



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

DEISE WARMLING

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO E QUALIDADE DE
VIDA EM IDOSOS RESIDENTES EM FLORIANÓPOLIS,
SANTA CATARINA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

FLORIANÓPOLIS
2018



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

DEISE WARMLING

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO E QUALIDADE DE
VIDA EM IDOSOS RESIDENTES EM FLORIANÓPOLIS,
SANTA CATARINA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Tese de Doutorado,
apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, da Universidade
Federal de Santa Catarina,
como requisito parcial para
obtenção do título de doutor.

Orientadora: Dra. Elza
Berger Salema Coelho

Coorientadora: Dra. Sheila
Rubia Lindner

Florianópolis
2018

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

Warmling, Deise

Violência por parceiro íntimo e qualidade de vida em idosos residentes em Florianópolis, Santa Catarina : estudo de base populacional / Deise Warmling ; orientadora, Elza Berger Salema Coelho, coorientadora, Sheila Rubia Lindner, 2018.
231 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, , Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

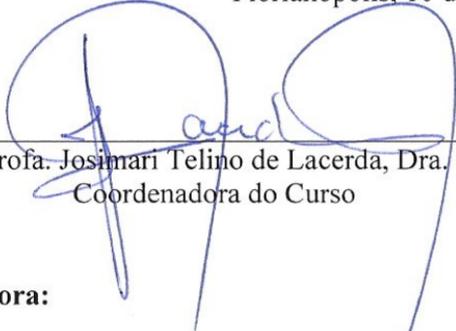
1. Saúde Coletiva. 2. Violência por parceiro íntimo. 3. Qualidade de vida. 4. Prevalência. 5. Fatores associados. I. Coelho, Elza Berger Salema. II. Lindner, Sheila Rubia. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Deise Warmling

VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS RESIDENTES EM FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL.

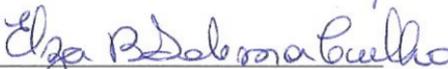
Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Doutor (a) pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 10 de julho de 2018.

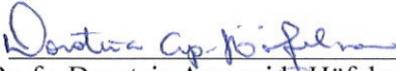


Profa. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso

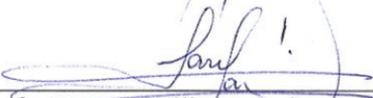
Banca Examinadora:



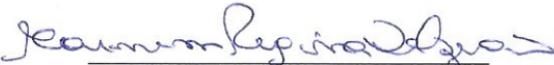
Profa. Elza Berger Salema Coelho,
Dra. (Orientador)



Profa. Doroteia Aparecida Höfelmann,
Dra. (UFPR)



Profa. Nazaré Otilia Nazario, Dra.
(UNISUL)



Carmem Regina Delziovo, Dra.
(SES/SC)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	25
2. HIPÓTESES	29
3. OBJETIVOS	31
3.1 OBJETIVO GERAL	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4. REVISÃO DE LITERATURA	33
4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS	33
4.1.1 Políticas Públicas para Pessoa Idosa	33
4.1.2 Políticas Públicas para o Enfrentamento da Violência	39
4.2 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO EM IDOSOS	42
4.2.1 Definições e Tipologias de Violência	42
4.2.2 Prevalência de Violência por Parceiro Íntimo nos idosos	45
4.2.3 Fatores associados à Violência por Parceiro Íntimo nos idosos ...	56
4.3 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO E QUALIDADE DE VIDA	65
4.3.1 Qualidade de Vida da Pessoa Idosa	65
4.3.2 Epidemiologia da Violência por Parceiro Íntimo nos estudos sobre Qualidade de Vida nos idosos	68
4.3.3 Impactos da Violência por Parceiro Íntimo na Qualidade de Vida dos idosos	71
5. MÉTODOS	75
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	75
5.2 LOCAL DO ESTUDO	75
5.3 SELEÇÃO E AMOSTRA – EPIFLORIPA IDOSO 2009/2010	75
5.4 AMOSTRA – EPIFLORIPA IDOSO 2013/2014	76
5.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO	77
5.6 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO	79
5.6.1 Equipe de trabalho	79
5.6.2 Seleção e treinamento dos entrevistadores	79
5.6.3 Pré-teste do instrumento	80
5.6.4 Piloto	80
5.6.5 Coleta de dados	81
5.6.6 Perdas e recusas	81
5.6.7 Análise de inconsistências	82
5.6.8 Controle de Qualidade	82
5.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO E INSTRUMENTO DE MEDIDA	83
5.8 ANÁLISE DE DADOS	90

5.9 FINANCIAMENTO	92
5.10 QUESTÕES ÉTICAS	92
6.RESULTADOS.....	95
6.1 Artigo 1 – Vitimização e perpetração da violência por parceiro íntimo em idosos de uma capital do Sul do Brasil – Estudo EpiFloripa Idoso.....	95
6.2 Artigo 2 –Mulheres e homens idosos em situação de violência por parceiro íntimo têm sua qualidade de vida comprometida?	121
7.CONCLUSÕES.....	145
8.REFERÊNCIAS.....	149
9.APÊNDICES	165
Apêndice 1. Protocolo de Revisão Sistemática: Violência por parceiro íntimo- prevalência e fatores associados em idosos.....	165
Apêndice 2. Fluxograma de seleção de artigos para revisão sistemática sobre a prevalência da violência por parceiro íntimo e seus fatores associados Incluídos.....	167
Apêndice 3. Descrição dos artigos incluídos na revisão sistemática sobre violência por parceiro íntimo segundo tipologia de violência estudada	168
Apêndice 4. Artigo publicado: Prevalência de Violência por Parceiro Íntimo em Idosos e Fatores Associados: Revisão Sistemática.....	176
Apêndice 5. Protocolo de Revisão Sistemática: Violência por parceiro íntimo e qualidade de vida em idosos	208
Apêndice 6. Fluxograma de seleção de artigos para revisão sistemática sobre violência por parceiro íntimo e qualidade de vida Incluídos	210
Apêndice 7. Descrição dos artigos selecionados na revisão sistemática sobre violência por parceiro íntimo e qualidade de vida em idosos...	211
10.ANEXOS	217
Anexo 1. Conflict Tactics Scales Form R – CTS-1	217
Anexo 2. CASP-19	220
Anexo 3. Parecer do CEPESH/UFSC do Estudo EpiFloripa Idoso 2009/2010	222
Anexo 4. Parecer do CEPESH/UFSC do Estudo EpiFloripa Idoso 2013/2014	223
Anexo 5. Termo de consentimento livre e esclarecido do Estudo EpiFloripa Idoso 2013/2014	230

AGRADECIMENTOS

Ao concluir essa jornada de longos e intensos quatro anos, agradeço inicialmente aos meus pais, Valtrudes e Jairo Warmling, por terem me dado toda a base necessária para que eu pudesse alcançar meus sonhos, inclusive este, de ser Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Ao Juninho, pelo amor, pela companhia, pela fé e valorização diária dos meus sonhos, por me impulsionar a seguir sempre em frente. Você faz parte desta conquista!

Àqueles que me ajudaram a materializar este sonho. À professora Elza, por ter me acolhido, ter acreditado em mim e sobretudo, ter investido seu tempo, bem como seu valioso conhecimento e dedicação, para que eu fizesse um excelente doutorado. Acima de tudo, por ser um exemplo de mulher, docente, gestora, chefe e companheira. Por alegrar nossas tardes, nos inspirar e nos fazer acreditar que podemos ser mais e melhores a cada dia! À Sheila, por ter sido indispensável neste caminho. Por ser companheira nas orientações, nos artigos, nas tabelas, nas revisões sistemáticas, nos happy hours e nas risadas cotidianas. Ao Rodrigo Moretti, por ter me incentivado e oportunizado meu ingresso no mestrado e, posteriormente, no doutorado. A vocês docentes, muito obrigada por terem feito parte desta minha jornada! Por serem exemplo de competência e sucesso, cada qual à sua maneira. Espero conviver, aprender e me divertir, muitos anos a mais, ao lado de vocês.

A todos os amigos que estiveram comigo ao longo desta caminhada, em especial à Ana Maria Mujica, Amanda Faqueti e Dalvan de Campos. Foram tantas as alegrias e conquistas, dúvidas, angústias e incertezas compartilhadas, que certamente, compartilhar com vocês, tornou este caminho mais leve! As amizades que surgiram, da Unasus para vida: Pat, Thiago, Gisa, Nai, Sabrina e Tadeu, conviver e trabalhar com vocês é um privilégio! A amizade e competência de cada um nos torna ainda mais responsável por dar sempre o melhor, a cada projeto, a cada novo desafio. Vocês são incríveis! Carol, obrigada pela companhia diária, na tese, nas análises estatísticas, nos projetos, módulos, enfim; para tudo o que der e vier! Vamos em frente!

À equipe de tutoria do Curso de Especialização na Atenção Básica, são tantas as pessoas e contribuições, que eu seria injusta em citar nomes e experiências, sob pena de não contemplar todas e todos. Mas agradeço, a cada um de vocês pelas trocas, aprendizados, respeito mútuo, desenvolvimento pessoal e profissional que me proporcionaram.

E claro, pelo excelente trabalho que conseguimos desempenhar e resultados alcançados. Vocês são um sucesso!

Às amigas que surgiram neste percurso e compartilharam as manhãs comigo na Secretaria de Estado da Saúde: Fran, Vanusa, Ledi, Marina. Obrigada por me ajudarem a seguir essa rotina com múltiplas funções, de maneira mais divertida e agradável.

À equipe EpiFloripa, pelos desafios encarados, muitos treinamentos, seleções e reuniões realizadas, que contribuíram para a conclusão desta tese com êxito.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC e aos professores membros das bancas de defesa de doutorado por aceitarem o convite e, contribuírem com esta tese.

RESUMO

Este estudo aborda a violência por parceiro íntimo (VPI) e sua associação com a qualidade de vida (QV) na população idosa. A VPI é definida por qualquer ato de agressão física, abuso psicológico, comportamento controlador e abuso econômico, ocorrido na relação íntima entre parceiros. A exposição desta violência pode desencadear impactos na saúde física, mental e nas relações sociais, que influenciam na perda de QV. Para idosos, a QV se define pela satisfação em quatro domínios: controle; autonomia, realização pessoal e prazer. Nesta tese se buscou-se investigar a prevalência da VPI e sua associação entre características sociodemográficas, condições de saúde e o nível de QV em mulheres e homens idosos. Para tanto, realizou-se estudo transversal de base populacional e domiciliar, parte da segunda onda do estudo longitudinal EpiFloripa Idoso que analisou idosos (>60 anos) residentes da área urbana de Florianópolis, Santa Catarina. A seleção da amostra ocorreu em dois estágios (setores censitários e domicílios). A VPI foi mensurada por meio do instrumento *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1), adaptado transculturalmente para o português e a QV foi analisada pelo instrumento validado CASP-19 (*Control, Autonomy, Self-Realization, Pleasure*). As variáveis utilizadas foram: VPI (sofrida, perpetrada e bidirecional), QV (escore total; controle e autonomia; realização pessoal e prazer), sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, situação conjugal), econômicas (escolaridade, renda familiar), de condição de saúde (autopercepção em saúde, morbidades, déficit cognitivo, sintomas depressivos, dependência em atividades de vida diária). A população de estudo consistiu em 651 idosos, correspondente a 54,4% do total de entrevistados (n=1.197) na segunda onda do estudo EpiFloripa 2013/2014. A prevalência de sofrer VPI em homens foi alta (48,3%), tal como nas mulheres (46,4%). A maioria das agressões correspondeu à violência psicológica 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 proporções inferiores, em homens e mulheres respectivamente. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos nas prevalências de VPI analisadas, mostrando uma simetria de gênero na ocorrência desta forma de violência. A violência bidirecional apresentou-se elevada em ambos os sexos, reforçando a perspectiva relacional da VPI. Encontrou-se associação entre perpetrar violência e autopercepção de saúde ruim/muito ruim em homens. Nas mulheres, estar separada/ divorciada e ter autopercepção de saúde regular associou-se a perpetrar VPI. Ao analisar

o impacto da VPI sobre a QV das pessoas idosas, as mulheres que perpetraram violência foram as mais afetadas, apresentando menores escores de QV (-3,15; IC95%: -4,84; -1,45), seguidas pelas envolvidas na violência bidirecional (-2,59; IC95%: -4,10; -1,09) e as que sofreram violência (-1,62; IC95%: -3,06; -0,17). As mulheres perpetradoras (-1,62; IC95%: -2,70; -0,55) e aquelas em situação de violência bidirecional (-1,36; IC95%: -2,41; -0,31), apresentaram menores escores de controle e autonomia, comparadas às mulheres não expostas à VPI. Os escores de realização pessoal e prazer foi menor para as idosas envolvidas em situações de violência, em qualquer direcionalidade. Nos homens, os escores totais de QV e seus domínios, permaneceram inalterados, quando vivenciaram situações de violência no relacionamento íntimo. Nesta tese, conclui-se que houve simetria de gênero na prevalência de VPI entre mulheres e homens idosos residentes em Florianópolis-SC, sendo que ambos podem sofrer, perpetrar ou estar em situação de violência bidirecional. Porém, ao analisar-se os efeitos desta violência em ambos os sexos, verifica-se que somente as mulheres tiveram sua QV comprometida devido à violência no relacionamento, enquanto os homens não foram afetados.

Palavras-chave: Violência por Parceiro Íntimo. Prevalência. Fatores Associados. Qualidade de Vida. Idosos.

ABSTRACT

This study addresses intimate partner violence (IPV) and its association to quality of life (QOL) in the elderly population. IPV is defined by any act of physical aggression, psychological abuse, controlling behavior, and economic abuse, occurring in the intimate relationship between partners. The exposure of this violence can trigger impacts on physical, mental and social health, which influence the loss of QoL. For the elderly, QOL is defined by satisfaction in four domains: control; autonomy, self-realization and pleasure. In this thesis, we sought to investigate the prevalence of IPV and its association between sociodemographic characteristics, health conditions and QOL level in elderly women and men. For that, a cross-sectional study was carried out with a population-based and domiciliary basis, part of the second wave of the longitudinal EpiFloripa Idoso study that analyzed elderly (> 60 years) residents of the urban area of Florianópolis, Santa Catarina. The selection of the sample occurred in two stages (census tracts and households). The IPV was measured using the Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1) instrument, transculturally adapted to Portuguese and the QV was measured by the validated instrument CASP-19 (Control, Autonomy, Self-Realization, Pleasure). The variables used were: IPV (suffered, perpetrated and bidirectional), QV (total score, control and autonomy, self-realization and pleasure), sociodemographic (sex, age, skin color, marital status), health status (self-perception in health, morbidities, cognitive deficit, depressive symptoms, dependence on activities of daily living). The study population consisted of 651 elderly people, corresponding to 54.4% of the total interviewees (n = 1,197) in the second wave of the EpiFloripa 2013/2014 study. The prevalence of IPV in men was high (48.3%), as in women (46.4%). Most of the aggressions corresponded to the psychological violence suffered (44.8% and 44.5%) and perpetrated (48.3% and 44.8%), while physical violence suffered (2.2% and 3.9%) and perpetrated (2.0% and 3.6%) occurred in lower proportions, in men and women respectively. There was no statistically significant difference between the sexes in the prevalences of IPV analyzed, showing a gender symmetry in the occurrence of this form of violence. Bidirectional violence was high in both sexes, reinforcing the relational perspective of IPV. There was an association between perpetrating violence and self-perception of health poor / very poor in men. In women, being separated / divorced and having regular self-perception of health was associated with perpetrating IPV. When analyzing the impact of IPV on the QoL of the elderly, women who

committed violence were the most affected (-3.15, 95% CI: -4.84, -1.45), followed by those involved in bidirectional violence, (-2.59; IC95%: -4.10; -1.09) and those who suffered violence (-1.62, 95% CI: -3.06, -0.17). and those in situations of bidirectional violence (-1.36; 95% CI: -2.41; -0.31). The women perpetrators (-1.62, 95% CI: -2.70, -0.55) and those in situations of bidirectional violence (-1.36, 95% CI: -2.41, -0.31) presented lower control scores and autonomy, compared to women not exposed to IPV. Self-realization and pleasure was lower for the elderly women involved in situations of violence, in any directionality. In the men, total QOL scores and their domains remained unchanged when they experienced situations of intimate relationship violence. In this thesis, we conclude that there was gender symmetry in the prevalence of IPV among elderly women and men living in Florianópolis – SC, both of which may suffer, perpetrate or be in bidirectional violence. However, when analyzing the effects of this violence in both sexes, it is verified that only the women had their QoL compromised due to the violence in the relationship, while the men were not affected.

Keywords: Intimate Partner Violence. Prevalence. Associated Factors. Quality of life. Elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do tamanho da amostra de estudo..... 78

Artigo 2

Figura 1. Fluxograma do tamanho da amostra de estudo..... 125

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Variáveis do estudo	83
Quadro 2. Questões utilizadas no CTS-1 para mensurar a Violência por Parceiro Íntimo (VPI).....	86
Quadro 3. Questões do CASP-19 segundo domínios de qualidade de vida.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de artigos segundo sexo, faixa etária e tipo de violência investigada.....	46
Tabela 2. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em idosos a partir de revisão sistemática da literatura.....	57

Artigo 1

Tabela 1. Características dos idosos segundo variáveis sociodemográficas e econômicas, estratificadas por sexo. Florianópolis, Santa Catarina (2013/2014).....	102
Tabela 2. Prevalência de violência por parceiro íntimo segundo tipologia e direcionalidade da violência, estratificadas por sexo. Florianópolis, Santa Catarina (2013/2014).....	105
Tabela 3. Razão de prevalência não ajustada de violência por parceiro íntimo sofrida e perpetrada segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e condições de saúde. Florianópolis, Santa Catarina (2013/2014).....	107
Tabela 4. Razão de prevalência ajustada de violência por parceiro íntimo sofrida e perpetrada segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e condições de saúde. Florianópolis, Santa Catarina (2013/2014).....	110

Artigo 2

Tabela 1. Análise descritiva e escores de qualidade de vida segundo condições demográficas, socioeconômicas e condições de saúde em mulheres e homens. EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Santa Catarina. 2013/2014	131
Tabela 2. Análise não ajustada e ajustada do escore total de qualidade de vida (CASP-19) segundo violência por parceiro íntimo sofrida, perpetrada e bidirecional, estratificada por sexo. EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Santa Catarina. 2013/2014.....	133
Tabela 3. Análise não ajustada e ajustada do domínio de qualidade de vida – controle e autonomia – segundo violência por parceiro íntimo sofrida, perpetrada e bidirecional, estratificada por sexo. EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Santa Catarina. 2013/2014.	134
Tabela 4. Análise não ajustada e ajustada do domínio de qualidade de vida – realização pessoal e prazer - segundo violência por parceiro íntimo sofrida, perpetrada e bidirecional, estratificada por sexo. EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Santa Catarina. 2013/2014.	135

LISTA DE SIGLAS

- ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária
- AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária
- AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*
- AVD - Atividades de Vida Diária
- CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CASP - *Control Autonomy Self-realization and Pleasure*
- CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
- CNDI - Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
- CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CTS - *Conflict-Tactics-Scales*
- CTS- 1 - *Conflict Tactics Scales Form R*
- CTS- 2 - *Revised Conflict Tactics Scales*
- ELSA - *English Longitudinal Study of Aging*
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
- GDS - *Geriatric Depression Scale*
- HIV - *Human Immunodeficiency Virus*
- ICECAP-O - *ICE pop CAP ability measure for Older people*
- IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
- MEEM - Mini-Exame do Estado Mental
- MS - Ministério da Saúde
- NASF - Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família

NUPREVI - Núcleo de Atenção e Prevenção contra à Violência

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

OPQOL- *Older People's Quality of Life*

PDA - *Personal Digital Assistants*

PPGSC - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

QV - Qualidade de Vida

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

RP - Razão de Prevalência

SDH/PR - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

SEPREDI - Serviço de Proteção Social Especial para a Pessoa com Deficiência, Idosos e suas famílias

SF-36 - *Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey*

SHARE - *Survey of Health, Aging and Retirement in Europe*

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SPM - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

SVAWS - *Severity of Violence against Women Scale*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT - Transtorno do Estresse Pós-Traumático

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

VIF - Fator de Inflação da Variância

VPI - Violência por Parceiro Íntimo

WHO VAW - *World Health Organization Violence Against Women*

WHOQoL-Old - *World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module*

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado em Saúde Coletiva, intitulada ‘Violência por Parceiro Íntimo e Qualidade de Vida em idosos residentes em Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional’ investigou a violência por parceiro íntimo (VPI) em mulheres e homens idosos e sua associação com qualidade de vida (QV). Encontra-se organizada em capítulos que correspondem à introdução, hipóteses, objetivos, revisão de literatura, métodos, resultados e conclusões.

Na introdução, apresentamos a importância de se investigar a associação entre VPI e QV, suas definições, as políticas públicas que visam assegurar o envelhecimento sob uma perspectiva ativa e positiva, livre de violência; a magnitude da VPI, suas consequências para os idosos, bem como seu impacto sobre QV nesta faixa etária. Em seguida, apresentamos a hipótese, o objetivo geral e específicos.

A revisão de literatura está estruturada em três eixos principais. O primeiro discorre sobre as políticas públicas relacionadas à pessoa idosa e o enfrentamento da violência. No segundo, exploram-se as definições e tipologias de violência, com ênfase na VPI, descrevendo-se sua prevalência e fatores associados. No terceiro, abordamos a violência no relacionamento íntimo associada à QV na população idosa, a definição de QV no contexto do envelhecimento e estudos científicos que abordam o impacto desta forma de violência sobre a QV das pessoas idosas.

O método da tese descreve o delineamento da pesquisa, o desenho do estudo, participantes (população do estudo, amostra, critérios de inclusão e exclusão), coleta de dados (procedimentos, instrumento de pesquisa, processamento de dados), variáveis em estudo, análise dos dados, financiamento da pesquisa e questões éticas. As especificidades metodológicas dos manuscritos podem ser observadas na seção que discorre sobre eles.

Nos resultados da tese apresentamos dois artigos, elaborados em conformidade com o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). O primeiro intitula-se ‘*Vitimização e Perpetração da Violência por Parceiro Íntimo em Idosos em uma Capital do Sul do Brasil*’ e teve por objetivo identificar a prevalência de VPI sofrida, perpetrada e bidirecional, em mulheres e homens idosos e analisar seus fatores associados. O segundo denomina-se ‘*Mulheres e homens idosos em situação de violência por parceiro íntimo têm sua qualidade de vida comprometida?*’ que investigou a associação entre

violência sofrida, perpetrada e bidirecional e QV e seus domínios (controle e autonomia; realização pessoal e prazer).

Os artigos 1 e 2 serão submetidos, após avaliação da banca examinadora da tese de doutorado, aos periódicos *Journal of Interpersonal Violence* e *Quality of Life Research*, respectivamente. Ainda, em observância ao regimento do Programa, as versões dos manuscritos são em português, os quais posteriormente serão transcritos para o inglês, e sua formatação segue normas dos periódicos selecionados.

Nos apêndices são descritos os materiais que subsidiaram a revisão de literatura desta tese: protocolos de revisão sistemática, fluxograma de seleção de artigos, tabelas descritivas de artigos incluídos. Apresentamos um artigo de revisão sistemática, intitulado *Prevalência de Violência por Parceiro Íntimo em Idosos e Fatores Associados: revisão sistemática*, elaborado a partir do capítulo de revisão de literatura, o qual se encontra publicado no periódico nacional *Ciência e Saúde Coletiva*, em setembro de 2017.

1. INTRODUÇÃO

A violência por parceiro íntimo (VPI) consiste em um desafio, com impactos na saúde física e mental, bem como impactos sociais na vida das pessoas idosas, desencadeando baixa autoestima, isolamento social, insegurança⁽¹⁾ e redução da qualidade de vida (QV)⁽²⁾, enfatizando aspectos negativos do envelhecimento. Compreender a magnitude e conhecer os impactos da VPI sobre a QV desta população, representa uma temática relevante para saúde pública.

O envelhecimento populacional vem crescendo mundialmente, inclusive no Brasil nas últimas décadas. Nos países em desenvolvimento, são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais de idade⁽³⁾. Em meados de 1990, essa faixa etária correspondia a 7,3% da população brasileira⁽⁴⁾, no ano de 2005 representavam 9,8%, alcançando 14,3% em 2015⁽⁵⁾. Para que o aumento da longevidade represente uma experiência positiva, contando com possibilidades de acesso à saúde e segurança, com vistas a melhoria da QV, a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽⁶⁾ adotou o conceito de envelhecimento ativo, incluindo aqueles idosos em situação de fragilidade, incapacitados e necessitando de cuidados. O termo “ativo” transcende à capacidade de estar ativo fisicamente ou de poder trabalhar, alcançando a participação contínua nos espaços sociais, econômicos, culturais e civis⁽⁶⁾.

Compreendida como uma barreira para o alcance do envelhecimento ativo, a VPI define-se por qualquer ato de violência, física, sexual, psicológica⁽⁷⁾ e abuso econômico⁽⁸⁾, presente em qualquer relação íntima. Vivenciar essa forma de violência, desencadeia danos físicos, mentais ou morais, caracterizando-a como um fator de risco para redução dos níveis de QV.

Nas idades mais avançadas, a QV é classificada de forma distinta da população adulta. Nesta faixa etária, sua definição vai além da saúde, relacionando-se com participação social em espaços de convivência ou de trabalho, que impactam em aspectos emocionais, comportamentais e corporais⁽⁹⁻¹¹⁾. Sob uma perspectiva de envelhecimento ativo e positivo para o idoso, a QV é definida pela satisfação em quatro domínios: controle, relativo à capacidade de intervir ativamente em seu ambiente; autonomia, referente ao direito de estar livre da interferência indesejada dos outros; prazer, relacionado à busca por atividades agradáveis; e por fim, a realização pessoal que descreve o alcance pleno de si mesmo⁽¹¹⁾.

Diante do processo de transição demográfica e aumento da população idosa, foram estabelecidas políticas públicas no âmbito internacional e nacional. Destaca-se a II Assembléia Mundial sobre Envelhecimento ocorrida em 2002, em Madri, onde se consolidou o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento⁽¹²⁾. Este manifesta a necessidade da inclusão social, cultural, política e econômica do idoso, sendo a violência um dos temas centrais, com ações em dois eixos: a eliminação de todas as formas de abandono, abuso e violência e a criação de serviços de apoio.

Neste sentido, em nível nacional, buscando-se melhorar a QV, foram formuladas e publicadas políticas públicas, tais como: Política Nacional do Idoso⁽¹³⁾, Política Nacional de Saúde do Idoso⁽¹⁴⁾ promovendo sua autonomia, integração e participação ativa na sociedade⁽¹⁵⁾. Em 2014, foi publicado o ‘Manual para enfrentamento da violência contra a pessoa idosa’^(16, 17) com vistas a promoção de estratégias para superação das principais expressões de violência, a serem implementadas pelo Estado, sociedade, e instituições, incluindo-se a área de saúde.

