolvido pelos pesquisadores e pré-testado, além da realização de análises de inconsistências e controle de qualidade dos dados.

Para o presente estudo, foram utilizados os dados dos idosos acompanhados na segunda onda e na terceira onda, devido ao fato dos instrumentos H-S/EAST (identifica tanto os sinais de presença quanto de suspeita de abuso contra idoso) e CTS-1 (mensura a Violência por Parceiro Íntimo (VPI)) terem sido aplicados somente nestes dois momentos do estudo. Foram consideradas perdidas os idosos não localizados após quatro visitas em períodos diferentes do dia, impossibilitados de responder por motivo de viagem, de internação hospitalar ou aqueles que se mudaram para algum município localizado fora da Grande Florianópolis. A recusa foi caracterizada pelo participante que demonstrou não ter interesse em integrar ou continuar fazendo parte da pesquisa. Para o presente estudo, o critério de exclusão foi a entrevista ter sido respondida por um informante (algum responsável pelo idoso), e para VPI, o critério de exclusão também foi não ter companheiro em relação ao estado civil.

Variáveis de desfecho

As variáveis de desfecho foram obesidade abdominal e IMC. O IMC foi analisado em duas regressões distintas assumindo a categoria eutrofia como referência. A obesidade abdominal foi definida pela circunferência da cintura (CC), de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) ²¹, considerando-se obesidade em idosos do sexo masculino os valores de CC superiores a 102cm e no feminino valores de CC superiores a 88cm. Para o IMC foram adotados os pontos de corte recomendados pelo Ministério da Saúde ²², nos quais incluem três categorias, IMC < 22kg/m² (baixo peso), de 22 a 27 kg/m² (eutrofia) e > 27kg/m² (sobrepeso).

Variáveis de exposição

As variáveis de exposição foram violência contra a pessoa idosa (VCPI) e violência por parceiro íntimo (VPI). A VCPI foi investigada através da adaptação transcultural do instrumento Hwalek-Sengstock Elder abuse Screening Test (H-S/EAST) ²³. Trata-se de instrumento desenvolvido com o objetivo de identificar tanto os sinais de presença (diretos) quanto de suspeita (indiretos) de abuso contra idosos. É composto por 15 itens, cujas opções de respostas são dicotomizadas (sim

e não), e atribui-se um ponto para cada resposta afirmativa, à exceção dos itens 1, 6, 12 e 14, nos quais o ponto é atribuído à resposta negativa. De acordo com a literatura, um escore de três ou mais pode indicar risco aumentado de algum tipo de violência presente ²³. O conjunto de perguntas do instrumento pode ser representado por três dimensões da violência: “abuso potencial”, “violação dos direitos pessoais ou abuso direto” e “características de vulnerabilidade”. Atribuiu-se um ponto a cada resposta afirmativa, à exceção dos itens 1, 6, 12 e 14, nos quais o ponto é atribuído para a resposta negativa.

Já a VPI foi mensurada por meio do instrumento, traduzido para o português e adaptada transculturalmente no contexto brasileiro, *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1)²⁴ utilizada para aferir violência no casal. O questionário investiga presença de atos de agressão verbal em 6 itens de xingamentos e ameaças (xingou ou insultou; ficou emburrado; retirou-se do local; fez/disse coisas para irritar; ameaçou bater ou jogar coisas; destruiu/jogou objetos) e agressão física em 9 itens de força física ou explícita (jogar objetos; empurrar/agarrar; dar tapas ou bofetadas; chutar, morder ou dar murro; bater ou tentar bater com objetos; espancar; estrangular/sufocar; ameaçar com faca ou arma). Para cada questão, dicotomizada (sim e não), foi possível verificar a direcionalidade da violência, pois foi perguntado ao entrevistado se ele cometeu o ato contra o parceiro (violência perpetrada) e, se o parceiro cometeu contra ele (violência sofrida).

Considerou-se a presença de VPI, quando a resposta foi positiva pelo menos para um dos itens da escala, no período recordatório referente aos últimos 12 meses. O CTS-1 já foi aplicado em outros estudos brasileiros e tem apresentado baixa taxa de recusa e boa confiabilidade ²⁵.

Variáveis de ajuste do nível individual

As variáveis de ajuste foram: faixa etária identificada por anos completos e categorizada como 60 a 69, 70 a 79, 80 ou mais; escolaridade (sem escolaridade formal, 1 a 4 anos de estudo, 5 a 8, 9 a 11, \geq 12); estado civil (casado, solteiro, divorciado/separado, viúvo); renda familiar estratificada em salários mínimos (o salário mínimo no ano de 2013 era de R\$ 678,00 e em 2014 R\$ 724,00). A categorização da variável renda foi assim definida: menor ou igual a 1, maior de 1 e menor ou igual a 3, maior de 3 e menor ou igual a 5, maior de 5 e menor ou igual a

10 e maior de 10. Sintomas depressivos identificados pela Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15), que dispõem de uma série de perguntas sobre o humor e sentimentos dos indivíduos, com resposta de sim ou não. A escala varia de 0 a 15 pontos, sendo que indivíduos com pontuações ≥ 6 classificados com presença de sintomas depressivos ²⁶.

Consumo de álcool de alto risco (A): avaliado pelo questionário The Alcohol Use Disorders Identification Test Concise (AUDIT-C) ²⁷. O questionário é formado por três perguntas: “Com que frequência o(a) Sr.(a) toma bebidas alcoólicas?”, “Quantas doses de álcool o(a) Sr.(a) toma normalmente ao beber?” e “Com que frequência o(a) Sr.(a) toma cinco ou mais doses de uma vez?”, contendo cinco opções de resposta que variam de 0 a 4 pontos, totalizando um escore de até 12 pontos. Para homens, a pontuação de 0 a 3 é considerada baixo risco, entre 4 e 5 pontos, risco moderado. Para mulheres, a pontuação de 0 a 2 é considerada baixo risco e entre 3 e 5 pontos, risco moderado. Para ambos os sexos, seis ou mais pontos foi considerado de alto risco ²⁸. Para as análises o não consumo e o consumo de álcool inadequado foram agrupados.

Análises de dados

Foram estimadas as prevalências da obesidade, eutrofia e desnutrição nos anos 2017/2018 (3ª onda), e após, foram realizadas análises descritivas bivariadas apresentando os valores das proporções e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para a estimação do modelo longitudinal logístico, entendendo que as variáveis dependentes são qualitativas dicotômicas (*dummy*), com valores 0 ou 1, assumiu-se que valor igual a um indica medida antropométrica alterada (com sobrepeso / com desnutrição) e zero sem alteração (eutrófico).

Após, foi utilizada análise de regressão logística de medidas repetidas pelo método de Equações de Estimativa Generalizadas (GEE). O método GEE estende a análise de regressão padrão e considera a correlação entre medidas repetidas, permite dados ausentes dentro do sujeito e é apropriado para estimar os efeitos da média populacional ao longo do tempo usando dados longitudinais. Ainda, a regressão tradicional supõe a independência entre as observações para calcular os coeficientes, sendo que tal pressuposto não pode ser satisfeito ao usar medidas

repetidas. Assim, o método GEE considera a variação inter e entre indivíduos, corrigindo essas correlações²⁹.

Nos modelos de associação foi utilizado comandos que consideram a existência de correlações entre termos de erro iguais a zero para dois quaisquer períodos de tempo distintos e para dado indivíduo. Logo após a estimação, foi gerada a matriz de correlações entre os termos de erro para o período de tempo do estudo³⁰.

A razão de chances (OR) foi calculada para analisar a relação dos preditores na Onda 2 sobre os desfechos na Onda 3. Todas as análises foram realizadas no software estatístico STATA versão 14 (StataCorp, Texas, USA), considerando um nível de significância de 0,05.

Aspectos éticos

O estudo EpiFloripa Idoso atendeu aos preceitos éticos conforme a Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e conforme a Resolução 466 de 2012, sendo aprovado na onda 1 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, sob parecer no 352/2008, na onda 2 sob o parecer no 526.126/2013 e CAAE 16731313.0.0000.0121 e na onda 3 foi aprovada como Emenda do processo anterior com no 1.957.977/2016/2017. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A amostra analítica na onda 2 compreendeu 1.148 idosos, dada a exclusão de 49 entrevistas respondidas por informantes, e para a variável VPI, foram consideradas 613 respostas, devido à exclusão dos participantes que não tinham companheiro. Já na onda 3 foram consideradas 1.282 entrevistas, considerando a exclusão de 53 entrevistas respondidas por informantes, e a variável VPI compreendeu 695 idosos com companheiro.

A Tabela 1 apresenta as características dos participantes da onda 2 e a distribuição de entrevistas realizadas, perdas, recusas e óbitos na onda 3. Observe-se que em relação à dimensão da violência “abuso potencial”, mais da metade dos

idosos afirmaram sofrer este tipo de violência em 2013/2014, 54,4% entre os entrevistados e 52,4% entre as perdas na onda 3. Destaca-se ainda o alto percentual de violência sofrida e perpetrada entre os idosos nas duas ondas, e alta prevalência de sobrepeso e circunferência da cintura aumentada entre homens e mulheres.

Na Tabela 2, é possível observar as características dos entrevistados em cada onda do Estudo de Coorte EpiFloripa Idoso. Observa-se, um expressivo aumento na frequência de pessoas com escolaridade de 12 anos ou mais na onda 3 (30,2%). De forma geral, a maioria dos indivíduos possuíam companheiro(a), com renda >1 SM e ≤ 3 SM, sem sintomas depressivos, sem consumo de bebida alcoólica, sem risco de sofrer violência doméstica e que sofreu abuso potencial. Destaca-se que na dimensão da violência “características de vulnerabilidade” houve uma diferença no sentido das proporções. Enquanto 65,4% dos entrevistados relataram estar em alguma situação de vulnerabilidade na onda 2, esta situação não foi mais prevalente na onda 3, onde 57,5% dos entrevistados afirmaram não estar em situação de vulnerabilidade.

Na onda 2 e onda 3 houve diferença nas medidas antropométricas em relação as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, renda familiar e estado civil; destacando-se o maior percentual de obesidade abdominal nas mulheres (onda 2: 83,6% e onda 3: 87,3%) e sobrepeso também no sexo feminino (onda 2: 58,9% e onda 3: 58,4%), consumo de bebida alcoólica ligeiramente maior nos homens com obesidade abdominal (50,3%) e 62,2% maior nos homens com sobrepeso, na onda 2. Já na onda 3, o percentual de obesidade abdominal e sobrepeso, tanto em homens como mulheres, foi maior nos indivíduos que não faziam uso de bebida alcoólica e não apresentavam sintomas depressivos. Ainda, observou-se que em relação a dimensão da violência “abuso potencial” a prevalência foi maior nos homens com obesidade abdominal (onda 2: 59,9%; onda 3: 53,6%); nas mulheres com baixo peso (onda 2: 54,1%; onda 3: 56,3%); nas mulheres com sobrepeso (onda 2: 52,5%; onda 3: 57,8%) e nos homens com sobrepeso (onda 2: 56,0%; onda 3: 54,8%). Na dimensão da violência “características de vulnerabilidade” a prevalência foi maior em mulheres com baixo peso (onda 2: 67,2%; onda 3: 52,1%), e na violência perpetrada o percentual foi maior nos homens com sobrepeso (onda 2: 52,6%; onda 3: 50,2%). (Tabela 3 e Tabela 4).

A Tabela 5 apresenta a associação entre a violência doméstica e o IMC ao longo de cinco anos nos idosos. Na análise ajustada, os indivíduos do sexo masculino que sofreram abuso direto, tiveram 50% (OR:1,50 [1,22-1,83]) de chance de apresentar baixo peso. Já as mulheres que relataram sofrer VPI, tiveram maior chance (28,0%) de apresentar sobrepeso (OR: 1,28 [1,00-3,12]), e, quando estas relataram ser perpetradoras da VPI, tiveram 42% de chance de apresentarem sobrepeso (OR: 1,42 [1,13-2,74]). Já em relação a CC, as associações demonstraram significância estatística apenas com as mulheres, onde ter alguma característica de vulnerabilidade, aumentou em 94% a chance destas apresentarem obesidade abdominal (OR: 1,94 [1,09-3,40]), assim como perpetrar VPI, aumentou em 30% a chance de apresentarem esse mesmo desfecho (OR: 1,30 [1,00-1,69]) (Tabela 6).

Casado	646	54,9 (52,1-57,7)	397	54,7 (50,3-59,0)	66	51,5 (43,3-59,7)	103	55,8 (44,7-66,3)	22	53,9 (36,8-70,2)	
Solteiro	64	6,3 (5,1-7,9)	39	5,6 (4,3-7,4)	11	7,0 (3,5-8,5)	14	8,2 (4,3-14,9)	5	7,5 (2,9-17,9)	
Divorciado / Separado	75	7,2 (3,9-8,9)	58	10,4 (8,4-13,0)	13	9,3 (9,2-16,0)	14	6,7 (3,7-11,9)	3	4,5 (0,1-14,7)	
Viúvo	363	31,6 (28,8-34,1)	249	29,3 (25,0 - 33,5)	49	32,2 (24,4-40,9)	47	29,3 (21,4-38,3)	18	34,1 (21,0-49,9)	
Consumo de bebida alcoólica											0,004
Não	995	84,1 (57,8-66,4)	709	94,8 (92,0-96,7)	119	86,3 (64,1-98,0)	146	84,4 (63,2-91,3)	44	90,3 (60,8-98,7)	
Sim	153	15,9 (12,9-18,8)	34	5,2 (3,3-8,1)	20	13,7 (7,1-24,8)	32	15,6 (10,0-23,4)	4	9,7 (2,4-31,3)	
Sintomas Depressivos											<0,001
Não	830	73,7 (70,7-76,5)	583	81,5 (77,5-85,0)	87	63,6 (54,1-72,2)	129	74,3 (65,7-81,3)	35	75,4 (57,5-87,4)	
Sim	318	26,3 (23,5-29,2)	136	18,5 (15,0-22,5)	52	36,4 (27,8-45,8)	49	25,6 (18,6-34,2)	13	24,6 (12,6-42,4)	
Risco de violência doméstica											0,332
Não sofreu violência	830	72,9 (70,3-75,5)	546	77,6 (74,0-80,8)	92	66,9 (55,5-76,7)	133	79,4 (71,8-85,2)	28	78,6 (62,0-89,2)	
Risco aumentado para alguma violência	307	27,1 (24,5-29,6)	142	22,4 (19,1-25,9)	40	33,1 (23,2-44,4)	38	20,6 (14,7-28,1)	12	21,4 (10,7-37,9)	
Abuso potencial											<0,001
Não sofreu abuso potencial	547	48,6 (45,1-50,9)	317	45,6 (41,5-49,8)	62	47,6 (38,4-57,1)	94	58,3 (49,1-67,1)	19	52,1 (30,2-73,0)	
Sofreu abuso potencial	591	51,4 (49,0-54,8)	377	54,4 (50,1-58,4)	70	52,4 (42,9-61,6)	77	41,7 (32,9-50,9)	21	47,9 (26,9-69,7)	
Violação dos direitos pessoais ou abuso direto											0,018
Não sofreu abuso direto	829	72,9 (70,2-75,4)	540	76,6 (73,5-79,5)	87	62,5 (53,2-70,8)	135	80,5 (72,2-86,6)	28	70,5 (50,5-84,9)	
Sofreu algum abuso direto	308	27,1 (24,6-29,7)	166	23,4 (20,4-26,4)	45	37,5 (29,1-46,7)	36	19,5 (13,3-27,7)	12	29,5 (15,0-49,5)	
Características de vulnerabilidade											0,171
Não vulnerável	395	34,6 (31,9-37,4)	417	54,7 (50,4-59,00)	42	30,5 (22,9-39,4)	65	37,9 (28,5-48,5)	15	42,4 (24,4-62,6)	
Alguma vulnerabilidade	745	65,4 (62,5-68,0)	288	45,3 (40,9-49,5)	91	69,5 (60,5-77,0)	106	62,1 (51,4-71,5)	25	57,6 (37,3-75,6)	
VPI sofrida											0,004
Não sofreu violência	316	52,4 (48,5-56,2)	217	54,1 (47,0-60,9)	32	43,4 (39,9-47,8)	55	55,6 (42,6-68,0)	10	62,8 (36,0-73,5)	
Sofreu alguma violência	297	47,6 (43,8-51,5)	166	45,9 (39,0-52,9)	38	56,6 (22,1-60,0)	47	44,4 (31,9-57,4)	9	37,2 (16,4-43,9)	

VPI perpetrada												0,032
Não cometeu violência	318	52,2 (48,3-56,0)	198	51,1 (47,5-57,7)	31	46,6 (32,5-61,4)	54	52,1 (41,9-62,1)	8	48,2 (22,3-55,2)		
Cometeu alguma violência	295	47,8 (43,9-51,6)	190	48,9 (45,3-52,4)	39	53,4 (28,5-57,5)	48	47,9 (37,8-58,0)	11	51,8 (34,8-67,7)		
Índice de Massa Corporal (IMC)												0,009
Baixo peso	100	8,6 (7,4-10,1)	68	8,8 (7,2-10,8)	49	32,0 (23,2-42,4)	75	40,0 (31,6-49,2)	14	39,6 (21,8-60,6)		
Eutrófico / peso adequado	413	38,9 (36,6-41,3)	241	33,8 (30,5-37,3)	9	6,9 (3,5-13,0)	15	8,1 (4,6-13,6)	6	8,5 (3,4-19,1)		
Sobrepeso	635	52,5 (50,5-54,8)	389	57,4 (53,9-60,7)	78	61,1 (49,6-71,3)	86	51,9 (43,5-59,9)	27	51,9 (32,8-70,5)		
Circunferência da cintura mulher												
Baixo risco	123	16,4 (13,9-19,2)	60	13,9 (11,0-17,3)	14	17,9 (10,2-29,6)	14	9,3 (5,0-16,1)	4	17,8 (4,9-47,3)		0,044
Risco aumentado	629	83,6 (80,8-86,1)	405	86,1 (82,6-88,9)	74	82,1 (70,3-89,8)	94	90,7 (83,8-94,9)	19	8,2 (52,6-95,0)		
Circunferência da cintura homem												0,048
Baixo risco	151	37,1 (32,4-41,8)	66	32,1 (25,6-39,2)	15	25,9 (13,7-43,3)	29	37,4 (25,5-51,0)	5	17,6 (5,8-42,4)		
Risco aumentado	244	62,9 (58,1-67,56)	161	67,9 (60,8-74,3)	31	74,1 (56,6-86,2)	37	62,6 (48,9-74,4)	15	82,4 (57,5-94,1)		

* p-valor no teste de Chi-quadrado de Pearson, comparando as características dos participantes da onda 2 com o status final na onda 3 (entrevista realizada, perda, recusa, óbito).

*Risco aumentado para circunferência da cintura: sexo masculino > 102cm; sexo feminino >88cm

IC95% - intervalo de 95% de confiança

Tabela 2. Descrição dos participantes das ondas 2 e 3 do Estudo de Coorte EpiFloripa Idoso, Florianópolis-SC, 2023.

Variáveis	Onda 2 (2013/2014)		Onda 3 (2017/2019)	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Sexo				
Masculino	395	36,2 (33,8-38,4)	484	38,2 (35,6-40,8)
Feminino	753	63,8 (61,5-66,1)	798	61,8 (59,1-64,3)
Faixa etária				
60-69	394	34,4 (31,7-37,1)	443	34,5 (32,0-37,1)
70-79	492	42,5 (39,7-45,3)	536	41,6 (38,8-44,1)
80+	262	23,1 (20,7-25,5)	303	23,9 (21,7-26,3)
Escolaridade				
Sem escolaridade formal	84	7,8 (6,3-9,4)	72	6,0 (4,9-7,5)
1 a 4 anos	420	36,0 (33,3-38,8)	382	29,4 (27,0-31,9)
5 a 8 anos	189	16,6 (14,6-18,9)	234	18,3 (16,3-20,5)
9 a 11 anos	171	15,1 (13,1-17,2)	205	16,1 (14,3-18,2)
12 ou mais anos	283	24,5 (22,1-26,9)	389	30,2 (27,0-32,0)
Renda familiar (em salário mínimo)				
≤1	82	8,0 (6,6-9,8)	133	10,6 (9,0-12,4)
>1 ≤ 3	317	28,6 (26,1-31,3)	359	27,8 (25,4-30,3)
>3≤5	217	19,9 (17,6-22,3)	239	18,7 (16,7-20,9)
>5≤10	264	24,0 (21,6-26,6)	321	24,8 (22,5-27,2)
>10	211	19,5 (17,2-21,8)	230	18,1 (16,0-20,2)
Estado civil				
Casado	646	54,9 (52,1-57,7)	739	55,3 (52,6-58,0)
Solteiro	64	6,3 (5,1-7,9)	71	6,5 (5,4-8,0)
Divorciado / Separado	75	7,2 (5,9-8,9)	137	11,5 (9,9-13,3)
Viúvo	363	31,6 (28,8-34,1)	335	26,7 (24,2-28,9)
Consumo de bebida alcoólica				
Não	995	84,4 (81,8-86,9)	1026	78,7 (75,9-81,4)
Sim	153	15,6 (12,9-18,8)	256	21,3 (19,0-23,4)
Sintomas Depressivos				
Não	830	73,7 (70,7-76,5)	1008	77,5 (75,2-79,6)
Sim	318	26,3 (23,5-29,2)	274	22,5 (20,3-24,8)
Risco de violência doméstica				
Não sofreu violência	830	72,9 (70,3-75,5)	968	77,5 (75,1-79,7)
Risco aumentado para alguma violência	307	27,1 (24,5-29,6)	281	22,5 (20,2-24,9)
Abuso potencial				
Não sofreu abuso potencial	547	48,6 (45,1-50,9)	578	45,8 (43,1-48,6)
Sofreu abuso potencial	591	51,4 (49,0-54,8)	682	54,2 (51,3-56,8)
Violação dos direitos pessoais ou abuso direto				
Não sofreu abuso direto	829	72,9 (70,2-75,4)	968	77,5 (75,1-79,7)
Sofreu algum abuso direto	308	27,1 (24,6-29,7)	281	22,5 (20,2-24,9)
Características de vulnerabilidade				

Não vulnerável	395	34,6 (31,9-37,4)	734	57,5 (54,8-60,2)
Alguma vulnerabilidade	745	65,4 (62,5-68,0)	541	42,5 (39,7-45,1)
VPI sofrida				
Não sofreu violência	316	52,4 (48,5-56,2)	374	55,1 (51,4-58,6)
Sofreu alguma violência	297	47,6 (43,8-51,5)	321	44,9 (41,4-48,5)
VPI perpetrada				
Não cometeu violência	318	52,2 (48,3-56,0)	349	51,1 (47,5-54,7)
Cometeu alguma violência	295	47,8 (43,9-51,6)	346	48,9 (45,3-52,4)
Índice de Massa Corporal (IMC)				
Baixo peso	100	8,6 (7,4-10,1)	118	35,4 (32,8-38,1)
Eutrófico / peso adequado	413	38,9 (36,6-41,3)	445	9,4 (7,8-11,1)
Sobrepeso	635	52,5(50,5-54,8)	694	55,2 (52,4-57,9)
Circunferência da cintura mulher				
Baixo risco	123	16,4 (13,9-19,2)	98	12,7 (10,5-15,2)
Risco aumentado	629	83,6 (80,8-86,1)	671	87,3 (84,7-89,4)
Circunferência da cintura homem				
Baixo risco	151	37,1 (32,4-41,8)	148	30,7 (26,7-35,0)
Risco aumentado	244	62,9 (58,1-67,56)	333	69,3 (64,9-73,2)

*Risco aumentado para circunferência da cintura: sexo masculino > 102cm; sexo feminino >88cm

IC95% - intervalo de 95% de confiança

Tabela 3. Características dos idosos segundo variáveis individuais e de violência. Estudo EpiFloripa Idoso 2013/2014, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Variáveis	n (%)	CC (risco aumentado*) % (IC 95%)		Baixo Peso (IMC) % (IC 95%)		Sobrepeso (IMC) % (IC 95%)		**Valor de p
		Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
Sexo	n = 1148							<0,001
Feminino	753 (63,8)	83,6 (80,6;86,2)	-	7,6 (5,8;9,9)	-	58,9 (55,2;63,3)	-	
Masculino	395 (36,2)	-	66,5 (60,4;72,1)	-	7,9 (4,9;12,4)	-	45,2 (40,1;50,4)	
Idade (anos)	n = 1148	n = 629	n = 257	n = 259	n = 196	n = 447	n = 180	<0,001
60 a 69 anos	394 (34,4)	81,2 (75,2;86,1)	66,3 (56,3;75,1)	8,6 (5,1;14,1)	3,8 (1,8;7,7)	57,4 (50,2;64,3)	46,8 (37,4;56,4)	
70 a 79 anos	492 (42,5)	87,4 (72,6;91,0)	69,5 (46,0;77,5)	3,9 (2,2;6,8)	10,4 (5,7;18,5)	66,9 (40;73,2)	47,9 (29,3;50,7)	
80 anos ou mais	262 (23,1)	79,5 (62,2;85,3)	60,1 (40,0;74,0)	12,8 (7,2;21,6)	9,8 (4,5;20,0)	47,0 (38,4;55,8)	36,8 (17,5;47,3)	
Escolaridade	n = 1148	n = 629	n = 257	n = 258	n = 196	n = 446	n = 180	0,213
Sem escolaridade formal	84 (7,8)	82,7 (68,0;91,6)	36,6 (18,3;59,7)	14,1 (6,0;30,1)	19,9 (9,4;37,4)	59,5 (44,3;73,0)	30,2 (15,4;50,6)	
1 a 4 anos	420 (36,0)	85,1 (80,0;89,2)	64,3 (53,3;74,0)	6,9 (4,1;11,5)	11,9 (7,0;19,9)	62,6 (56,0;69,0)	39,6 (31,0;49,0)	
5 a 8 anos	189 (16,7)	80,7 (71,5;87,5)	66,4 (51,6;78,5)	7,9 (4,5;13,5)	11,8 (5,1;25,0)	61,0 (52,0;69,5)	50,8 (36,1;65,3)	
9 a 11 anos	171 (15,1)	82,4 (70,5;90,2)	61,3 (46,3;74,4)	8,4 (3,6;18,3)	3,4 (0,7;15,1)	57,3 (44,2;69,4)	40,2 (26,1;56,1)	
12 ou mais anos	283 (24,4)	84,5 (76,0;90,5)	76,2 (67,0;83,6)	5,3 (2,6;10,7)	3,2 (1,5;6,7)	52,4 (44,0;61,0)	52,2 (44,0;61,0)	
Renda familiar em salários mínimos	n = 1148	n = 601	n = 250	n = 241	n = 189	n = 429	n = 176	0,118
Menor igual a 1	82 (8,0)	79,7 (65,1;89,2)	43,6 (28,3;60,2)	18,7 (9,1;34,6)	39,8 (23,1;59,3)	56,9 (41,3;71,3)	22,3 (12,5;36,7)	
Maior de 1 e menor igual a 3	317 (28,7)	83,5 (76,5;88,7)	63,0 (50,6;74,0)	7,8 (4,5;13,2)	11,2 (5,0;23,2)	58,9 (51,1;66,4)	41,3 (30,1;53,4)	
Maior de 3 e menor igual a 5	217 (19,9)	85,5 (78,0;91,0)	67,5 (55,0;78,2)	4,2 (2,0;9,2)	4,6 (2,0;10,4)	66,8 (58,5;74,2)	44,2 (29,6;59,8)	
Maior de 5 e menor igual a 10	264 (24,0)	84,2 (76,0;90,0)	70,7 (59,1;80,1)	7,2 (4,0;13,0)	5,2 (2,0;13,1)	60,9 (53,7;67,7)	50,6 (38,7;62,5)	
Maior de 10	211 (19,4)	84,7 (75,4;91,0)	70,9 (60,0;80,0)	6,1 (2,4;14,5)	2,8 (0,01;8,8)	48,9 (38,4;59,7)	49,1 (39,0;59,2)	
Estado civil	n = 1148	n = 629	n = 257	n = 259	n = 196	n = 447	n = 180	0,037
Casado	646 (55,0)	85,5 (80,7;89,2)	67,1 (61,0;72,6)	4,9 (3,9;8,0)	6,6 (4,2;10,3)	60,8 (55,1;66,3)	45,7 (40,0;51,7)	
Solteiro	244 (20,8)	80,0 (66,0;89,1)	71,0 (48,5;86,4)	7,1 (2,4;19,1)	5,4 (3,0;23,6)	53,3 (39,1;67,0)	44,5 (19,0;73,4)	
Divorciado /Separado	258 (22,0)	72,2 (57,2;83,5)	77,8 (35,2;91,0)	4,0 (1,0;13,8)	17,4 (2,3;39,8)	48,2 (33,6;63,2)	41,1 (13,5;61,2)	
Consumo de bebida alcoólica	n = 1148							
Não	995 (84,4)	63,6 (59,9;67,1)	49,7 (41,7;57,7)	85,4 (73,3;92,6)	58,3 (41,6;73,3)	72,2 (67,9;76,2)	37,8 (30,9;45,1)	0,026

Sim	153 (15,6)	36,4 (30,2;45,7)	50,3 (28,5;62,5)	14,6 (12,4;16,8)	41,7 (40,2;53,4)	27,8 (24,1;31,5)	62,2 (57,3;68,1)	
Sintomas Depressivos	n = 1148							
Não	830	71,5 (62,8;78,9)	81,4 (74,3;86,9)	70,9 (57,5;81,4)	80,5 (64,1;90,5)	64,9 (60,3;69,2)	85,0 (78,9;89,5)	0,018
Sim	318	28,5 (21,1;37,2)	18,6 (13,1;25,6)	29,1 (18,5;42,5)	19,5 (9,4;35,8)	35,1 (30,8;39,7)	15,0 (10,4;21,0)	
Risco de violência doméstica	n = 1137							
Não sofreu violência	830	79,6 (71,1;86,1)	78,7 (71,2;84,7)	82,0 (68,7;90,4)	69,7 (51,9;83,0)	71,1 (66,6;75,2)	70,8 (63,6;77,1)	0,096
Risco aumentado para alguma violência	307	20,4 (13,8;28,9)	21,3 (15,3;28,7)	18,0 (9,5;31,3)	30,3 (16,9;48,0)	28,9 (24,7;33,3)	29,2 (22,8;36,3)	
Abuso potencial	n = 1138							0,042
Não sofreu abuso potencial	547	50,1 (46,1;54,0)	40,1 (34,2;46,3)	54,1 (47,8;60,3)	44,5 (37,5;51,6)	47,5 (42,8;52,3)	44,0 (36,7;51,4)	
Sofreu abuso potencial	591	49,9 (40,9;53,8)	59,9 (23,6;65,7)	45,9 (39,7;52,2)	55,5 (48,3;62,4)	52,5 (37,7;57,1)	56,0 (28,5;63,2)	
Violação dos direitos pessoais ou abuso direto	n = 1137							0,040
Não sofreu abuso direto	829	73,6 (69,9;76,9)	67,3 (61,2;72,8)	76,6 (70,9;81,5)	72,2 (65,4;78,1)	72,8 (68,3;76,8)	68,6 (61,2;75,0)	
Sofreu algum abuso direto	308	26,4 (23,0;30,0)	32,7 (27,1;38,7)	23,4 (18,4;29,1)	27,8 (21,8;34,5)	27,2 (23,2;31,6)	31,4 (24,9;38,7)	
Características de vulnerabilidade	n = 1140							0,017
Não vulnerável	395	34,2 (30,5;38,0)	35,8 (30,1;41,9)	32,7 (27,1;38,9)	34,5 (28,1;41,6)	33,4 (29,1;38,0)	37,1 (30,2;44,5)	
Alguma vulnerabilidade	745	65,8 (61,9;69,4)	64,2 (58,0;69,9)	67,2 (61,0;72,8)	65,5 (58,3;71,8)	66,6 (61,9;70,8)	62,9 (55,4;69,7)	
VPI sofrida	n= 613							0,042
Não sofreu violência	316	50,4 (44,2;56,4)	51,8 (45,1;58,4)	57,4 (47,8;66,4)	53,7 (45,9;61,3)	48,1 (40,7;55,4)	50,6 (42,7;58,6)	
Sofreu alguma violência	297	49,6 (40,4;55,8)	48,2 (41,6;54,8)	42,6 (33,5;52,1)	46,3 (38,7;54,0)	51,9 (44,6;59,2)	49,4 (41,4;57,3)	
VPI perpetrada	n= 613							0,131
Não cometeu violência	318	51,2 (45,0;57,3)	50,0 (43,4;56,6)	58,3 (48,7;67,3)	53,1 (45,3;60,7)	50,3 (42,9;57,6)	47,4 (39,5;55,3)	
Cometeu alguma violência	295	48,8 (42,7;54,9)	50,0 (43,4;56,6)	41,7 (32,7;51,2)	46,9 (39,3;54,7)	49,7 (42,4;57,0)	52,6 (44,6;60,5)	