A violência contra a pessoa idosa, compreendida por processos relacionais e interpessoais que levam a danos físicos, mentais ou morais⁽¹⁴⁾, divide-se entre: violência física (moderada ou severa), violência psicológica, violência sexual, abandono e negligência⁽⁷⁾. Outra classificação se refere ao grupo no qual a violência ocorre, como por exemplo: violência doméstica, violência intrafamiliar ou violência por parceiro íntimo (VPI)⁽¹⁸⁾.

A abordagem da VPI na literatura, de maneira geral está centrada na perspectiva do homem agressor e da mulher vítima, são ainda poucos os estudos que investigam a prevalência e fatores de risco das agressões perpetrada por mulheres contra homens. Contudo, a prevalência mundial de VPI têm se apresentado semelhante em ambos os sexos, sendo a violência contra a mulher em torno de 30%⁽¹⁹⁾ e 25% contra os homens⁽¹⁷⁾. Porém, a vitimização masculina deste tipo de violência ainda é pouco explorada.

Embora no contexto da violência contra pessoa idosa, as agressões cometida por parceiro íntimo tenham sido menos investigadas, e quando abordadas são considerada menos graves em relação às agressões ocorridas contra mulheres jovens⁽²⁰⁾, estudo norte-americano mostrou que mulheres com 55 anos ou mais, foram vítimas de VPI em maiores proporções quando comparadas com as mais jovens⁽²¹⁾. No Brasil a prevalência de VPI em mulheres e homens idosos, foi de 5,9%

para a violência física e de 20,9% para a violência psicológica⁽²²⁾. De forma semelhante, estudo na Colômbia identificou VPI psicológica entre as mulheres (20,4%) e homens (11,9%)⁽¹⁾.

As maiores prevalências de VPI psicológica foram encontrados na China (36,1%)⁽²³⁾, enquanto as menores foram nos EUA (1,9%)⁽²⁴⁾. Na Alemanha⁽⁸⁾, chama atenção o comportamento controlador (21%) e abuso econômico (13%), contra mulheres entre 66-86 anos. Ao analisar a VPI estratificada por sexo e direcionalidade da violência em idosos, Afifi et al.⁽²⁵⁾, destacaram que homens sofreram mais agressão física (4,9%) em comparação às mulheres (3,3%).

A ocorrência de VPI em idosos apresenta implicações na saúde física e mental, com maiores proporções de relatos de dores de cabeça e osteomusculares, ansiedade, estresse e ideação suicida⁽¹⁾, enfatizando-se o envelhecimento sob uma perspectiva negativa. Ao analisar a associação entre VPI física e QV, em mulheres e homens idosos, foi constatado menores níveis de QV⁽²⁾ quando expostos à violência, em ambos os sexos. Estudo que investigou os efeitos da VPI psicológica e comportamento controlador, reiterou os prejuízos sobre QV entre as idosas em situação de VPI⁽²⁶⁾.

Estudo dinamarquês que analisou a associação entre QV e VPI física e psicológica, em diversas faixas etárias, concluiu que pessoas mais velhas apresentaram maior prejuízo sobre a QV quando expostas à violência cometida pelo parceiro, ressaltando a relevância da investigação desta violência também entre os idosos⁽²⁾. São diversos os estudos nacionais^(27, 28) e internacionais⁽²⁹⁻³³⁾ sobre a prevalência de VPI e seus fatores associados, entretanto a maioria analisa mulheres em idade reprodutiva^(29, 30) e, apenas alguns incluem mulheres acima de 50 anos^(32, 33). Os estudos relativos à violência contra idosos, costumam analisá-los como vítimas de maus tratos⁽³⁴⁻³⁶⁾, cometida por cuidadores ou familiares. Frequentemente, as situações de desta forma de violência, têm sido analisadas conjuntamente aos conceitos de maus tratos contra pessoas idosas ou VPI entre jovens e adultos, sendo a VPI entre idosos, um tema ainda escasso na literatura, enquanto um constructo único.

Considera-se importante investigar de forma ampla a VPI, em mulheres e homens idosos, a fim de preencher a lacuna existente na literatura, evidenciando uma população importante, porém subpesquisada até o momento⁽³⁷⁾, sendo fundamental assegurar-lhes condições seguras e dignas de vida, livres de violência, para que possam vivenciar o envelhecimento sob uma perspectiva positiva, saudável e com QV⁽⁶⁾.

No Brasil, são escassos os estudos de base populacional com população idosa e, até o momento, não foram localizadas publicações que analisaram a VPI e sua associação com a QV. Esta temática, vem aos poucos sendo explorada por estudos europeus^(2, 26, 38-40) e norte-americanos^(41, 42), onde o contexto de envelhecimento está mais presente. Diante desse cenário, ressalta-se a importância de estudos de base populacional que investiguem tal desfecho nesta faixa etária.

A presente tese, parte do EpiFloripa Idoso – um estudo epidemiológico de base populacional realizado em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina – que tem por objetivo conhecer as condições de vida e de saúde de pessoas com 60 anos ou mais. O referido estudo possui, entre outros, dados sobre a VPI e QV desta população. A investigação do presente tema é relevante, pois possibilita subsidiar ações que assegurem envelhecimento ativo e saudável, bem como a prevenção e o enfrentamento desta violência, entre as pessoas idosas. Para tanto, estabelecemos as hipóteses do estudo e objetivos geral e específicos, a seguir.

2. HIPÓTESES

As hipóteses deste estudo, foram elaboradas com base em evidências científicas, as quais são apresentadas na revisão de literatura, nos tópicos de prevalência e fatores associados à VPI e QV em mulheres e homens idosos; bem como nas variáveis disponibilizadas nos instrumentos de pesquisa.

Abaixo são apresentadas as hipóteses formuladas para esta tese:

- A VPI está presente tanto nas mulheres como nos homens idosos, sendo que ambos podem sofrê-la ou perpetrá-la.
- A violência psicológica sofrida no relacionamento íntimo é mais prevalente entre homens, sendo as mulheres as principais perpetradoras. Enquanto as mulheres são as que mais sofrem violência física e, os homens são os principais perpetradores.
- As condições sociodemográficas (cor de pele/etnia, status conjugal, coabitação, dependentes da renda, ter trabalho remunerado atual) estão associadas a sofrer e perpetrar VPI, em mulheres e homens idosos.
- As condições de saúde (autopercepção em saúde, presença de morbidades, sintomas depressivos, déficit cognitivo, dependência em atividades de vida diária (AVD), consumo de bebida alcoólica e hábito de fumar) estão associadas a sofrer e perpetrar VPI, em mulheres e homens idosos.
- Mulheres e homens idosos em situação de VPI possuem menores escores de QV e seus domínios (controle e autonomia; realização pessoal e prazer), quando comparados aos idosos não expostos à essa violência.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Estimar a prevalência da violência por parceiro íntimo (VPI) e investigar sua associação com a qualidade de vida (QV), bem como entre as características sociodemográficas e condições de saúde, nos idosos residentes em Florianópolis, Santa Catarina.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de VPI, sofrida e perpetrada, em mulheres e homens idosos.
- Analisar a associação entre as condições sociodemográficas e de saúde e a VPI, sofrida e perpetrada, em mulheres e homens idosos.
- Investigar a associação entre a VPI, sofrida e perpetrada, e a QV de mulheres e homens idosos.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, apresentamos o suporte teórico para os temas centrais da tese, violência por parceiro íntimo (VPI) e qualidade de vida (QV) na população idosa, bem como as políticas públicas correspondentes. Esta revisão de literatura foi elaborada a partir da busca de artigos indexados em bases de dados científicas, livros e publicações acadêmicas, além da literatura normativa, composta por legislações e políticas públicas relacionadas à temática.

A presente revisão de literatura está organizada em três itens centrais, que apresentam informações para embasar a tese. O primeiro aborda as políticas públicas sobre a população idosa, bem como o enfrentamento da violência. O segundo apresenta as definições de violência, com ênfase na VPI; a prevalência da VPI entre os idosos e fatores associados. Por último, o terceiro item, apresenta a definição de QV no contexto do envelhecimento populacional, as formas de mensuração da QV e, os impactos da VPI na QV da pessoa idosa.

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

Em ‘Políticas Públicas’, a temática será abordada em dois subitens. No primeiro, apresentam-se as principais políticas públicas para pessoa idosa, com ênfase no envelhecimento ativo e livre de violência. O segundo, trata das principais políticas públicas para o enfrentamento da violência, com enfoque na VPI e população idosa.

4.1.1 Políticas Públicas para Pessoa Idosa

Este tópico referente às políticas públicas apresenta os principais resultados das conferências, bem como os programas, políticas e legislações existentes sobre a violência contra a pessoa idosa, em nível internacional, nacional e local. As políticas públicas podem ser compreendidas como “o Estado em ação”, ou seja, as respostas que o estado oferece às demandas e manifestações de interesse da sociedade. A implementação dessas respostas se dá por meio de projetos de governo ou políticas de Estado que visam atender setores específicos. Para isso, faz-se necessário que o Estado e sociedade civil atuem em parceria para o sucesso destas ações⁽⁴³⁾

Contexto Internacional

A temática de violência contra o idoso em âmbito internacional é recente. Foi realizada em 1982, em Viena, 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⁽⁴⁴⁾. Esta assembleia aprovou o Plano Internacional de Viena para o Envelhecimento, o primeiro documento internacional sobre envelhecimento produzido para subsidiar programas e políticas públicas sobre o tema⁽¹²⁾.

As Nações Unidas adotaram em 1991, 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. A temática da violência é ressaltada no princípio da dignidade: "os idosos devem ter a possibilidade de viver com dignidade e segurança, sem serem explorados ou maltratados física ou mentalmente"⁽⁴⁵⁾, ou seja, livres de violência.

Em 2002 houve a II Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, em Madri, quando se formulou o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. O documento manifesta a necessidade de inclusão social, cultural, política e econômica do idoso e visa assegurar o envelhecimento com segurança e dignidade⁽¹²⁾. Um dos pontos centrais do plano é a violência, para a qual se propõem ações em dois eixos centrais: primeiro, a eliminação de todas as formas de abandono, abuso, violência e a criação de serviços de apoio para prestar assistência ao idoso, em caso de violência, em seu 19º parágrafo⁽¹²⁾.

Como estratégia de enfrentamento à violência, o Plano de Ação Internacional propõe que se estabeleça uma imagem positiva em relação ao idoso, incentivando que sejam favorecidas no contexto social a dignidade, sabedoria e prudência conquistada ao longo da vida. Ao mesmo tempo que seja minimizada a imagem do idoso enquanto frágil, dependente e oneroso para a economia⁽¹²⁾. Considera-se que esse estereótipo reforça as práticas discriminatórias e de exclusão das pessoas idosas, por isso devem ser modificados.

De acordo com declaração da ONU, o dia 15 de junho é o Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa. Foi

instituído em 2006, com o intuito de dar visibilidade à violência contra a pessoa idosa, enquanto uma violação grave aos direitos humanos, além de estabelecer a consciência de não aceitação desta, junto à sociedade, fortalecendo os debates e estratégias de enfrentamento e prevenção da violência⁽⁴⁶⁾.

Contexto Nacional

As políticas públicas brasileiras no campo da saúde, que merecem atenção e reconhecimento constante na atenção à saúde do idoso são: Política Nacional do Idoso⁽¹³⁾, publicada por meio da lei 8.842, em 1994; Portaria nº 702 de 2002, que cria mecanismos de organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso⁽⁴⁷⁾; Estatuto do Idoso⁽⁴⁸⁾ – Lei 10.741 de 2003 e, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁽⁴⁹⁾ – Portaria n.º 2.528 de 2006.

A Política Nacional do Idoso⁽¹³⁾ busca 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 estabelece que as secretarias estaduais de saúde adotem 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 devem estabelecer os fluxos de referência e contrarreferência, a fim de articular a rede estabelecida com os serviços da atenção básica⁽⁴⁷⁾.

O Estatuto do Idoso⁽⁴⁸⁾, estabelece que sejam 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. O artigo 4º (Título I), considera passível de punição legal, qualquer tipo de negligência, discriminação ou outras formas de atentado aos direitos dos idosos. Ainda, o documento assume, enquanto obrigação do Estado, garantir ao idoso, a proteção à vida e à saúde, por meio de políticas públicas, a fim de alcançarem um envelhecimento digno e saudável.

Para que situações de violências se tornem visíveis na sociedade, faz-se necessário, em especial no âmbito das instituições públicas, veicularem informações sobre a temática no sentido de que os envolvidos possam agir adequadamente⁽¹³⁾. Para contribuir com este

desafio, foi criado em 2003, no Brasil, o ‘Plano de ação para o enfrentamento da violência contra à pessoa idosa’⁽⁵⁰⁾, que busca promover ações para o cumprimento do Estatuto do Idoso, além de tratar do enfrentamento de todas as formas de violência contra este grupo social^(13, 50).

Este Plano de Ação apresenta os principais tipos de violência a quais o idoso está submetido e também estabelece estratégias de ação para superação da violência a partir de quatro eixos⁽⁵⁰⁾:

- i) espaço cultural coletivo, reforçando a importância de políticas voltadas para qualidade de vida, proteção e cuidado;
- ii) espaço público, promovendo ambientes como ruas e calçadas, além do transporte público e trânsito, adequados aos idosos;
- iii) espaço familiar, que deve ser um local de cuidado e proteção, mas ainda é onde acontece a maioria das violências físicas, psicológicas, econômicas e sexuais;
- iv) espaço institucional, que deve se adequar, tanto em relação ao espaço físico como no aspecto cultural, para o atendimento prioritário, evitando situações de negligência da assistência.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁽⁴⁹⁾ tem por objetivo 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 é a realização de ações integradas para o combate à violência doméstica e institucional.

O órgão deliberativo da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), responsável por criar diretrizes para implementação da Política Nacional do Idoso, é o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI)⁽⁵¹⁾. Para a valorização e defesa dos direitos das pessoas idosas, as ações possuem enfoque na redução de violação dos direitos. As situações de violência mais comuns entre as pessoas idosas, de acordo com as notificações no “Disque Direitos Humanos” no ano de 2012, foram: negligência, abuso financeiro, violência psicológica e violência física. Em 2011, por meio da lei nº 12.461⁽⁵²⁾, o CNDI estabeleceu a notificação compulsória da violência praticada contra idosos atendidos nos serviços de saúde, tanto públicos como privados. Para tanto, são considerados atos de violência, qualquer ação ou omissão feita em local público ou privado, que ocasione sofrimento (físico ou psicológico), qualquer tipo de dano ou morte.

Para o enfrentamento e abordagem da violência nos serviços de saúde, bem como para subsidiar a implementação das políticas públicas voltadas à pessoa idosa, o Ministério da Saúde elaborou materiais para orientar os profissionais de saúde nas suas ações. Em 2002, foi publicado o Caderno da Atenção Básica nº 8 - Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço⁽⁵³⁾, 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.

O Caderno da Atenção Básica de nº 19, intitulado “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”⁽⁵⁴⁾, aborda a violência intrafamiliar e traz em seus anexos, 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. Ainda, em 2012, o Caderno de Atenção Domiciliar – volume 2⁽⁵⁵⁾ traz a temática da violência, como uma das situações complexas encontradas no serviço de atenção domiciliar, com informações que preparam os profissionais para identificar situações de violência no domicílio, buscar confirmar ou excluir a suspeita; além de implementar estratégias de prevenção da violência.

Contexto Local

No estado de Santa Catarina, foi publicada, por meio da Lei nº 11.436, de 07 de junho de 2000⁽⁵⁶⁾, a Política Estadual do Idoso, atendendo ao preconizado pela Política Nacional do Idoso. A finalidade desta é garantir ao idoso a cidadania, assegurar seus direitos, sua integração e participação efetiva na sociedade. A fim de apoiar, planejar e monitorar programas e projetos para promoção e garantia dos direitos da pessoa idosa, foi publicada, em 2007, a lei complementar nº 381 que criou a Coordenadoria Estadual do Idoso⁽⁵⁷⁾ que tem por atribuição assessorar a administração estadual e federal, articulando-se de forma intersetorial, para a criação de programas voltados ao idoso.

No município de Florianópolis foi criada, em 2008, a Política Municipal do Idoso, por meio da lei nº 7694⁽⁵⁸⁾, que tem por objetivo a promoção, proteção e defesa dos seus direitos. Além disso, foi criado o Conselho Municipal do Idoso, um órgão permanente, deliberativo e fiscalizador, que possui composição paritária entre governo e sociedade civil. A política municipal está em consonância com o preconizado pela Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso.

Em relação à assistência à saúde, o município implantou o programa chamado ‘Capital Idoso’, em 12 de outubro de 2006⁽⁵⁹⁾, com a finalidade de promoção, proteção, recuperação e tratamento da saúde da pessoa idosa, para lhe proporcionar melhor QV. O Capital Idoso está 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, com vistas a integralidade do cuidado. O programa está estruturado em quatro eixos: ações de promoção de saúde e prevenção; assistência clínica na atenção básica; assistência na média complexidade e apoio ao cuidador⁽⁵⁹⁾.

Para a promoção de saúde e prevenção, foram estabelecidas enquanto ações: 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, o qual possui interface com o Núcleo de Atenção e Prevenção contra à Violência (NUPREVI)⁽⁵⁹⁾. No âmbito da atenção básica, é realizada a assistência inicialmente pelas equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em conjunto com o apoio matricial de outros profissionais de saúde do Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF). Para embasar o atendimento, os profissionais contam com um Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso. Na média complexidade, foram implantados serviços de geriatria nas policlínicas. Ainda, para orientar o cuidador, foram estabelecidas as seguintes ações: manual do cuidador, promoção de grupos de cuidadores e assistência ao cuidador realizado pela ESF⁽⁶⁰⁾.

Para o atendimento qualificado ao idoso em situação de vulnerabilidade ou violência, foi criado o Serviço de Proteção Social Especial para a Pessoa com Deficiência, Idosos e suas famílias (SEPREDI). Este serviço integra a rede de atenção à saúde em nível da média complexidade (Proteção Social Especial) do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Com o objetivo de promover a proteção e defesas dos direitos do público alvo, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, bem como a cessação da situação de negligência, violência ou violação de direitos do usuário. O SEPREDI conta com equipe multiprofissional, tal como assistentes sociais, psicólogos e profissionais do direito, para atuar junto ao acolhimento, na averiguação das denúncias, fornecer orientações e acompanhamento das pessoas idosas e mediar conflitos familiares, além de se articular com a rede de serviços de saúde e outros órgãos de justiça⁽⁶¹⁾.

4.1.2 Políticas Públicas para o Enfrentamento da Violência

A violência é considerada, além da violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública de alta magnitude, pois tanto o número de vítimas como de consequências, físicas ou emocionais, são elevados⁽⁷⁾. Considerando-se que é responsabilidade do setor saúde, promover estratégias e políticas para redução das condições desfavoráveis em saúde, entre elas as situações de violência, serão descritas a seguir, as principais conferências, políticas e programas de relevância na prevenção e enfrentamento da violência.

Com vistas à abordagem e elaboração de políticas públicas, e a organização dos serviços de saúde para o enfrentamento da violência, é importante destacar o papel fundamental que tiveram os movimentos sociais feministas de lutas pelo reconhecimento de seus direitos. Pode-se considerar um marco de referência, na construção das políticas que assegurem os direitos das mulheres, a Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher, que ocorreu na Cidade do México, em 1975, realizada pela ONU. Nesta conferência, os países participantes foram convocados a assumir a promoção de igualdade entre homens e mulheres em suas legislações, assegurando acesso à educação, formação profissional e empregos igualitário, bem como a equiparação de salários e ofertas de serviços de assistência social⁽⁶²⁾.

Em 1979, foi aprovada pela ONU, em assembleia geral, a Convenção sobre a Eliminação da Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, um marco histórico para os países, que deveriam então adotar medidas para reduzir e eliminar as formas de discriminação das mulheres, com base nas relações de gênero, e todas as suas possíveis manifestações⁽⁶³⁾.

Essas conferências internacionais impulsionaram vários países, inclusive o Brasil, a assumir a violência como um problema de responsabilidade também do setor saúde, que anteriormente se restringia ao âmbito da assistência social e da justiça⁽⁶⁴⁾. Na década de 90, ocorreram diversos eventos, promovidos pela ONU, que contribuíram para a inclusão dos direitos das mulheres na agenda mundial de direitos humanos e nas agendas políticas dos governos. Alguns dos principais eventos e publicações⁽⁶⁵⁻⁶⁹⁾ nesse período foram:

- 1993 – Declaração e programa de Ação de Viena, que enfatizou a violência contra a mulher como violação dos direitos humanos;

- 1993 – Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, que contribuiu com a definição da violência, nas suas diversas formas, e da responsabilidade dos Estados, em promover estratégias para a eliminação de todas as formas de violências contra a mulher.
- 1994 – Conferência sobre População e Desenvolvimento no Cairo, que evidenciou as desigualdades sociais existentes e os grupos sociais tradicionalmente mais atingidos, tal como as mulheres. Também avançou no sentido de reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como parte dos direitos humanos.
- 1994 – Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Belém – PA, Brasil, que impulsionada pelos movimentos feministas de diversos países, a fim de trazer à tona a violência contra a mulher, deu visibilidade ao problema e a necessidade de puni-la e erradicá-la.
- 1995 – IV Conferência da Mulher em Beijing – Plataforma de Ação Mundial da Mulher. A plataforma e declaração da conferência serviram como guias de orientação para governos e sociedade civil na formulação de políticas, e na implementação de programas, que promovam a igualdade e evitem quaisquer formas de discriminação e violência contra a mulher.

As conferências, convenções e documentos internacionais impulsionaram o Brasil a elaborar as suas legislações e políticas sobre a violência contra a mulher, que abrangem a VPI. A construção de marcos legais nacionais é relevante, pois os acordos internacionais, que foram assinados pelo Brasil, orientam a produção legislativa local, entretanto, o que dá status constitucional a elas, é a ratificação pelo Congresso Nacional Brasileiro. Alguns dos avanços legais no enfrentamento da violência ocorridos no Brasil, a partir dos anos 2000, são expostos a seguir.

No ano de 2004, houve três inovações importantes sobre violência contra a mulher. A primeira delas foi a criação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, portaria GM/MS 2.406/2004, que implantou os Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção de Saúde, com objetivo de melhorar a qualidade da informação sobre acidentes e violência. Também se estabeleceu a notificação compulsória de violência contra a mulher, conforme a Portaria GM/MS 2.406/2004. E, por último, a Lei 10.886/04 passou a classificar a lesão corporal como um tipo de violência doméstica. Essa

tipificação impactou no aumento da pena em um terço para casos de lesão corporal grave ou seguida de morte, quando praticada no âmbito doméstico⁽⁷⁰⁾.

Em 2006 foi sancionada a Lei Maria da Penha, que é a Lei Federal nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, que criou mecanismos de prevenção e coibição da violência doméstica e familiar contra a mulher, definindo uma política nacional voltada para a promoção da equidade de gênero⁽⁷¹⁾.

No âmbito das políticas públicas, em 2003, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) passou a ter status ministerial, quando alavancou vários processos nacionais e estaduais, por meio de conferências junto aos movimentos sociais para mulheres, que culminou na construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2004. A política assume, como uma de suas principais frentes, a atenção a mulheres em situação de violência, bem como a organização das redes de atenção em saúde para o cuidado dessas⁽⁷²⁾. Em 2007, com a realização da II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, que foi bastante direcionado para problemática da violência contra a mulher, elaborou-se o Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Mulher⁽⁷³⁾.

Com base nos eventos internacionais e nacionais, bem como as legislações e políticas apresentadas, pode-se perceber que os dispositivos legais foram criados e estruturados com base unidirecional da violência contra a mulher, não considerando o aspecto relacional da violência⁽⁷⁴⁾. As medidas de proteção e assistência ainda estão limitadas à mulher, embora o homem possa ser vítima de violência doméstica nos termos legais⁽⁷⁵⁾. A Lei Maria da Penha prevê ações de atenção aos homens que cometem violência contra a mulher, contudo, a legislação não discorre sobre a organização e estruturação destes espaços de atendimento, bem como não especifica como poderiam ser implementadas as ações educativas e de reabilitação desses homens⁽⁷⁶⁾. Em estudo sobre assistência ao agressor, Beiras, et al. (2001)⁽⁷⁷⁾ identificaram que na América Latina ainda são comuns as políticas voltadas principalmente às mulheres em situação de violência, sendo necessárias também ações de atenção aos homens autores de violência.

Ao final deste bloco de 'Políticas Públicas', constatou-se que a partir da década de 80, o envelhecimento passou a ser alvo de políticas públicas, em Assembléia Mundial promovida pela ONU. Enquanto no Brasil, a temática ganhou reconhecimento no campo da saúde a partir de 1994, com a publicação da Política Nacional do Idoso. Em nível local, o

município de Florianópolis publicou a Política Municipal do Idoso em 2008, a partir da qual estruturou a rede de atenção à saúde e assistência social aos idosos. As políticas de enfrentamento da violência foram impulsionadas pelo movimento feminista a partir da década de 70, em âmbito mundial. A inclusão dos direitos das mulheres na pauta de direitos humanos dos governos, foi alavancada a partir dos anos 1990. Verificou-se que o enfoque das políticas para o enfrentamento da violência, permaneceram centradas nas mulheres vítimas, necessitando ampliar a abordagem, incluindo autores de agressão e homens que sofrem violência.

4.2 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO EM IDOSOS

Para fornecer sustentação teórica ao tema de interesse central desta tese, a seguir serão apresentadas as evidências científicas, nacionais e internacionais, sobre VPI nas pessoas idosas. O conteúdo está dividido em três tópicos principais: definições e tipologias da violência, a prevalência de VPI e fatores associados nos idosos.

4.2.1 Definições e Tipologias de Violência

A tipologia da violência foi estabelecida pela OMS⁽⁷⁾, em 2002, no documento intitulado *'World Report and Violence and Health'*, dividida em relação a quem a perpetra, compondo três grandes grupos: violência dirigida a si mesmo (autoinfligida); violência coletiva; violência interpessoal.

A violência auto infligida pode ser dividida entre o auto abuso, que se constitui em automutilação, e a ideação/comportamento suicida, que corresponde a atitudes, tentativas e pensamentos suicidas. A violência coletiva pode ser social, política e econômica, que envolve crimes coletivos, tais como conflitos civis e de Estado, guerras, atentados terroristas, podendo ser motivados por benefícios econômicos. A violência interpessoal, pode ser a violência familiar ou comunitária. A familiar ocorre entre os membros da família ou por parceiro íntimo, enquanto a violência comunitária constitui-se naquela ocorrida entre pessoas sem grau de parentesco, em geral desconhecidas e fora do ambiente doméstico⁽⁷⁾.

Outra forma de classificação da violência é quanto sua natureza. Esta se divide em três tipos: primeiro, a violência física, sendo qualquer ato infligido intencionalmente contra outra pessoa que gere prejuízos

físicos, tais como: socos, tapas, empurrões, chutes, mordidas, ameaças com armas de fogo ou brancas; segundo, a violência sexual, que também é um tipo de violência física, mas especificamente qualquer ato sexual sem consentimento e por último, a violência psicológica que se define pela agressão verbal, ameaças, xingamentos, humilhações, isolamento da vítima e comportamento controlador⁽⁷⁾.