*Risco aumentado para circunferência da cintura: sexo masculino > 102cm; sexo feminino >88cm

IC95% - intervalo de 95% de confiança

** p-valor no teste de Chi-quadrado de Pearson

Tabela 4. Características dos idosos segundo variáveis individuais e de violência. Estudo EpiFloripa Idoso 2017/2018, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Variáveis	CC (risco aumentado)*				IMC Baixo Peso				IMC Sobrepeso				**Valor de p
	N	% (IC 95%)		n	% (IC 95%)		n	% (IC95%)		n	% (IC95%)		
		Feminino	masculino		Feminino	masculino		Feminino	masculino		Feminino	masculino	
Sexo													<0,001
Masculino	-	-	333	69,2 (64,9-73,2)	-	-	45	9,3 (7,0-12,2)	-	-	242	50,1 (45,6-54,5)	
Feminino	673	87,3 (84,4-89,4)	-	-	73	9,4 (7,5-11,7)	-	-	452	58,4 (54,8-61,8)	-	-	
Faixa etária													<0,001
60-69	226	33,5 (30,1-37,2)	132	39,6 (34,5-45,0)	15	20,5 (12,7-31,4)	15	33,3 (21,0-48,4)	161	35,6 (31,3-40,1)	109	45,0 (38,8-51,4)	
70-79	295	43,8 (40,1-47,6)	143	42,9 (37,7-48,3)	34	46,7 (35,4-58,1)	17	37,8 (24,8-52,8)	201	44,5 (39,9-49,1)	101	41,7 (35,6-48,1)	
80+	152	22,7 (19,5-25,9)	58	17,5 (13,7-21,9)	24	32,8 (23,0-44,5)	13	28,9 (17,4-43,8)	90	19,9 (16,5-23,8)	32	13,3 (9,4-18,1)	
Escolaridade													0,101
Sem escolaridade formal	35	5,2 (3,7-7,1)	13	3,9 (2,2-6,6)	6	8,3 (3,7-17,4)	6	13,3 (6,0-26,9)	26	5,7 (3,9-8,3)	8	3,3 (1,6-6,5)	
1 a 4 anos	211	31,3 (27,9-35,0)	80	24,1 (19,8-29,1)	23	31,9 (22,1-43,6)	11	24,4 (13,9-39,2)	141	31,2 (27,1-35,6)	53	21,9 (17,2-27,7)	
5 a 8 anos	143	21,2 (18,3-24,5)	55	16,6 (12,9-21,0)	14	19,4 (11,8-30,3)	6	13,3 (6,0-26,9)	95	21,0 (17,4-25,0)	45	18,6 (14,2-2,1)	
9 a 11 anos	103	15,5 (12,8-18,2)	62	18,7 (14,8-23,3)	7	9,8 (4,6-19,1)	5	11,3 (4,6-24,3)	76	16,8 (13,6-20,5)	46	19,3 (14,6-24,6)	
12 ou mais anos	180	26,8 (23,5-30,3)	121	36,7 (31,5-41,9)	22	30,6 (20,9-42,2)	17	37,7 (24,8-52,8)	114	25,3 (21,4-29,4)	89	36,9 (31,0-43,2)	
Renda familiar (em salário mínimo)													0,102
≤1	77	11,6 (9,4-14,3)	18	5,4 (3,4-8,4)	10	14,2 (7,7-24,3)	5	11,1 (4,6-24,3)	49	11,0 (8,4-14,3)	15	6,2 (3,7-10,0)	
>1 ≤ 3	214	32,3 (28,9-36,0)	64	19,2 (15,3-23,8)	22	30,9 (21,2-42,7)	14	31,1 (19,2-46,1)	143	32,1 (27,9-36,6)	48	19,8 (15,2-25,3)	
>3≤5	119	18,3 (15,2-21,1)	60	18,0 (14,2-22,5)	17	23,9 (15,4-35,3)	9	20,0 (10,6-34,4)	82	18,4 (15,1-22,3)	43	17,7 (13,4-23,1)	
>5≤10	152	22,9 (19,9-26,4)	92	27,6 (23,0-32,7)	17	23,9 (15,4-35,3)	11	24,4 (13,9-39,2)	99	22,2 (18,6-26,3)	70	28,9 (23,5-34,9)	
>10	99	14,9 (12,4-17,9)	99	29,8 (25,0-34,8)	5	7,1 (2,9-15,9)	6	13,4 (6,0-26,8)	72	16,3 (13,0-19,9)	66	27,4 (22,0-33,2)	
Estado civil													0,144
Casado	285	42,3 (38,6-46,1)	275	82,6 (78,1-86,3)	26	35,6 (25,4-47,3)	29	64,4 (49,4-77,1)	198	43,8 (39,3-48,4)	198	81,8 (76,4-86,2)	

Solteiro	52	7,7 (5,9-10,0)	10	3,0 (1,6-5,5)	10	13,7 (7,5-23,7)	5	11,1 (4,6-24,9)	31	6,8 (4,8-9,6)	8	3,3 (1,6-6,5)	
Divorciado / Separado	91	13,5 (11,1-16,3)	29	8,7 (6,1-12,3)	9	12,3 (6,5-22,1)	6	13,4 (6,0-26,9)	58	12,8 (10,0-16,2)	23	9,5 (6,3-13,9)	
Viúvo	245	36,5 (32,8-40,1)	19	5,7 (3,6-8,9)	28	38,4 (27,9-50,0)	5	11,1 (4,6-24,9)	165	36,6 (32,2-41,0)	13	5,3 (3,1-9,0)	
Consumo de bebida alcóolica													0,002
Não	577	85,7 (25,4-97,1)	201	60,3 (45,3-78,4)	68	93,1 (82,3-98,4)	30	67,0 (52,4-80,3)	391	86,5 (75,4-97,2)	145	59,9 (47,2-78,6)	
Sim	96	14,3 (11,8-17,1)	132	39,7 (34,5-45,0)	5	6,9 (2,8-15,5)	15	33,0 (21,0-48,4)	61	13,5 (10,6-16,9)	97	40,1 (34,0-46,4)	
Sintomas Depressivos													0,014
Não	491	72,9 (69,4-76,2)	290	87,1 (83,0-90,3)	52	71,2 (59,7-80,5)	38	84,4 (70,5-92,4)	323	71,4 (67,1-75,4)	209	86,4 (81,4-90,1)	
Sim	182	27,1 (23,8-30,5)	43	12,9 (9,7-16,9)	21	28,8 (19,5-40,2)	7	15,6 (7,5-29,4)	129	28,6 (24,5-32,9)	33	13,6 (9,8-18,5)	
Risco de violência doméstica													0,031
Não sofreu violência	505	76,3 (72,8-79,4)	255	79,9 (75,1-83,9)	55	77,5 (66,2-85,7)	38	86,4 (72,5-93,8)	339	76,1 (71,8-79,7)	179	76,2 (70,2-81,2)	
Risco aumentado para alguma violência	157	23,7 (20,6-27,1)	64	20,1 (16,0-24,8)	16	22,5 (14,2-33,8)	6	13,6 (6,2-27,4)	107	23,9 (20,2-28,2)	55	23,8 (18,7-29,7)	
Abuso potencial													0,048
Não sofreu abuso potencial	298	44,7 (40,9-48,5)	151	46,4 (41,0-51,9)	40	56,3 (44,5-67,4)	24	54,5 (39,6-68,6)	189	42,2 (37,7-46,8)	108	45,2 (38,9-51,5)	
Sofreu abuso potencial	368	55,3 (51,4-59,0)	174	53,6 (48,0-58,9)	31	43,6 (32,5-55,4)	20	45,5 (31,3-60,3)	259	57,8 (53,1-62,3)	131	54,8 (48,4-61,0)	
Violação dos direitos pessoais ou abuso direto													0,037
Não sofreu abuso direto	515	76,7 (73,2-79,7)	235	71,2 (66,0-75,8)	57	78,1 (67,0-86,2)	30	66,7 (51,6-78,9)	337	74,7 (70,5-78,5)	162	67,5 (61,2-73,1)	
Sofreu algum abuso direto	157	23,3 (20,3-26,7)	95	28,8 (24,1-33,9)	16	21,9 (13,8-32,9)	15	33,3 (21,0-48,4)	114	25,3 (21,4-29,5)	78	32,5 (26,8-38,7)	
Características de vulnerabilidade													0,013
Não vulnerável	379	56,5 (52,7-60,3)	207	62,9 (57,5-67,9)	35	47,9 (36,6-59,4)	26	57,8 (42,9-71,4)	262	58,4 (53,7-62,8)	137	57,1 (50,7-63,2)	
Alguma vulnerabilidade	291	43,5 (39,7-47,2)	122	37,1 (32,0-42,4)	38	52,1 (40,6-63,3)	19	42,2 (28,6-57,1)	187	41,6 (37,1-46,2)	103	42,9 (36,7-49,3)	
VPI sofrida													0,059
Não sofreu violência	164	55,4 (49,6-61,0)	164	56,9 (51,1-62,5)	18	69,3 (48,9-84,0)	18	56,3 (38,7-72,3)	102	50,0 (43,1-56,8)	116	55,3 (48,4-61,8)	
Sofreu alguma violência	132	44,6 (38,9-50,3)	124	43,0 (37,4-48,8)	8	30,7 (15,9-51,0)	14	43,7 (27,6-61,3)	102	50,0 (43,1-56,8)	94	44,7 (38,1-51,5)	

VPI perpetrada

0,135

Não cometeu violência	156	52,4 (46,6-57,9)	148	51,2 (45,4-56,9)	17	65,4 (45,2; 77,4)	17	50,0 (33,5-66,4)	96	46,6 (39,8-53,4)	105	49,8 (43,0-56,5)
Cometeu alguma violência	142	47,6 (42,0-53,3)	141	48,8 (43,0-54,5)	9	34,6 (18,8-54,7)	17	50,0 (33,5-66,4)	110	53,4 (46,5-60,1)	106	50,2 (43,5-56,9)

*Risco aumentado para circunferência da cintura: sexo masculino > 102cm; sexo feminino >88cm

IC95% - intervalo de 95% de confiança

**p-valor no teste de Chi-quadrado de Pearson

Tabela 5. Associação longitudinal entre IMC e violência doméstica. Estudo EpiFloripa Idoso 2013/2018, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Variáveis	IMC							
	Feminino				Masculino			
	Bruta OR (IC95%)	Baixo Peso Ajustada* OR (IC95%)	Bruta OR (IC95%)	Sobrepeso Ajustada* OR (IC95%)	Bruta OR (IC95%)	Baixo Peso Ajustada* OR (IC95%)	Bruta OR (IC95%)	Sobrepeso Ajustada* OR (IC95%)
Risco de violência doméstica								
Não sofreu violência	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Risco aumentado para alguma violência	0,18 (0,08-1,71)	0,24 (0,10-1,90)	0,13 (0,08-1,75)	0,10 (0,05-1,17)	1,08 (0,85-1,37)	1,06 (0,78-1,24)	1,13 (0,91-1,41)	1,10 (0,87-1,38)
Abuso potencial								
Não sofreu abuso potencial	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Sofreu abuso potencial	0,34 (0,21-1,52)	0,23 (0,01-1,50)	1,23 (0,77-1,96)	1,15 (0,79-1,89)	1,25 (0,88-1,78)	1,23 (0,74-1,65)	1,08 (0,85-1,37)	1,05 (0,80-1,33)
Violação dos direitos pessoais ou abuso direto								
Não sofreu abuso direto	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Sofreu algum abuso direto	0,54 (0,27-1,88)	0,45 (0,18-1,20)	0,43 (0,22-1,97)	0,50 (0,33-1,57)	1,52 (1,24-1,85)	1,50 (1,22-1,83)	1,30 (0,78-2,17)	1,20 (0,56-2,10)
Características de vulnerabilidade								
Não vulnerável	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Alguma vulnerabilidade	0,11 (0,09-1,66)	0,15 (0,10-1,75)	0,43 (0,29-1,99)	0,56 (0,21-1,10)	1,96 (1,11-3,46)	1,85 (0,98-3,48)	0,82 (0,55-1,22)	0,85 (0,40-1,12)
VPI sofrida								
Não sofreu violência	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Sofreu alguma violência	0,60 (0,26-1,85)	0,64 (0,20-1,84)	1,30 (1,03-3,14)	1,28 (1,00-3,12)	0,95 (0,63-1,44)	0,84 (0,57-1,23)	0,77 (0,51-1,18)	0,75 (0,51-1,12)
VPI perpetrada								
Não cometeu violência	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Cometeu alguma violência	0,49 (0,25-1,76)	0,40 (0,17-1,56)	1,47 (1,18-2,76)	1,42 (1,13-2,74)	0,85 (0,60-1,21)	0,79 (0,58-1,20)	0,88 (0,38-2,03)	0,84 (0,30-2,00)

OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de confiança de 95%

*Ajustado pelas demais variáveis: faixa etária, escolaridade, estado civil, renda familiar, sintomas depressivos, uso inadequado de álcool.

Negrito: p<0,050

Tabela 6. Associação longitudinal entre obesidade abdominal e violência doméstica. Estudo EpiFloripa Idoso 2013/2018, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Variáveis	CC risco aumentado			
	Feminino		Masculino	
	Bruta OR (IC95%)	Ajustada* OR (IC95%)	Bruta OR (IC95%)	Ajustada* OR (IC95%)
Risco de violência doméstica				
Não sofreu violência	1,00	1,00	1,00	1,00
Risco aumentado para alguma violência	0,85 (0,60-1,21)	0,80 (0,58-1,19)	1,13 (0,91-1,41)	1,10 (0,78-1,38)
Abuso potencial				
Não sofreu abuso potencial	1,00	1,00		1,00
Sofreu abuso potencial	0,95 (0,63-1,44)	0,90 (0,61-1,23)	1,22 (0,88-1,68)	1,12 (0,77-1,66)
Violação dos direitos pessoais ou abuso direto				
Não sofreu abuso direto	1,00	1,00	1,00	1,00
Sofreu algum abuso direto	0,95 (0,36-2,53)	0,85 (0,30-2,40)	1,23 (0,77-1,96)	1,20 (0,75-1,90)
Características de vulnerabilidade				
Não vulnerável	1,00	1,00	1,00	1,00
Alguma vulnerabilidade	1,96 (1,11-3,46)	1,94 (1,09-3,40)	1,49 (0,90-2,45)	1,45 (0,82-2,40)
VPI sofrida				
Não sofreu violência	1,00	1,00	1,00	1,00
Sofreu alguma violência	1,30 (0,78-2,17)	1,28 (0,74-2,05)	1,60 (0,97-2,65)	1,58 (0,95-2,60)
VPI perpetrada				
Não cometeu violência	1,00	1,00	1,00	1,00
Cometeu alguma violência	1,35 (1,02-1,78)	1,30 (1,00-1,69)	1,46 (0,90-2,36)	1,40 (0,88-2,21)

OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de confiança de 95%

*Ajustado pelas demais variáveis: faixa etária, escolaridade, estado civil, renda familiar, sintomas depressivos, uso inadequado de álcool.

Negrito: $p < 0,050$

Risco aumentado para circunferência da cintura: sexo masculino > 102cm; sexo feminino > 88cm

DISCUSSÃO

De forma geral, a maioria dos participantes, tanto homens como mulheres, apresentaram obesidade abdominal e sobrepeso. Para homens, sofrer abuso direto e possuir característica de vulnerabilidade foi associado à maior chance de baixo peso. Para as mulheres, observou-se que sofrer e perpetrar VPI foi associado a maiores chances de sobrepeso segundo o IMC. Assim como, possuir característica de vulnerabilidade e perpetrar VPI, associaram-se a maiores chances de obesidade abdominal.