O Ministério da Saúde na publicação “Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço”⁽⁵³⁾ define violência intrafamiliar como maus tratos físicos, psicológicos, sexuais, econômicos ou patrimoniais, que causem perdas de saúde, ainda pouco dimensionadas. Desta forma, entende-se a violência intrafamiliar como um problema de saúde, com grandes impactos físicos e sociais, que atinge boa parte da sociedade, pois em geral, está presente em mulheres, crianças, idosos, adolescentes e portadores de deficiência.

A violência doméstica difere da violência intrafamiliar, de acordo com Schraiber, et al.⁽⁷⁸⁾, e constitui atos violentos perpetrados por alguém da família ou pessoa que habite a mesma residência, enquanto a violência intrafamiliar é aquela cometida dentro ou fora do lar, por alguém da família. Essa definição de violência doméstica é ampliada pelo Ministério da Saúde, considerada quando ocorre entre familiares ou não, desde que no ambiente doméstico, tais como empregados, cuidadores e outros agregados⁽⁵³⁾.

Há também a violência conjugal que, de acordo com Lamoglia & Minayo⁽⁷⁹⁾, trata-se de um fenômeno polissêmico, representado por diversas formas de abuso: físico, sexual e psicológico, onde homens e mulheres estão envolvidos, podendo ser de forma diferenciada, em função das especificidades de gênero. Essa forma de violência ocorre em diversas esferas sociais, etnias, grupos étnicos e de orientação sexual, com origens, motivações e impactos diversos.

Outra definição para a violência ocorrida nos relacionamentos é a VPI objeto desse estudo, que difere da definição de violência conjugal, pois pode ser perpetrada pelo cônjuge, companheiro ou parceiro, independentemente da situação conjugal entre ambos, enquanto VPI se caracteriza por qualquer comportamento violento, no ambiente doméstico ou não, que ocorra em relação íntima de afeto, independente da coabitação, podendo ser violências físicas, psicológicas, sexual, moral, patrimonial ou comportamento controlador^(7, 14).

A problemática da VPI é reconhecida pela OMS como relevante para a área de saúde pública. Estima-se que as mulheres adoecem e morrem mais que os homens em decorrência da violência entre

parceiros, embora elas também possam ser perpetradoras nos relacionamentos. Destaca-se que 25% da mortalidade de mulheres em idade fértil corresponde à situações de violência, e destas 60% são realizadas por seus companheiros⁽⁷⁾.

Os impactos da VPI na saúde são amplos, abrangendo a saúde física e mental de quem sofre, ocasionando os mais diversos agravos que variam entre lesões e traumatismos físicos, problemas ginecológicos, gestações indesejadas, infecções sexualmente transmissíveis, transtornos alimentares, depressão, ansiedade, uso abusivo de álcool e outras drogas. Ainda, existem estimativas de que 35% das queixas das mulheres que motivaram a procura por atendimentos médicos estejam relacionadas à violência nos relacionamentos íntimos⁽⁸⁰⁾.

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⁽¹³⁾, foi em 1975 que a violência contra o idoso aparece em publicações científicas, sendo abordado o espancamento de avós, em periódico britânico. No Brasil, a temática se evidencia, apenas a partir da década de 90, quando emergem preocupações sobre QV durante o envelhecimento, na agenda de saúde pública.

Existem algumas tipologias padronizadas que retratam as formas mais frequentes de violências praticadas contra a população idosa, que seguem apresentadas abaixo^(14, 81).

A violência física refere-se à ação por força física contra pessoa idosa, que pode feri-los, causar-lhes dor, incapacidade ou morte, além de coagi-los a fazer algo contra sua vontade.

A violência psicológica engloba as agressões verbais ou gestuais que impõem medo as pessoas idosas, colocando-os em situação de humilhação ou restrição sua liberdade, privando-os do convívio social.

A violência sexual resulta em agravos contra a pessoa idosa, em relações homo ou heterossexuais, com o intuito de obter excitação, práticas sexuais ou eróticas sob aliciamento, ameaças ou violência física.

O abandono é caracterizado pela ausência dos responsáveis, no âmbito governamental, institucional e familiar na assistência à pessoa idosa que necessite de proteção.

A negligência se refere a negação ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares

ou institucionais. Essa é uma das formas de violência mais comuns, e apresenta-se comumente associada a outras violências, em geral física e/ou psicológica, aos incapacitados e dependentes de seus cuidadores.

O abuso financeiro e econômico manifesta-se no uso não consentido dos recursos financeiros e patrimoniais do idoso e é mais comum no meio familiar.

A autonegligência engloba a recusa a exercer os cuidados mínimos sobre a saúde ou segurança.

É importante destacar que a violência é um processo relacional, ou seja, ao mesmo tempo em que mulheres e homens idosos podem ser vítimas de violência, eles podem também estar agindo de maneira violenta no contexto em que estão inseridos⁽¹³⁾.

Nesta pesquisa, será objeto de estudo a violência interpessoal, podendo ser doméstica ou não, física, psicológica, sexual, perpetrada por parceiro íntimo entre as pessoas idosas. Desta forma, serão utilizados como referencial teórico, as definições estabelecidas pela OMS⁽⁷⁾. Para explorar o contexto nacional e internacional da violência, com ênfase na pessoa idosa, serão apresentadas a seguir as principais políticas públicas relacionada à saúde e ao enfrentamento da violência nesta faixa etária.

4.2.2 Prevalência de Violência por Parceiro Íntimo nos idosos

Com a finalidade de buscar aporte teórico na literatura científica sobre a prevalência e fatores associados a VPI, em mulheres e homens idosos, realizou-se a primeira pesquisa bibliográfica, no período de março a maio de 2016. Posteriormente, outras duas atualizações foram realizadas, em março de 2017 e março de 2018. As bases de dados utilizadas para as buscas foram: *Pubmed*, *PsycInfo* e LILACS. A busca de artigos nessas bases buscou responder a seguinte questão: ‘Qual a prevalência e os fatores associados à VPI em pessoas idosas?’ Para a localização de estudos que respondessem essa pergunta, foram elaborados o protocolo de revisão sistemática, o qual foi seguido criteriosamente (Apêndice 1). O processo de seleção e inclusão de artigos é descrito no fluxograma apresentado no Apêndice 2. A descrição dos artigos incluídos na revisão sistemática sobre VPI, segundo tipologia de violência estudada, foi compilada em um quadro, apresentado no Apêndice 3. A partir desta revisão de literatura, foi produzido o manuscrito intitulado: ‘Prevalência de Violência por Parceiro Íntimo em Idosos e Fatores Associados: Revisão Sistemática’,

publicado no periódico *Ciência e Saúde Coletiva*, em 2017⁽⁸²⁾ (Apêndice 4).

Observou-se que as análises relativas à prevalência e fatores associados da VPI nos artigos incluídos, apresentaram grande diversidade metodológica, com variações no sexo e faixa etária, bem como na tipologia da violência analisada (Tabela 1).

Tabela 1. Número de artigos segundo sexo, faixa etária e tipo de violência investigada.

Características dos artigos	n	%
Sexo		
Mulheres	40	58,8
Homens e Mulheres	26	38,2
Homens	2	3,0
Faixa etária		
Adultos e idosos	62	91,2
Idosos	6	8,8
Tipo de violência		
Física, psicológica e sexual	25	36,7
Física e psicológica	23	33,8
Física e sexual	10	14,7
Física	6	8,8
Psicológica e sexual	1	1,5
Psicológica	1	1,5
Física, sexual e abuso econômico	1	1,5
Abuso econômico	1	1,5

Em relação ao sexo dos entrevistados, as publicações seguem a tendência das publicações sobre a temática de VPI, na qual a maioria (58,8%) investiga a ocorrência dessa violência apenas em mulheres. Enquanto 38,2% dos artigos analisaram homens e mulheres conjuntamente e apenas um estudo (3,0%) incluiu apenas homens. Quanto à faixa etária, a maioria (91,2%) das amostras dos estudos incluíram adultos e idosos, porém destaca-se que houve 6 (8,8%) trabalhos realizados exclusivamente com a população idosa.

Dentre os 62 artigos com adultos e idosos, 32 (53,3%) analisaram somente mulheres e apresentaram prevalências geral de VPI que variaram de 4,2%^(83, 84) a 45,3%⁽³²⁾ nos últimos 12 meses, sendo a menor nos EUA e a maior no Iraque. Ao longo da vida, as prevalências variaram entre 26,5% nos EUA⁽⁸⁵⁾ e 63,7% no Alaska⁽⁸⁶⁾. Nos estudos com homens e mulheres, adultos e idosos, a prevalência geral de VPI mais elevada foi de 55,8% na Nigéria⁽⁸⁷⁾, referente ao último ano. Nos trabalhos que estratificaram a VPI por sexo, a prevalência variou de 15,9%⁽⁸⁸⁾ a 40,0%⁽⁸⁹⁾ entre os homens, sendo mais expressiva nas mulheres com proporções entre 26,4%⁽⁸⁸⁾ e 50,9%⁽⁸⁹⁾ no último ano. O artigo que investigou apenas homens entre 18-75 anos, identificou prevalência de 29,3% para VPI ao longo da vida⁽⁹⁰⁾.

Nos seis artigos conduzidos apenas com população idosa, 4 analisaram homens e mulheres com prevalência geral de VPI variando entre 7,7% na China⁽⁹¹⁾ e 20,9% no Brasil⁽²²⁾, no último ano. Nos artigos que estudaram apenas mulheres idosas, a prevalência foi de 10% na Alemanha⁽⁸⁾ e 26,5% nos EUA⁽⁸⁵⁾.

Predominaram estudos que analisaram a violência física, psicológica e sexual conjuntamente (36,7%); seguido pela física e psicológica (33,8%), física e sexual (14,7%), física (8,8%), psicológica e sexual (1,5%), psicológica (1,5%), física, sexual e abuso econômico (1,5%), e abuso econômico (1,5%). Considerando as particularidades de cada tipo da VPI, bem como as suas diferentes estimativas, a seguir são apresentadas com maior detalhamento as prevalências dessa violência de acordo com as tipologias investigadas.

Violências física, psicológica e sexual

Em relação aos atos de VPI, alguns estudos realizados também com idosos, descrevem os mais frequentes. Na Albânia, as formas mais comuns de abuso foram gritos (37,5%), ser seguida pelo companheiro (32,6%), sentir-se como se tivesse que pedir permissão para fazer qualquer coisa (17,5%)⁽⁹²⁾. No Iraque, explicitando a gravidade da VPI, identificou-se que 11,6% foram submetidas a lesões mais graves, como punhaladas, dentes ou ossos quebrados ao pesquisar VPI em mulheres⁽³²⁾.

Na violência doméstica perpetrada pelo parceiro, os comportamentos mais comuns em estudo realizado na Irlanda foram: "socar ou chutar as paredes ou móveis", "gritar com ou ameaçar as crianças", e ter sido "empurrada, agarrada ou esbarrada". Incidentes

mais graves também foram relativamente comuns, com 10% das mulheres que levaram um soco no rosto; 10% murros e pontapés no corpo, braços ou pernas, 9% foram estranguladas e 9% foram forçadas a fazer sexo. Dentre todas as mulheres que relataram alguma forma de comportamento violento, 46% sofreram algum ferimento⁽⁹³⁾.

Empurrar, agarrar ou esbarrar foi a forma mais frequente de VPI física, cometida por homens e mulheres, em três estudos americanos que utilizaram o questionário CTS^(89, 94, 95). O ato de VPI física perpetrado com maior frequência pelas mulheres contra seus parceiros foi “jogar algo no outro”^(89, 94). Enquanto o ato menos relatado foi “ameaçar com faca ou arma” e nenhum entrevistado relatou “usar faca ou arma” contra o parceiro(a)^(89, 94).

Estudo que analisou a violência psicológica, em mulheres de até 84 anos na Irlanda, verificou que os atos de comportamento controlador mais comuns foram ouvir gritos e berros (54%) e ser criticada (49%), enquanto 28% das mulheres relataram sentir medo do parceiro atual⁽⁹³⁾. As formas mais comuns de abuso psicológico foram gritos do cônjuge/companheiro (37,5%), ser seguida pelo cônjuge/companheiro (32,6%), sentir-se como se tivesse que pedir permissão para fazer qualquer coisa (17,9%), sofrer assédio pelo parceiro (17,5%), ser criticada pelo parceiro (14,8%), xingamentos (14,6%), ser acusada de "tudo" (12,8%)⁽⁹⁵⁾. Estudos^(89, 94) identificaram como mais frequente “tratar a parceira como uma empregada” (22,3%), “intimidá-la ou amedrontá-la” (19,5%) e “isolá-la ou controlá-la” (18,4%). Na Índia, houve mais chance de ocorrer o comportamento controlador que a ameaças⁽⁹⁶⁾.

Alguns estudos mostram a magnitude da VPI ao descrever a frequência da **sobreposição da violência**, em seus diversos tipos. Estudo na Espanha, com mulheres entre 55-70 anos, verificou que 29,4% delas relataram sofrer alguma forma de VPI (física, sexual e psicológica) no último ano, destas 13,7% sofreram mais de um tipo (5,2% dois tipos e 8,5% três tipos)⁽⁹⁷⁾.

Nesse sentido, Pico-Alfonso, et al.⁽⁹⁸⁾ verificaram que todas as mulheres vítimas de violência física, também foram psicologicamente abusadas por seus parceiros íntimos. Ainda, 32% delas foram sexualmente abusadas, ao longo da vida. Houve elevada proporção de mulheres que sofreram abusos físicos (89,3%), psicológicos (97,3%) e sexuais (18,1%) no último ano. Constatou-se ainda que, 48% das mulheres abusadas permaneciam vivendo com o parceiro agressor no momento das entrevistas.

Ao se analisar mulheres até 78 anos de idade, na Tailândia⁽⁹⁹⁾ foi constatada prevalência geral 27,2% para VPI nos últimos 12 meses. Um quinto dos casos (21,5%) tiveram tanto a violência psicológica quanto física, enquanto em 1,2% dos casos ocorreram todos os três tipos de violência. Tal como nos demais países, no Iraque, Al-Atrushi, et al.⁽³²⁾ constataram que a prevalência ao longo da vida e no ano anterior, contra as mulheres foi de 58,6% e 45,3%, respectivamente, sendo a VPI no último ano bem maior que nos demais estudos. Deste total, 98,7% sofreram violência psicológica, 22,1% violência física e 4,4% violência sexual, apontando para sobreposição da violência.

Estudo americano que analisou as características do homem perpetrador de VPI, identificou que 13,6% deles haviam cometido pelo menos um ato de violência física e 34,9% abuso emocional. Houve sobreposição de agressões físicas e psicológicas cometidas em 8,9% dos casos⁽⁹⁴⁾. Abordando a frequência dos atos de violência sofrida por mulheres até 84 anos, na Irlanda, Bradley, et al.⁽⁹³⁾ encontraram prevalência de 39% de VPI ao longo da vida. Destas, 24% tinham sofrido um ato de violência, 25% tinham experimentado dois ou três atos violentos, 20% de quatro a sete e 31% de oito ou mais tipos.

Destaca-se que além dos vários tipos de VPI sofridas, a ocorrência dos atos pode ser constante, por exemplo, 1% dos homens abusava emocionalmente de suas parceiras diariamente^(89, 94). Mouton et al.⁽¹⁰⁰⁾ abordaram a reincidência da violência em estudo de coorte nos EUA, que incluiu 10.119 mulheres até 79 anos, expostas à VPI, das quais 2,1% sofreram violência física. O grupo foi monitorado por três anos, nesse período houve reincidência de violência em 5% dos casos.

Referente à população de estudo, dentre os 25 artigos que abordaram os três tipos de VPI, oito deles exploraram a **VPI física, psicológica e sexual em homens e mulheres**. Destacam-se dois estudos realizados apenas com população idosa, no primeiro, conduzido na China, com idosos entre 60-100 anos, chama atenção a violência psicológica sofrida ao longo da vida (53,6%) e no último ano (36,1%). A violência física foi 6,6% e 2,5%, enquanto a sexual foi 3,2% e 1,2%, na vida e no último ano, em mulheres e homens respectivamente⁽⁹¹⁾. No segundo estudo realizado nos EUA, embora com menores taxas, foi possível verificar que a VPI ainda ocorre em proporções expressivas. Rosay & Mulford⁽¹⁰¹⁾ encontraram prevalência geral de VPI de 14% no último ano, analisando-se homens e mulheres conjuntamente, com idade média de 77 anos. A violência psicológica (12,1%) foi mais comum, seguida das violências física (1,7%) sexual (0,7%), com menores taxas.

Na Rússia, as prevalências de VPI em idosos de ambos os sexos, foram: 7,2% e 37,1% para qualquer ato, 6,4% e 33,8% para abuso físico, 9,2% e 41,3% para abuso emocional, 4,0 e 22,9% para assédio sexual; no último ano e ao longo da vida, respectivamente ⁽¹⁰²⁾.

Ao se analisar estudos sobre a VPI, por tipologia e estratificada por sexo, encontrou-se maiores prevalência de violência física e sexual contra a mulher, enquanto a VPI psicológica foi maior contra os homens. Coker, et al. (2002) ⁽¹⁰³⁾ verificaram 13,3% de VPI física para as mulheres e 5,8% para os homens; 4,3% para as mulheres e 0,2% para os homens de VPI sexual e 12,1% para as mulheres e 17,3% para os homens de VPI psicológica.

Porém, na Suécia ⁽¹⁰⁴⁾ se identificou que mulheres (41,4%) estão mais expostas ao comportamento controlador que homens (37%), embora uma proporção considerável deles também sejam vítimas do comportamento controlador. Destaca-se que a agressão física foi mais frequente contra homens (11%) que nas mulheres (8%). Porém, ao longo da vida, mais mulheres (15,9%) do que homens (11,0%) relataram exposição a tais atos. Em estudo belga, não houve diferenças significativas estatisticamente entre sexos, para VPI física e psicológica ⁽¹⁰⁵⁾. Sobre a coerção sexual, mais homens que mulheres (5,2% vs. 0,8%) perpetraram o ato contra suas parceiras ⁽¹⁰⁴⁾. Em concordância com esse achado, na Bélgica somente as mulheres sofreram VPI sexual (0,3%) ⁽¹⁰⁵⁾.

Outros 17 artigos analisaram as tipologias de **VPI física, psicológica e sexual, apenas em mulheres** em suas amostras. As mais altas prevalências foram encontradas no Irã, com mulheres de até 75 anos, 57,1% para agressão psicológica, 27,6% para abuso físico e 26,6% para abuso sexual ⁽¹⁰⁶⁾.

No Iraque, também houve prevalências elevadas em estudo com adultas e idosas. A taxa de VPI, geral na vida e no ano anterior, foram de 58,6% e 45,3%, respectivamente. As proporções de VPI por tipologia, na vida e no último ano, foram: 52,6% e 43,3% para abuso emocional; 38,9% e 15,1% para a violência física; e 21,1% e 12,1% para a violência sexual ⁽³²⁾. A ocorrência elevada de VPI contra mulheres também foi identificada na Espanha por Ruiz- Peres (2007) ⁽¹⁰⁷⁾, sendo 32% para algum tipo de VPI, 14,4% para abuso psicológico e 6% sofreram os três tipos de violência (física, psicológica e sexual).

Na Alemanha, investigou-se mulheres em três faixas etárias. As proporções de VPI física ou sexual foram de 8% (16-49 anos), 3% (50-65 anos) e 1% (66-86 anos), maior nas mais jovens e reduzindo com o

aumento da idade. Já o abuso emocional (13%) e comportamento controlador (21%) permaneceram iguais nos três grupos, evidenciando-se estas as naturezas de VPI são mais prevalentes nas idosas⁽¹⁰⁸⁾.

Nos EUA, na investigação mulheres até 79 anos com diagnóstico de câncer encontrou-se altas prevalências de VPI ao longo da vida e no relacionamento atual. As taxas foram, respectivamente: 37,1% e 10,6% para algum tipo de VPI; sendo que 34,5% e 10,1% relataram violência psicológica, 22,8% e 1,7% física, 7,1% e 0,2% sexual. A grande maioria (91%) das vítimas de VPI física ou sexual também sofreu abuso psicológico⁽¹⁰³⁾. Em acordo com esse resultado, outro estudo americano, que analisou a associação entre VPI e taxas de rastreamento de câncer de colo de útero e mama, encontrou prevalência elevada nesta população clínica, sendo que 53,7% já sofreram algum tipo de VPI, e destas 77% sofreram VPI física e/ou sexual⁽¹⁰⁹⁾.

As prevalências entre as mulheres com idade acima de 55 anos no EUA, foram de 9,0% para VPI psicológica, 2,7% para VPI física somente e 2,4% para VPI sexual⁽⁹⁷⁾. Em estudo somente com idosas, acima de 65 anos, a prevalência geral de VPI na vida foi 26,5%; destas 18,4% sofreram violência física ou sexual e 21,9% violência psicológica (ameaças ou comportamento controlador)⁽⁸⁵⁾.

Violência física e psicológica

Dentre os 68 artigos incluídos, 23 (33,8%) trataram da **VPI física e psicológica**, sendo que 20 incluíram adultos e idosos em suas amostras e duas foram conduzidas exclusivamente com idosos. Chamam atenção as elevadas prevalências na população idosa no Brasil, sendo 5,9% de VPI física e 20,9 de VPI psicológica⁽²²⁾, enquanto nos EUA as taxas foram de 1,8% e 1,9% respectivamente⁽²⁴⁾. Ressalta-se que os estudos utilizaram o instrumento CTS-1 e incluíram mulheres e homens acima de 60 anos. A maioria dos estudos (n=10) conduzidos com adultos e idosos, analisaram apenas mulheres. Na Espanha, Vives-Cases, et al.⁽¹¹⁰⁾ verificaram que a probabilidade de VPI foi maior entre as mulheres mais velhas (>50 anos), com prevalência de VPI psicológica maior do que a VPI física.

Estudo americano de coorte, com mulheres (50-79 anos) verificou altíssima reincidência de agressão verbal no relacionamento. Entre o grupo de 10.199 mulheres, com prevalência geral de VPI de 11,1% no ano anterior, 89,1% sofreram abuso verbal, 2,1% abuso físico e 8,8% ambos. A reincidência de agressão verbal após 3 anos de

acompanhamento, ocorreu em 92,6% dos casos, enquanto houve 2,8% de repetição da agressão física⁽¹⁰⁰⁾.

No Brasil, as prevalências de violência física e psicológica em mulheres permaneceram elevadas. Reichenheim, et al.⁽¹¹¹⁾ afirmam que mais de três quartos das mulheres relataram alguma agressão psicológica entre o casal durante os 12 meses anteriores à entrevista. Porém, esse número variou de acordo com a cidade, de 61,7%, em Campo Grande, para 85,6% em Belo Horizonte. A média entre as capitais da prevalência de abuso físico menor e grave foi de 21,5% e 12,9%, respectivamente. A prevalência de abuso físico moderado variou de 12,8% em João Pessoa para 34,7%, em Belém e do abuso físico grave de 22,1% em Belém (22,1%) para 8,2% em Florianópolis.

Oito estudos com adultos e idosos, investigaram homens e mulheres, dando luz a direcionalidade da violência (vitimização e perpetração), evidenciando que tanto os homens como mulheres podem ser vítimas ou perpetradores. Estudo espanhol⁽¹¹²⁾ sobre VPI física e psicológica, com homens e mulheres, verificou que a **agressão bidirecional** foi o padrão mais frequente. A violência bidirecional foi considerada quando ambos eram perpetradores e/ou vítimas (podendo ser perpetrador ou vítima apenas, ou ambos). As prevalências encontradas para este tipo de agressão mútua nos casais foram de 80% para VPI psicológica e 25% para VPI física.

Em estudo coreano, Lee, et al.⁽²³⁾ encontraram que 5,1% dos homens e 3,4% das mulheres relataram perpetrar violência física contra o (a) cônjuge. Em relação à violência psicológica, as mulheres tendem a perpetrá-la contra seu cônjuge com maior frequência que os homens (26,7% vs. 25,3%). Porém, as mulheres foram mais propensas a denunciar a agressão verbal sofrida (28,2% vs. 24,4%), tornando-a mais visível. Esse estudo reforça que mulheres podem perpetrar mais violência psicológica que os homens, porém, por assumirem em maior proporção as situações de violências, costumam ser vistas como vítimas na maioria das vezes. De maneira oposta ao estudo coreano, Renner, et al.⁽⁸⁹⁾ identificou, nos EUA, que as mulheres relataram significativamente mais vitimização por VPI psicológica (45,3%) que os homens (30,1%), enquanto a vitimização por abuso físico foi ligeiramente maior entre os homens (11,5%) que entre as mulheres (8,2%).

O único estudo conduzido **apenas com homens vítimas de VPI**, foi realizado nos EUA em um serviço de emergência, com 282 indivíduos até 75 anos. Mills, et al.⁽⁹⁰⁾ identificaram que 29,3% tiveram

histórico positivo de violência. Em geral, os homens relataram mais agressão verbal do que física. Contudo, 90% dos homens que foram vítimas de VPI relataram ter sofrido algum tipo de violência física. Apenas 3% dos homens responderam "nunca" ter sofrido nenhum ato de violência física perpetrado pela parceira. Verificou-se também que os homens são expostos a esse tipo de violência com elevada frequência, sendo que 71% relataram sofrer VPI "muitas vezes" ou "frequentemente". Este estudo chama a atenção para a necessidade de rastreamento da vitimização por VPI também em homens, inclusive idosos.

Violência física e sexual

Dentre os 68 artigos incluídos, 10 (14,7%) abordaram a **VPI física e sexual**. Nos EUA⁽²¹⁾, ao se estudar mulheres americanas acima de 55 anos, com idade média de 69 anos, as prevalências de VPI foram: 2,14% para abuso sexual e 2,63% para lesão física. Embora haja redução das violências física e sexual entre as idosas, há outras naturezas da violência que se tornam mais relevantes, tais como a violência psicológica e comportamento controlador.

Estudo com mulheres sul asiáticas com até 68 anos, vivendo nos EUA, verificou prevalência de 21% de abuso físico ou sexual cometido pelo parceiro atual. Dentre essas vítimas, 55% sofreram agressão física e 91% agressão sexual e 30% relataram ter ferimentos como consequência da violência⁽⁸⁴⁾. Em mulheres colombianas com até 75 anos, vítimas de VPI, houve elevada exposição (96,3%) a mais de um tipo de violência, a ameaça de violência (96,3%) e violência física (88%) ocorreram em maior porcentagem, porém a violência sexual também permaneceu elevada (53%)⁽¹¹³⁾.