A violência identificada em ambos os sexos ressalta a perspectiva de que tanto homens quanto mulheres podem sofrer ou perpetrar a violência. De acordo com alguns autores ³¹, violência doméstica contra homens na literatura em geral ainda é escassa e quando investigada, se dá apenas no enfoque destes como agressores, porém nas últimas décadas, tem se realizado esforços para entender a relação dos homens com esse fenômeno. Nesse sentido, estudo recente em São Paulo buscou entender a violência doméstica contra os homens, concluindo que o silêncio se tornou o objeto de defesa do homem agredido, mascarando em sobremaneira a exposição de um masculino frágil, passivo e sombreado de uma corporeidade representada pelo gênero feminino ³².

Em relação a violência abuso direto identificada neste estudo, pesquisadores observaram que 41,2% dos homens e 25,8% das mulheres estavam ajudando a sustentar alguém, e que a renda possui associação direta com a escolaridade e IMC ³³. Segundo os autores, idosos que vivem com até um salário mínimo têm maior predisposição a distúrbios nutricionais, síndromes geriátricas e violência ^{1,11,12}.

Acredita-se que o resultado significativo observado neste estudo entre o abuso direto com menores chances de baixo peso nos homens possa estar pautado nesta relação de sustento familiar e renda, pois a maioria dos idosos do presente estudo apresentam-se em baixa renda, e sabe-se que as condições financeiras podem influenciar na qualidade da alimentação desses indivíduos ^{12, 34, 35}.

Com relação a associação observada entre vulnerabilidade, estudos revelam que dentre os fatores socioeconômicos que mais contribuem para o risco nutricional estão a morte ou afastamento do cônjuge, solidão e pobreza, que podem desestimular a aquisição e preparo de alimentos e refeições. Ainda sobre o sentimento de solidão presentes na dimensão da violência “características de

vulnerabilidade”, autores afirmam que este sentimento é demarcado como sendo uma experiência subjetiva que pode ser percebida quando o sujeito está sozinho, mas também quando este se encontra rodeado por terceiros, pelos quais não se sente acompanhado. As questões relacionadas com a solidão surgem quando se dá um estreitamento das relações sociais familiares ou quando estas são conflituosas³⁶.

Foi possível perceber ainda no presente estudo que a associação da violência nas mulheres se deu apenas com os desfechos sobrepeso e obesidade abdominal. Algumas hipóteses poderiam justificar essas associações como os efeitos da violência na vida da mulher que perpassam de sequelas físicas a traumas e demais consequências de ordem psicológica, pois as mulheres agredidas tendem a sofrer com baixa autoestima, desenvolver a obesidade como forma de esconderijo e proteção contra a violência sexual do parceiro e muitas vezes problemas de saúde, que as impossibilitam total ou parcialmente de desenvolverem atividades laborais³⁷.

De maneira semelhante, estudo desenvolvido com mulheres idosas no Egito demonstrou que sofrer violência doméstica estava associada à maior chance de obesidade abdominal, e que os tipos de violência influenciaram nesses percentuais, pois as chances eram marginalmente maiores entre as mulheres que relataram violência física, do que a violência psicológica³⁸.

Em relação à violência por parceiros íntimos, estudos investigaram esta relação com o estado nutricional em amostra de 1.179 mulheres. Os resultados demonstraram que 44% das participantes relataram VPI ao longo da vida (25% físico e 19% não físico), assim como 24% relataram obesidade. Ainda, nas análises observou-se que a obesidade foi mais prevalente entre as mulheres expostas à VPI física (30%) e não física (27%), em comparação às mulheres não expostas à VPI (20%, $p = 0,002$). Estes achados corroboram com os resultados do presente estudo³⁹.

Outro resultado observado neste estudo é que as mulheres perpetradoras da VPI apresentaram maior chance de sobrepeso e obesidade abdominal do que quando elas sofreram VPI. Esse achado é semelhante ao encontrado em estudo desenvolvido em Florianópolis, onde as idosas que perpetravam violência contra seus parceiros, apresentaram um impacto negativo maior sobre a sua qualidade de vida quando comparadas às idosas que sofreram as agressões⁴⁰. Uma das

hipóteses que poderia justificar esse resultado é que o sofrimento gerado na mulher que causa a violência potencializa os processos de adoecimento instalados ou predispostos, tais como o comprometimento da saúde física, autopercepção de saúde mais baixa, ou ainda, a busca na compensação de suas lacunas emocionais através da comida ⁴¹.

Além disso, a inter-relação no uso dos dois indicadores antropométricos neste estudo, demonstrou que a obesidade abdominal se associou significativamente somente no sexo feminino. Sabe-se que há diferenças no padrão do comportamento adiposo corporal entre os sexos dos indivíduos idosos, com maior tendência de acúmulo de gordura na região central das mulheres. Já nos homens, a gordura tende a se concentrar em maior quantidade nas regiões periféricas corporais ⁴². Essas disparidades apontam que tanto a CC quanto o IMC são relevantes e complementares na análise da obesidade, sendo a primeira mais eficiente para prever o risco às doenças endócrinas e metabólicas, e o segundo para identificar as reservas energéticas e estimar a gordura corporal total ^{43,44}.

Entre os aspectos positivos do presente trabalho destaca-se o ineditismo nesta temática, tendo como ponto forte o delineamento longitudinal. Os estudos de coorte se configuram em desenhos valiosos, tendo em vista seu potencial para determinar fatores de risco associados a distintos desfechos ⁴⁵. Além do desenho adotado, que se destaca como uma potencialidade desse estudo, ressalta-se o rigor metodológico para o acompanhamento dos idosos ao longo dos anos e a transformação da última onda em uma coorte aberta, em busca da manutenção na representatividade dos idosos de Florianópolis/SC ¹⁸.

Além disso, este estudo aborda a violência doméstica entre homens e mulheres. Tal conduta reduz o viés de análise, visto que não se definem previamente vítimas e agressores, mas sim os comportamentos em ambos os sexos.

Com relação à metodologia empregada, além da elevada taxa de resposta obtida, considera-se que o emprego das medidas aferidas de IMC e CC contribuíram para a qualidade dos dados, eliminando o viés inerente aos desfechos autorreferidos. Além disso, a associação das duas medidas torna o diagnóstico do estado nutricional mais adequado, visto que o IMC, principalmente quando avaliado em idosos, tende a sofrer com a heterogeneidade que acompanha o processo de

envelhecimento, motivo que reforça o fato de que não deve ser utilizado como única estimativa de obesidade nessa população ⁴⁴.

Entre as limitações observadas, ressalta-se que a mensuração da violência foi conduzida a partir de entrevistas autorreferidas, apesar da utilização de um instrumento validado, esse tipo de avaliação está sujeito ao viés de memória, super ou subestimação do fato ocorrido, além do medo ou vergonha de expor ao entrevistador situações de violência vivenciadas nas relações familiares. Outra limitação foi que as relações entre os membros da casa não foram exploradas com mais profundidade para melhor compreender a violência no ambiente doméstico. Além disso, observou-se que na onda 3 houve maior perdas, recusas e óbitos entre os indivíduos com sobrepeso e circunferência da cintura aumentada, e que estavam em situação de vulnerabilidade, podendo enviesar os resultados encontrados neste estudo.

Este estudo colabora com as discussões sobre a temática da violência doméstica, obesidade e desnutrição entre mulheres e homens idosos, condições identificadas como problemas de saúde pública relevantes e que se perpetuam ao longo da vida.

De acordo com o “Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde” da OMS, publicado em 2015 ⁴⁶, para promover o envelhecimento saudável, deve-se, além de monitorar as distintas populações idosas, recorrer a melhores formas de medir a saúde, objetivando acompanhar as variações temporais, o que exige o desenvolvimento de sistemas abrangentes de cuidado a longo prazo. Nessa perspectiva, abordagens como a dos estudos de coorte multidisciplinares devem ser incentivadas, sobretudo em localidades onde ainda são inexistentes ou falhos os sistemas abrangentes de monitoramento da situação de saúde a longo prazo, dada a sua capacidade de representar a diversidade de uma população e os determinantes do envelhecimento saudável.

É importante salientar ainda que a utilização de instrumentos similares em cada onda deste estudo permitiu a comparação longitudinal das condições de saúde e a identificação de mudanças de comportamento e de fatores de risco dos idosos, contribuindo para o avanço do conhecimento na área da epidemiologia do envelhecimento, fornecendo dados consistentes para subsidiar políticas e programas de saúde no Brasil.

Ressalta-se que a escassez de estudos que investigaram a relação da violência doméstica com o estado nutricional entre pessoas idosas limitou o aprofundamento teórico deste estudo, tal fato expressa a necessidade de ampliar a produção científica com os referidos objetos de estudo, a fim de estabelecer uma relação mais consistente.

REFERÊNCIAS

1. Brandão, W. F. D. M., Souza, M. A. D., Araújo, G. K. N. D., Santos, R. C. D., Almeida, L. R. D., & Souto, R. Q. (2021). Violência entre idosos comunitários e sua relação com o estado nutricional e características sociodemográficas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42.
2. Machado, D. R., Kimura, M., Duarte, Y. A. D. O., & Lebrão, M. L. (2020). Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1119-1128.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Dia Mundial de Conscientização da Violência Contra a Pessoa Idosa[Internet]. 2020[cited 2021 Dec 1]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3209-15-6-dia-mundial-de-conscientizacao-da-violencia-contra-a-pessoa-idosa-2>
4. Hall, JE, Karch, DL e Crosby, A. (2016). Definições uniformes e elementos de dados principais recomendados para uso na vigilância de abuso de idosos. Versão 1.0.
5. Minayo, M. C. de S. (2003). Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 783-791
6. Wanderbroocke, A. C. N. de S., & Moré, C. L. O. O. (2012). Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (8), 2095-2103. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800020>
7. Clarysse, K., Kivlahan, C., Beyer, I., & Gutermuth, J. (2018). Signs of physical abuse and neglect in the mature patient. *Clinics in dermatology*, 36(2), 264–270. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.10.018>.
8. Johannesen, M., & Logiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*, 42 (3), 292-8.
9. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violence Against the Brazilian elderlies: na analysis of hospitalizations. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):830-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139>
10. Reichenheim, M. E., de Souza, E. R., Moraes, C. L., de Mello Jorge, M. H. P., da Silva, C. M. F. P., & de Souza Minayo, M. C. (2011). Saúde no Brasil 5 Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Veja*, 6736(11), 60053-6.
11. Ferreira, M. D. F., Moraes, C. L. D., Reichenheim, M. E., Verly Junior, E., Marques, E. S., & Salles-Costa, R. (2015). Efeito da violência física entre parceiros íntimos no índice de massa corporal em mulheres adultas de uma população de baixa renda. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 161-172.

12. Curcio CL, Payán-Villamizar C, Jiménez A, Gómez F. Abuse in Colombian elderly and its association with socioeconomic conditions and functionality. *Colombia Med.* 2019;50(2):77-88. doi: <http://doi.org/10.25100/cm.v50i2.4013>
13. Laitinen, J., Ek, E., & Sovio, U. (2002). Comportamento de comer e beber relacionado ao estresse e índice de massa corporal e preditores desse comportamento. *Medicina preventiva*, 34 (1), 29-39.
14. Ferdos, J., Rahman, MM, Jesmin, SS, Rahman, MA e Sasagawa, T. (2018). Associação entre violência por parceiro íntimo durante a gravidez e complicações maternas na gravidez entre mulheres recém-partas em Bangladesh. *Comportamento agressivo*, 44 (3), 294-305.
15. Confortin, SC, Schneider, IJC, Antes, DL, Cembranel, F., Ono, LM, Marques, LP, ... & d'Orsi, E. (2017). Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26, 305-317.
16. Schneider, IJC, Confortin, SC, Bernardo, CDO, Bolsoni, CC, Antes, DL, Pereira, KG, ... & d'Orsi, E. (2017). Estudo de coorte EpiFloripa Envelhecimento: métodos, aspectos operacionais e estratégias de acompanhamento. *Revista de saúde pública*, 51.
17. d'Orsi, E., Rech, C. R., Paiva, K. M., Lopes, A. A. D. S., Boing, A. C., Barbosa, A. R., ... & Casarin, V. (2020). Estudo de coorte EpiFloripa Idoso 3a onda (2017-2019) relatório técnico-científico.
18. Confortin, S. C., Figueiró, T. H., Ono, L. M., Marques, L. P., Danielewicz, A. L., Godtsfriedt, C. E. S., ... & d'Orsi, E. (2022). ESTUDO DE COORTE EPIFLORIPA IDOSO: ABORDAGENS METODOLÓGICAS E REPOSIÇÃO DA AMOSTRA DURANTE A ONDA 3 (2017-19). *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 27(2).
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população para 1o de julho de 2009. Published 2009. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/estimativa.shtm>
20. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro. Atlas Brasil. Florianópolis, SC. Published 2010. Accessed October 19, 2022. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/420540>
21. World Health Organization. World health statistics: Progress on the health-related millennium development goals. Geneva: WHO; 2012. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/index.html
22. Iniciativa de Triagem Nutricional. Incorporando triagem e intervenções nutricionais na prática médica: uma monografia para médicos. Washington DC; 1994. *Intervenções nutricionais: os próximos passos*.
23. Reichenheim, M. E., Paixão Jr, C. M., & Moraes, C. L. (2008). Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 1801-1813.
24. Hasselmann, M. H., & Reichenheim, M. E. (2003). Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(4), 1083-1093.
25. Reichenheim, ME, Moraes, CL, Szklo, A., Hasselmann, MH, Souza, ERD, Lozana, JDA, & Figueiredo, V. (2006). A magnitude da violência por parceiro

- íntimo no Brasil: retratos de 15 capitais e do Distrito Federal. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 425-437.
26. Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de saúde pública*, 39, 918-923.
 27. Babor, TF, Higgins-Biddle, JC, Saunders, JB, & Monteiro, MG (2001). *O teste de identificação de transtornos por uso de álcool* (pp. 1-37). Genebra: Organização Mundial da Saúde.
 28. Higgins-Biddle, JC, & Babor, TF (2018). Uma revisão do Teste de Identificação de Distúrbios por Uso de Álcool (AUDIT), AUDIT-C e USAUDIT para triagem nos Estados Unidos: questões passadas e direções futuras. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 44 (6), 578-586.
 29. Liang K-Y, Zeger SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*. 1986;73(1):13-22. doi:10.1093/BIOMET/73.1.13
 30. Fávero, L. P., & Belfiore, P. (2017). *Manual de análise de dados: estatística e modelagem multivariada com Excel®, SPSS® e Stata®*. Elsevier Brasil.
 31. Afifi, T. O., MacMillan, H., Cox, B. J., Asmundson, G. J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *Journal of interpersonal violence*, 24 (8), 1398– 1417. <https://doi.org/10.1177/0886260508322192>
 32. Dotoli, F. S. G., & de Castro Leão, A. M. (2015). Violência doméstica contra o homem: de agressor a agredido. *Revista ibero-americana de estudos em educação*, 1641-1660.
 33. Bolsoni, C. C. (2017). Violência contra a pessoa idosa: estudo de base populacional em Florianópolis-SC.
 34. Santos, A. M. R. D., Silva, F. L., Rodrigues, R. A. P., Sá, G. G. D. M., Santos, J. D. M., Andrade, E. M. L. R., & Madeira, M. Z. A. (2019). Violência financeiro-patrimonial contra idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 328-336.
 35. Defante LR, Nascimento LDO, Lima-Filho DO. Comportamento de consumo de alimentos de famílias de baixa renda de pequenas cidades brasileiras: o caso de Mato Grosso do Sul. *Interações (Campo Grande)*. 2015;16(2):265-76.
 36. Cardozo, N. R., Duval, P. A., Cascaes, A. M., Silva, A. E. R., & Orlandi, S. P. (2017). Estado nutricional de idosos atendidos por unidades de saúde da família na cidade de Pelotas-RS. *BRASPEN J*, 32(1), 94-8.
 37. Cruz, M.S. & IRFFI, G. (2019). Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2531 - 2542.
 38. Yount, KM, & Li, L. (2011). Violência doméstica e obesidade em mulheres egípcias. *Journal of biosocial science*, 43 (1), 85-99.
 39. Davies, R., Lehman, E., Perry, A., & McCall-Hosenfeld, JS (2016). Associação de violência por parceiro íntimo e obesidade identificada pelo profissional de saúde. *Mulheres e saúde*, 56 (5), 561-575.
 40. Warmling, D., Araújo, C. A. H. D., Lindner, S. R., & Coelho, E. B. S. (2021). Qualidade de vida de mulheres e homens idosos em situação de violência por parceiro íntimo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 24.

41. Aguiar, P. D. A. (2019). Violência contra a mulher: desdobramento das ações públicas de prevenção ao combate da Secretária Municipal de Políticas para Mulheres, Idosos e Direitos Humanos (SMIDH).
42. Krause MP, Buzzachera CF, Hallage T, Santos ECR, Silva SG. Alterações morfológicas relacionadas à idade em idosos. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2006; 8:73-7
43. Anjos LA. Índice de massa corporal como indicador de estado nutricional de adultos: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública* 1992; 26: 431-6.
44. Landi F, Onder G, Gambassi G, Pedone C, Carbonin P, Bernabei R. Body mass index and mortality among hospitalized patients. *Arch Intern Med* 2000; 160:2641-4
45. Philips, G., Phillips, G., Pickavance, E., Ponnambath, S., Popescu, M., Poudel, A., ... & Yohannes, A. M. (2015). Age and Ageing abstracts. *Age and Ageing*, 44, i20-i21.
46. de Envelhecimento, O. R. M. Saúde [Internet]. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2015 [cited 2016
47. Jun 10].

6 CONCLUSÃO

Os resultados desta tese evidenciam que idosos de ambos os sexos que estão em situação de violência doméstica apresentam maior chance de apresentar estado nutricional inadequado (baixo peso ou sobrepeso) ao longo de 5 anos. Observou-se ainda que a violência doméstica está presente tanto nas mulheres como nos homens idosos, sendo que ambos podem sofrê-la ou perpetrá-la. Ainda, os resultados indicam que a presença da violência doméstica nos homens está associada tanto ao baixo peso quanto ao sobrepeso, porém nas mulheres está associada apenas ao sobrepeso.

Dentre os diversos agravos que acometem a população idosa, a violência doméstica, a obesidade e a desnutrição se destacam por seus importantes papéis no comprometimento do processo de envelhecimento saudável, na perda de autonomia e independência nesses indivíduos.

Neste sentido, evidencia-se a necessidade de ampliar o olhar sobre a família, já que esta tem um papel primordial na manutenção da saúde e qualidade de vida dos idosos. Os profissionais de saúde precisam se manter atentos às relações familiares, pois a ocorrência de conflitos ao longo do tempo, podem se potencializar durante o envelhecimento.

Assim, faz-se necessário abordar essa temática nas escolas (desde o ensino fundamental), com as famílias, comunidades e mídias para que o processo de envelhecimento seja melhor conhecido, tendo em vista o crescente contingente de pessoas idosas no nosso país. É importante, sobretudo, elaborar intervenções para acolher o agressor, concedendo-lhe a oportunidade de ressignificar seu ato de violência contra a pessoa idosa, contribuindo para o restabelecimento do equilíbrio na relação entre idoso e agressor.

Além disso, é fundamental que o estado nutricional seja devidamente acompanhado na Atenção à Saúde do Idoso, para identificação e monitoramento precoce de processos patológicos visando à prevenção e promoção da saúde e amenizando desta forma os riscos oriundos de um estado nutricional inadequado. Vale destacar ainda, a grande contribuição da população idosa para os gastos com hospitalizações e cuidados prolongados no âmbito do SUS decorrentes desta condição.

Diante disso, reforça-se a necessidade de atividades de prevenção e de promoção da saúde nesta população, assim como ações de enfrentamento do preconceito contra a pessoa idosa e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno, que colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo.

Para concluir pode ser lembrado, por extremamente oportuno, o dito de Simone Du Beauvoir (1976) sobre o tema do envelhecimento humano:

“Paremos de trapacear, o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconheçamo-nos neles. Isso é necessário se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começar, não aceitaremos mais com indiferença a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo que nos diz respeito. Somos nós os interessados.”

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2016). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de indicadores (PNAD). Acesso em: 17 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Revista Brasileira de Estudos da População, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan-jun, 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2020). Projeção da população do Brasil e das Unidades de Federação. Acesso em: 17 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2008). A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report.

SARAIVA, E. R. DE A., & COUTINHO, M. DA P. DE L. (2012). A difusão da violência contra idosos: um olhar psicossocial. Revista Psicologia & Sociedade, 24(1), 112-121.

SOUSA, D. J. D., WHITE, H. J., SOARES, L. M., NICOLOSI, G. T., CINTRA, F. A., & ELBOUX, M. J. D. (2010). Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. Revista brasileira de geriatria e gerontologia, 13(2), 321-328.

CLARYSSE, KARLIJN et al. Signs of physical abuse and neglect in the mature patient. Clinics In Dermatology, Belgium, v. 36, n. 2, p.264-270, mar. 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2020). Pesquisa Nacional de Saúde. Atenção primária à saúde e informações antropométrica. Acesso em: 24 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>

JOHANNESSEN, M., & LOGIUDICE, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. Age and Ageing, 0, 1-7.

BRASIL, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Balanço anual do Disque 100. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/>

BRASIL, Ministério da Saúde. Notificação compulsória de violência contra o idoso tem evolução positiva. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>

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

WANDERBROOKE, A. C. N. DE S., & MORÉ, C. L. O. O. (2012). Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2095-2103.

VALADARES, F. C., & SOUZA, E. (2010). Violence against the elderly: analysis of aspects of mental health care in five Brazilian cities. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2763-2774.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014

OMS. Organização Mundial da Saúde. Estatística Mundial de Saúde: 2012. Vol. 27, 171 p.

CAMPOS MAG, PEDROSO ERP, LAMOUNIER JA, COLOSIMO EA, ABRANTES MM. Estado nutricional e fatores associados em idosos. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(4):214-21.

BOYNTON-JARRETT, Renée et al. Child and adolescent abuse in relation to obesity in adulthood: the Black Women's Health Study. **Pediatrics**, v. 130, n. 2, p. 245-253, 2012.

GREENFIELD, Emily A.; MARKS, Nadine F. Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: using food in response to stress as a mediator of risk. **Social science & medicine**, v. 68, n. 5, p. 791-798, 2009.

GUNSTAD, John et al. Exposure to early life trauma is associated with adult obesity. **Psychiatry research**, v. 142, n. 1, p. 31-37, 2006.

JUN, Hee-Jin et al. Growing up in a domestic violence environment: relationship with developmental trajectories of body mass index during adolescence into young adulthood. **J Epidemiol Community Health**, v. 66, n. 7, p. 629-635, 2012.

MATTHEWS, Karen A. et al. Child abuse is related to inflammation in mid-life women: role of obesity. **Brain, behavior, and immunity**, v. 36, p. 29-34, 2014.

MCCARTHY-JONES, Simon; MCCARTHY-JONES, Roseline. Body mass index and anxiety/depression as mediators of the effects of child sexual and physical abuse on physical health disorders in women. **Child abuse & neglect**, v. 38, n. 12, p. 2007-2020, 2014.

POWER, Chris; PEREIRA, Snehal M. Pinto; LI, Leah. Childhood maltreatment and BMI trajectories to mid-adult life: Follow-up to age 50y in a British birth cohort. **PLoS One**, v. 10, n. 3, p. e0119985, 2015.

SACKS, Rebecca M. et al. Childhood maltreatment and BMI trajectory: the mediating role of depression. **American journal of preventive medicine**, v. 53, n. 5, p. 625-633, 2017.

UDO, Tomoko; GRILO, Carlos M. Perceived weight discrimination, childhood maltreatment, and weight gain in US adults with overweight/obesity. **Obesity**, v. 24, n. 6, p. 1366-1372, 2016.

GOODING, Holly C. et al. Exposure to violence in childhood is associated with higher body mass index in adolescence. **Child abuse & neglect**, v. 50, p. 151-158, 2015.

ISOHOOKANA, Reetta et al. The impact of adverse childhood experiences on obesity and unhealthy weight control behaviors among adolescents. **Comprehensive psychiatry**, v. 71, p. 17-24, 2016.

LOHMAN, Brenda J.; GILLETTE, Meghan T.; NEPPL, Tricia K. Harsh parenting and food insecurity in adolescence: the association with emerging adult obesity. **Journal of Adolescent Health**, v. 59, n. 1, p. 123-127, 2016.

RICHARDSON, Andrea S.; DIETZ, William H.; GORDON-LARSEN, Penny. The association between childhood sexual and physical abuse with incident adult severe obesity across 13 years of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. **Pediatric obesity**, v. 9, n. 5, p. 351-361, 2014.

DAVIES, Rhian et al. Association of intimate partner violence and health-care provider-identified obesity. **Women & health**, v. 56, n. 5, p. 561-575, 2016.

FERDOS, Jannatul; RAHMAN, Mosfequr. Exposure to intimate partner violence and malnutrition among young adult Bangladeshi women: cross-sectional study of a nationally representative sample. **Cadernos de saude publica**, v. 34, p. e00113916, 2018.

GARCIA, Lorena et al. The relationship of violence and traumatic stress to changes in weight and waist circumference: Longitudinal analyses from the study of women's health across the nation. **Journal of interpersonal violence**, v. 29, n. 8, p. 1459-1476, 2014.

PENGPID, Supa; PELTZER, Karl. Lifetime spousal violence victimization and perpetration, physical illness, and health risk behaviours among women in India. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 12, p. 2737, 2018.

RAHMAN, M1 et al. Intimate partner violence and chronic undernutrition among married Bangladeshi women of reproductive age: are the poor uniquely disadvantaged?. **European journal of clinical nutrition**, v. 67, n. 3, p. 301, 2013.

YOUNT, Kathryn M.; LI, Li. Domestic violence and obesity in Egyptian women. **Journal of biosocial science**, v. 43, n. 1, p. 85-99, 2011.

FERREIRA, Marcela de Freitas et al. Effect of physical intimate partner violence on body mass index in low-income adult women. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 161-172, 2015.

BJORNTORP, P. (2001). Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obesity Reviews*, 2, 73-86. doi:[10.1046/j.1467-789x.2001.00027.x](https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2001.00027.x)

SANTOS, Ana João et al. Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. **Sociologia, problemas e práticas**, n. 72, p. 53-77, 2013.

WHO — World Health Organisation (2002c), Missing Voices. Views of Older Persons on Elder Abuse, Genebra, WHO, disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_vip_02.1.pdf

SÉNAT (2003), "Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat de 12 décembre 2002", disponível em: <http://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-11.pdf>

AEA — Action on Elder Abuse (1995), "Action on Elder Abuse's definition of elder abuse", *Action on Elder Abuse Bulletin*, 11 (maio-junho).

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico de 2011. Acesso em 10 de abril de 2014. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/censo2010].

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos da População*, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan-jun, 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008. Acesso em: 10 de abril de 2014. Disponível em formato pdf: [<http://www.ibge.gov.br>].

OLIVEIRA, CMD; LIMA-COSTA MF. Achados do estudo de coorte de Bambuí sobre o envelhecimento (1997-2008) Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011; 27 (3):S444-S453.

CAMARANO, A. A; PASSINATO, M. T. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. In: CAMARANO, A. A. (Org.). Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 1 ed., 604p., 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014. 181 p.

MITCHELL RJ, LORD SR, HARVEY LA, CLOSE JCT. Associations between obesity and overweight and risk of falls, health status and quality of life in the elderly. Aust N Z J Public Health 2014; 38 (1): 13-8

OMS. Organização Mundial da Saúde. Estatística Mundial de Saúde: 2012. Vol.27, 171 p. 164

CAMPOS MAG, PEDROSO ERP, LAMOUNIER JA, COLOSIMO EA, ABRANTES MM. Estado nutricional e fatores associados em idosos. Rev Assoc Med Bras. 2006; 52(4):214-21.

COOPER C, SELWOOD A, LIVINGSTON G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. Age Ageing. 2008; 37(2):151-60.

DONG X, CHEN R, CHANG ES, SIMON M. Elder abuse and psychological well-being: a systematic review and implications for research and policy – a mini review. Gerontology. 2013; 59(2):132–42.

PESHEVSKA DJ, MARKOVIK M, SETHI D, SERAFIMOVSKA E. Relationships and Community Risk Factors for Elder Abuse and Neglect: Findings from the First National Prevalence Study on Elder Maltreatment. Maced J Med Sci. 2014; 7(2):369-74.

MARTINS R, NETO MJ, ANDRADE A, ALBUQUERQUE C. Abuse and maltreatment in the elderly. Aten Primaria. 2014; 46(Suppl 5):206-9.

ACIERNO R, HERNANDEZ MA, AMSTADTER AB, RESNICK HS, STEVE K, MUZZY W,. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial

abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health*. 2010; 100(2):292–7.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007

REICHENHEIM, Michael E.; HASSELMANN, Maria Helena; MORAES, Claudia Leite. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.4, n.1, pp.109-121, 1999.

SILVA, RITA DE C. R., ASSIS, ANA M. O., HASSELMANN, MARIA H., DOS SANTOS, LETÍCIA M., PINTO, ELIZABETE DE J., RODRIGUES, LAURA C., Influência da violência familiar na associação entre desnutrição e baixo desenvolvimento cognitivo. *Jornal de Pediatria* 2012.

MAGNA PESSOA CHAVES, CAROLINE, TEIXEIRA LIMA, FRANCISCA ELISÂNGELA, DE ARAÚJO MENDONÇA, LARISSA BENTO, LOPES CUSTÓDIO, IRES, OLIVEIRA MATIAS, ÉRICA, Avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças institucionalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2013.

BATTACHARYYA AK. Child abuse and neglect (CAN): Indian perspective. *Indian Academy of Pediatrics* 20. 1983.

BELSKY J. Etiology of child maltreatment: a developmental- ecological analysis. *Psychological Bulletin* 114: 413-434. 1993.

JAFFE PG, HURLEY DJ & WOLFE D. Children's observations of violence: I. Critical issues in child development and intervention planning. *Canadian Journal of Psychiatry* 35: 466-470. 1990.

KAZDIN AE, MOSER J & COLBUS D. Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. *Journal of Abnormal Psychology* 94: 298-307. 1985

MIZIARA, Carmen Silvia Molleis Galego et al. *Vítima silenciosa: violência doméstica contra o idoso no Brasil*. Saúde, Ética & Justiça, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-8, aug. 2015

DA FONSECA, Maria Mesquita; GONÇALVES, Hebe Signorini. Violência contra o idoso: suportes legais para a intervenção. **Interação em Psicologia**, Curitiba, dez. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad. Saúde Pública* v.19 n.3 Rio de Janeiro jun. 2003.

CHUMLEA W, GUO S, ROCHE A, STEINBAUGH M. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc* 1988; 88(5):564–8.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de indicadores (PNAD). Acesso em: 16 de fevereiro de 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva, 2002.

MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2ª edição, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa / Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos. 2005.

SOUZA E.R.D, MINAYO M.C.D.S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. The insertion of the violence against elderly theme at health care public policies in Brazil. *Ciênc saúde coletiva*. 2010:2659-68.

LEI N. 8842/94 que a institui regulamentada pelo Decreto nº 1948 de 04 de janeiro de 1994. Estabelece a Política Nacional do Idoso. (1994).

LACHS, M. S.; PILLEMER, K. Elder abuse. *The Lancet*, New York, v. 364, n. 9441, p. 1263-1272, 2004.

WOLF, R. S. Elder abuse and neglect: an update. *Reviews in Clinical Gerontology*, Massachusetts, v. 7, 1997a, p. 177-182.

SANTOS, Ana João et al . Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Oeiras , n. 72, p. 53-77, maio 2013 .Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292013000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.7458/SPP2013722618>.

MARMOLEJO, Isabel Iborra. Maltrato de Personas Mayores en la Familia en España, Valencia, Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la

Violencia, 2008. Disponível em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/iborra-maltrato-01.pdf>

LOWENSTEIN, Ariela, ZVI Eisikovits, E TOVA Winterstein. "Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel", *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 2009, 21, pp. 253-277

PILLEMER, Karl, E DAVID Finkelhor. "The prevalence of elder abuse: a random sample survey", *Gerontologist*. 1988, 28, pp. 51-57.

GARRE-OLMO, JOSEP, XÈNIA PLANAS-PUJOL, SECUNDINO LÓPEZ-POUSA, DOLORS JUVINYÀ, ANTONI VILÀ, E JOAN VILALTA-FRANCH. "Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older", *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009, 57, pp. 815-822

GRANDE, ELEONORA DAL, TONY WOOLLACOTT, ANNE TAYLOR, GARY STARR, KAY ANASTASSIADIS, DAVID BEN-TOVIM, GILL WESTHOP, DI HETZEL, MICHAEL SAWYER, DAVID CRIPPS, E SARAH GOULDING. *Interpersonal Violence and Abuse Survey*, South Australian Department of Human Services. 2009. Disponível em: http://health.adelaide.edu.au/pros/docs/reports/general/violence_interpersonal_violence_survey.pdf.