Breiding, et al.⁽⁸⁸⁾ analisaram adultos e idosos de ambos os sexos e identificaram maior prevalência de VPI entre as mulheres, 26,4% das mulheres e 15,9% dos homens relataram ter sofrido alguma combinação de violência física (ameaça, tentativa ou concluída) e/ou violência sexual durante a vida. A chance de sofrer violência física ou sexual entre mulheres foi 90% maior que entre os homens.

De maneira oposta, no estudo de Afifi et al.⁽²⁵⁾ a prevalência de perpetração de VPI relatada por mulheres foi maior. Houve um percentual maior (2,7%) de homens que relataram ser apenas vítima em relação aos que afirmaram serem perpetradores (1,1%), enquanto 3,1% deles afirmaram ser agressores e vítimas simultaneamente. Entre as

mulheres, foi maior a proporção de relatos de apenas autoras de VPI (3,1%) comparadas aquelas que afirmaram ser vítimas (1,6%) e, 3,9% relataram serem vítimas e agressoras. A prevalência de perpetração de VPI física e/ou sexual foi 4,2% em homens e 7,0% nas mulheres.

No Brasil⁽¹¹⁴⁾, foram comparadas as prevalências de VPI física e sexual em duas ondas (2006 e 2012) em estudo de coorte. Verificou-se que a prevalência de vitimização por VPI diminuiu significativamente entre 2006 e 2012 (de 7,7% e 6,0%), especialmente entre as mulheres (8,8% e 6,3%). As taxas de perpetração de VPI também diminuíram significativamente (10,6% e 8,4% para a amostra global; 9,2% e 6,1% nos homens) bem como as taxas de violência bidirecional (3,2% e 2,4% para a amostra global). Porém, as taxas de VPI perpetrada pelas mulheres não reduziram no período, apontando-se para necessidade de se pesquisar a violência como um processo relacional, investigando-se também o homem enquanto quem a sofre. Os autores destacam que apesar da redução nas prevalências, estas continuam elevadas, e devem ser alvo de intervenções para a prevenção e o enfrentamento, inclusive entre os idosos.

Violência Física

Do total de artigos selecionados, seis deles investigaram **apenas a violência física**, dois conduzidos com homens e mulheres e quatro apenas com mulheres. Um total de 55,78% dos homens e mulheres entrevistados relataram ter agredido fisicamente seu parceiro íntimo no último ano na Nigéria, sendo este o único estudo africano inserido na revisão. A prevalência da violência perpetrada por homens contra mulheres foi 83,42%, enquanto a violência da mulher contra o homem foi 23,27%, indicando que as mulheres são vítimas em maiores proporções de VPI física, quando comparadas aos homens⁽⁸⁷⁾.

Na Finlândia foram analisadas as vítimas de VPI de ambos os sexos e idades, que ingressaram no hospital por motivo de trauma. Ao contrário do previsto no estudo, 17% foram homens e 17% idosos (>65 anos). Ainda, 40% dos homens com trauma, apresentaram grau severo a partir da avaliação com o *New Injury Severity Score* (NISS). Este estudo destaca que trauma e lesões severas podem ser consequências da VPI tanto em homens como mulheres, em qualquer idade, inclusive nos idosos⁽²⁰⁾.

Os artigos que mensuram a VPI física contra mulheres, verificaram as prevalências no último ano de 18% entre as mulheres

residentes no interior do Alaska⁽⁸⁶⁾; 13% em mulheres americanas, atendidas em clínica para investigar doenças sexualmente transmissíveis; 3,7% em mulheres residentes na Califórnia, sendo 3,0% de VPI física menor e 0,8% de VPI grave⁽¹¹⁵⁾.

Violência psicológica e sexual

Sonego, et al.⁽¹¹⁶⁾ entrevistaram mulheres com até 70 anos na região de Madrid, na Espanha para investigar a ocorrência de **violência psicológica e sexual**, utilizaram o questionário CTS-1 Conflict Tactics Scale-1 para mensurar a VPI psicológica, a *Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France* para medir a VPI sexual, acrescida da questão “Você se sente abusada por seu parceiro?”, para identificar casos de violência não percebida, e encontraram prevalência de 8,8% de VPI psicológica e sexual não percebida e 3,4% de VPI percebida. Este estudo traz a informação relevante de que a violência não percebida é 2,6 vezes maior que a percebida.

Violência Psicológica

Selic, Svab e Gucek⁽¹¹⁷⁾, na Eslovênia, investigaram apenas a **VPI psicológica**, que apresentou prevalência de 12,1%, maior entre mulheres (9,8%), embora com número significativo também nos homens (2,3%).

Violência física, sexual e abuso econômico

Stockl, et al.⁽⁸⁾ analisaram a VPI em mulheres idosas em três períodos recordatórios distintos, na Alemanha. Foram encontradas taxa de VPI física ou sexual de 18% e 23%.ao longo da vida; 3% e 1% nos últimos cinco anos e, 2% e 0% no último ano, nas faixas etárias de 50-65 anos e 66-86 anos, respectivamente. Este estudo mostra que a VPI física e sexual reduziu progressivamente com o aumento da idade. Outra forma de violência mensurada foi o abuso econômico, com prevalência de 13% em ambas as faixas etárias investigadas, sendo uma das formas de abuso contra mulher idosa mais prevalentes.

Abuso econômico

Kutin, Russel & Reid ⁽¹¹⁸⁾, analisaram o abuso econômico na Austrália, considerando-o uma das formas de violência doméstica com maior impacto na saúde das vítimas, porém ainda pouco investigada. O estudo analisou homens e mulheres, adultos e idosos, para determinar a prevalência ao longo da vida e fatores associados.

A prevalência geral foi de 11,5% para abuso econômico, sendo as mulheres as mais propensas a essa violência (15,7%) comparadas aos homens (7,1%). As mulheres com idade entre 60-69 anos foram vítimas de abuso econômico em maiores proporções (16,9%) quando comparadas as demais faixas etárias. As formas mais comuns deste abuso foram o dano, destruição ou roubo de patrimônio (7,2%), seguido por negar acesso ao dinheiro da família (5,8%), negar acesso ao uso de carro, telefone e internet (4,9%), negar acesso ao trabalho e estudos (4,1) e por último, embora mais grave, negar acesso às necessidades básicas (2,2%)⁽¹¹⁸⁾.

4.2.3 Fatores associados à Violência por Parceiro Íntimo nos idosos

Nos 68 artigos selecionados foram analisados os fatores associados à VPI, por ser um dos focos da pesquisa. Destes, seis artigos analisaram exclusivamente idosos e 62 incluíram idosos em suas amostras. Os fatores associados à VPI foram divididos em quatro grupos: condições sociodemográficas e econômicas; condições de saúde; aspectos sociais e do relacionamento; exposição pregressa à violência, e estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em idosos a partir de revisão sistemática da literatura.

Fatores Associados	n*	%	
Condições sociodemográficas e econômicas	Estado civil	12	17,6
	Renda	11	16,7
	Idade	9	13,2
	Escolaridade	7	10,3
	Cor da pele	4	5,9
	Sexo	2	2,9
Condições de saúde	Álcool e outras drogas	17	25,0
	Saúde física	14	20,6
	Saúde mental	13	19,1
	Saúde sexual	6	8,8
Aspectos sociais e do relacionamento	Qualidade de vida	4	5,9
	Apoio social	3	4,4
	Idade do parceiro	3	4,4
	Tempo de relacionamento	2	2,9
Exposição progressiva à violência	Presenciar violência parental	2	2,9
	Sofrer violência na infância	1	1,5
	Sofrer violência por outro agressor	1	1,5

* Total é maior que o número de artigos incluídos (n=68), pode haver mais de um fator associado por artigo.

Condições sociodemográficas e econômicas

Ao se analisar as condições sociodemográficas e econômicas na literatura, encontrou-se com maior frequência associações com

significância estatística de VPI com estado civil^(95, 97, 100, 102, 104, 110, 119-121), renda^(96, 100, 109, 111, 119, 121), idade^(22, 24, 86, 95, 103, 111, 112), escolaridade⁽⁸⁾, cor de pele^(100, 110, 121, 122) e sexo feminino⁽⁸⁸⁾.

O **estado civil**, nos estudos realizados somente com idosos, apresentou associação da VPI com diferentes categorias tais como: ser separado ou divorciado⁽²⁴⁾, morar com o cônjuge⁽²²⁾, ter algum envolvimento romântico no último ano⁽¹⁰¹⁾. Em estudos que incluíram idosos nas amostras, houve resultado semelhante, permanecendo a pluralidade de associações com o estado civil. Tanto ser solteira^(97, 104, 119), casada^(95, 120), ou divorciada^(100, 102, 110, 119, 121) esteve relacionado a maiores chances de sofrer VPI. A partir destas informações, entende-se que a VPI ocorre em todos os tipos de relacionamentos íntimos, independentemente da existência de coabitação ou vínculos formais ou não.

Em relação à **idade**, estudos norte-americanos^(79, 95, 103) identificam maiores chances de VPI em mulheres mais velhas, os autores explicam esse achado pelo fato de mulheres com maior idade serem mais independentes e, portanto, mais capazes de procurar ajuda quando comparadas às mais jovens, recorrendo com maior frequência aos serviços de saúde. Porém em outros estudos realizados no Brasil⁽¹¹¹⁾, Tailândia⁽⁹⁹⁾, Espanha⁽¹¹²⁾ e Suécia⁽¹⁰⁴⁾, ao se analisar a ocorrência de VPI contra mulheres por faixa etária, encontrou-se maior frequência do desfecho entre as mais jovens.

Chama a atenção para os achados de estudos somente em idosos^(22, 24), que apontam para maior chance de VPI entre os idosos mais jovens (<80 anos) em comparação aos mais velhos. A dependência física, bem como as vulnerabilidades em saúde dos idosos mais velhos, implicaria em menor envolvimento nas situações de violência⁽²²⁾.

Sobre a **renda**, identificou-se que mulheres adultas e idosas com menor renda^(96, 100, 111, 119, 121) estão mais sujeitas à VPI, devido à dependência econômica da mulher em relação ao parceiro, deixando-a em situação de vulnerabilidade para ocorrência da violência. Nos EUA o estudo de Gandhi, et al.⁽¹⁰⁹⁾, mostra que as vítimas de abuso físico e/ou sexual tinham maior probabilidade de estarem desempregadas. Nesta direção, estudo espanhol encontrou associação entre VPI e mulheres aposentadas⁽¹²¹⁾.

Ter baixa renda foi associado a sofrer VPI física em estudo que analisou homens e mulheres com idade entre 60-85 anos. Outros estudos^(83, 116) com população idosa incluída, corroboram esse achado. Sonogo, et al.⁽¹¹⁶⁾ demonstraram que possuir renda inadequada para as

despesas familiares foi responsável por quase 2 vezes mais chance de sofrer VPI nas mulheres. Soglin, et al.⁽⁸³⁾ identificaram que a VPI ocorre em todas as idades e em todos os níveis de renda, embora as mulheres com menores rendimentos tiveram maior prevalência de VPI. Cattaneo, et al.⁽¹²³⁾ apontaram que mulheres com renda maior eram menos propensas a fazer uso de abrigos e serviços de assistência social e proteção, ou considerar a possibilidade de usá-los.

Estudo⁽¹²⁴⁾ que investigou a associação da situação de vulnerabilidade com VPI identificou que mulheres vivendo abaixo da linha da pobreza, fora do mercado de trabalho e com pelo menos mais um membro da família desempregado, eram mais propensas a sofrer abusos físicos e psicológicos no relacionamento. Reichel⁽¹²⁵⁾ identificou, em estudo na União Europeia, com 42.000 mulheres adultas e idosas, que a VPI está associada a baixa renda da mulher ou renda desigual no casal. Porém, quando estes fatores foram controlados por covariáveis, concluiu que a baixa autonomia das mulheres foi um preditor para ocorrência de violência mais relevante que o valor da renda obtida em si.

A **baixa escolaridade** foi associada à VPI em artigos com adultos e idosos, tal como em estudo conduzido em 15 capitais brasileiras, onde Reichenheim, et al.⁽¹¹¹⁾, destacaram que todos os tipos de violência foram mais frequentes em casais que tinham menor escolaridade (<8 anos). Em consonância com esse resultado, estudo espanhol⁽¹²¹⁾ observou maior probabilidade de VPI entre mulheres com educação formal inferior.

No entanto, não só adultos e idosos com baixa escolaridade estão em risco de VPI. Burazeri, et al.⁽⁹²⁾, na Albânia, identificaram associação da VPI com ocupar cargos elevados no emprego entre as mulheres. No mesmo estudo, foram características dos agressores a baixa escolaridade e serem oriundos de área rural. Corroborando a associação da VPI com escolaridade mais elevadas, nos EUA, Fife, et al.⁽⁹⁵⁾ encontraram maiores chances de VPI em mulheres com mais de 12 anos de estudo e que possuíam parceiros com escolaridade inferior. Na Eslovênia, também observou-se que ter diploma universitário aumentou as chances de exposição à VPI psicológica⁽¹¹⁷⁾. Esse fato pode ser explicado devido as desigualdades de gênero existentes, no qual os homens hegemonicamente assumem os papéis de provedores e chefes de famílias, detendo o poder também nos relacionamentos íntimos. Foi considerado fator de proteção para VPI ter cônjuge com o mesmo nível educacional ou superior ao da mulher⁽⁹²⁾.

Destacam-se dois estudos^(22, 24) realizados somente com idosos, com achados distintos. Burnes et al.⁽²⁴⁾ encontraram maiores chances de ser vítima de VPI em idosos, homens e mulheres, de baixa escolaridade. Porém, Stockl, et al.⁽⁸⁾, ao investigar a VPI contra mulheres entre 66-86 anos, verificaram que ter qualificação profissional e parceiros com nível superior, indica maiores chances de exposição a VPI física e sexual.

A **cor de pele** foi associada à VPI em dois estudos americanos, o primeiro realizado com mulheres que frequentavam clínicas médicas, encontrou maiores chances de VPI nas pacientes de cor de pele branca⁽¹²²⁾. Enquanto Mouton, et al.⁽¹⁰⁰⁾, encontraram quase 3 vezes mais chance de sofrer abuso física entre as mulheres negras, quando comparadas às brancas. Em outros dois estudos europeus^(110, 121), as imigrantes foram as mais propensas à VPI em comparadas às mulheres nativas.

Ser mulher segundo Breiding⁽⁸⁸⁾ foi significativamente mais propenso a sofrer violência física e/ou sexual, além da ocorrência de ferimentos como consequência de VPI, nos últimos 12 meses.

Condições de saúde

Ao se investigar o **uso de álcool, tabaco e outras drogas** houve associação com a VPI em estudos que incluíram idosos. O uso de álcool^(23, 25, 91, 125) foi o fator associado à VPI mais frequente, seguido pelo uso de outras drogas^(25, 106) e pelo tabagismo⁽¹²⁶⁾.

Destaca-se estudo chinês⁽⁸⁾ que encontrou associação entre a violência física e psicológica e o uso abusivo de álcool, ao analisar 5.049 idosos entre 60-100 anos de idade⁽⁹¹⁾. Estudo alemão encontrou associação entre VPI e uso excessivo de álcool na faixa etária de 55-65 anos, porém a associação não se manteve acima dos 66 anos.

Nos EUA, Bauer, et al.⁽¹¹⁵⁾ verificaram que mulheres vítimas de VPI foram duas vezes mais propensas a relatar o uso de álcool ou drogas na última relação sexual. Fife, et al.⁽⁹⁵⁾ identificaram que mulheres que consumiam álcool ou que tiveram parceiros que faziam uso excessivo, tinham 6,4 vezes mais chances de sofrer VPI.

A associação do uso de álcool com a perpetração e vitimização de VPI física e psicológica para ambos os sexos é afirmada em estudo coreano⁽²³⁾. Na Nigéria⁽⁸⁷⁾, ao se investigar homens e mulheres agressores. Constatou-se que 77,2% dos agressores estavam sob efeito de álcool, enquanto 62,7% eram classificados como consumidores excessivos. A proporção de homens que agrediram suas parceiras foi de

83,42%, enquanto das mulheres que agrediram seus parceiros foi de 23,27%⁽⁸⁷⁾. Em estudo brasileiro, Ally et al.⁽¹¹⁴⁾ verificaram que homens tinham 3,9 vezes mais chances de perpetrar VPI quando eram dependentes de álcool e 2,4 vezes mais chance quando faziam consumo excessivo.

O hábito tabágico também mostrou-se associado à VPI, Gerber, et al. (2005)⁽¹²⁶⁾ verificaram que fumantes tinham 1,5 vezes mais chance de sofrer VPI⁽¹²⁶⁾. Na Islândia, a probabilidade de sofrer VPI aumentou para 14% entre as fumantes⁽¹²⁰⁾. O uso de drogas ilícitas aumentou até 4,5 vezes a probabilidade de ser um perpetrador de violência no Brasil⁽¹¹⁴⁾. Na Índia, onde a prevalência de VPI foi de 55%, 42,3% dos autores de VPI eram dependentes do ópio⁽⁹⁶⁾. Entre homens e mulheres, todos os tipos de transtornos por uso de substâncias estavam associados à maior chance de perpetração de VPI. O consumo de álcool e a cannabis tiveram relação mais robusta com a VPI, após o ajustar as variáveis sociodemográficas, de condições de saúde mental e violência mútua⁽²⁵⁾.

Ao se investigar a associação de VPI às consequências para a **saúde mental**, mulheres de 55 ou mais com história de violência, relataram significativamente piores condições de saúde mental^(94, 98, 120, 127, 128) e maior uso de medicação⁽⁹⁸⁾. Dentre os agravos em saúde mental, houve maior probabilidade de depressão^(94, 116, 129-131) transtorno do estresse pós-traumático^{(98), (127)}, ideação suicida^(84, 132), ansiedade⁽⁸⁴⁾, transtornos alimentares⁽¹²⁰⁾ e sofrimento psíquico⁽¹²⁸⁾, estresse⁽⁹¹⁾, bem como a maior procura por consultas médicas no nível de atenção primária, por queixas somáticas^(97, 133).

Prosman, et al.⁽¹³¹⁾ em estudo que incluiu idosas na Holanda, verificaram que 50,8% das vítimas de abuso sofreram de depressão, enquanto apenas 6,1% das não vítimas tinham a doença. A depressão grave também era mais frequente entre as vítimas (23%) quando comparadas às mulheres não vítimas (3%). Nos EUA, Hurwitz, et al.⁽⁸⁴⁾ identificaram maiores chance deste agravo em saúde mental entre mulheres abusadas, com prevalência de 15%, nesse grupo. Esta condição de saúde mental teve efeito sobre sofrer e perpetrar violência, tanto entre as mulheres como entre os homens. Em estudo americano⁽⁹⁴⁾ com adultos e idosos que analisou as características do homem agressor, aqueles com sintomas depressivos, foram 3,2 vezes mais propensos a serem emocionalmente abusivos e 1,8 vezes mais suscetíveis a cometerem abuso físico. Homens com personalidade antissocial tinham 3,3 vezes mais chances de apresentar os dois tipos de comportamento

abusivo, que excedeu a magnitude do efeito independente para abuso físico e emocional. Hellemans, et al.(2014)⁽¹⁰⁵⁾ identificaram que houve maior impacto na saúde mental das mulheres vítimas de VPI psicológica do que nos homens.

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) era mais frequente nas mulheres que estavam em relacionamento contínuo com o agressor e tinham sofrido abuso mais recente (nos últimos 80 dias, em média), em estudo americano que investigou o aumento do cortisol relacionado à VPI⁽¹²⁷⁾. Corroborando com esses resultados, estudo espanhol⁽⁹⁸⁾ também mostrou associação positiva entre TEPT e todas as formas de VPI, com destaque para a vitimização por VPI psicológica, sendo o principal contribuinte para o desenvolvimento desse agravo.

Em estudo com mulheres adultas e idosas vítimas de VPI, a chance de ter ideação suicida e ansiedade foi 6,9 e 4,0 vezes maior para vítimas de abuso no relacionamento atual, respectivamente⁽⁸⁴⁾. O sofrimento psíquico apresentou associação mais forte com VPI de alta gravidade⁽¹²⁸⁾. Estudo chinês⁽⁹¹⁾ com idosos entre 60-100 anos, identificou que ter baixo controle de raiva e número elevado de situações de estresse esteve associado à VPI. Em relação à procura pelos serviços de saúde, as vítimas de abuso emocional, físico ou sexual tiveram maior probabilidade de procurar com maior frequência serviços de atenção primária, apresentando queixas somáticas, relacionadas principalmente ao estresse, uso de tranquilizantes e antidepressivos⁽⁹⁷⁾.

As características da VPI relacionadas à **saúde sexual** nas mulheres idosas são: presença de infecções sexualmente transmissíveis (IST)^(115, 134), menor realização de exames preventivos^(109, 113), maiores chances de desenvolver câncer de útero⁽¹³⁵⁾ e câncer de mama⁽¹⁰⁹⁾.

O histórico de IST foi significativamente associado com sofrer VPI. Bauer, et al.⁽¹¹⁵⁾ estudaram a relação entre VPI e comportamento sexual de risco, em mulheres adultas e idosas nos EUA, e identificaram maior proporção vítimas de abuso (77,4%) com histórico de IST comparadas com as mulheres não abusadas (62%). Embora as mulheres abusadas fossem mais propensas a relatar múltiplos e/ou novos parceiros sexuais, além do não uso de preservativo, esses fatores não foram associados à VPI. Sareen et al.⁽¹³⁴⁾, ao pesquisar 3.928 mulheres americanas, concluiu que as vítimas de VPI tinham 3,4 vezes mais chances de ter um diagnóstico de HIV/AIDS, em comparação às não expostas à violência.

Na Colômbia⁽¹¹³⁾, houve menores taxas de realização de exames preventivos por mulheres vítimas de VPI. Estudo americano⁽¹⁰⁹⁾ com

mulheres até 74 anos, investigou a prevalência de estar em dia com o rastreio de câncer em vítimas VPI. As mulheres que sofreram abuso físico e/ou sexual entre 40 e 74 anos, quando comparadas às que sofreram apenas abuso psicológico, tiveram 87% menos chances de estar em dia com o exame Papanicolau e 84% de diminuição chances de estar em dia com a mamografia.

A presença de câncer cervical e com neoplasia cervical pré-invasiva foi relacionado à VPI sofrida, sendo mais forte para as mulheres que acometidas por VPI física ou sexual em comparação àquelas que sofreram VPI psicológica. As mulheres com câncer de colo do útero relataram estar em relações violentas mais longas e ter sofrido agressões físicas e sexuais mais frequentes, seguidas de lesões⁽¹³⁵⁾. O câncer de mama foi mais prevalente nas que relataram abuso emocional⁽¹⁰⁹⁾.

Em relação à **saúde física**, Hurwitz, et al.⁽⁸⁴⁾, verificaram que mulheres abusadas no relacionamento atual, foram significativamente mais propensas a relatar má saúde física. Este resultado é corroborado por Cohen et al.⁽¹¹⁹⁾, Vives-Cases et al.⁽¹¹⁰⁾, Plazaola-Castano, et al.⁽¹³⁶⁾ e Montero, et al.⁽⁹⁷⁾. As principais condições de saúde física associadas à VPI foram: comprometimento funcional⁽¹⁰¹⁾, dores crônicas^(21, 103, 107, 120, 137), doenças crônicas^(103, 107, 120), sintomas gastrointestinais e problemas pélvicos⁽¹⁰⁸⁾.

Chama atenção o comprometimento funcional associado à VPI^(22, 24, 101, 138). A chance de sofrer VPI foi 52% maior para idosos com limitações físicas, nos EUA⁽¹⁰¹⁾. A redução da capacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária (AIVD) apresentou 35% mais chances de sofrer violência, no Brasil⁽²²⁾. Entende-se que a incapacidade funcional pode aumentar a vulnerabilidade dos idosos, tornando-os menos capazes de se defender dos maus tratos sofridos. As limitações físicas, restringem a participação social independente do idoso; reduzindo o convívio com outras pessoas, além dos familiares ou cuidadores que coabitam; dificultando a procura por serviços de saúde e serviços especializados para denúncia quando submetidos à violência⁽²²⁾.

Estar em situação de VPI foi associada às dores crônicas em estudos que incluíram idosos^(21, 137). Nos EUA⁽¹³⁷⁾, sofrer ferimentos leves e ameaças de violência física foi associado a dor crônica moderada. Nos relacionamentos abusivos mais longos, a dor crônica grave foi mais frequente^(21, 137). A fibromialgia também se associou à VPI⁽¹²⁰⁾. De acordo com Ruiz-Perez, et al.⁽¹⁰⁷⁾ as mulheres que relataram ter sofrido os três tipos de VPI eram significativamente mais

propensas a sofrer de alguma doença crônica e passar mais dias acamadas, em comparação as que nunca foram abusadas. Todas as formas de VPI, tinham associações significativas com sintomas gastrointestinais e problemas pélvicos, inclusive somente entre as idosas (66-86 anos)⁽¹⁰⁸⁾.

Aspectos sociais e de relacionamento

Em relação aos aspectos sociais dos idosos, os baixos níveis de **apoio social**^(104, 110, 121, 136) e **qualidade de vida**^(23, 139, 140) também foram associadas à VPI. O baixo apoio social representou 3,2 mais chances de mulheres sofrerem VPI moderada e 6,6 mais chances para VPI de alta. Homens com baixa satisfação nas relações familiares tinham 5,5 mais chances de vitimização por VPI física, quando comparados com homens satisfeitos e maiores níveis de QV. Mulheres insatisfeitas com suas relações familiares tiveram 9,5 mais chances de perpetrar a VPI física, quando comparadas com mulheres com níveis elevados de satisfação e QV⁽²³⁾.

Na Bélgica⁽¹³⁹⁾, a VPI foi negativamente associada ao bem-estar das vítimas. Baixos níveis de bem-estar mental e satisfação com a relação foram associados à VPI, para mulheres e homens. Os baixos níveis de bem-estar sexual, analisado pela satisfação, comunicação e disfunção sexual, favoreceram maior ocorrência VPI, porém com efeitos mais pronunciados nas mulheres.

Quanto aos aspectos do relacionamento, em estudos que inseriram também idosos, a **idade do parceiro** superior a 10 anos ou mais que a parceira, foi correlacionada à ocorrência de violência física e sexual, nos EUA⁽¹²²⁾. Tal resultado é corroborado por estudo na Índia⁽⁹⁶⁾. O **tempo de relacionamento** inferior a 3 anos associou-se a VPI na Suécia⁽¹⁰⁴⁾ e, tempo inferior a um ano, na Espanha⁽¹¹²⁾. De maneira oposta, na Eslovênia, relacionamentos superiores a seis anos foram associados à ocorrência de VPI⁽¹¹⁷⁾.

Exposição pregressa à violência

A exposição pregressa à violência, tal como ter presenciado **violência parental na infância**, foi associada à VPI física e sexual contra mulheres idosas⁽⁸⁾. Ter **sofrido violência física na infância**, seja abuso físico, psicológico e sexual, foi associado à maior ocorrência de VPI entre as idosas⁽⁹⁸⁾.

Neste bloco de "Violência por parceiro íntimo em idosos" foram apresentadas as principais tipologias da violência, com destaque para definição de VPI, estabelecida no relatório da OMS. Verificou-se que a prevalência de VPI em idosos varia, tanto em relação a tipologia quanto a sua magnitude, de acordo com as formas de mensuração, sexo e locais analisados. Os fatores associados mais frequentes foram o consumo de álcool e outras drogas, comprometimento da saúde física e mental, estado civil e renda. As informações encontradas reforçam a magnitude desta forma de violência e sua associação com as condições de vida e saúde das pessoas idosas.

4.3 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO E QUALIDADE DE VIDA

No item 'Violência por Parceiro Íntimo e Qualidade de Vida', o tema será explorado em três subitens. No primeiro, apresentamos o conceito de QV no contexto do envelhecimento e suas principais formas de mensuração. No segundo, abordamos a epidemiologia da VPI, investigada em estudos sobre QV. Por fim, apresentamos estudos sobre o impacto da VPI na QV de pessoas idosas.

4.3.1 Qualidade de Vida da Pessoa Idosa

O envelhecimento populacional crescente, as taxas de expectativa de vida elevadas e o interesse na redução dos gastos públicos com o adoecimento, estimularam no cenário internacional o interesse pela mensuração da QV nos idosos⁽¹⁴¹⁾. Há uma mudança de foco na pesquisa em idosos, que investigava prioritariamente a falta de saúde, declínio funcional e pobreza. Atualmente, há um deslocamento para uma percepção mais positiva do envelhecimento, como um componente natural da vida^(142, 143). Para promoção do envelhecimento saudável, o grande desafio é contribuir para a construção da imagem positiva no idoso, incentivando-o a reconhecer possibilidades de viver com autonomia, apesar das limitações decorrentes da idade⁽⁵⁴⁾.

A QV tem sido amplamente discutida em sua perspectiva multidimensional, é um constructo concebido como subjetivo e dinâmico, e suas dimensões geralmente incluem os aspectos físico, social, psicológico e, recentemente, os fatores espirituais⁽¹⁴⁴⁾. A OMS define QV como: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no

contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽¹⁴⁵⁾.

Há divergências na literatura sobre a utilização de parâmetros objetivos, tais como condições de vida e saúde observáveis, para mensuração da QV. Exemplifica-se tal situação por meio do paradoxo de que as pessoas com algum tipo de deficiência, podem enxergar-se com boa QV, mesmo que na perspectiva de observadores externos, possa parecer o contrário⁽¹⁴⁶⁾. As pessoas podem experimentar de forma diferente uma mesma situação adversa, sendo que algumas podem encará-las de forma positiva, mostrando valores de superação, mesmo durante o tratamento de doenças graves ou deficiências.

Diante dessa problemática da análise de dimensões subjetivas, emerge a crítica em relação ao conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), que é avaliada por meio dos aspectos físicos, mentais/ cognitivo e de funcionamento social⁽¹⁴⁵⁾. Moons, Budts & Geest⁽¹⁴⁶⁾ argumentam sobre o viés de se mensurar a QVRS em pessoas saudáveis e com alguma doença, visto que é necessário distinguir a influência do estado de saúde sobre a QV.

Alguns autores^(5, 9) entendem que a saúde é um fator que pode influenciar a QV dos idosos, porém não deve ser usada como indicador específico. É relevante explorar medidas que incluam experiências positivas do envelhecimento⁽¹⁴⁷⁾, uma vez que os idosos podem desenvolver estratégias de adaptação às limitações em saúde e reportar boa QV independente do declínio biológico e funcional⁽¹⁴⁸⁾.

A definição de QV em pessoas idosas envolve dimensões mais subjetivas que as possibilitem participar de atividades que valorizem e tragam bem-estar. A saúde passa a ser entendida como um recurso facilitador, mas não como essencial para obtenção de QV⁽¹⁴⁹⁾. Como por exemplo, se o idoso for dependente de cadeira de rodas para se locomover, ele possui uma incapacidade que reduz sua saúde. Entretanto, se ele viver em local com acessibilidade para cadeirantes, que lhe permite se locomover e fazer coisas que lhe dão prazer, como ir a restaurantes ou parques, ele pode possuir boa QV, independente da sua limitação em saúde.

O conceito de envelhecimento ativo está bastante relacionado às dimensões de prazer e realização pessoal, que compõem a teoria de Maslow^(11, 143). O modelo de Maslow defende a ‘hierarquia das necessidades humanas’, no qual uma necessidade, à medida que é alcançada plenamente, é substituída pela seguinte. São cinco as dimensões definidas por esta teoria⁽¹⁵⁰⁾, classificadas em: fisiológicas,

segurança, afiliação (pertencimento aos grupos sociais), autoestima e auto realização. Segundo esta teoria, o indivíduo não está apenas preocupado em manter a sobrevivência física. Uma vez que, quando as necessidades fundamentais são satisfeitas, outras mais elevadas se manifestam, tais como a autorrealização, felicidade e estima⁽¹³²⁾.

Neste sentido, o conceito de QV desenvolvido por Hyde et al.⁽⁵⁾, considera que as pessoas não estão preocupadas apenas em manter a sobrevivência, mas inclusive buscam satisfação de necessidades mais elevadas, como a auto realização, a felicidade a estima. O modelo de QV do autor possui quatro domínios: **controle**, referente à capacidade do indivíduo intervir ativamente no ambiente que está inserido; **a autonomia**, relacionada ao direito do indivíduo de ser livre da interferência indesejada de outros; a **realização pessoal** e o **prazer**, que são processos ativos e reflexivos da humanidade⁽¹⁵¹⁾. Este modelo trata os quatro domínios como iguais e inseparáveis, ao invés de hierarquicamente organizados. Assim, pode-se avaliar QV na população, a partir da satisfação dos quatro domínios: controle, autonomia, realização pessoal e prazer⁽¹¹⁾.

Estudo de revisão sistemática realizado por Bulamu, et al.⁽¹⁵²⁾ que propôs identificar os instrumentos de mensuração de QV da população idosa no mundo, concluiu que um instrumento ideal é aquele que não avalia apenas aspectos como estado de saúde e capacidade funcional, mas que considera também características mais amplas de QV nos idosos, como independência, bem-estar psicológico e relações sociais.

Os instrumentos existentes para mensuração da QV em idosos, a partir de dimensões mais amplas, não restritas à condição de saúde, são: *ICE pop CAP ability measure for Older people* (ICECAP-O), *Older People's Quality of Life* (OPQOL), *World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module* (WHOQoL-Old) e *Control Autonomy Self-realization and Pleasure* (CASP 19), segundo revisão sistemática⁽¹⁵³⁾.

O ICECAP-O avalia: afeto, segurança, papel social, prazer e controle. O OPQOL avalia a saúde, relações sociais, independência, controle, liberdade e ambientes (lar e vizinhança), bem-estar psicológico e emocional, condições financeiras, religiosas e culturais⁽¹⁵³⁾. O WHOQOL, desenvolvido e validado em diferentes culturas, pode ser aplicado em diferentes países⁽¹⁵⁴⁾. Foi adaptado para idosos, por necessidade de atributos e instrumentos específicos. O WHOQOL-OLD é um módulo complementar para uso com idosos aplicável a diferentes

culturas⁽¹⁵⁵⁾, que compreende quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente⁽¹⁵⁶⁾. Uma limitação destes instrumentos é o longo tempo de aplicação⁽¹⁵⁷⁾.

O CASP-19 considera aspectos saudáveis e positivos do envelhecimento, com claro referencial teórico que separa a QV da avaliação das condições de saúde, tratando-as como dimensões distintas^(10, 11). O instrumento é composto por 19 itens que investigam quatro domínios: controle, autonomia, realização pessoal, prazer. Sua pontuação é mensurada por escore que varia de 0 a 57 pontos, e valores menores indicam níveis de QV inferiores, enquanto os mais altos, representam elevados níveis de QV. Para cada questão há quatro opções de resposta: frequentemente (3 pontos), às vezes (2 pontos), raramente (1 ponto), nunca (0 pontos). Em seis itens a pontuação é reversa, sendo o valor máximo para “nunca” e o valor mínimo para “frequentemente”. Isso ocorre quando a questão investiga algo negativo, por exemplo: “Minha idade me impede de fazer as coisas que eu gostaria”⁽¹¹⁾.

Lima, et al.⁽¹⁵⁸⁾, realizaram a tradução de inglês para o português do CASP-19 e testaram as propriedades psicométricas do instrumento em amostra de 87 idosos no Recife. Para os domínios de controle e prazer, identificou-se uma boa consistência interna. Entretanto, para os domínios autonomia e realização pessoal, ao se remover alguns itens houve melhor consistência. A tradução e adaptação cultural indicaram que houve melhor compreensão e aplicabilidade do CASP com 16 itens, sugerindo o uso do CASP-16.

O CASP é considerado um instrumento de avaliação de QV eficaz, objetivo, padronizado, multidimensional e com boas propriedades psicométricas, principalmente porque independe das condições de saúde⁽⁹⁾. Este instrumento foi traduzido para 12 idiomas e tem sido utilizado em estudos de base populacional, tal como o *English Longitudinal Study of Aging* (ELSA) e o *Survey of Health, Aging and Retirement in Europe* (SHARE). Contudo, o uso da escala fora da Europa ainda é limitado⁽¹⁵⁸⁾.

4.3.2 Epidemiologia da Violência por Parceiro Íntimo nos estudos sobre Qualidade de Vida nos idosos

Neste item, para explorar a temática de VPI associada à QV, fez-se necessária uma revisão de literatura, sendo a primeira realizada no período de janeiro a março de 2016, com duas atualizações realizadas em março de 2017 e março de 2018. As bases de dados investigadas

foram Pubmed, Web of Science, Scopus, PsycInfo, Lilacs. Buscou-se responder a seguinte questão: ‘Existe associação entre VPI e QV em pessoas idosas?’ O protocolo desta revisão é apresentado no Apêndice 5 com a detalhamento das chaves de busca que compuseram a pesquisa.

Foram incluídos artigos sobre a VPI em idosos e que apresentaram informações relativas à relação desta na QV. (Apêndice 6). Alcançou-se o conjunto de onze artigos^(2, 26, 38, 39, 42, 159-164) para o presente estudo de revisão, que são apresentados no Apêndice 7. Todos os artigos são publicações internacionais oriundas da América do Norte, Oceania ou Europa, representando países desenvolvidos. Em relação ao idioma, apenas um artigo foi publicado em alemão e os demais em inglês. O ano de publicação variou entre 2006 e 2017.

Três estudos foram realizados com homens e mulheres, enquanto os demais apenas com mulheres. Em relação à faixa etária, dois estudos investigaram a VPI e QV somente em idosos, os demais foram realizados com pessoas adultas e idosas. Os instrumentos mais utilizados para mensurar a QV foram WHOQOL-BREF e SF-36. Para analisar a violência, utilizou-se com maior frequência os instrumentos *Severity of Violence against Women Scale* (SVAWS), que mensura a violência física, sexual e psicológica perpetrada por parceiro íntimo e o *Conflict-Tactics-Scales* (CTS), nas versões 1 e 2. Os tipos de violência abordada foram física, psicológica, sexual e financeira. A violência física foi abordada em todos os estudos, a violência sexual e psicológica na maioria deles, enquanto a violência financeira somente em dois estudos e o comportamento controlador, em apenas um. As naturezas, atos de violência e suas prevalências encontradas nos artigos que investigaram a associação entre VPI e QV, são apresentados a seguir.

Houve dois artigos que analisaram **somente idosos**^(26, 39), um conduzido com homens e mulheres, e verificou as seguintes prevalências por tipo de violência: negligência (1,1%), abuso financeiro (0,7%), abuso psicológico e físico (0,4%) e abuso sexual (0,2%). Uma limitação desse estudo é que as proporções não se referem exclusivamente à violência perpetrada pelo parceiro íntimo⁽³⁹⁾. Em uma síntese das conclusões do relatório *National Elder Abuse and Neglect* entre idosos no Reino Unido, o qual identificou que do total dos casos de abuso contra idosos, o parceiro(a) foi responsável por 51% dos abusos⁽¹⁶⁵⁾. O segundo estudo somente com idosos, incluiu apenas mulheres (n=593) com idade superior a 60 anos, conduzido por Lang e Enzenhofer⁽²⁶⁾, na Áustria e verificou que quase um quarto (23,8%) estiveram expostas à violência, sendo que 6,1% por negligência, 4,7%

por exploração financeira, 3,5% por comportamento controlador e, 2,1% por violência física ou abuso sexual⁽²⁶⁾

Os cinco tipos de VPI analisados nos idosos, no estudo com mulheres austríacas⁽²⁶⁾, consideram os seguintes atos de violência: negligência (negar ajudar para comer, fazer comprar, preparar refeições, realizar cuidados pessoais e administrar medicação); violência psicológica (gritar, irritar, ameaçar ou provocar sofrimento, que pode ser presencialmente, por telefone ou por escrito); violência física (agredir fisicamente, reter por meio da força física, bater com algum objeto, ameaçar ou agredir com uso de armas); violência sexual (exposição forçada à material pornográfico, contato ou ato sexual sem consentimento) violência financeira (explorar ou extorquir dinheiro, bens, propriedades ou tomar decisão financeiras sobre o dinheiro do idoso, sem seu consentimento), comportamento controlador (impedir de fazer suas escolhas pessoais sobre atividades cotidianas, controlar o contato com demais pessoas).

Outros nove estudos^(2, 38, 42, 159-164) analisaram a associação entre VPI e QV em **adultos e idosos** conjuntamente. Dentre esses, dois analisaram **homens e mulheres**^(2, 161) e sete **apenas mulheres**^(38, 42, 159-164). Em relação às pesquisas que incluíram ambos os sexos, estas foram conduzidos na Europa. Estudo de Costa et al.⁽¹⁶¹⁾, multicêntrico, aplicado em seis cidades (Athenas, Budapeste, Londres, Ostersund, Porto e Stuttgart), e o estudo de Sorensen, et al.⁽²⁾, conduzido na Dinamarca.

No estudo multicêntrico europeu⁽¹⁶¹⁾, houve maior predominância da violência física sofrida por mulheres e perpetrada por homens. As prevalências para agressão física em mulheres e homens respectivamente, foram: ser vítima (7,7 e 3,0%), perpetrador (1,6 e 7,5%) e de violência bidirecional (9,7 e 12,5%), com diferença estatística significativa. Ser vítima de violência sexual também foi mais prevalente nas mulheres (11,3%) que homens (3,5%), com diferença estatística entre os sexos. Destacam-se os resultados encontradas a Dinamarca⁽²⁾, onde prevalência de VPI física em ambos os sexos foi 4,9% no ano de 2000 e 5,7% em 2005. Porém, mais homens (6,2% e 6,4%) que mulheres (3,8% e 5,0%) relataram sofrer VPI física, nos anos de 2000 e 2005, respectivamente.

Os estudos conduzidos **apenas com mulheres**, foram realizados na Austrália^(159, 163, 164), Estados Unidos^(42, 162), Noruega⁽³⁸⁾ e Canadá⁽¹⁶⁰⁾. Estudo longitudinal australiano⁽¹⁶⁴⁾ identificou o aumento de VPI ao longo do tempo. Na primeira onda, em 1996, 12% das mulheres, com idade média de 50 anos (± 5) foram vítimas de VPI. Enquanto na sexta

onda, em 2012, a prevalência de VPI na mesma população aumentou para 16%. Na Austrália⁽¹⁵⁹⁾, estudo transversal, apresentou que 27,4% das mulheres relataram ter sofrido pelo menos um tipo de VPI. As maiores taxas de prevalência, considerando-se a presença de ao menos um episódio na vida foram: abuso sexual (14,7%), seguido por perseguição (10,0%), estupro (8,1%) e violência física (7,8%).

Na Noruega⁽³⁸⁾, ao analisar mulheres abrigadas, foi encontrada elevada proporção de violência psicológica e física (37%). A violência psicológica foi a mais comum, estando presente em 70% das entrevistadas. Estudo americano⁽⁴²⁾, também com mulheres em abrigos, as prevalências de violência encontradas foram elevadas: 66,7% para violência psicológica, 84,8% para violência física (moderada e grave), 72,7% para abuso sexual e 60,6% para todos os três tipos de violência. No estudo de Coker⁽¹⁶²⁾ que analisou mulheres com câncer, em uma coorte de 3.278 mulheres que foram entrevistadas por telefone, 1.221 (37,3%) sofreram VPI ao longo da vida, sendo destas 33,6% para violência psicológica, 24,5% física e 10,6% sexual.

4.3.3 Impactos da Violência por Parceiro Íntimo na Qualidade de Vida dos idosos

Ao se pesquisar na literatura estudos que analisaram a associação entre QV e VPI, buscamos identificar o impacto desta violência sobre a QV de mulheres e homens idosos. Nos onze trabalhos selecionados (Apêndice 7). Estudos que analisaram somente idosos ou adultos e idosos, em ambos os sexos ou somente mulheres, encontraram redução dos níveis de QV quando houve exposição à VPI, em comparação aos indivíduos não expostos.

Estudos conduzidos **somente com idosos** utilizaram instrumentos para mensurar a QV (EUROHIS-QoL e CASP-19) a partir de aspectos mais subjetivos, com indicadores reflexivos sobre bem-estar e satisfação com aspectos centrais da vida. Enquanto nos estudos que incluíram **adultos e idosos** utilizaram-se principalmente instrumentos que mensuram a QVRS. Esse achado vai ao encontro da literatura que aborda as definições de QV para idosos, recomendando que se analise-a a partir de dimensões subjetivas, que vão além das questões de saúde física e mental, por considerar que grande parte dos idosos pode ter alguma morbidade instalada, embora possam ainda possuir boa QV^(149, 152, 153, 166).

Nos estudos realizados somente com idosos, Lang e Enzenhofer⁽²⁶⁾ identificaram que a presença de violência psicológica, negligência e comportamento controlador afetam negativamente a QV. Enquanto Manthorpe et al.⁽³⁹⁾, ao analisar a associação da exposição à VPI e QV, demonstraram impacto negativo sobre o desfecho, reduzindo os níveis de QV. A solidão e a depressão também foram fatores associados à VPI que contribuem com a redução da QV.

Foram dois estudos^(2, 161) que incluíram adultos e idosos em suas amostras e analisaram a QVRS em homens e mulheres. Costa et al.⁽¹⁶¹⁾ avaliaram a QVRS a partir das percepções de bem-estar, saúde física, saúde mental, aspectos sociais e atividades de vida diária, por meio do instrumento SF-36 e identificaram que a QVRS está associada à violência física e sexual e, variou de acordo com o sexo e papel de vítima/perpetrador. Houve associação relevante com o componente de saúde mental do SF-36, para as mulheres vítimas de violência física ou sexual no ano anterior, porém o mesmo não foi observado entre os homens vítimas. Nos homens, os menores escores do componente de saúde mental foi identificado entre aqueles que foram vítimas e perpetradores concomitantemente (violência bidirecional). O estudo⁽¹⁶¹⁾ concluiu que sofrer VPI física e sexual está associado negativamente com a QVRS.

Sorensen et al.⁽²⁾ ao analisar a QVRS, a partir de uma versão reduzida do SF-36, em homens e mulheres dinamarqueses encontraram redução dos níveis de QV para vítimas de violência física em ambos os sexos. Ao comparar homens e mulheres em diversas faixas etárias, concluiu que pessoas mais velhas apresentam maior redução de QV, quando expostas à VPI⁽²⁾.

Nos estudos que analisaram apenas mulheres^(38, 42, 159- 164), todos encontraram redução dos níveis de QV das mulheres em situação de VPI, em comparação ao grupo não exposto à violência. Alsaker (2006)⁽³⁸⁾ encontrou redução da QVRS indicando que a violência, além de ser um fardo emocional, possui também consequências físicas tais como: menor capacidade física, maior proporção de dor física, além de níveis da avaliação global de saúde mais baixos. Ainda, as mulheres agredidas sofrem interferência extrema e frequente em atividades sociais, por causa de problemas físicos ou emocionais acarretados pela exposição à violência. A QVRS foi significativamente mais baixa que os escores encontradas na população feminina norueguesa em geral.

Estudo oriundo de pesquisa longitudinal da Austrália, que avaliaram QVRS de mulheres adultas e idosas, encontrou que ser

cuidadora informal de algum membro da família ou conhecida somado a sofrer VPI resultou em maior perda de QV nos domínios de saúde física e mental, quando comparado às mulheres que sofreram a VPI e não eram cuidadoras. Estes resultados apontam que os papéis de gênero comumente atribuídos à mulher no âmbito familiar, tais como a submissão que facilita a ocorrência de violência perpetrada pelo companheiro, bem como assumir os cuidados de algum familiar, são fatores que acarretam prejuízos na QV das mulheres⁽¹⁶³⁾. Um segundo estudo extraído da mesma pesquisa longitudinal, composta por três coortes de nascimento (1973-78, 1946-51 e 1921-26) avaliadas em seis ondas distintas, concluiu que mulheres de todas as faixas etárias (adultas e idosas) tiveram sua QV afetada, nos domínios de saúde física e mental, devido à exposição a VPI, ao longo de 16 anos de estudo. A vitimização por VPI provocou perda de QV, atravessando gerações, consolidando-se como um efeito intergeracional da violência sofrida em algum momento da vida⁽¹⁶⁴⁾.

Estudo americano que mensurou o impacto da VPI na QV de mulheres com câncer, entre 18-79 anos, identificou que a perda de QV é mediada pelo estresse e sintomas depressivos que acometem as vítimas de violência, impactando também em menores coeficientes de sobrevivência. Os comportamentos controladores e intimidação praticada pelos parceiros influencia direta e indiretamente no acesso ao tratamento recomendado para o câncer, bem como na capacidade de recuperação dessas mulheres. A investigação e ocorrência de VPI (atual e pregressa), pode beneficiar mulheres recém-diagnosticadas com câncer, devendo ser implementada nos contextos clínicos de tratamento oncológicos⁽¹⁶²⁾.

No Canadá, comparou-se dois grupos de mulheres vítimas de VPI, um deles recebeu acompanhamento de equipe de saúde para superação e enfrentamento das questões de violência, enquanto outro não. Observou-se que as mulheres acompanhadas apresentaram melhoria da QV perdida mais rapidamente que àquelas que não receberam este apoio, bem como redução da recorrência de VPI ao longo do tempo, melhoria dos sintomas de estresse pós-traumático, problemas com álcool, depressão e saúde mental em geral⁽¹⁶⁰⁾.

Desta forma, Rees, et al.⁽¹⁵⁹⁾ destacam a necessidade do enfoque da saúde pública em relação à VPI contra mulheres e também ações que sensibilizem para a prevenção da violência de gênero de forma mais ampla. Promover ações de educação em saúde com vistas a igualdade entre os sexos, além de dar visibilidade aos impactos para saúde e QV

destes abusos, são necessários para se avançar enquanto sociedade na prevenção de violências. Ao encontro dessa perspectiva, outros autores^(26, 38) apontam para a necessidade de maior destaque sobre a situação de violência entre idosos, sugerindo que profissionais de saúde devem dar prioridade ao desenvolvimento de planos de intervenção para as vítimas de VPI.

Ao final do bloco de 'Qualidade de Vida da Pessoa Idosa', constatou-se que a análise da QV em idosos deve incluir aspectos subjetivos do envelhecimento, relativas ao bem-estar, autorrealização e felicidade, não restringindo-se aos aspectos de saúde física e mental. Destaca-se que todos os estudos incluídos identificaram menor nível de QV em mulheres envolvidas em situação de VPI, de quaisquer tipologias, tanto sofrida como perpetrada. Homens apresentaram menor QV quando sofreram violência física ou estiveram em situação de VPI bidirecional.

5. MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O EpiFloripa Idoso se constitui em um estudo longitudinal, de base populacional e domiciliar, com duas ondas, 2009/2010 e 2013/2014. O presente estudo, utilizou dados provenientes da segunda onda da pesquisa, realizada no período de 2013/2014, com delineamento transversal.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na zona urbana do município de Florianópolis, capital de Santa Catarina e localizado no centro-leste do estado. De acordo com as estimativas do IBGE para o ano de 2015, a cidade possuía 469.690 habitantes⁽¹⁶⁷⁾. No último censo de 2010 a população total foi de 421.240, dos quais 49.793 pertencentes à faixa etária igual ou superior a 60 anos, o equivalente a 11,5% da população total (IBGE, 2010)⁽¹⁶⁸⁾. Apresentou índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de 0,847, em 2010, considerado alto, o que colocou o município na 3ª posição dentre todos os municípios brasileiros⁽¹⁶⁹⁾. A mortalidade infantil foi de 5,2/1000 nascidos vivos em 2013, a esperança de vida de 77,4 anos e a taxa de fecundidade de 1,2 filhos por mulher, em 2010⁽¹⁷⁰⁾.

5.3 SELEÇÃO E AMOSTRA –EPIFLORIPA IDOSO 2009/2010

Para o cálculo do tamanho da amostra na linha de base, utilizou-se a fórmula para cálculo de prevalência, para amostra causal simples adicionada de um valor relativo ao efeito do delineamento estimado (amostra por conglomerados) e de uma proporção de perdas previstas. Para tal, utilizou-se o programa Epi-Info⁽¹⁷¹⁾, versão 6.04, de domínio público, considerando-se os seguintes parâmetros:

$n = N \cdot z^2 \cdot P(1-P)/d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot P(1-P) \cdot X_{deff} + \% \text{ de perdas estimadas}$

Onde:

n = Tamanho mínimo da amostra necessária para o estudo;

N = Número da população de referência: 44.460

Z = nível de confiança (geralmente igual a 5%) expresso em desvios-padrão (1,96)

P = prevalência esperada do fenômeno a ser investigado na população: 50% (dados desconhecidos). Ou seja, o desfecho foi considerado como prevalência desconhecida ou 50%.

D = Erro amostral previsto (precisão): 4,0%;

deff = efeito do delineamento amostral do estudo, por conglomerados, estimado como igual a 2

% Perdas estimadas: 20%

% controle de fatores de confusão: 15% (para os estudos de associação)

Aplicando-se a fórmula descrita, obteve-se tamanho da amostra igual a 1.599. O processo de amostragem foi realizado através de conglomerados em dois estágios: setores censitários e domicílios. Para selecionar as unidades de primeiro estágio, os 420 setores urbanos de Florianópolis foram estratificados em ordem crescente de renda (R\$ 192,80 – R\$ 13.209,50), e sorteou-se sistematicamente 80 destes setores (8 setores em cada decil de renda).

Para seleção das unidades de segundo estágio, os domicílios, considerou-se que segundo o IBGE⁽¹⁷²⁾, o número médio de moradores por domicílio em Florianópolis equivalia a 3,1. Como a faixa etária de interesse da pesquisa corresponde a aproximadamente 11% da população, obtêm-se em média, por setor censitário, 102 pessoas na faixa etária de interesse ou 1 idoso a cada três domicílios. Estimou-se, portanto, que deveriam ser visitados cerca de 60 domicílios por setor censitário, para se encontrar os 20 idosos. Estes domicílios foram sorteados sistematicamente e os idosos residentes nos respectivos locais entrevistados. Localizaram-se 1.911 idosos elegíveis para pesquisa, e foram entrevistados 1.705 (taxa de resposta de 89,2%).