NAUGHTON, CORINA, JONATHAN DRENNAN, MARGARET P. TREACY, ATTRACTA LAFFERTY, IMOGEN LYONS, AMANDA PHELAN, SUZANNE QUIN, ANNE O'LOUGHLIN, E LIAM DELANEY. *Abuse and Neglect of Older People in Ireland. Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*, Dublin, University College Dublin, 2010. Disponível em: <http://www.ncpop.ie/userfiles/file/Prevalence%20study%20summary%20report.pdf>

ACIERNO, RON, MELBA A. HERNANDEZ, ANANDA B. ARNSTADTER, HEIDI S. RESNICK, KENNETH STEVE, WENDY MUZZY, E OLAN G. KILPATRICK (2010), "Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the national elder mistreatment study", *American Journal of Public Health*, 2, pp. 292-297.

YAN, ELSIE CHAU-WAI, E CATHERINE SO-KUM TANG (2014), "Elder abuse by caregivers: a study of prevalence and risk factors in Hong-Kong chinese families", *Journal of Family Violence* 19 (5), pp. 269-277.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Volume 44, n. 9. 2013.

ARAÚJO LFd, LOBO Filho JG. Análise psicossocial da violência contra idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2009;22:153-60

GARBIN CAS, JOAQUIM RC, ROVIDA TAS, GARBIN AJI. Elderly victims of abuse: a five year document analysis. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016;19:87-94. 51.

PEIXOTO C. Entre os estigmas e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: Lins de Barros, M.M. (org). *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

GAIOLI, C. C. L. O. *Ocorrência de maus tratos em idosos no domicílio*. 2004. Dissertação - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

WOLF, R. S. Emotional distress and elder abuse. *Reviews in Clinical Gerontology*, Massachusetts, v. 7, 1997b, p.177182.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: [OMS:2011](#).

BOLSONI, Carolina Carvalho et al . Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 671-682, Aug. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400671&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150184>.

OLIVEIRA AAVd, Trigueiro DRSG, Fernandes MdGM, Silva AO. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013;66:128-33.

BERGER, Mariana Cavalcanti Braz Berger; CARDOZO, Déborah Santiago Leite. Violência Contra Idosos no Contexto Familiar: uma reflexão necessária.VI Jornada de Políticas Públicas. Agosto 2013.

FLORÊNCIO MVDL. Rastreamento de Violência Contra Pessoas Idosas Cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa-PB. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2014

VERAS R. Vida plena sem violência na maturidade: a busca contemporânea Living a full life without violence at maturity: the contemporary search. 2010:2671-3.

MIZIARA CSMG et al. Vítima silenciosa: violência doméstica contra o idoso no Brasil. *Saude Etica e Justiça*. 20(1):1-8, 2015

FRAZÃO SL, SILVA MS, NORTON P, MAGALHÃES T. Domestic violence against elderly with disability. *J Forensic Leg 8 Saúde, Ética & Justiça*. 2015;20(1):1-8. Miziara CSMG et al. Vítima silenciosa: violência doméstica contra o idoso no Brasil. *Med*. 2014; 28:19-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2014.09.003>

HIGHTOWER J, SMITH MJ, HIGHTOWER HC. Hearing the voices of abused older women. *J Gerontol Soc Work*. 2006;46(3-4):205-27.

MORGADO R. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11:537-40

OLIVEIRA C, MADRID DM. Violência intrafamiliar contra o idoso. *ETIC-encontro de iniciação científica-ISSN 21-76-8498*. 2015;7(7).

MELLO ALSFd, MOYSÉS SJ. Análise diagnóstica do atendimento pré-hospitalar para acidentes e violências contra idosos em Curitiba (PR, Brasil) Situational analysis of the pre-hospital health services for attending accidents and violence against the elderly in Curitiba (PR, Brazil). 2010;2709-18

FIFE RS, EBERSOLE C, BIGATTI S, LANE KA, HUBER LR. Assessment of the relationship of demographic and social factors with intimate partner violence (IPV) among Latinas in Indianapolis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17(5):769-75.

MONTERO I, MARTIN-BAENA D, ESCRIBA-AGUIR V, RUIZ-PEREZ I, VIVES-CASES C, TALAVERA M. Intimate partner violence in older women in Spain: prevalence, health consequences, and service utilization. *J Women Aging*. 2013;25(4):358-71.

MOUTON CP, RODABOUGH RJ, ROVI SL, HUNT JL, TALAMANTES MA, BRZYSKI RG, et al. Prevalence and 3-year incidence of abuse among postmenopausal women. *Am J Public Health*. 2004;94(4):605-12

LOKHMATKINA NV, KUZNETSOVA OY, FEDER GS. Prevalence and associations of partner abuse in women attending Russian general practice. *Fam Pract*. 2010;27(6):625-31.

LOVESTAD S, KRANTZ G. Men's and women's exposure and perpetration of partner violence: an epidemiological study from Sweden. *BMC Public Health*. 2012;12:945.

VIVES-CASES C, TORRUBIANO-DOMÍNGUEZ J, ESCRIBÀ-AGÜIR V, RUIZ-PÉREZ I, MONTERO-PIÑAR MI, GIL-GONZÁLEZ D. Social Determinants and Health Effects of Low and High Severity Intimate Partner Violence. *Annals of Epidemiology*. 2011;21(12):907-13.

COHEN MM, FORTE T, DU MONT J, HYMAN I, ROMANS S. Adding insult to injury: intimate partner violence among women and men reporting activity limitations. *Annals of Epidemiology*. 2006;16(8):644-51.

SVAVARSDOTTIR EK, ORLYGSDOTTIR B. Intimate partner abuse factors associated with women's health: a general population study. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(7):1452-62.

VIVES-CASES C, GIL-GONZÁLEZ D, RUIZ-PÉREZ I, ESCRIBÀ-AGÜIR V, PLAZAOLA-CASTAÑO J, MONTERO-PIÑAR MI, et al. Identifying sociodemographic differences in Intimate Partner Violence among immigrant and native women in Spain: A cross-sectional study. *Preventive Medicine*. 2010;51(1):85-7.

SUBODH NB, GROVER S, GREWAL M, GREWAL S, BASU D, MATTOO SK. Interpersonal violence against wives by substance dependent men. *Drug Alcohol Depend*. 2014;138:124-9.

GANDHI S, ROVI S, VEGA M, JOHNSON MS, FERRANTE J, CHEN PH. Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. *J Am Board Fam Med*. 2010;23(3):343-53.

REICHENHEIM ME, MORAES CL, SZKLO A, HASSELMANN MH, DE SOUZA ER, LOZANA JDE A, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica*. 2006;22(2):425-37.

PAIVA MMD, TAVARES DMDS. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2015;68:1035-41.

BURNES D, PILLEMER K, CACCAMISE PL, MASON A, HENDERSON CR, JR., BERMAN J, et al. Prevalence of and Risk Factors for Elder Abuse and Neglect in the Community: A Population-Based Study. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(9):1906-12

WOOD DS, MAGEN RH. Intimate partner violence against Athabaskan women residing in interior Alaska: results of a victimization survey. *Violence Against Women*. 2009;15(4):497-507.

COKER AL, DAVIS KE, ARIAS I, DESAI S, SANDERSON M, BRANDT HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med*. 2002;23(4):260-8.

GRAÑA GÓMEZ JL, CUENCA MONTESINO ML. Prevalence of psychological and physical intimate partner aggression in Madrid (Spain): A dyadic analysis. *Spain: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias*; 2014. p. 343-8.

STOCKL H, WATTS C, PENHALE B. Intimate partner violence against older women in Germany: prevalence and associated factors. *J Interpers Violence*. 2012;27(13):2545-64.

BURAZERI G, ROSHI E, JEWKES R, JORDAN S, BJEGOVIĆ V, LAASER U. Factors associated with spousal physical violence in Albania: cross sectional study. *Bmj*. 2005;331(7510):197-201.

SELIC P, SVAB I, GUCEK NK. A cross-sectional study identifying the pattern of factors related to psychological intimate partner violence exposure in Slovenian family practice attendees: what hurt them the most. *BMC Public Health*. 2014;14:223.

COKER AL, SMITH PH, MCKEOWN RE, KING MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *American Journal of Public Health*. 2000;90(4):553-9

BREIDING MJ, BLACK MC, RYAN GW. Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen U.S. states/territories, 2005. *Am J Prev Med*. 2008;34(2):112-8.

WARMLING, Deise, *Violência por parceiro íntimo e qualidade de vida em idosos residentes em Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional*. 2018. Tese de Doutorado – Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

BOLSONI, CAROLINA CARVALHO. *Violência contra pessoa idosa: estudo de base populacional em Florianópolis -SC*. 2017. Tese de Doutorado – Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

DONG X, BECK T, SIMON MA. The associations of gender, depression and elder mistreatment in a community-dwelling Chinese population: the modifying effect of social support. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;50(2):202-8. 123.

BRITO, F. C. D.; LITVOC, J. *Conceitos básicos. Envelhecimento– prevenção e promoção de saúde*. São Paulo: Atheneu, p. 1-16, 2004.

MENEZES, M. R. *Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso*. 1999. Tese - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Observatório Nacional do Idoso [homepage na internet]. Sobre os Centros [acesso em 8 ago 2019. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/centros/index.php>

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário oficial da União, p., 2006

BRASIL. Estatuto do Idoso. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 70.

FLORIANÓPOLIS. Lei 7694 de 25 de agosto de 2008. Dispõe sobre a Política Municipal do Idoso, cria o Conselho Municipal do Idoso e dá outras providências. Florianópolis2008

FLORIANÓPOLIS. Programa Capital Idoso. Florianópolis: PMF; 2006.

BRASIL. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos; 2005. p. 24.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica, n.8: Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.131. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n.19: Série A. Normas e Manuais Técnicos Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar - Volume 2. 2013.

FLORIANÓPOLIS., Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria Municipal de Assistência Social. CIAPREVI. 2015.

WILLIG MH, LENARDT MH, MÉIER MJ. A trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil: breve análise. Cogitare Enfermagem; v 17, n 3 (2012). 2012

ALVARADO-ZALDIVAR G, MOYSÉN JS, ESTRADA-MARTÍNEZ S, TERRONES-GONZÁLEZ A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. Salud Publica de Mexico 2002

CARVALHO, J. A. M. D.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cadernos de Saúde Pública, v.19, p. 725-733, 2003.

ONU – Organização das Nações Unidas . Asamblea mundial sobre el envejecimiento. Viena, 1982.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, p., 1994.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio (Resumo Executivo), New York, 2017.

DeSA, U. N. World population prospects: the 2012 revision. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, New York, 2012.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.15, p. 443-458, 2012.

ARNALDO, C.; MUANAMOHA, R. C. Dinâmica Demográfica e suas Implicações em Moçambique. Gazeta de População e Saúde, v. 1, n. 1, p. 2-4, 2014

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI The changing age distribution of the Brazilian population in the first half of the 21st century. Cadernos de Saúde Pública, v.24, n.3, p. 597-605, 2008.

CARVALHO, J. A. M. D.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cadernos de Saúde Pública, v.19, p. 725-733, 2003

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011

BRASIL, A. C. O. Promoção de saúde e a funcionalidade humana. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 26, n. 1, p. 1-4, 2013

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008. Rio de Janeiro, 2008.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. E. Como vive o idoso brasileiro? . In: CAMARANO, A. A. (Ed.). Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? . Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 25-73.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. (Ed.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006, p. 89-105

DANIELEWICZ, Ana Lúcia et al. Influência dos ambientes socioeconômico e construído na incidência de incapacidade funcional de idosos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. 2017.

SHRYOCK, H. S., et al. The methods and materials of demography. Washington, DC: US Government Printing Office, 1971.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.15, p. 443-458, 2012

CHOKKANATHAN, Srinivasan. Prevalence and correlates of elder mistreatment in Singapore. **Journal of elder abuse & neglect**, v. 30, n. 4, p. 271-283, 2018.

DONG X. Abuso de idosos: revisão sistemática e implicações para a prática. J Am Geriatr Soc. 2015; 63 : 1214-1238. doi: 10.1111 / jgs.13454.

DONG X, SIMON M, GORBIEN M, PERCAK J, GOLDEN R. Solidão em idosos chineses: um fator de risco para maus-tratos a idosos. J Am Geriatr Soc. 2012; 55 : 1831-1835.

WU, L. , CHEN, H. , HU, Y. , XIANG, H. , YU, X. , ZHANG, T. , WANG, Y. (2012). Prevalência e fatores associados aos maus-tratos a idosos em uma comunidade rural na República Popular da China: um estudo transversal . *PLoS One* , 7, 1 - 8

YAN, E. & TANG, CS (2004). Abuso de idosos por cuidadores: um estudo de prevalência e fatores de risco em famílias chinesas de Hong Kong . *Journal of Family Violence* , 19, 269 - 277 .

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003. p. 49.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Observatório Nacional do Idoso [homepage na internet]. Sobre os Centros [acesso em 24 jan 2020. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/centros/index.php>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à S. Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas. A Normas e Manuais Técnicos. 2002.

BRASIL. Estatuto do Idoso. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à S. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006.

LUOMA ML, KOIVUSILTA M, LANG G et al (2011) Estudo de prevalência de abuso e violência contra mulheres idosas. Resultados de uma pesquisa multicultural na Áustria, Bélgica, Finlândia, Lituânia e Portugal (Relatório Europeu do Projeto AVOW). Instituto Nacional de Saúde e Bem-Estar (THL), Helsinque

COOPER C, SELWOOD A, LIVINGSTON G (2008) A prevalência de abuso e negligência em idosos: uma revisão sistemática. *Envelhecimento* 37: 151–160.

ORFILA, Francesc et al. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. **BMC public health**, v. 18, n. 1, p. 167, 2018.

BURNES D, PILLEMER K, CACCAMISE PL, MASON A, HENDERSON CR, BERMAN J, et al. Prevalência e fatores de risco para abuso e negligência de idosos na comunidade: um estudo de base populacional. *J Am Geriatr Soc.* 2015; 63 : 1906-1912.

Organização Mundial da Saúde. Relatório europeu sobre a prevenção de maus-tratos a idosos. Copenhagen; 2015.

YADAV, Uday Narayan et al. The time has come to eliminate the gaps in the under-recognized burden of elder mistreatment: a community-based, cross-sectional study from rural eastern Nepal. **PloS one**, v. 13, n. 6, 2018.

JOHANNESSEN, M. , & LOGIUDICE, D. (2013). Abuso de idosos: uma revisão sistemática dos fatores de risco em idosos da comunidade . *Idade e Envelhecimento* , 42, 292 - 298 . doi: 10.1093 / envelhecimento / afs195

CASTRO, Vivian Carla de; RISSARDO, Leidyani Karina; CARREIRA, Lígia. Violence against the Brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 777-785, 2018.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos et al. Violência econômico-financeira e patrimonial contra o idoso: estudo documental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

LINO, Valéria Teresa Saraiva et al. Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 87-96, 2019.

CLARYSSE, Karlijn et al. Signs of physical abuse and neglect in the mature patient. **Clinics in dermatology**, v. 36, n. 2, p. 264-270, 2018.

DAVIES, Rhian et al. Association of intimate partner violence and health-care provider-identified obesity. **Women & health**, v. 56, n. 5, p. 561-575, 2016.

DALLMAN MARY F. Stress-Induced Obesity and the Emotional Nervous System. [Accessed in July 2013]; Trends in endocrinology and metabolism. 2010 Mar;21(3):159–165.

LOUREIRO, Rita Santos. **Percepção de solidão e malnutrição em idosos portugueses**. 2020. Tese de Doutorado. Acesso em 24/02/2021. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/46098>

FERDOS, Jannatul; RAHMAN, Mosfequr. Exposure to intimate partner violence and malnutrition among young adult Bangladeshi women: cross-sectional study of a nationally representative sample. **Cadernos de saude publica**, v. 34, p. e00113916, 2018.

ELLSBERG M, JANSEN HA, HEISE L, WATTS CH, GARCIA-MORENO C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet* 2008; 371:1165-72

DONINI, L. M., et al. Systematic review of nutritional status evaluation and screening tools in the elderly. *The Journal of Nutrition and Health and Aging*, 2007; 11(5):421-432.