5.4 AMOSTRA – EPIFLORIPA IDOSO 2013/2014

Na segunda onda, realizou-se a busca ativa dos 1.705 idosos entrevistados na primeira onda (2009/2010) e identificados os elegíveis (n=1.485). Inicialmente foi realizada a conferência no banco do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (MS), por local de residência (Santa Catarina), referente aos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012. Posteriormente foram enviadas cartas para os 1.400 idosos que possuíam cadastro com endereço completo, onde foi

informado sobre a realização de nova entrevista. Das cartas enviadas, 109 retornaram por endereços inexistentes ou mudança de endereço. A partir disso, iniciou-se o contato telefônico com os idosos para atualização do endereço e telefone. Nos casos em que não se obteve sucesso nos contatos, buscou-se atualização via Sistema InfoSaúde (sistema informatizado de saúde da prefeitura municipal de Florianópolis), redes sociais, lista telefônica, contato com vizinhos, parentes e/ou amigos. Ao longo da coleta de dados, no banco de 2009/2010 foram identificados dois idosos duplicados e um com idade incompatível ao estudo (59 anos). Foram registrados 217 óbitos, 129 recusaram a participação e 159 considerados perdas (111 foram por não localização), totalizando 1.197 entrevistados.

5.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população deste estudo é composta por parte dos idosos entrevistados na segunda onda do EpiFloripa Idoso. 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 31(2,6%) que não quiseram respondê-lo. Ao total, foram 651 idosos que compuseram a população deste estudo, o que corresponde a 54,4% do total de entrevistados na 2ª onda do estudo EpiFloripa 2013/2014. Na figura 1 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.

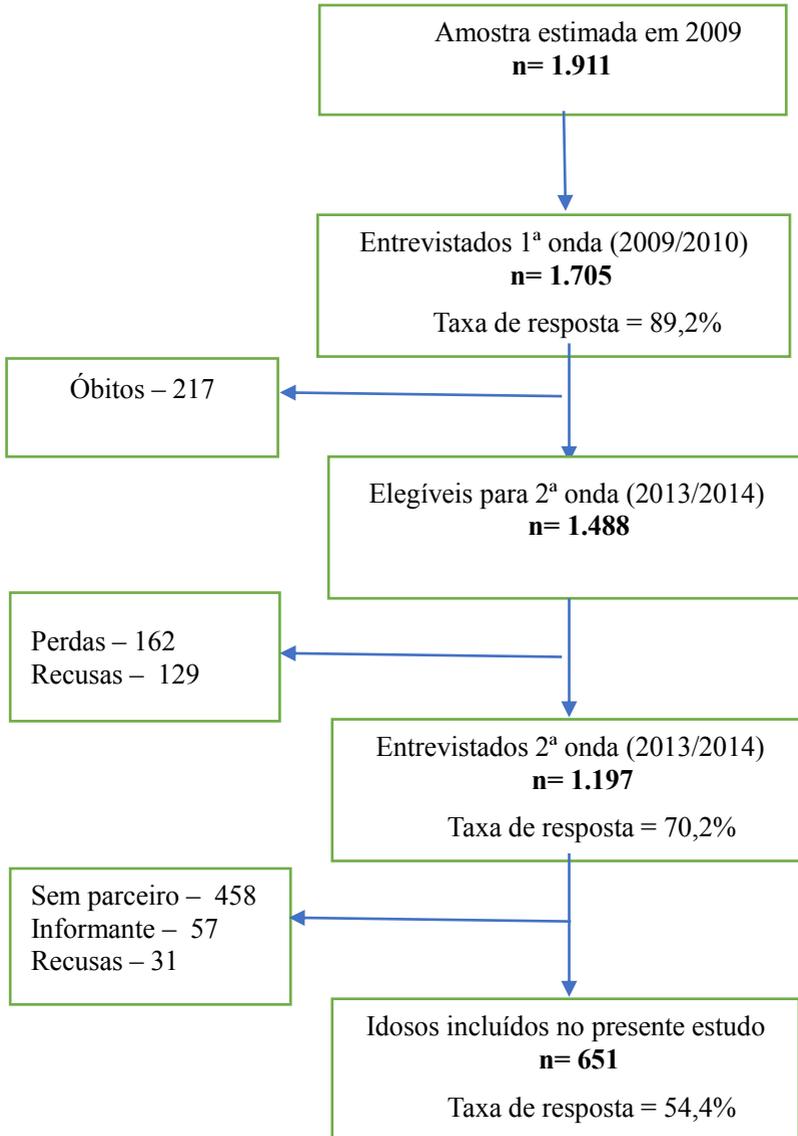


Figura 1. Fluxograma do tamanho da amostra de estudo.

5.6 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

5.6.1 Equipe de trabalho

A equipe foi composta por uma coordenadora, professora do Departamento de Saúde Pública da 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.

5.6.2 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.

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.

5.6.3 Pré-teste do instrumento

Todos os entrevistadores realizaram uma entrevista acompanhado por seu supervisor como parte do treinamento. Buscou-se avaliar o entrevistador e testar o programa desenvolvido para aplicação do instrumento, a compreensão das questões por parte dos entrevistados e a qualidade das informações coletadas. Com isso, objetivou-se padronizar a coleta de dados e minimizar possíveis erros. Foi realizado um pré-teste do instrumento utilizado na primeira onda, em junho de 2009, com 20 idosos de diversos níveis de escolaridade, pertencentes a setores censitários não inclusos na pesquisa. Para 2013/2014 o pré-teste foi com 15 idosos não participantes do estudo.

5.6.4 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.

5.6.5 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. A coleta de dados teve duração de um ano, entre novembro de 2013 e novembro de 2014.

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.

As eventuais dúvidas dos entrevistadores poderiam ser esclarecidas por meio de consulta ao manual de instruções e contato com o supervisor. Ao final de cada entrevista, era realizada a conferência do questionário para certificar-se de que todas as questões haviam sido respondidas e registradas corretamente. Por fim, os entrevistadores compartilharam os questionários respondidos por meio eletrônico com os supervisores e coordenadores da pesquisa.

5.6.6 Perdas e recusas

No estudo de 2009/2010, os entrevistadores visitaram todos os domicílios sorteados, para identificar o número de idosos elegíveis. Nos

setores em que não houve o número mínimo de 20 idosos elegíveis dentre os sorteados, os entrevistadores visitaram o domicílio imediatamente à direita (sentido horário), e caso houvesse algum idoso, foi convidado a participar. Considerou-se perdas do estudo, os idosos que não foram localizados após quatro visitas em períodos do dia alternados, incluindo uma tentativa no final de semana. Os que estavam impossibilitados de responder por motivo de viagem ou internação hospitalar.

Em 2013/2014, foram considerados perdas da amostra, os idosos não localizados por falta de endereço atualizado e os que mudaram de cidade (fora da Grande Florianópolis). Considerou-se recusa quando os idosos declararam não ter interesse em participar. Quando a recusa foi manifestada por telefone, houve visita no domicílio para novo convite e realização da entrevista ou confirmação da recusa.

5.6.7 Análise de inconsistências

Semanalmente foi realizada a verificação de consistência dos dados pelos supervisores junto aos entrevistadores. Verificaram-se as respostas inconsistentes e se efetuaram as modificações necessárias no banco de dados. A supervisora geral do estudo também participou dessa avaliação.

5.6.8 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.

5.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO E INSTRUMENTO DE MEDIDA

Para o inquérito populacional do Estudo EpiFloripa Idoso 2013/2014, 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, QV, sintomas depressivos, experiências discriminatórias, violência, uso de serviços de saúde, equilíbrio, ocorrência de fraturas e percepção do ambiente urbano. Para o presente estudo, foi explorada a variável de VPI, bem como as variáveis demográficas, socioeconômicas, de condições de saúde e de QV, conforme descritas no Quadro 1.

Quadro 1. Variáveis do estudo

Variáveis	Dependente/ Independente	Natureza	Utilização
Violência por parceiro íntimo sofrida	Dependente/ independente	Qualitativa nominal/ dicotômica	Não/ Sim
Violência por parceiro íntimo perpetrada	Dependente/ independente	Qualitativa nominal/ dicotômica	Não/ Sim
Violência por parceiro bidirecional	Dependente/ independente	Qualitativa nominal/ dicotômica	Não/ Sim
Qualidade de vida - escore geral	Dependente	Quantitativa discreta	Pontuação do escore: 0 a 57
Qualidade de Vida - Controle/ Autonomia	Dependente	Quantitativa discreta	Pontuação do escore: 0 a 27
Qualidade de Vida - Realização pessoal/ Prazer	Dependente	Quantitativa discreta	Pontuação do escore: 0 a 30
Sexo	Independente	Qualitativa nominal/	Feminino/ Masculino

		dicotômica	
Idade (anos)	Independente	Qualitativa ordinal	60- 69; 70- 79; 80 ou mais
Status conjugal	Independente	Qualitativa nominal/ politômica	Casado; com companheiro/ Solteiro/ Separado; divorciado/ Viúvo
Cor de pele	Independente	Qualitativa nominal/ politômica	Branca/ Preta/ Parda, amarela ou indígena
Renda familiar (salários mínimos)	Independente	Qualitativa ordinal	Menor que 1/ Entre 1 e 5/ Entre 5 e 10/ Maior que 10
Escolaridade	Independente	Qualitativa ordinal	Sem escolaridade formal/ 1 a 4 anos/ 5 a 8 anos/ 9 a 11 anos/ 12 anos ou mais
Coabitação	Independente	Qualitativa nominal/ dicotômica	Sozinho/ Cônjuge ou familiares
Dependentes da renda	Independente	Qualitativa nominal/ dicotômica	Não/ Sim
Trabalho remunerado	Independente	Qualitativa nominal/ dicotômica	Não/ Sim
Autopercepção em saúde	Independente	Qualitativa nominal/ politômica	Muito boa; boa/ Regular/ Ruim; muito ruim
Consumo de álcool	Independente	Qualitativa nominal/ politômica	Nunca/ Moderado/ Alto
Hábito de fumar	Independente	Qualitativa nominal/ politômica	Nunca fumou/ Ex-fumante/ Fuma atualmente
Morbidades	Independente	Qualitativa	Nenhuma; uma/ Duas

autorreferidas		nominal/ dicotômica	ou mais
Sintomas depressivos	Independente	Qualitativa nominal/ dicotômica	Normal/ Suspeita à depressão
Déficit cognitivo	Independente	Qualitativa nominal/ dicotômica	Negativo/ Positivo
Dependência em Atividades de Vida Diária	Independente	Qualitativa nominal/ dicotômica	Ausência/ Leve/ Moderada; grave

Violência por parceiro íntimo

A violência por parceiro íntimo (VPI), objeto principal de investigação deste estudo, foi o desfecho da análise ao se investigar a associação com variáveis sociodemográficas, econômicas e de condições de saúde (variáveis exploratórias). Na análise de associação com a qualidade de vida QV (desfecho), a VPI foi utilizada como variável exploratória.

Mensurou-se VPI por meio do instrumento, traduzido para o português e adaptada transculturalmente no contexto brasileiro, *Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1)*⁽¹⁷³⁾ (Anexo 2), 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 2).

Quadro 2. 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>O(a) Sr.(a) ameaçou ele(a) com faca ou arma?</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> <p>E ele(a) ameaçou ele(a) com faca ou arma?</p>

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). Quando o mesmo indivíduo sofreu e perpetrou violência, classificou-se como violência bidirecional. 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^(111, 174).

Qualidade de vida

A QV foi o desfecho ao se analisar sua associação com VPI. Esta foi mensurada na segunda onda do EpiFloripa pelo CASP-19 (Anexo 1), instrumento validado para o português e possui uma medida de QV específica para idosos. De acordo com Hyde *et al.*⁽⁵⁾, a escala compreende quatro domínios, distribuídos em 19 itens: Controle (4), Autonomia (5), Realização Pessoal (5) e Prazer (5) (Quadro 3).

Segundo estudo de validação transcultural do CASP-19 para idosos no Brasil⁽¹⁵⁸⁾, este instrumento possui boas propriedades psicométricas, sendo de fácil utilização por entrevistados e entrevistadores. Embora seu uso ainda seja limitado fora do continente europeu, encontra-se traduzido para 12 idiomas e utilizado amplamente em estudos nacionais e internacionais.

Quadro 3. Questões do CASP-19 segundo domínios de qualidade de vida

Domínios	Questões
Controle	1. Minha idade me impede de fazer as coisas que eu gostaria de fazer. 2. Eu sinto que o que acontece comigo, está fora do meu controle. 3. Eu me sinto livre para planejar o futuro. 4. Eu me sinto excluído de tudo.
Autonomia	5. Eu posso fazer as coisas que eu quero. 6. As responsabilidades familiares me impedem de

	<p>fazer o que quero.</p> <p>7. Eu me sinto livre para fazer as coisas.</p> <p>8. Minha saúde me impede de fazer as coisas que eu quero.</p> <p>9. A falta de dinheiro me impede de fazer as coisas que eu quero.</p>
Realização pessoal	<p>10. Eu fico animado a cada dia.</p> <p>11. Eu sinto que minha vida tem sentido.</p> <p>12. Eu gosto das coisas que faço.</p> <p>13. Eu gosto de estar na companhia de outras pessoas.</p> <p>14. De modo geral, eu olho para o meu passado com uma sensação de felicidade.</p>
Prazer	<p>15. Eu me sinto cheio de energia hoje em dia.</p> <p>16. Eu escolho fazer coisas que nunca fiz antes.</p> <p>17. Eu me sinto satisfeito com o rumo que a minha vida tomou.</p> <p>18. Eu sinto que a vida está cheia de oportunidades.</p> <p>19. Eu sinto que o meu futuro parece bom.</p>

Os quatro domínios de QV (controle, autonomia, realização pessoal e prazer) possuem o mesmo nível de importância, sem organização hierárquica. Para cada item, há quatro opções de resposta em uma escala do tipo *Likert*, no qual as pontuações variam em frequentemente (3 pontos), às vezes (2 pontos), raramente (1 ponto) ou nunca (0 pontos). Dos 19 itens, os 1, 2, 4, 6, 8 e 9 tem valores reversos. O escore do CASP-19 varia de 0, que representa a ausência completa de QV, a 57 quando há satisfação total⁽⁵⁾.

A QV foi mensurada pelo escore total e por dois domínios. O primeiro consistiu no controle/ autonomia (escores de 0 a 27) e o segundo em realização pessoal/prazer (escores de 0 a 30). O agrupamento das quatro dimensões do CASP-19 em dois domínios, foi realizado pois estudos prévios^(147, 175) verificaram não haver distinção suficiente, para condução de análises individuais. Em avaliações

psicométricas realizadas no Leste Europeu e na Irlanda^(147, 175), concluiu-se que controle e autonomia, relativos à capacidade individual de iniciar e alcançar objetivos; e realização pessoal e prazer, que representam o alcance pleno do potencial humano, quando agrupados, representam melhor a QV dos idosos. Procedeu-se a análise de associação entre o escore total de QV e seus domínios (controle e autonomia, realização pessoal e prazer) com as categorias da variável de VPI (sofrida, perpetrada e bidirecional).

Variáveis demográficas e socioeconômicas

- **Idade** – autorreferida no momento da pesquisa, em anos completos.
- **Sexo** – observado pelo entrevistador no momento da pesquisa.
- **Situação conjugal** – informado no momento da pesquisa, escolhendo-se dentre as opções: casado (a); solteiro (a); divorciado (a) / separado (a) ou viúvo (a).
- **Cor da pele** - autorreferida no momento da pesquisa, entre as opções: branca, parda, preta, amarela e indígena.
- **Renda familiar em salários mínimos** – informada a partir do total de ganhos mensal de todos os residentes do domicílio em salários mínimos (SM).
- **Escolaridade** - em anos completos de estudo (com aprovação), informada no momento da entrevista.
- **Coabitação** – informado a partir da pergunta “Com quem o(a) Sr(a) mora?”.
- **Possui trabalho atual remunerado** – informado a partir da pergunta “O(a) Sr(a) tem algum trabalho remunerado atualmente?”.

Variáveis de condições de saúde

- **Autopercepção em saúde** – informada a partir da pergunta “Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde é?”
- **Frequência de consumo de álcool** – a frequência de ingestão de bebida alcoólica foi classificada em nunca/ moderado/ alto; e definida pelas três primeiras questões do Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (nunca [nunca consome bebidas alcoólicas]; moderado [consome até uma dose de álcool em um dia comum e nunca consome 5 ou mais doses em uma única ocasião]; alto [consome mais de 2 doses em um dia normal ou 5 ou mais doses em uma única ocasião])
- **Hábito de fumar** – informado por meio da pergunta: ‘O(a) Sr.(a) fuma ou fumou cigarros?’

- **Morbidades autorreferidas** – serão investigadas as seguintes morbidades: câncer, doença cardíaca, acidente vascular cerebral ou isquemia cerebral, hipertensão e diabetes, por meio de questionário autorreferido, onde o idoso informou se algum médico ou profissional de saúde já disse o diagnosticou com alguma das morbidades citadas.
- **Estado cognitivo** – obtido por meio da análise dos dados do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)⁽¹⁷⁶⁾. Este é um instrumento que avalia as funções cognitivas de orientação temporal, orientação espacial, memória imediata e evocada, atenção e cálculo, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore do MEEM varia de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até o máximo de 30 pontos, que corresponde a melhor capacidade cognitiva. Para a classificação de provável déficit cognitivo utilizou-se o nível de escolaridade para a definição dos pontos de corte, 19/20 para idosos sem escolaridade e 23/24 com educação formal. Os indivíduos que atingirem pontuação menor que a estabelecida, para cada nível de escolaridade, serão classificados com provável déficit cognitivo.
- **Capacidade funcional** – obtido por meio da análise dos dados da escala de atividades da vida diária (AVD), composta por 15 atividades: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro em tempo, deitar/levantar-se da cama ou cadeira, alimentar-se sozinho, pentear-se, cortar as unhas dos pés, subir um lance de escada, andar no plano (atividades básicas para a manutenção corporal ou atividades pessoais – AVDP), preparar refeições, subir escadas, pegar ônibus, ir andando a um lugar perto de sua casa, tomar remédios na hora certa e fazer limpeza de casa (atividades básicas para o convívio independente na comunidade ou instrumentais – AVDI). Para a classificação da capacidade funcional são adotados os seguintes critérios: ausência de dependência (incapacidade/dificuldade em nenhuma das atividades); dependência leve (incapacidade/dificuldade para realizar 1-3 atividades) e dependência moderada/grave (incapacidade/ dificuldade em quatro ou mais atividades)⁽¹⁷⁷⁾.
- **Sintomas depressivos** – identificado por meio da análise dos dados oriundos da Geriatric Depression Scale (GDS), escala simples e de fácil aplicação, bem aceita na prática clínica e na pesquisa⁽¹⁷⁸⁾, criada por Yesavage e col. (1983)⁽¹⁷⁹⁾. A escala utilizada no Epifloripa foi também utilizada no estudo Epidoso⁽¹⁸⁰⁾, mostrando-se adequada para a população brasileira^(181, 182). O ponto de corte utilizado para a avaliação são cinco/seis (não caso/caso)^(181, 182).

5.8 ANÁLISE DE DADOS

Realizou-se estatística descritiva para as características sociodemográficas, econômicas e condições de saúde da população de estudo. A prevalência de VPI foi estratificada em homens e mulheres, de acordo com a natureza desta violência: qualquer ato (física ou psicológica), física (isolada), psicológica (isolada), física e psicológica concomitante; e direcionalidade da violência: sofrida, perpetrada e bidirecional (quando o mesmo entrevistado sofreu e perpetrou violência). Aplicou-se o teste qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher (para $n < 20$), para comparação dos coeficientes de violência entre os sexos.

Na identificação dos fatores associados à VPI, considerou-se qualquer ato de VPI como desfecho. Aplicou-se análise não ajustada e ajustada, por meio da regressão de Poisson⁽¹⁸³⁾, para estimar as razões de prevalência (RP) e seus intervalos de 95% de confiança, estratificada por sexo e direcionalidade da VPI. Foram conduzidos dois modelos de regressão: violência sofrida e violência perpetrada, estratificados por sexo. Na análise ajustada, utilizou-se modelo hierárquico com dois níveis, no primeiro foram incluídas as variáveis sociodemográficas e econômicas, seguidas pelas condições de saúde que compuseram o segundo nível. A inserção das variáveis no modelo ajustado seguiu os níveis estabelecidos, quando houve $p < 0,20$ elas foram inseridas e, quando apresentaram $p < 0,05$ consideradas associadas.

Em um segundo momento, a QV foi descrita a partir do seu escore total e pelos domínios que a compõem: controle/ autonomia e realização pessoal/ prazer, segundo as variáveis de ajuste (idade, renda, déficit cognitivo, sintomas depressivos e dependência em AVD) apresentando-se frequências absolutas e relativas, estratificadas por sexo. As médias foram comparadas pelos seguintes testes: *Mann-Whitney* para as variáveis dicotômicas (sintomas depressivos e déficit cognitivo), *Kruskal-Wallis* para variáveis politômicas (idade, renda e dependência em AVD), dada a natureza quantitativa do desfecho e a heterocedasticidade entre os grupos; o teste *t de Student* foi aplicado para o sexo, considerando a homogeneidade das variâncias entre os grupos. Aplicou-se o teste de tendência linear não- paramétrico para as variáveis idade, renda e dependência em AVD.

A associação entre VPI e QV foi analisada por meio de regressão linear múltipla. Realizou-se análise não ajustada e ajustada, com apresentação dos resultados em coeficiente beta (β) e seus

respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Foram conduzidos três modelos de regressão: escore total de QV; controle/ autonomia; realização pessoal/ prazer, estratificados por sexo. Na análise ajustada, cada variável de exposição referente à VPI (sofrida, perpetrada e bidirecional) foi controlada pelas variáveis de ajuste, a fim de estimar sua associação com a QV e seus domínios. Assumiu-se o nível de significância estatística em 5% para associação. Nos modelos ajustados de regressão linear, a análise dos resíduos se deu por meio da avaliação da heterocedasticidade e normalidade, da verificação dos resíduos padrão e do fator de inflação da variância (VIF).

Todas as análises foram conduzidas no *software* estatístico Stata 14.0 (Stata Corporation, College Station, EUA). Considerou-se o efeito do desenho amostral por conglomerados sendo incorporados os pesos amostrais, no módulo survey do stata (comando *svy*).

5.9 FINANCIAMENTO

O inquérito EpiFloripa Idoso 2009/2010 foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob processo número 569834/2008 2. 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.

5.10 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 3). 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 4)

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (Anexo 5), 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.

6. RESULTADOS

Os resultados são apresentados no formato de dois artigos científicos. O primeiro, **‘Vitimização e Perpetração de Violência Por Parceiro Íntimo em Idosos de uma capital do Sul do Brasil – Estudo EpiFloripa Idoso’**, a ser submetido no periódico *Journal of Interpersonal Violence*, com fator de impacto 1,94 e Qualis A1, na área de Saúde Coletiva. O segundo, intitulado **‘Mulheres e homens idosos em situação de violência por parceiro íntimo têm sua qualidade de vida prejudicada?’** que será submetido no periódico *Quality of Life Research*, com fator de impacto 2,34 e Qualis A1, na área de Saúde Coletiva. Ambos os manuscritos são apresentados a seguir redigidos em português, conforme normativa da instituição para defesa de tese. Posteriormente, serão traduzidos para o inglês, previamente à submissão aos periódicos supracitados.

6.1 Artigo 1 – Vitimização e perpetração da violência por parceiro íntimo em idosos de uma capital do Sul do Brasil – Estudo EpiFloripa Idoso

RESUMO

Este artigo buscou identificar a prevalência de violência por parceiro íntimo (VPI), sofrida, perpetrada e bidirecional, em mulheres e homens idosos e analisar a associação desta violência com fatores sociodemográficos e condições de saúde. Realizou-se estudo transversal de base populacional, com pessoas idosas (n=651), residentes em Florianópolis- SC, entre 2013 e 2014. A prevalência da VPI foi descrita para homens e mulheres, segunda a natureza e direcionalidade da violência. Utilizou-se a regressão de Poisson para investigar os fatores associados a qualquer ato de VPI sofrida e perpetrada, estratificada por sexo. Homens relataram sofrer 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. Não houve associação, significativa estatisticamente, entre violência sofrida e variáveis investigadas. Achados do presente estudo mostraram, a partir de amostra representativa de base populacional, uma simetria de gênero na prevalência de VPI entre homens e mulheres e apontam a necessidade intensificar políticas públicas que possibilitem o enfrentamento desta violência na terceira idade.

Palavras-chaves: Violência por parceiro íntimo. Prevalência. Fatores associados. Idosos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, vem crescendo de forma acelerada nos países em desenvolvimento, como o Brasil, revelando-se como uma questão importante de saúde pública¹. Para essa população, a Organização Mundial de Saúde (OMS)² adota a perspectiva de envelhecimento ativo, relacionada à longevidade, enquanto uma experiência positiva. Acordos internacionais³ e políticas públicas nacionais⁴ possuem diretrizes voltadas para assegurar aos idosos o envelhecimento seguro, digno e livre de violência.

A violência contra pessoa idosa tende a ocorrer no ambiente doméstico, em geral cometida por familiares, inclusive o parceiro⁵. Esta, denominada violência por parceiro íntimo (VPI), define-se por atos de agressão física, abuso psicológico, comportamento controlador⁶ e ainda, de abuso econômico⁷, ocorridos na relação íntima. A abordagem da VPI recorrente na literatura aborda mulheres em idade reprodutiva⁸. O homem tende a ser investigado como agressor e a mulher enquanto vítima, com pouca ênfase na possível violência cometida pela mulher⁹. Entretanto, as prevalências mundiais de VPI em ambos os sexos são semelhantes. Segundo a OMS, cerca de 30% das mulheres sofreram algum tipo de VPI¹⁰, enquanto estudo que investigou a VPI contra homens encontrou prevalência de aproximadamente 25%¹¹.

Ao analisar a VPI estratificada por sexo e direcionalidade da violência em idosos, Afifi et al.¹² encontraram proporções superiores de vitimização nos homens (4,9%) quando em comparação as mulheres (3,3%). Outros estudos^{13,14}, embora apresentem maiores prevalências de VPI perpetrada pelo homem contra mulher, apontam para percentuais expressivos de violência contra homens, como Lee et al.¹⁵ que

identificaram proporções semelhantes de VPI física (3,7% e 1,4%) e psicológica (23,5% e 22,8%), cometidas por homens e mulheres, respectivamente.

Na literatura, destacam-se como fatores associados à VPI entre idosos: o uso de álcool^{12,13}, depressão¹⁶, baixa renda¹⁷, baixa escolaridade^{13,17}, idade jovem (60-69 anos)^{17,18}, ser divorciado ou separado¹⁷, má auto-avaliação em saúde¹⁷, comprometimento funcional^{17,19}, além da exposição pregressa à violência⁸. Estar em situação de violência traz consequências sociais aos idosos, tal como baixa estima, isolamento social, medo e insegurança²⁰. Ainda há implicações na saúde física e mental, como maiores proporções de relatos de dores de cabeça e osteomusculares, ansiedade, estresse e ideação suicida²¹, enfatizando a velhice sob uma perspectiva negativa. Apesar do impacto na saúde das consequências da VPI em ambos os sexos, predomina a investigação da violência contra mulher.

A violência contra o idoso tem se concentrado na investigação das vítimas de maus tratos, cometidos em geral por familiares ou cuidadores²². Entretanto, a VPI demonstra-se relevante nesta faixa etária, embora ainda seja subpesquisada. A abordagem escassa desse tipo de violência entre idosos se relaciona ao entendimento de que a violência não ocorreria entre parceiros na velhice. Ou ainda, a VPI existente entre os idosos, pode estar sendo incluída na definição geral de violência familiar, impossibilitando um entendimento claro e detalhado do fenômeno.

Em revisão sistemática sobre prevalência e fatores associados à VPI na população idosa, verificou-se que há apenas quatro estudos de base populacional sobre a temática conduzidos exclusivamente com idosos, uma vez que a maioria das publicações os analisam em conjunto com os adultos, ocultando as especificidades deste grupo etário²³. Diante desse cenário, ressalta-se a importância de estudos de base populacional que investiguem tal desfecho entre mulheres e homens idosos. Considerando-se a relevância de conhecer como ocorre a VPI nesta faixa etária, este estudo busca identificar a prevalência de VPI sofrida, perpetrada e bidirecional, em mulheres e homens com mais de 60 anos, residentes em Florianópolis- SC, bem como analisar sua associação com fatores sociodemográficos e condições de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional e domiciliar, referente aos dados coletados na segunda onda (2013/2014) do estudo longitudinal EpiFloripa Idoso, o qual investiga as condições de vida e saúde da população idosa (>60 anos), residente em Florianópolis²⁴.

A seleção da amostra da linha de base (2009/2010) ocorreu em dois estágios. O primeiro consistiu em 420 setores censitários urbanos, em ordem crescente de acordo com a renda do chefe de famílias, dos quais foram sorteados sistematicamente 80 setores (oito em cada decil de renda), enquanto as unidades do segundo estágio foram os domicílios. Como a faixa etária de interesse da pesquisa correspondia a aproximadamente 11% da população, havia em média, um idoso a cada três domicílios.

Para o EpiFloripa Idoso, o cálculo amostral foi realizado no programa Epi-Info, versão 6.04, com os seguintes parâmetros: tamanho da população igual a 44.460²⁵, prevalência desconhecida de 50%, erro amostral igual a 4 pontos percentuais, intervalo de confiança de 95% e efeito de delineamento igual a 2. Foram acrescentados, 20% para perdas previstas e 15% para estudos de associação, totalizando uma amostra de, no mínimo, 1.599 pessoas. Devido à disponibilidade de recursos financeiros, foram entrevistados 1.702 idosos na primeira onda.

Na segunda onda, houve 376 (22,1%) perdas, as quais incluíram 217 óbitos e 129 (7,6%) recusas, totalizando 1.197 entrevistados em 2013/2014, com taxa de resposta de 70,3%. Adicionalmente, para este estudo, foram excluídos 458 idosos por não possuírem parceiros nos últimos 12 meses, 57 entrevistas respondidas por informantes e 31 devido a recusas, totalizando 651 idosos entrevistados, com taxa de resposta de 54,4%.

Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas entre novembro de 2013 e outubro de 2014, face a face, por entrevistadores treinados, e registradas em computadores portáteis (*netbook*). As questões sobre violência foram aplicadas preferencialmente com o idoso sozinho, consistindo no último bloco do questionário, visto a natureza do tema e a relevância da aproximação entre entrevistador e entrevistado. O controle de qualidade da coleta de dados ocorreu por telefone, aplicando-se questionário

reduzido em aproximadamente 10% dos entrevistados, aleatoriamente. Maiores informações relativas ao detalhamento metodológico sobre a segunda onda do EpiFloripa Idoso podem ser verificadas no estudo de Schneider et al.²⁶.

Variáveis do estudo

O desfecho do estudo atual – VPI – foi mensurado por meio do instrumento *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1), na versão em português com adaptação transcultural, utilizado para aferir a violência no casal²⁷. O questionário investiga a violência psicológica 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 violência 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 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). Quando o mesmo indivíduo sofreu e perpetrou violência, considerou-se como violência bidirecional. Considerou-se a presença de VPI, quando a resposta foi positiva para ao menos um dos itens da escala. O período de recordatório que o CTS-1 utiliza refere-se aos últimos 12 meses. O CTS-1 já foi utilizado em outros estudos brasileiros e tem apresentado baixa taxa de recusa e boa confiabilidade^{28, 29}.

As variáveis exploratórias sociodemográficas foram: cor da pele/etnia autorreferida (branca, preta, parda/amarela/indígena), situação conjugal (casado/com companheiro, solteiro, separado/divorciado, viúvo), com que o idoso mora (sozinho/com cônjuge/familiares), se havia dependentes da renda do idoso (não/sim) e se possuía trabalho remunerado atual (não/sim).

As condições de saúde investigadas foram: autopercepção em saúde (muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim), frequência do consumo de álcool (nunca, moderado e alto); hábito de fumar (nunca fumou, ex-fumante, fuma atualmente), morbidades autorreferidas (nenhuma, 1-2; 3 ou mais). O déficit cognitivo foi mensurado por meio do Mini Exame do Estado Mental de Folstein (MEEM), sendo categorizado em provável déficit cognitivo (sim ou não), utilizando-se o nível de escolaridade para a definição dos pontos de corte³⁰. A presença

de sintomas depressivos foi avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), em sua versão reduzida com 15 perguntas, na qual indivíduos com seis ou mais pontos foram classificados como ‘suspeito à depressão’³¹.

A dependência das atividades de vida diária foi medida pela Escala das Atividades da Vida Diária (AVD) de BOMFAQ/OARS³², que mensura a capacidade funcional por meio de 15 perguntas sobre atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades da vida diária instrumentais (AVDI). A classificação ocorreu em três categorias: ausência de incapacidade; leve, quando houve incapacidade/ dificuldade para realizar entre uma e três AVD; moderada/ grave para incapacidade/ dificuldade de realizar quatro ou mais atividades.

Considerou-se variáveis de ajuste a faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 e 80 ou mais), renda familiar *per capita* em salários mínimos (< 1, 1-5, 5-10, > 10) e escolaridade em anos de estudo (sem escolaridade formal, 1-4, 5-8, 9-11 e \geq 12 anos de estudo).

Análise de dados

A estatística descritiva das características sociodemográficas e condições de saúde da população de estudo foi estratificada por sexo. A prevalência da VPI foi descrita para homens e mulheres, de acordo com a natureza desta violência: qualquer ato (física ou psicológica), física (isolada), psicológica (isolada), física e psicológica concomitante; e direcionalidade da violência: sofrida, perpetrada e bidirecional (quando o mesmo entrevistado sofreu e perpetrado violência). Aplicou-se o teste qui-quadrado de Person e o teste exato de Fisher (para $n < 20$) a fim de comparar as prevalências de violência entre os sexos.

Para identificação dos fatores sociodemográficos e condições de saúde associados a VPI, considerou-se qualquer ato desta violência como desfecho. Aplicou-se regressão de Poisson³³, para estimar as razões de prevalência (RP) e seus intervalos de 95% de confiança, estratificada por sexo e direcionalidade da VPI em análises não ajustada e ajustada por idade, escolaridade e renda. Foram conduzidos dois modelos de regressão: violência sofrida e violência perpetrada, estratificados por sexo. Na análise ajustada, utilizou-se modelo hierárquico com dois níveis, no primeiro foram incluídas as variáveis sociodemográficas, seguidas pelas condições de saúde que compuseram o segundo nível. A inserção das variáveis no modelo ajustado seguiu os níveis estabelecidos, quando houve $p < 0,20$ elas foram inseridas e

quando apresentaram $p < 0,05$ consideradas associadas. A análise dos dados foi realizada no *software* estatístico Stata 14.0 (*Stata Corporation, College Station, EUA*). Considerou-se o efeito do desenho amostral por conglomerados e incorporados os pesos amostrais, no módulo *survey* do stata (comando *svy*).

O estudo EpiFloripa Idoso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (protocolo 352/2008 e CAAE 16731313.0.0000.0121), todos os participantes assinaram termos de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dos 1.197 idosos entrevistados na 2ª onda do Estudo EpiFloripa Idoso, 651 foram incluídos no presente estudo, com taxa de resposta de 54,4%. Ao comparar os idosos incluídos ($n=651$) e não incluídos ($n=546$), verificaram-se diferenças significativas estatisticamente em relação ao sexo, renda, escolaridade e condições de saúde. Dentre os não incluídos, a maioria foram mulheres (85,5%), com até 4 anos de estudo (53,6%) e renda de até 5 salários mínimos (65,1%). A proporção de idosos com déficit cognitivo (36,0% vs 17,0%), sintomas depressivos (22,6% vs 17,6%) e algum grau de dependência em AVD (74,5% vs 64,9) foi maior entre os não incluídos em comparação aos incluídos.

Em relação às características da amostra, os homens corresponderam a maioria (52,2%), 58,6% deles apresentaram renda familiar superior a 5 salários mínimos, enquanto 55,0% das mulheres recebem menos de 5 salários. Mais da metade (56%) dos homens possuíam 9 ou mais anos de estudo, porém nas mulheres ocorre o inverso, visto que 53,6% possui menos de 9 anos de estudo.

As principais características de homens e mulheres foram: ser casado (95,3% e 93,0%), ter cor de pele branca (84,0% e 88,1%), morar com cônjuge ou familiares (95,4% e 96,0%), não ter trabalho atual remunerado (81,0% e 90,0%), ter autopercepção de saúde muito boa/boa (68,2% e 60,6%), possuir duas ou mais morbidades (67,3% e 79,3%), não ter sintomas depressivos (85,8% e 80,9%) nem déficit cognitivo (87,2% e 80,0%). Não houve dependência em AVD na maior parcela dos homens (43,1%) e nas mulheres predominou a dependência em grau leve (47,2%). A maioria das mulheres relatou nunca consumir bebida alcoólica (63,3%) e nunca ter fumado (74,7%), enquanto a maioria dos homens afirmou ser ex-fumante (56%). As demais características da amostra estão descritas na Tabela 1, estratificadas por sexo.

Tabela 1. Características dos idosos segundo variáveis sociodemográficas e econômicas, estratificadas por sexo. Florianópolis, Santa Catarina (2013/2014).

Variáveis	Homens		Mulheres	
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%
Faixa etária (anos)	n=340		n=311	
60 -69	135 (37,5)	30,6- 44,4	148 (47,3)	41,0- 53,6
70 -79	146 (45,1)	37,4- 52,8	129 (41,8)	35,5- 48,0
> 80	59 (17,4)	12,6- 22,2	34 (10,9)	5,8- 16,0
Status conjugal	n=340		n=311	
Casado/ com companheiro	325 (95,3)	91,8- 98,8	288 (93,0)	89,6- 96,3
Solteiro	4 (0,9)	0,0- 1,9	5 (1,4)	0,0- 2,8
Divorciado/ separado	7 (1,8)	0,2- 3,3	5 (1,3)	0,1- 2,4
Viúvo	4 (2,0)	0,0- 5,0	13 (4,3)	1,7- 6,9
Cor de pele/ Etnia	n=340		n=311	
Branca	285 (84,0)	78,4- 89,6	273 (88,1)	82,7- 93,6
Preta	32 (9,5)	5,7- 13,4	23 (7,5)	3,0- 11,9
Parda/ Amarela/ Indígena	23 (6,3)	2,3- 10,3	14 (4,3)	1,3- 7,3
Coabitação	n= 339		n=311	
Sozinho	17 (4,6)	2,1- 7,0	13 (4,0)	1,4- 6,6
Cônjuge/familiares	322 (95,4)	92,9- 97,8	297 (96,0)	93,3- 98,6
Escolaridade (anos de estudo)	n=340		n=311	
Sem escolaridade formal	23 (5,7)	27,2- 86,5	13 (3,2)	13,8- 49,7
1-4 anos	90 (22,7)	16,8- 28,4	106 (31,8)	24,6- 38,9
5-8 anos	54 (15,6)	11,4- 19,9	59 (18,9)	13,7- 23,9
9-11 anos	53 (19,1)	14,6- 23,6	58 (20,1)	13,9- 26,4
>12 anos	120 (36,9)	29,8- 44,0	75 (26,0)	19,8- 32,2

Renda familiar (em salários mínimos)				
	n=329		n=290	
Menor que 1	9 (3,3)	0,0- 6,6	15 (4,2)	1,6- 6,7
Entre 1- 5	138 (38,1)	31,1- 45,0	144 (50,8)	43,2- 58,3
Entre 5- 10	77 (24,8)	19,4- 30,1	76 (26,1)	20,2- 32,0
Maior que 10	105 (33,8)	26,7- 40,9	55 (18,9)	12,7- 25,1
Dependentes da renda				
	n=337		n=223	
Não	71 (20,6)	13,4- 27,7	129 (54,8)	46,1- 63,3
Sim	266 (79,4)	72,2- 86,5	94 (45,2)	36,6- 53,8
Trabalho remunerado				
	n=337		n=225	
Não	277 (81,0)	73,8- 88,1	201 (90,0)	85,7- 94,2
Sim	60 (19,0)	11,8- 26,2	24 (10,0)	5,8- 14,2
Autopercepção de saúde				
	n=340		n=311	
Muito boa/ Boa	226 (68,2)	62,3- 74,2	171 (60,6)	53,4- 67,8
Regular	117 (26,6)	20,8- 32,4	117 (33,4)	27,1- 39,6
Ruim/ Muito ruim	16 (5,2)	1,6- 8,6	23 (6,0)	30,9- 89,4
Sintomas depressivos				
	n=338		n=310	
Normal	289 (85,8)	80,9- 90,6	245 (80,9)	75,2- 96,5
Suspeita à Depressão	49 (14,2)	9,3- 19,1	65 (19,1)	13,4- 24,8
Déficit cognitivo				
	n=340		n=308	
Negativo	289 (87,2)	81,3- 93,2	246 (80,0)	74,5- 85,4
Positivo	51 (12,8)	6,7- 18,7	62 (20,0)	14,5- 25,4
Dependência em atividades da vida diária				
	n=338		n=311	
Ausência	145 (43,1)	37,5- 48,8	83 (26,5)	20,6- 32,5
Leve	134 (39,7)	33,7- 45,6	139 (47,2)	40,7- 53,7
Moderada/ Grave	59 (17,2)	13,1- 21,2	89 (26,3)	21,6- 30,9

Morbidades	n=340		n=311	
Nenhuma/ uma	104 (32,7)	27,2- 38,2	57 (20,7)	14,9- 26,4
Duas ou mais	236 (67,3)	61,7- 72,8	254 (79,3)	73,5- 85,0
Consumo de bebida alcoólica	n=340		n=311	
Nunca	128 (35,1)	27,6- 42,6	203 (63,6)	56,3- 70,7
Moderado	95 (29,3)	23,2- 35,4	82 (26,9)	20,0- 33,7
Alto	117 (35,6)	29,0- 42,0	26 (9,5)	4,5- 14,5
Hábito de fumar	n=340		n=311	
Nunca fumou	116 (32,7)	26,3- 39,1	235 (74,7)	68,8- 80,6
Ex- fumante	187 (56,0)	49,3- 62,4	62 (21,1)	49,3- 62,4
Fuma atualmente	37 (11,3)	7,0- 15,6	14 (4,2)	1,1- 7,2

IC95% - intervalo de 95% de confiança

Verificou-se que a violência psicológica corresponde a maioria dos atos de VPI sofrida e perpetrada por mulheres (44,8% e 44,5%) e homens (48,3% e 44,8%) idosos. Enquanto a violência física, sofrida (2,2% e 3,9%) e perpetrada (2,0% e 3,6%) ocorre em menores proporções, tanto em homens como em mulheres, respectivamente. Ao mensurar a prevalência de violência física e psicológica concomitantemente verifica-se que a maioria das pessoas idosas, em situação de violência física, estiveram expostas também à VPI psicológica, evidenciando-se a sobreposição das violências (Tabela 2). Destaca-se que não houve diferença entre as prevalências dos diferentes tipos de VPI sofrida, perpetrada e bidirecional quando estratificada por sexo.

Tabela 2. Prevalência de violência por parceiro íntimo segundo tipologia e direcionalidade da violência, estratificadas por sexo. Florianópolis, Santa Catarina (2013/2014).

	Homens (n=340)		Mulheres (n=311)		Valor de p
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	
Qualquer ato de VPI					
Sofrida	162	48,3 (42,0- 54,5)	148	46,4 (39,6- 53,2)	0,47*
Perpetrada	167	50,3 (43,1- 57,3)	144	45,1 (38,5- 51,8)	0,20*
Bidirecional	145	42,9 (37,1- 48,7)	125	38,4 (31,8- 44,9)	0,18*
VPI psicológica					
Sofrida	162	48,3 (42,0- 54,5)	144	44,8 (38,0 -51,7)	0,22*
Perpetrada	166	49,8 (42,8 -56,6)	142	44,5 (38,0 -50,9)	0,17*
Bidirecional	145	42,9 (37,1- 48,7)	123	37,7 (31,2- 44,1)	0,12*
VPI física					
Sofrida	10	2,2 (0,7- 3,5)	13	3,9 (1,4- 6,5)	0,26 #
Perpetrada	8	2,0 (0,4- 3,5)	12	3,6 (0,9- 6,3)	0,18 #
Bidirecional	4	0,8 (0,0- 1,8)	8	2,4 (0,4- 4,5)	0,15 #
VPI física e psicológica					
Sofrida	10	2,2 (0,7- 3,5)	9	2,3 (0,4- 4,3)	0,57 #
Perpetrada	7	1,5 (0,3- 2,7)	10	3,0 (0,6- 5,3)	0,24 #
Bidirecional	4	0,8 (0,0- 1,8)	6	1,8 (0,0- 3,6)	0,32 #

IC95% - intervalo de 95% de confiança

test* qui-quadrado de Pearson

teste exato de Fisher

Na análise não ajustada, homens com autopercepção de saúde ruim/muito ruim, houve maior prevalência de violência perpetrada. As mulheres divorciadas/separadas e com autopercepção de saúde regular, tiveram maior prevalência da violência perpetrada. Não houve associação entre as variáveis investigadas e a violência sofrida, em idosos de ambos os sexos (Tabela 3).

Na análise ajustada, as associações encontradas no modelo não ajustado se mantiveram semelhantes. Houve maior prevalência de perpetrar VPI naqueles com autopercepção de saúde ruim/ muito ruim (RP= 1,74 IC95%= 1,18- 2,58) entre os homens. As mulheres separadas/divorciadas (RP= 1,86 IC95%= 1,15- 3,02) e com autopercepção de saúde regular (RP=1,53 IC95%= 1,12- 2,08) tiveram maior prevalência de perpetrar VPI (Tabela 4).

Tabela 3. Razão de prevalência não ajustada de violência por parceiro íntimo sofrida e perpetrada segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e condições de saúde. Florianópolis, Santa Catarina (2013/2014).

	Violência Sofrida		Violência Perpetrada	
	Homens RP (IC95%)	Mulheres RP (IC95%)	Homens RP (IC95%)	Mulheres RP (IC95%)
Faixa etária (anos)				
60-69	1	1	1	1
70-79	0,85 (0,62- 1,16)	0,94 (0,69- 1,28)	0,87 (0,65- 1,14)	0,68 (0,48- 0,97)
>80	0,69 (0,45- 1,07)	0,93 (0,57- 1,52)	0,59 (0,37- 0,93)	0,53 (0,29- 0,95)
Cor de pele/etnia				
Branca	1	1	1	1
Preta	1,14 (0,79- 1,64)	0,65 (0,35- 1,21)	0,92 (0,51- 1,41)	0,62 (0,33- 1,16)
Parda/ Amarela/				
Indígena	1,16 (0,64- 2,11)	1,34 (0,89- 2,02) †	1,43 (1,06- 1,93) †	1,38 (0,90- 2,11) †
Status Conjugal				
Casado	1	1	1	1
Solteiro	0,54 (0,11- 2,52)	0,89 (0,24- 3,34)	1,24 (0,53- 2,92)	0,92 (0,24- 3,43)
Divorciado/ Separado	0,42 (0,10- 1,72)	0,98 (0,35- 2,73)	0,74 (0,34- 1,64)	1,87 (1,31- 2,66)
Viúvo	0,13 (0,01 -1,53) †	0,79 (0,33- 1,91)	1,66 (1,12- 2,47) †	0,45 (0,16- 1,27)*
Coabitação				
Sozinho	1	1	1	1
Acompanhado	1,52 (0,68- 3,39)	1,11 (0,48- 2,57)	1,11 (0,61- 20,1)	1,93 (0,72- 5,19) †
Escolaridade				

Sem escolaridade formal	1	1	1	1
1-4 anos	0,78 (0,47- 1,30)	0,94 (0,50- 1,76)	0,84 (0,50- 1,41)	1,03 (0,53- 1,99)
5 -8 anos	0,90 (0,52- 1,54)	0,68 (0,32- 1,42)	1,10 (0,65- 1,86)	0,79 (0,38- 1,66)
9 -11 anos	0,73 (0,39- 1,37)	1,00 (0,52- 1,92)	0,96 (0,53- 1,73)	1,09 (0,51- 2,32)
> 12 anos	0,86 (0,52- 1,41)	0,87 (0,45- 1,67)	0,89 (0,55- 1,46)	0,90 (0,46- 1,76)
Renda familiar (em salários mínimos)				
Menor que 1	1	1	1	1
Entre 1- 5	2,50 (0,47- 13,0)	1,12 (0,64- 1,97)	3,94 (0,84- 18,44)	1,06 (0,60- 1,88)
Entre 5- 10	2,15 (0,39- 11,62)	0,87 (0,51- 1,48)	3,98 (0,86- 18,38)	0,90 (0,52- 1,58)
Maior que 10	2,57 (0,50- 12,97)	0,86 (0,44- 1,68)	3,99 (0,84- 19,03)	0,88 (0,41- 1,88)
Dependentes da renda				
Não	1	1	1	1
Sim	1,07 (0,78- 1,47)	1,02 (0,71- 1,45)	0,89 (0,62 -1,28)	1,13 (0,82- 1,55)
Trabalho remunerado				
Não	1	1	1	1
Sim	0,79 (0,54- 1,16)	1,27 (0,78- 2,05)	1,19 (0,81- 1,75)	1,22 (0,76- 1,95)
Autopercepção de saúde				
Muito boa/ Boa	1	1	1	1
Regular	1,14 (0,88- 1,47)	1,44 (1,02- 2,03)	1,05 (0,80- 1,38)	1,67 (1,24-2,25)
Ruim/ Muito ruim	0,92 (0,39- 2,18)	0,98 (0,52- 1,87) †	1,73 (1,25- 2,40)*	1,04 (0,58- 1,89)*
Sintomas depressivos				
Normal	1	1	1	1

Suspeita à Depressão	0,96 (0,64- 1,46)	1,13 (0,77- 1,65)	1,14 (0,84- 1,55)	1,32 (0,88- 1,97) †
Déficit cognitivo				
Negativo	1	1	1	1
Positivo	0,95 (0,71- 1,27)	0,89 (0,59- 1,34)	0,74 (0,48- 1,13) †	1,03 (0,68- 1,56)
Dependência em AVD				
Nenhuma	1	1	1	1
1 a 3	0,99 (0,72- 1,35)	0,98 (0,68- 1,41)	0,86 (0,64- 1,15)	0,94 (0,67- 1,32)
4 ou mais	1,00 (0,64- 1,57)	1,11 (0,75- 1,66)	1,15 (0,84- 1,56)	1,05 (0,76- 1,44)
Morbidades				
Nenhuma/Uma	1	1	1	1
Duas ou mais	1,01 (0,81- 1,25)	1,14 (0,81- 1,61)	1,19 (0,93- 1,52) †	0,97 (0,67 -1,42)
Consumo de bebida alcoólica				
Nunca	1	1	1	1
Moderado	1,33 (0,98- 1,81)	1,20 (0,93- 1,56)	1,00 (0,72- 1,40)	1,19 (0,90- 1,59)
Alto	1,21 (0,87- 1,70) †	1,23 (0,81- 189)	1,12 (0,80- 1,58)	1,27 (0,81- 1,99)
Hábito de fumar				
Nunca fumou	1	1	1	1
Ex- fumante	0,93 (0,71- 1,22)	1,01 (0,76- 1,34)	1,05 (0,76- 1,44)	0,96 (0,70- 1,33)
Fuma atualmente	0,88 (0,52- 1,47)	1,42 (0,97- 2,09) †	1,08 (0,73- 1,61)	1,05 (0,58- 1,87)

RP = Razão de prevalência

IC 95%= Intervalo de 95% de confiança

† p <0,20

* p < 0,05

Tabela 4. Razão de prevalência ajustada de violência por parceiro íntimo sofrida e perpetrada segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e condições de saúde. Florianópolis, Santa Catarina (2013/2014).