LACERDA, N. C.; SANTOS, S. S. C. Avaliação nutricional de idosos: um estudo bibliográfico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2007; 8 (1): 60-70.

FREITAS, E. V.; PY, L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017

SÁNCHEZ-GARCÍA, S., et al. Anthropometric measures and nutritional status in a healthy elderly population. **BMC Public Health**, 2007; 7(2): 1-9.

VELASQUEZ-ALVA, M. C., et al. Anthropometric measurements of a sixty-year and older Mexican urban group. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2004; 8 (5): 350-4.

LIPSCHITZ DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994; 21:55-67.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

CERVI A, FRANCESCHINI SCC, PRIORI SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev Nutr* 2005; 18:765-75

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTIC, Centers for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). Atlanta: National Heart, Lung and Blood Institute; 199.

NUTRITION SCREENING INITIATIVE (NSI). Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice. A monograph for physicians. Washington, D.C. US: American Academy of Family Physicians. The American Dietetic Association. National Council on Aging Inc; 1994.

SCAFOGLIERI A, PROVYN S, BAUTMAN I, VAN ROY P, CLARYS JP. DIRECT relationship pf body mass index and waist circumference with body tissue distribution in elderly persons. *J Nutr Health e Aging* 2011.

OMS – Organização Mundial da Saúde. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. World Health Organization: Geneva, WHO Technical Report Series **894**: 2000

KANEHISA H, Miyatani M, Azuma K, Kuno S, Fukunaga T. Influences of age and sex on abdominal muscle and subcutaneous fat thickness. *Eur J Appl Physiol* 2004.

PERISSINOTTO E, PISENT C, SERGI G, GRIGOLETTO F, ENZI G. Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences. *Br J Nutr* 2002.

HEIM N, SNIJDER MB, HEYMANS MW, DEEG DJH, SEIDELL J, et al. (2011) Optimal cutoff values for high-risk waist circumference in older adults based on related health outcomes. *American Journal of Epidemiology* 174: 479–489.

FERREIRA, Marcela de Freitas et al. Efeito da violência física entre parceiros íntimos no índice de massa corporal em mulheres adultas de uma população de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 161-172, 2015.

BURNIGHT, Kerry; MOSQUEDA, Laura. Theoretical model development in elder mistreatment. 2011.

GIL, Ana Paula et al. Fatores de risco de violência contra as pessoas idosas: consensos e controvérsias em estudos de prevalência. **Configurações. Revista de sociologia**, n. 16, p. 75-95, 2015.

BENGTSON, Vern L. Beyond the nuclear family: the increasing importance of multigenerational bonds: the burgess award lecture. **Journal of marriage and family**, v. 63, n. 1, p. 1-16, 2001.

BRONFENBRENNER, Urie. **The ecology of human development**. Harvard university press, 1979.

SCHIAMBERG, Lawrence B.; GANS, Daphna. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. **Journal of Elder Abuse & Neglect**, v. 11, n. 1, p. 79-103, 1999.

SEEMATTER G, DIRLEWANGER M, REY V, SCHNEITER P, TAPPY L. Metabolic effects of mental stress during over- and underfeeding in healthy women. *Obes Res* 2002; 10:49-55.

ACKERSON LK, SUBRAMANIAN SV. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India. *Am J Epidemiol* 2008; 167:1188-96.

SEEMATTER G, GUENAT E, SCHNEITER P, CAYEUX C, JEQUIER E, TAPPY L. Effects of mental stress on insulin-mediated glucose metabolism and energy expenditure in lean and obese women. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2000; 279:E799-805

KIVIMAKI M, HEAD J, FERRIE JE, SHIPLEY MJ, BRUNNER E, VAHTERA J, et al. Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30:982-7.

GREENFIELD, Emily A.; MARKS, Nadine F. Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: using food in response to stress as a mediator of risk. **Social science & medicine**, v. 68, n. 5, p. 791-798, 2009.

LISSAU, Inge; SØRENSEN, T. I. A. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. **The Lancet**, v. 343, n. 8893, p. 324-327, 1994.

ACKERSON, Leland K.; SUBRAMANIAN, S. V. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India. **American journal of epidemiology**, v. 167, n. 10, p. 1188-1196, 2008

SETHURAMAN, Kavita; LANSDOWN, Richard; SULLIVAN, Keith. Women's empowerment and domestic violence: the role of sociocultural determinants in maternal and child undernutrition in tribal and rural communities in South India. **Food and Nutrition Bulletin**, v. 27, n. 2, p. 128-143, 2006.

SILVA, AMVLD; HASSELMANN, Maria Helena. Association between domestic maltreatment and excess weight and fat among students of the city/state of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4129-4142, 2018

BOYNTON-JARRETT, Renée et al. Association between maternal intimate partner violence and incident obesity in preschool-aged children: results from the Fragile Families and Child Well-being Study. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, v. 164, n. 6, p. 540-546, 2010.

DAVIES, Rhian et al. Association of intimate partner violence and health-care provider-identified obesity. **Women & health**, v. 56, n. 5, p. 561-575, 2016.

FERDOS, Jannatul; RAHMAN, Mosfequr. Exposure to intimate partner violence and malnutrition among young adult Bangladeshi women: cross-sectional study of a nationally representative sample. **Cadernos de saude publica**, v. 34, p. e00113916, 2018.

RAHMAN, M1 et al. Intimate partner violence and chronic undernutrition among married Bangladeshi women of reproductive age: are the poor uniquely disadvantaged?. **European journal of clinical nutrition**, v. 67, n. 3, p. 301-307, 2013.

FERREIRA, Marcela de Freitas et al. Effect of physical intimate partner violence on body mass index in low-income adult women. **Cadernos de saude publica**, v. 31, p. 161-172, 2015.

GARCIA, Lorena et al. The relationship of violence and traumatic stress to changes in weight and waist circumference: Longitudinal analyses from the study of women's health across the nation. **Journal of interpersonal violence**, v. 29, n. 8, p. 1459-1476, 2014.

ROHDE, Paul et al. Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. **Child abuse & neglect**, v. 32, n. 9, p. 878-887, 2008.

SETHURAMAN, Kavita; LANSDOWN, Richard; SULLIVAN, Keith. Women's empowerment and domestic violence: the role of sociocultural determinants in maternal and child undernutrition in tribal and rural communities in South India. **Food and Nutrition Bulletin**, v. 27, n. 2, p. 128-143, 2006.

DANESE, Andrea; TAN, Min. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. **Molecular psychiatry**, v. 19, n. 5, p. 544-554, 2014.

SILVA, R. de C. et al. Influence of domestic violence on the association between malnutrition and low cognitive development. **Jornal de pediatria**, v. 88, n. 2, p. 149-54, 2012.

YOUNT, Kathryn M.; LI, Li. Domestic violence and obesity in Egyptian women. **Journal of biosocial science**, v. 43, n. 1, p. 85-99, 2011.

JUN, Hee-Jin et al. Growing up in a domestic violence environment: relationship with developmental trajectories of body mass index during adolescence into young adulthood. **J Epidemiol Community Health**, v. 66, n. 7, p. 629-635, 2012.

LOHMAN, Brenda J.; GILLETTE, Meghan T.; NEPPL, Tricia K. Harsh parenting and food insecurity in adolescence: the association with emerging adult obesity. **Journal of Adolescent Health**, v. 59, n. 1, p. 123-127, 2016.

SOBKOVIAK, Rudina M.; YOUNT, Kathryn M.; HALIM, Nafisa. Domestic violence and child nutrition in Liberia. **Social science & medicine**, v. 74, n. 2, p. 103-111, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. 2010.

IPEA. Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada. Desenvolvimento Humano, IDH E IDHM 2013.

FLORIANÓPOLIS. Mortalidade Infantil cai pela metade em Florianópolis. 2014.

HARBAGE B, DEAN AG. Distribution of Epi Info software: an evaluation using the Internet. *American Journal of Preventive Medicine*. 1999;16(4):314–7.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 1998. Rio de Janeiro; 2000

HASSELMANN MH, REICHENHEIM ME. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19:1083-93

REICHENHEIM ME, MORAES CL, SZKLO A, HASSELMANN MH, DE SOUZA ER, LOZANA JDE A, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica*. 2006;22(2):425-37

APÊNDICE A - Protocolo de Revisão Sistemática: Violência doméstica e indicadores antropométrico em idosos.

PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA
<p>Pergunta de pesquisa</p> <p>Existe associação entre violência doméstica e estado nutricional nos idosos?</p>
<p>Objetivo</p> <p>- Verificar a existência de associação entre violência doméstica e estado nutricional nos idosos.</p>
<p>Crítérios de inclusão e exclusão</p> <p>Os critérios de inclusão foram:</p> <p>1. Artigos que investigaram a violência doméstica como principal desfecho e o estado nutricional como exposição em ambos os sexos. Como não foi localizado nenhum artigo que investigou a associação da violência doméstica especificamente nos idosos, foram então considerados todos os artigos que abordaram essa temática nos diferentes ciclos da vida.</p> <p>Os critérios de exclusão foram:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Artigos que analisaram abuso e negligência em idosos sem considerar o estado nutricional como fator mediador. 2. Artigos que investigaram a violência nos idosos institucionalizados. 3. Artigos de revisão, editoriais, comunicações ou teses. 4. Artigos que tiveram como desfecho experiências adversas, e não especificamente violência doméstica. 5. Artigos que investigaram a associação da violência doméstica com outra exposição de saúde (desordem alimentar: bulimia, anorexia e transtorno de compulsão alimentar periódico). <p>Não houve restrições relativas ao idioma da publicação ou do período de publicação, visto a escassez de trabalhos publicados nesta temática.</p>
<p>Bases eletrônicas de busca</p> <p>- Pubmed</p>

- CINAHL
- *Web of Science*
- PsycInfo
- Scopus
- Lilacs

Descritores e estratégias de busca

1. Pubmed:

((("Domestic Violence"[Mesh] OR "Domestic Violence" OR "Elder Abuse"[Mesh] OR "Elder Abuse" OR "Elder Neglect" OR "Aged abuse" OR "Family Domestic" OR "Domestic Abuse")) AND ("Aged"[Mesh] OR "Aged" OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Aged, 80 and over" OR "elderly")) AND ("Body Mass Index"[Mesh] OR "Body Mass Index" OR "Nutritional Status"[Mesh] OR "Nutritional Status" OR "Waist Circumference"[Mesh] OR "Waist Circumference" OR "Overweight"[Mesh] OR "Overweight" OR "Obesity"[Mesh] OR "Obesity" OR "Malnutrition"[Mesh] OR "Malnutrition" OR "Thinness"[Mesh] OR "Thinness" OR "Obesity Morbid"[Mesh] OR "Obesity Morbid" OR "Severe Obesity"))

2. CINAHL, Web of Science, PsycINFO, Scopus:

"Domestic Violence" OR "Elder Abuse" OR "Elder Neglect" OR "Aged abuse" OR "Family Domestic" OR "Domestic Abuse" AND "Aged" OR "Aged, 80 and over" OR "Aged, 80 and over" OR "elderly" AND "Body Mass Index" OR "Nutritional Status" OR "Waist Circumference" OR "Overweight" OR "Obesity" OR "Malnutrition" OR "Thinness" OR "Obesity Morbid" OR "Severe Obesity"

3. Lilacs:

Domestic Violence OR Family Violence OR Violence, Domestic OR Violence, Family OR Violencia Doméstica OR Violência Doméstica OR Elder Abuse OR Elder Neglect OR Abuse, Aged OR Abuse, Elder OR Aged Abuse OR Maltrato al Anciano OR Maus-tratos ao Idoso AND Aged OR Elderly OR Anciano OR Idoso AND Body Mass Index OR Índice de Massa Corporal OR Nutritional Status OR Estado Nutricional OR Status, Nutritional OR Status, Nutrition OR Waist Circumference OR Circunferencia de la cintura OR Circunferência da cintura OR Circumferences, Waist OR Obesity, Abdominal OR Obesidad Abdominal OR Obesidade Abdominal OR Central Obesity OR Central Obesity OR Obesity, Abdominal OR Abdominal Obesity OR Overweight OR Sobrepeso OR Obesity OR Obesidad OR Obesidade OR Malnutrition OR Desnutrición OR Desnutrição OR Malnourishment OR Nutrition disorders OR Nutritional Deficiencies OR Undernutrition OR Thinness OR Delgadez OR Magreza OR Leanness OR Underweight OR Obesity, Morbid OR Obesidad Mórbida OR Obesidade Mórbida OR Morbid Obesity OR Obesity, Severe OR Obesity, Severe OR Severe obesity

APÊNDICE B - Descrição dos artigos incluídos na revisão sistemática sobre violência doméstica segundo tipologia de violência estudada

Autor	Título	VD	VPI
Greenfield, Emily (2009)	Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: using food in response to stress as a mediator of risk	X	
Lissau, Inge; Sorensen, T. I. A. (1994)	Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood.	X	
Ackerson, Leland K.; Subramanian, S. V. (2008)	Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India	X	
Sethuraman, Kavita; Lansdown, Richard; Sullivan, Keith (2006)	Women's empowerment and domestic violence: the role of sociocultural determinants in maternal and child undernutrition in tribal and rural communities in South India.	X	
Silva, Ana Maria Vieira Lourenço da; Hasselmann, Maria Helena (2018)	Association between domestic maltreatment and excess weight and fat among students of the city/state of Rio de Janeiro, Brazil.	X	
Boynton-Jarrett, Renée et al. (2010)	Association between maternal intimate partner violence and incident obesity in preschool-aged children: results from the Fragile Families and Child Well-being Study.		X
Davies, Rhian et al. (2016)	Association of intimate partner violence and health-care provider-identified obesity.		X

Ferdos, Jannatul; rahman, Mosfequr (2018)	Exposure to intimate partner violence and malnutrition among young adult Bangladeshi women: cross-sectional study of a nationally representative sample.		X
Rahman, M et al. (2013)	Intimate partner violence and chronic undernutrition among married Bangladeshi women of reproductive age: are the poor uniquely disadvantaged?		X
Ferreira, Marcela de Freitas et al. (2015)	Effect of physical intimate partner violence on body mass index in low-income adult women.		X
Garcia, Lorena et al. (2014)	The relationship of violence and traumatic stress to changes in weight and waist circumference: Longitudinal analyses from the study of women's health across the nation.	X	
Rohde, Paul et al. (2008)	Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women.	X	
Danese, Andrea; Tan, Min (2014)	Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis.	X	
Silva, Rita de CR et al. (2012)	Influence of domestic violence on the association between malnutrition and low cognitive development.	X	
Yount, Kathryn M.; Li, Li. (2011)	Domestic violence and obesity in Egyptian women.	X	
Jun, Hee-Jin et al. (2012)	Growing up in a domestic violence environment: relationship with developmental trajectories of body mass index during adolescence into young adulthood	X	
Lohman, Brenda J.; Gillette, Meghan T.; Neppel, Tricia K (2016)	Harsh parenting and food insecurity in adolescence: the association with emerging adult obesity.	X	
Sobkoviak, Rudina M.; Yount, Kathryn M.; Halim, Nafisa (2012)	Domestic violence and child nutrition in Liberia.	X	

ANEXO A - Parecer do CEPESH/UFSC do Estudo EpiFloripa Idoso 2009/2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO *Nº 318*

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 352/08 FR- 229650

TÍTULO: Condições de saúde da população idosa do município de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional, 2008.

AUTOR: Eleonora d'Orsi.

DPTO.: Saúde Pública/CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 15 de dezembro de 2008.


Coordenador do CEPESH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

ANEXO B - Parecer do CEPESH/UFSC do Estudo EpiFloripa Idoso 2013/2014



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil lipídico, marcadores inflamatório, composição corporal, condições de saúde e hábitos de vida em idosos: estudo longitudinal de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFloripa 2013

Pesquisador: Eleonora d'Orai

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 16731313.0.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Universidade Federal de Santa Catarina

CNP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 526.126

Data do Relatório: 09/12/2013

Apresentação do Projeto:

O Projeto (CAAE 16731313.0.0000.0121) intitula-se: Condições de saúde e hábitos de vida em idosos - estudo longitudinal de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFloripa 2013, está vinculado ao Departamento de Saúde Pública (CCS) da UFSC e é coordenado pela Profa. Dra. Eleonora d'Orai, que assina a Folha de Rosto conjuntamente com a direção do CCS/UFSC, como responsáveis pelo projeto na Instituição.

A pesquisa sob análise tem caráter longitudinal, de base populacional, e visa dar seguimento a estudo anterior, sobre saúde dos idosos residentes em Florianópolis, realizado em 2009/2010 sob o título EpiFloripa Idoso, que à época foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq (Edital/Chamada Jovem Pesquisador nº 06/2008 Faixa B, sob número 569234/2008.2), e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC em 23/12/2008, sob protocolo número 552/2008. A proponente forneceu endereço eletrônico para acesso a informações sobre o estudo de 2009/2010.

EpiFloripa. Serão convidados a participar do estudo, todos os 1.705 idosos (mostra referente a indivíduos com 60 anos de idade, ou mais) entrevistados em 2009/2010, os quais serão visitados em seus domicílios (unidades de recenseamento do IBGE) para a presente investigação. A

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade
UF - SC: Florianópolis/SC
Município: FLORIANÓPOLIS
CEP: 88.040-900
Telefone: (48)3721-9200
Fax: (48)3721-9996
E-mail: cep@entorcia.ufsc.br

Página 01 de 07



Continuação do Parecer: 526.126

pesquisadora refere ainda, como critério de exclusão, aqueles idosos que se encontram institucionalizados (por exemplo, em asilos, hospitais ou presídios).

Consta do projeto que variáveis coletadas no inquérito realizado no ano de 2009/2010, disponíveis no banco de dados serão (re)utilizadas para o presente estudo, tais como, avaliação cognitiva e funcional, variáveis socioeconômicas e demográficas; condições de saúde; hábitos de vida (tabagismo, etilismo atividade física, dieta), peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial, uso de medicamentos, morbidades auto referidas, uso de serviços de saúde, ocorrência de quedas, sintomas depressivos, violência, auto-avaliação de saúde e percepção do ambiente urbano.

Para o presente estudo, além da obtenção e compilação de dados relativos as variáveis acima, será ainda elaborado um questionário estruturado, contendo perguntas referentes a avaliação cognitiva e funcional, condições sociais, hábitos de vida (tabagismo, etilismo, atividade física, dieta) quedas, medo de quedas, inclusão digital, saúde bucal, qualidade de vida, sintomas depressivos, violência, uso de serviços de saúde, equilíbrio, ocorrência de fraturas e percepção do ambiente urbano. Embora o instrumento de coleta de dados não tenha sido anexado ao presente projeto, a pesquisadora define e fundamenta criteriosamente os métodos e/ou testes que serão aplicados para obtenção e análise dos dados a serem coletados na pesquisa.

Os entrevistadores serão estudantes bolsistas da UFSC, com disponibilidade de no mínimo 20 horas semanais para execução do trabalho de campo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as condições gerais de saúde e hábitos de vida em idosos com idade superior a 60 anos e acompanhar as mudanças ocorridas nessas condições após 3 anos.

Objetivos Secundários:

Estimar a incidência de declínio cognitivo e funcional; Estimar a associação de prática de atividade física e condições socioeconômicas, condições de saúde, hábitos de vida e ambiente; Avaliar a associação entre o ambiente físico e social e declínio funcional; Estimar a associação entre as condições socioeconômicas e a incidência de declínio cognitivo e funcional; Estimar a associação entre condições de vida e declínio cognitivo e funcional; Estimar a associação entre hábitos de vida e declínio cognitivo e funcional; Estimar a associação entre violência e condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida Estimar a

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade
UF - SC: Florianópolis/SC
Município: FLORIANÓPOLIS
CEP: 88.040-900
Telefone: (48)3721-9200
Fax: (48)3721-9996
E-mail: cep@entorcia.ufsc.br

Página 02 de 07

Continuação do Parecer: 526.126

unidade de saúde do referencial mais próxima.
É, portanto, necessário considerar sempre a existência de riscos intrínsecos à pesquisa aos participantes da mesma. Sempre há risco, mesmo que não intencional, de quebra do sigilo. Incluem-se ainda agravos imediatos ou tardamente decorrentes de possíveis danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrentes (com nexos causal comprovado, direto ou indireto, decorrente do estudo científico).

De um modo consistente com a menção a cima aos riscos relativos à pesquisa com seres humanos, a legislação vigente (Res. CNS n. 196/96, no seu artigo V) complementariamente estabelece que:

V.5 - O pesquisador, o patrocinador e a instituição devem assumir a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

V.6 - Os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização.

V.7 - Jamais poderá ser exigido do sujeito da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O formulário do consentimento livre e esclarecido não deve conter nenhuma ressalva que ataste essa responsabilidade ou que implique ao sujeito da pesquisa abrir mão de seus direitos legais, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

Deve-se levar em conta a participação de sujeitos sob condições de vulnerabilidade, tais como os participantes idosos (população amostral do estudo sob análise), adultos que embora capazes, poderão estar expostos a condicionamentos específicos decorrentes de morbidades/inconveniências, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem qualquer represália. Tais condições não constam como critérios de exclusão do atual estudo.

Benefícios:

A proponente assinala como benefícios, o conhecimento sobre as condições de saúde e hábitos de vida dos idosos residentes em Florianópolis e sua evolução em 3 anos.

Ademais, informa que o estudo pretende gerar conhecimento científico sobre tema altamente relevante no contexto internacional e nacional, qual seja, características multidimensionais da saúde dos idosos.

Segundo a pesquisadora, deseja-se que este seja o primeiro estudo longitudinal que investigue declínio cognitivo e funcional nesta população. Todo conhecimento produzido será divulgado por

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-5206 Fax: (48)3721-5856 E-mail: cog@reitoria.ufsc.br

Página 14 de 07

Continuação do Parecer: 526.126

associação entre as quedas e condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida. Estimar a associação entre medo de cair e a incidência de declínio cognitivo e funcional e hábitos de vida; Estimar a associação entre a inclusão digital e a incidência de declínio cognitivo e funcional, condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida; Estimar a associação entre as condições de saúde bucal e condições

socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida. Estimar a associação entre qualidade de vida e condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida; Estimar a associação entre sintomas depressivos e condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida, incluindo atividade física. Avaliar a associação entre declínio cognitivo e funcional e auto-avaliação de saúde geral controlando o efeito dos agravos e doenças gerais. Verificar se variáveis antropométricas e/ou o equilíbrio podem predir fraturas em idosos.

Meias a serem alcançadas: Produção de conhecimento científico inovador para a área de Saúde do Idoso, incluindo a publicação em periódicos científicos de alcance internacional, os artigos originários dos objetivos específicos do estudo.

Consta também do projeto, que os respectivos resultados serão divulgados amplamente para pesquisadores, profissionais da saúde, gestores públicos na área de saúde pública e saúde do idoso, bem como para o público alvo da pesquisa. Além disso a divulgação ocorrerá por meio de apresentações em congressos nacionais/internacionais e através de publicações revisadas por pares. Com os dados disponíveis, iremos nos concentrar em publicações de qualidade e de alto impacto em periódicos científicos nacionais e internacionais que tenham sua qualidade avaliada e reconhecida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo a proponente (formulário projeto de pesquisa-PB), não existem riscos diretos para os participantes, uma vez que as entrevistas serão realizadas mediante consentimento e com data e hora marcadas de acordo com a disponibilidade do participante.

Complementa, ainda, no tópico Questões Éticas que consta do projeto na íntegra, que o projeto será devidamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E, que serão solicitadas assinaturas dos termos de consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa.

Destaca, por fim, que os indivíduos/participantes que forem diagnosticados com déficit cognitivo ou funcional, ou que relatarem algum tipo de dor ou desconforto serão instruídos a procurar a

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-5206 Fax: (48)3721-5856 E-mail: cog@reitoria.ufsc.br

Página 03 de 07

mio de artigos científicos, seminários e apresentações em eventos nacionais e internacionais. Também tom-se como objetivo, que o conhecimento gerado por este estudo seja disseminado para profissionais, planejadores e gestores da área da saúde e do Sistema Único de Saúde para que estes possam utilizar os achados deste

estudo como referência para a elaboração de políticas, ações e serviços direcionados aos agravos crônicos não transmissíveis e demais agravos na população idosa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Variáveis a serem consideradas no estudo (EpiForça Idoso 2013):

- Socio-demográficas: cor da pele, escolaridade, renda mensal, número de moradores do domicílio, estado civil (coletadas com base na classificação do IBGE)
- Função cognitiva (segundo o Mini-Mental State Examination/MMSE)
- Capacidade Funcional (segundo escala de atividades básicas e instrumentais da vida diária)
- Medidas antropométricas (peso, estatura, circunferência da cintura) e pressão arterial: coleta direta de medidas antropométricas e por aparelho digital para pressão arterial

- Saúde bucal
- Ocorrência de quedas e fraturas
- Equilíbrio
- Meio de quedas
- Hábitos de vida (tabagismo, etilismo, atividade física)
- Presença de sintomas depressivos
- Inclusão digital
- Doenças autorreferidas
- Percepção do ambiente
- Qualidade de vida

A proponente informa, no projeto de pesquisa na íntegra, que a seleção e treinamento dos entrevistadores serão realizados pelos coordenadores do estudo. Será elaborado um manual de instruções para a equipe de campo. Estima-se a realização de 300 entrevistas por mês, em média o que totaliza aproximadamente 6 meses de trabalho de campo, excluindo o treinamento, pré-teste e estudo piloto. Estão previstas reuniões semanais de avaliação entre a equipe de campo e os supervisores e coordenadores do estudo.

Para garantir um maior percentual de acompanhamento, será realizada atualização dos endereços de todos os participantes do estudo através dos contactos telefônicos e/ou de e-mail que os

Endereço: Campus Universitário Bairro João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cop@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 526.126

participantes forneceram em 2009/2010. Será elaborado um manual de instruções do estudo que servirá como guia para os entrevistadores no caso de dúvidas no preenchimento ou codificação do questionário. Também apresentará orientações sobre a postura e forma de abordagem do entrevistador.

A atualização dos endereços será realizada de forma ativa mediante ligações para outros contatos telefônicos fornecidos pelos participantes e/ou pelos endereços de e-mail coletados em 2009. Outras técnicas serão também consideradas para atualizar o endereço dos participantes, tais como a procura dos nomes em listas telefônicas, redes sociais na internet (Facebook e Orkut) e visita nos endereços fornecidos pelos participantes em 2009. Será enviada uma carta informando os participantes sobre o contato telefônico posterior.

Além da equipe de campo, o estudo contará com supervisores, todos alunos de mestrado e doutorado em Saúde Coletiva, Educação Física e Ciências Médicas da UFSC, e pesquisadores do Departamento de Saúde Pública, Departamento de Educação Física e Departamento de Nutrição da UFSC com larga experiência em inquéritos populacionais e epidemiologia.

A pesquisadora destaca que o estudo envolverá equipe numerosa e qualificada de pesquisadores e alunos de pós-graduação e iniciação científica. Destaca, ainda, que o projeto conta com a colaboração do Prof. Luiz Roberto Ramos, do Centro de Estudos do Envelhecimento, da Universidade Federal de São Paulo. Além disso, conta também com a participação ativa do Prof. André Junqueira Xavier, da Universidade do Sul de Santa Catarina (ambos integram a equipe de pesquisa, conforme o descrito no formulário projeto de pesquisa-PB). A proponente informa que, adicionalmente, a equipe do projeto tem recebido assessoria de pesquisadores de outros centros nacionais e internacionais, tais como, os professores César de Oliveira, do Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública, da University College London (Londres-U), um dos responsáveis pelo Estudo ELSA na Inglaterra (English Longitudinal Study on Ageing); e também conta com

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br



Continuação do Parecer: 5261.126

a colaboração do Professor Martin O'Keefe, da Mental Health Sciences Unit, Faculty of Brain Sciences, University College London, London, UK.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proposta do projeto encaminhada desta feita um pedido de emenda que refere-se a inclusão de exames laboratoriais, de imagem, atividades físicas e força muscular. Esclarece ainda que o projeto recebeu financiamento do CNPq e isto possibilitará realização de exames para aprimorar as hipóteses de pesquisa. Foram anexados nova declaração da instituição, novo TCLE, que está adequado.

Recomendações:

Nenhuma recomendação é necessária.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadaptações:

Concluímos manifestando a recomendação pela aprovação da emenda.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANÓPOLIS, 10 de Fevereiro de 2014

Assinado por:

Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Balnear João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9496 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Página 07 de 07

ANEXO C - Termo de consentimento livre e esclarecido do Estudo EpiFloripa Idoso 2013/2014



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa “**Condições gerais de saúde e hábitos de vida em idosos: estudo longitudinal de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFloripa 2013**”. Sua colaboração neste estudo é MUITO IMPORTANTE, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) Senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo acompanhar a situação de saúde dos participantes do **Estudo Epifloripa** entrevistados em 2009/2010 e estabelecer sua relação com condições socioeconômicas, demográficas e de saúde.

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

Será realizada uma entrevista e também serão verificadas as seguintes medidas: pressão arterial (duas vezes), peso, altura e cintura que não causarão problemas à sua saúde. Para isso será necessário aproximadamente uma hora. Os seus dados coletados anteriormente na entrevista realizada em 2009/2010 serão novamente utilizados para fins comparativos.

Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professora Eleonora d’Orsi, coordenadora deste projeto de pesquisa, no endereço abaixo:

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:

Nome completo: Professora Eleonora d’Orsi,
Doc. de Identificação: 6271033 SSP/SC
Endereço completo: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
Departamento de Saúde Pública - Trindade
Florianópolis/SC - 88040-900
Fone: (+55 48) 3721-9388 ramal 206
Endereço de email: eleonora@ccs.ufsc.br

IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO VOLUNTÁRIO:

Nome completo _____
Doc. de Identificação _____

IDENTIFICAÇÃO E ASSENTIMENTO/ANUÊNCIA DE PARTICIPANTE VULNERÁVEL: (Quando se tratar de população vulnerável)

Nome completo _____
 Doc. de Identificação _____

IDENTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL:
 (Quando se tratar de população vulnerável)

Nome completo _____
 Doc. de Identificação _____
 Tipo de representação: _____

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

“Declaro que, em ____/____/____, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “**Condições gerais de saúde e hábitos de vida em idosos: estudo longitudinal de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFloripa 2013**”, assim como autorizo o acesso aos meus dados previamente coletados, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador.”

“As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.”

“Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados.”

_____, _____ de _____, de _____
 (local e data)

 (Assinatura do voluntário ou representante legal acima identificado)

REFERÊNCIAS

[Elemento obrigatório. O título "Referências" deve estar centralizado e com destaque negro.]

ALVES, Maria Bernadete Martins; ARRUDA, Susana Margareth. **Como fazer referências**: bibliográficas, eletrônicas e demais formas de documento. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Biblioteca Universitária, c2001. Documento não publicado.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação. Rio de Janeiro, 2012a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6027**: informação e documentação – sumário – apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2012b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Normas de apresentação tabular**. Rio de Janeiro: IBGE, 1993. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/normastabular.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro, [2010]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=resultados>. Acesso em: 29 mar. 2022.

SACCOL, Amarolinda Zanela; REINHARD, Nicolau. Tecnologias de informação móveis, sem fio e ubíquas: definições, estado-da-arte e oportunidades de pesquisa. **RAC**: Revista de Administração Contemporânea, v.11, n.4, 2007.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado do Planejamento. **[Indicadores de Educação]**: número de Escolas da Rede Estadual – Total. Santa Catarina, [2015]. Disponível em: https://sites.google.com/a/spg.sc.gov.br/portal/indicadores/ind_educacao/instituicoes-de-ensino/escolas/rede-estadual. Acesso em: 28 mar. 2022.

APÊNDICE A – Formatação do Word

[Elemento opcional. Se incluído, o título do apêndice deve estar centralizado e com destaque negrito]

Textos elaborados pelo autor a fim de complementar sua argumentação. Deve ser precedido da palavra APÊNDICE, identificada por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelo respectivo título. Utilizam-se letras maiúsculas dobradas quando esgotadas as letras do alfabeto.

ANEXO A – Descrição

[Elemento opcional. Se incluído, o título do anexo deve estar centralizado e com destaque negrito]

São documentos não elaborados pelo autor que servem como fundamentação (mapas, leis, estatutos etc). Deve ser precedido da palavra ANEXO, identificada por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelo respectivo título. Utilizam-se letras maiúsculas dobradas quando esgotadas as letras do alfabeto.