	Violência Sofrida		Violência Perpetrada	
	Homens RP (IC95%)*	Mulheres RP (IC95%)*	Homens RP (IC95%)*	Mulheres RP (IC95%)*
Faixa etária (anos)				
60-69	1	1	1	1
70-79	0,93 (0,69- 1,25)	0,98 (0,73- 1,33)	0,87 (0,65- 1,16)	0,69 (0,48- 0,98)
>80	0,68 (0,44- 1,05)	0,86 (0,49- 1,52)	0,59 (0,37- 0,91)	0,58 (0,29- 1,16)
Escolaridade				
Sem escolaridade formal	1	1	1	1
1-4 anos	0,78 (0,44- 1,35)	0,96 (0,47- 1,98)	0,86 (0,50- 1,48)	1,04 (0,46- 2,31)
5 -8 anos	0,89 (0,50- 1,55)	0,75 (0,33- 1,70)	1,03 (0,59- 1,81)	0,89 (0,38- 2,11)
9 -11 anos	0,68 (0,34- 1,35)	1,10 (0,53- 2,29)	0,80 (0,42- 1,53)	1,19 (0,52- 2,71)
> 12 anos	0,74 (0,39- 1,38)	1,05 (0,50- 2,20)	0,79 (0,42- 1,49)	1,10 (0,51- 2,39)
Renda familiar (em salários mínimos)				
Menor que 1	1	1	1	1
Entre 1- 5	2,63 (0,56- 12,2)	1,10 (0,62- 1,97)	3,79 (0,93- 15,32)	1,04 (0,46- 2,31)
Entre 5- 10	2,24 (0,46- 10,7)	0,85 (0,48- 1,50)	3,51 (0,89- 13,9)	0,90 (0,38- 2,11)
Maior que 10	2,76 (0,59- 12,9)	0,81 (0,41- 1,62)	4,16 (0,97- 17,8)	0,80 (0,39- 1,65)
Cor de pele/ Etnia				
Branca		1	1	1
Preta		0,65 (0,38- 1,10)	0,94 (0,63- 1,40)	0,65 (0,38- 1,14)
Parda/ Amarela/ Indígena		1,21 (0,82- 1,78)	1,16 (0,85- 1,59)	1,09 (0,69- 1,74)

Status Conjugal

Casado		1	1
Solteiro		1,17 (0,55- 2,53)	1,15 (0,30- 4,37)
Divorciado/ Separado		0,95 (0,45- 2,00)	1,86 (1,15- 3,02)**
Viúvo		1,02 (0,55- 1,89)	0,77 (0,24- 2,46)

Coabitação

Sozinho			1
Acompanhado			2,20 (0,86- 5,58)

Autopercepção de saúde

Muito boa/ Boa	1	1	1
Regular	1,34 (0,94- 1,92)	1,01 (0,79 - 1,30)	1,53 (1,12- 2,08)**
Ruim/ Muito ruim	0,86 (0,41- 1,81)	1,74 (1,18- 2,58)**	0,81 (0,46- 1,43)

Sintomas depressivos

Normal			1
Suspeita à Depressão			1,22 (0,89- 1,66)

Déficit cognitivo

Negativo		1	
Positivo		0,75 (0,48- 1,15)	

Consumo de bebida alcoólica

Nunca	1	1	
Moderado	1,39 (0,99- 1,94)	1,06 (0,70- 1,60)	
Alto	1,17 (0,79- 1,73)	1,01 (0,68- 1,50)	

RP = Razão de prevalência

IC 95%= Intervalo de confiança de 95%

* RP do modelo final ajustado por idade, escolaridade e renda / ** p < 0,05

DISCUSSÃO

Neste estudo, encontrou-se elevadas prevalências de VPI sofrida, perpetrada e bidirecional, tanto entre mulheres quanto entre homens idosos, sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Constatou-se uma simetria de gênero na VPI, em todas as direcionalidades da violência analisadas, em mulheres e homens idosos. Houve maior prevalência da violência perpetrada em mulheres divorciadas/separadas, com autopercepção de saúde regular e homens com autopercepção de saúde ruim/muito ruim.

Elevadas prevalências de violência psicológica sofrida, perpetrada e bidirecional foram identificadas em homens e mulheres. Embora não menos relevante, a violência física ocorreu em menores proporções, em todas as direcionalidades analisadas. Ao encontro desses achados, Yan, et al.¹⁴ identificaram 36,1% de agressão psicológica e 2,5% de agressão física em idosos de ambos os sexos. Enquanto Rosay & Mulford³⁴ encontraram prevalências menores de violência, 12,1% para psicológica e 1,7% para física, em idosos de ambos os sexos. Na maioria dos casos de violência física sofrida, também ocorreu a VPI psicológica em ambos os sexos, indicando sobreposição de violências. Corroborando com este resultado, estudo espanhol³⁵ mostrou que todas as mulheres vítimas de violência física foram também psicologicamente abusadas por seus parceiros íntimos.

Identifica-se que homens e mulheres, perpetraram em proporções semelhantes agressões física e psicológica. Resultado encontrado também por estudo de base populacional belga³⁶. No entanto, outros estudos que incluíram idosos e analisaram a VPI estratificada por sexo, encontraram maior prevalência de violência física contra mulheres e violência psicológica contra homens^{14,37}. Porém, para Lee, et al.¹⁴ as mulheres seriam mais propensas a denunciar a agressão verbal, tornando-a mais visível, sendo vistas como vítimas na maioria das vezes. As prevalências semelhantes de VPI identificadas são corroboradas por estudo³⁸ conduzido com população adulta de Florianópolis, o qual encontrou que mulheres cometeram tantos atos de violência física moderada quanto os homens. Desta forma, sugere-se que a VPI não é fato novo na terceira idade, mas sim ocorre ao longo da vida.

Ao encontrar prevalências semelhantes de violência bidirecional psicológica e física em homens e mulheres, respectivamente, nos deparamos com um achado de ‘simetria de gênero’. Segundo Johnson³⁹,

nesta perspectiva a violência está enraizada nas estruturas sociais e no sistema familiar, sendo utilizada para resolução dos conflitos, tal como na violência comumente ocorrida entre casais.

Corroborando com a ‘simetria de gênero’, os achados deste estudo mostram que mulheres seriam tão suscetíveis quanto homens a sofrerem ou perpetrarem violência, distanciando-se do binômio vítima e agressor⁴⁰. Entretanto, ressalta-se que tal simetria não representa necessariamente, situações iguais em relação à frequência, motivações e consequências das agressões⁴¹. Entende-se que as diferenças entre as experiências de mulheres e homens em situação de violência certamente existem e, justamente para que se alcance uma compreensão detalhada do fenômeno, faz-se necessária a investigação deste desfecho em ambos os sexos.

As elevadas prevalências de VPI encontradas neste estudo, rompem com achados que frequentemente identificam familiares e cuidadores como principais agressores de pessoas idosas⁴². Estudo prévio, oriundo do Epi Floripa Idoso, ao mensurar o risco de violência contra idosos conduzido em Florianópolis⁴³, identificou o cônjuge como agressor, inserido na categoria de ‘familiar’, porém sem abordar especificamente a VPI. A violência no relacionamento íntimo entre idosos requer um olhar atento, uma vez que a terceira idade traz enfrentamentos relativos às condições de saúde próprias do envelhecimento, inclusive com aumento da proporção de suicídios⁴⁴.

Em relação aos fatores associados, relativo à perpetração da VPI, encontrou-se maior prevalência nas mulheres divorciadas/separadas e com autopercepção de saúde regular. Nos homens, a autopercepção de saúde ruim/muito ruim associou-se à maior perpetração de VPI. Embora na literatura se encontre associação de tais fatores com a VPI^{45,46}, apenas a violência sofrida é analisada. Pressupõe-se que, devido a predominância das análises unilaterais da violência, investigando-se apenas vítimas, tais correlações com a perpetração ainda sejam subpesquisadas e pouco exploradas.

Em oposição ao estudo em discussão, revisão sistemática de estudos de base populacional identificou associação entre VPI e, uso de álcool e comprometimento funcional²². Em relação ao uso de álcool, embora estudos com idosos o associem a VPI^{14,15}, pesquisa em Florianópolis identificou que a maioria (64,2%) dos entrevistados, quando questionados sobre a frequência do consumo bebidas alcoólicas, referiram ‘nunca’ fazer uso. Também se identificou alta prevalência de morbidades (56,7%) e de risco cardiovascular substancialmente

aumentado (52,4%)⁴⁶. Pressupõe-se que diante desse contexto, o uso frequente de medicamentos e restrições médicas, os levem a ingerir álcool em menores proporções.

O comprometimento funcional, porém esteja associado a VPI na literatura^{14,18} não foi associado à VPI neste estudo. Sugere-se que devido à redução da violência física seguida do aumento da violência psicológica, as limitações físicas se tornem menos relevantes na exposição a esta violência. Porém, chama-se atenção para a perpetuação do comportamento violento no envelhecimento, embora se altere na forma que se manifesta ao longo da vida.

Algumas limitações foram identificadas no estudo. O desenho transversal, que impossibilita identificar a ordem de causalidade entre as variáveis exploradas. A não investigação da ocorrência do abuso econômico e do comportamento controlador entre parceiros pode implicar em subestimação da prevalência, visto que tais naturezas da VPI são bastante frequentes em idosos²². As diferenças entre idosos incluídos e não incluídos no estudo podem limitar a identificação dos fatores associados à VPI, considerando-se que os idosos não participantes do estudo possuíam maiores vulnerabilidades socioeconômicas (escolaridade e renda inferior) e de saúde, tais como maiores prevalências de déficit cognitivo, sintomas depressivos e dependências em AVD.

Sobre os fatores associados, faz-se necessário a inclusão de variáveis proximais do desfecho nos modelos de análise, por exemplo: exposição pregressa à violência, características pessoais referentes à personalidade e comportamento, bem como a satisfação no relacionamento íntimo. Ainda, sugere-se que fatores associados à VPI, comumente utilizados, sejam provenientes de estudos conduzidos com a população adulta, os quais possivelmente não sejam os mais relevantes entre idosos. Assim, faz-se necessário se estabelecer modelos conceituais exclusivos dessa faixa etária.

Entretanto, o estudo é relevante por analisar a VPI em um grupo etário pouco explorado na literatura, até o presente momento. Além disso, tanto a prevalência como a análise dos fatores associados foram conduzidas de maneira estratificada por sexo e direcionalidade da violência. Tais distinções permitem aprofundar o conhecimento em relação à temática, explorando a ocorrência e distribuição da violência entre os idosos. O uso de período recordatório do último ano contribui para redução do viés de memória, onde a prevalência poderia ser

subregistrada, além de evitar sobreposições da violência ocorrida em outros períodos da vida.

A investigação de VPI a partir de amostra representativa de base populacional, por meio de um instrumento amplamente validado e de alta confiabilidade, o CTS-1, contribuiu para a obtenção de resultados fidedignos que apontam para simetria de gênero, no que tange ao envolvimento nas situações de violência no relacionamento íntimo. Achados do presente estudo demonstram a necessidades de intensificar políticas públicas que possibilitem o enfrentamento da VPI na terceira idade.

REFERÊNCIAS

1. Duque AM, Leal MC, Marques AP et al. [Violence against the elderly in the home environment: prevalence and associated factors (Recife, State of Pernambuco)]. *Ciência e Saúde Coletiva* 2012; 17(8): 2199-208.
2. World Health Organization. The uses of epidemiology in the study of the elderly. *World Health Organ Tech Rep Ser*,1984; 706: 1-84.
3. Organização das Nações Unidas O. Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003:49.
4. Brasil. Estatuto do Idoso. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003:70
5. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Regato P, Espinosa JM. Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Medicina clínica*. 2013; 141(12): 522-526.
6. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL et al. The world report on violence and health. *Lancet* 2002; 360(9339): 1083-8.
7. Stockl H, Penhale B. Intimate Partner Violence and Its Association with Physical and Mental Health Symptoms Among Older Women in Germany. *J Interpers Violence* 2015; 30(17): 3089-111.
8. Hackenberg EA, Sallinen V, Koljonen V et al. Severe intimate partner violence affecting both young and elderly patients of both sexes. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2017; 43(3): 319-327.
9. Whitaker DJ, Haileyesus T, Swahn M, Saltzman LS. Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. *Am J Public Health*. 2007; 97(5): 941-947.
10. WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence: World Health Organization; 2013.

11. Desmarais, S., Reeves, K., Nicholls, T., Telford, R., & Fiebert, M. Prevalence of physical violence in intimate relationships: Part 1. Rates of male and female victimization. *Partner Abuse*. 2012; 3(2): 1–6.
12. Afifi TO, Henriksen CA, Asmundson GJ et al. Victimization and perpetration of intimate partner violence and substance use disorders in a nationally representative sample. *The Journal of nervous and mental disease*. 2012; 200(8): 684-691.
13. 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.
14. Yan E, Chan KL. Prevalence and correlates of intimate partner violence among older Chinese couples in Hong Kong. *International Psychogeriatrics* 2012; 24(9): 1437-46.
15. Lee M, Stefani KM, Park EC. Gender-specific differences in risk for intimate partner violence in South Korea. *BMC Public Health*. 2014; 14(1): 415.
16. Renner LM, Habib L, Stromquist AM et al. The association of intimate partner violence and depressive symptoms in a cohort of rural couples. *J Rural Health* 2014; 30(1): 50-8.
17. Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL 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.
18. Paiva MMd, Tavares DMdS. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2015; 68:1035-41
19. Cohen MM, Forte T, du Mont J et al. Adding insult to injury: intimate partner violence among women and men reporting activity limitations. *Annals of Epidemiology* 2006; 16(8): 644-51.
20. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Carrell D, Fishman PA, Rivara FP et al. Intimate partner violence in older women. *Gerontologist*. 2007; 47(1): 34-41.

21. Guedes, DT et al. The gender gap in domestic violence in older adults in Latin America: the IMIAS Study. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37(4-5): 293-300.
22. Dong X. Sociodemographic and socioeconomic characteristics of elder self-neglect in an US Chinese aging population. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016; 64:82-9.
23. Warmling D, Coelho EBS, Lindner SR. Prevalência de Violência por Parceiro Íntimo em Idosos e Fatores Associados: Revisão Sistemática. *Cien Saude Colet*. 2017; 22, 3111-3125.
24. Universidade Federal de Santa Catarina. EpiFloripa: condições de saúde de adultos e idosos de Florianópolis. Florianópolis; 2009 e 2013/2014. Disponível em: <http://www.epifloripa.ufsc.br/> (Acessado em 04 junho de 2017)
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais residentes, em 1º de julho de 2009, segundo os municípios. Brasília; 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP_2009_DOU.pdf (Acessado em 04 junho de 2017).
26. Schneider IJC, Confortin SC, Bernardo CO, Carvalho CB, Antes DL, Pereira KG, OnoM, L, Marques LP Borges LJ, Giehl, MWC, Krug, RR, Goes, VF, Boing, AC, Boing, AF, d'Orsi, E. Estudo de coorte EpiFloripa Idoso: métodos, aspectos operacionais e estratégias de seguimento. *Revista de Saúde Pública*. 2017, 51:1-10.
27. 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. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(4):1083-1093.
28. Anacleto AJ, Njaine K, Longo GZ, et al. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(4): 800-808.

29. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo 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.
30. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3): 189-98.
31. Paradela EM, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6): 918-23.
32. Rosa TE, Benício MH, Latorre MR, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(1): 40-8.
33. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3: 21
34. Rosay AB; Mulford CF, et al. Prevalence Estimates and Correlates of Elder Abuse in the United States: The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey. *J Elder Abuse Negl.* 2016; 29(1): 1-14.
35. Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005; 29(1): 181-93.
36. Hellemans S, Buysse A, De Smet O, Wietzker A. Intimate partner violence in Belgium: Prevalence, individual health outcomes, and relational correlates. *Psychologica Belgica* 2014; 54(1): 79-96.
37. Coker AL, Davis KE, Arias I, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med* 2002; 23(4): 260-8.
38. Lindner SR, Coelho EBS, Bolsoni CC, Rojas PF, Boing AF. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(4): 815-826.

39. Johnson MP. Conflict and control: gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women*. 2006; 12(11): 1003-18.
40. Prospero, M. The effect of coercion on aggression and mental health among reciprocally violent couples. *Journal of Family Violence*. 23(3): 195-202.
41. Casimiro C. Violências na conjugalidade: a questão da simetria do gênero. *Análise Social*. 2008: 579-601.
42. Amstadter AB, Cisler JM, McCauley JL, Hernandez MA, Muzzy W, Acierno R. Do incident and perpetrator characteristics of elder mistreatment differ by gender of the victim? Results from the National Elder Mistreatment Study. *J Elder Abuse Negl* 2011; 23(1): 43-57.
43. Bolsoni CC, Coelho EBS, Giehl MWC, d'Orsi Eleonora. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2016; 19(4): 671-682.
44. Plazaola-Castano J, Ruiz-Perez I, Escriba-Aguir V, et al. The assessment of intimate partner violence in Spanish women: the index of spouse abuse. *J Interpers Violence* 2011; 26(16): 3267-88.
45. Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, Mason A, Henderson CRJ, Berman J, Cook AM, Shukoff D, Brownell P, Powell M, Salamone A, Lachs Ms. 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.
46. Confortin, SC et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017: 305-317.

6.2 Artigo 2 –Mulheres e homens idosos em situação de violência por parceiro íntimo têm sua qualidade de vida comprometida?

RESUMO

Este artigo buscou investigar a associação entre a violência por parceiro íntimo (VPI) e os níveis de qualidade de vida (QV) e seus domínios (controle e autonomia; realização pessoal e prazer), em mulheres e homens idosos. Realizou-se estudo transversal de base populacional da segunda onda (2013/2014) do Estudo EpiFloripa, com pessoas idosas (n=649), residentes em Florianópolis- SC, Sul do Brasil. As médias de QV e seus domínios foram descritas segundo as variáveis de ajuste (idade, renda, déficit cognitivo, sintomas depressivos e dependência de atividades de vida diária), estratificadas por sexo. Analisou-se a associação entre VPI e QV por meio de regressão linear múltipla, com significância estatística de 5%. Os escores médios de QV, bem como realização pessoal e prazer foram semelhantes entre os sexos, enquanto o controle e autonomia das mulheres foram significativamente inferiores em comparação aos homens ($p=0,04$). Observou-se menores escores de QV nas mulheres expostas à situação de violência, nas três direcionalidades analisadas: perpetrada (-3,15; IC95%: -4,84; -1,45), bidirecional (-2,59; IC95%: -4,10; -1,09) e sofrida (-1,62; IC95%: -3,06; -0,17) e as mais prejudicadas foram aquelas que cometeram agressões. O controle e autonomia foi afetado para as perpetradoras e envolvidas na violência bidirecional, enquanto menores escores de realização pessoal e prazer foram verificados entre as idosas, em quaisquer situações de violência. Os homens não tiveram sua QV prejudicada por estarem em situação de VPI, tanto vítimas como perpetradores desta violência. Concluiu-se que a VPI possui impacto assimétrico sobre a QV de pessoas idosas em relação ao sexo, prejudicando apenas mulheres.

Palavras-chaves: Violência por Parceiro Íntimo. Qualidade de Vida. Homens. Mulheres. 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. Para isso, é essencial que estejam livres de quaisquer formas de violência, em

condições seguras e dignas de vida¹. A violência por parceiro íntimo (VPI) define-se por qualquer ato de violência, física, sexual, psicológica² e abuso econômico³.

A exposição à violência traz consigo consequências físicas, como dores frequentes e níveis globais de saúde inferiores, além de ser um fardo emocional⁴, associado à depressão e solidão⁵, fatores que influenciam em menores níveis de qualidade de vida (QV). Para idosos, a QV é definida pela satisfação em quatro domínios: controle, relativo à capacidade de intervir ativamente em seu ambiente; autonomia, relacionada ao direito de estar livre da interferência indesejada dos outros; prazer, que se refere à busca por atividades agradáveis; e por fim, a realização pessoal que descreve o desenvolvimento pleno de si mesmo^{6,7}.

Para o alcance da QV, ressaltam-se as relações sociais, inclusive o bem-estar no relacionamento íntimo. Porém, embora ainda oculta entre os idosos, a VPI se manifesta como uma forma de comunicação e pode se estabelecer como alternativa para resolução de conflitos⁸, que muitas vezes, inicia na vida adulta.

A VPI consiste em uma violação dos direitos humanos, com grande magnitude na população mundial⁹. Estudos estimam que mais de 30% das mulheres¹⁰ e cerca de 25% dos homens¹¹ sofram esse tipo de violência em todo o mundo, embora a vitimização nos homens seja menos investigada e explorada na literatura. Ao verificar a prevalência de VPI física, foi constatado que mais homens (6,4%) em comparação às mulheres (5,0%) sofreram tais agressões na Dinamarca¹². Este achado dá visibilidade às agressões praticadas contra homens, transcende a unidirecionalidade da violência e reforça a necessidade de investigar ambos os sexos, como possíveis vítimas ou agressores no relacionamento íntimo.

Ao analisar o efeito da violência física¹², psicológica e comportamento controlador¹³ em parceiros íntimos verificou-se perda da QV em mulheres idosas. Estudo dinamarquês que explorou a associação de VPI e QV em diversas faixas etárias, concluiu que pessoas idosas tiveram maior redução de QV quando expostas à violência cometida pelo parceiro, comparadas às adultas, ressaltando a relevância de investigar o fenômeno também nesta faixa etária.

A investigação do efeito da VPI sobre a QV em idosos, embora ainda escassa na literatura, vem aos poucos sendo explorado em estudos europeus^{4,5,12,13} e norte-americanos^{14,15} onde o contexto de envelhecimento é mais presente. Entretanto, nenhum dos estudos

analisou o impacto da VPI sobre a QV e seus domínios, segundo a direcionalidade da violência e sexo dos idosos. No Brasil, não foram encontradas publicações com a população idosa referente ao tema, explicitando a lacuna no conhecimento e o ineditismo deste estudo. Diante deste contexto, busca-se investigar a associação entre a VPI (sofrida, perpetrada e bidirecional) e os níveis de QV em seus domínios (controle e autonomia; realização pessoal e prazer) em mulheres e homens idosos residentes em Florianópolis, Santa Catarina.

MÉTODO

População e amostra

Trata-se de um estudo transversal de base populacional e domiciliar, realizado com idosos (60 anos ou mais), residentes na área urbana de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, Sul do Brasil. Os dados deste estudo são oriundos da pesquisa ‘Condições de Saúde de Idosos de Florianópolis’, denominado EpiFloripa Idoso¹⁶. Segundo o censo demográfico de 2010, o município possui população idosa de 421.239 habitantes, representando 11,4% da população total. O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) era de 0,847 neste mesmo ano, considerado elevado, ocupando o terceiro lugar entre os municípios e o primeiro dentre as capitais brasileiras¹⁷.

A primeira onda do estudo ocorreu em 2009/2010, e a segunda, da qual se referem os dados deste estudo, em 2013/2014. O tamanho da amostra da linha de base foi estimado para desfechos com prevalência desconhecida de 50%, erro amostral igual a 4 pontos percentuais, intervalo de confiança de 95% e efeito de delineamento igual a 2. Foram acrescidos 20% para perdas previstas e 15% para controle de fatores de confusão em estudos de associação, para o tamanho da população igual a 44.460¹⁸. Por este cálculo, o tamanho da amostra foi estimado em 1.599 indivíduos.

Em 2009, a seleção da amostra ocorreu por conglomerados em dois estágios, no primeiro, os 420 setores censitários foram ordenados, segundo a renda do chefe de família, sorteando-se sistematicamente 80 setores, 8 em cada decil de renda. No segundo estágio, sortearam-se 60 domicílios de cada um dos 80 setores censitários. Os domicílios foram sorteados e os idosos residentes nos respectivos locais entrevistados. Foram localizados 1.911 idosos elegíveis, e entrevistados 1.705 (taxa de resposta de 89,2%). Em 2013, toda a amostra investigada em 2009 foi

considerada elegível. Houve 217 óbitos, 162 perdas e 129 recusas, resultando em 1.197 idosos entrevistados (taxa de resposta de 70,3%).

Para o presente estudo foram aplicados, sobre a amostra da segunda onda, os seguintes critérios de inclusão: o idoso, exclusivamente, deve ter respondido na íntegra os questionários de QV (CASP-19)⁶ e VPI (CTS-1)¹⁹ e, possuir parceiro íntimo nos últimos doze meses. Dos 1.197 participantes, 458 idosos não tiveram parceiro íntimo nos últimos 12 meses, 57 entrevistas foram respondidas por informantes, houve 31 recusas de resposta ao CTS-1 e 2 entrevistas incompletas do CASP-19, totalizando 649 idosos elegíveis, com taxa de resposta de 54,2%. O fluxograma da amostra é apresentado na Figura 1.

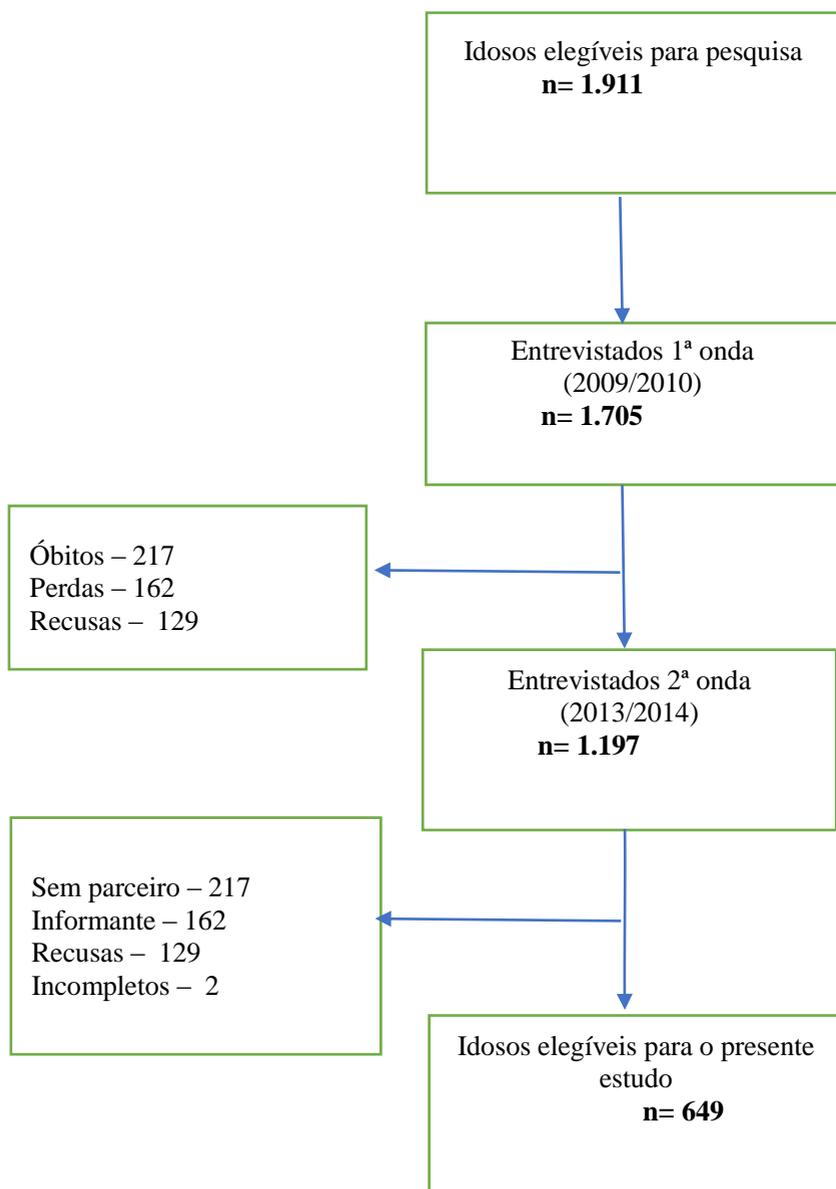


Figura 1. Fluxograma do tamanho da amostra de estudo.

Coleta de dados

Nas duas ondas do estudo, as entrevistas foram realizadas face-a-face, aplicadas por entrevistadores treinados e registradas em *personal digital assistants* - PDA (2009) e computadores portáteis (2013). A consistência dos dados foi verificada semanalmente. O controle de qualidade consistiu na aplicação de questionário reduzido por telefone, em cerca de 10% dos entrevistados, selecionados aleatoriamente. A reprodutibilidade das questões foi avaliada pelo teste *Kappa* e apresentou concordância satisfatória a boa (0,5 a 0,9). O detalhamento do plano amostral, aspectos operacionais e estratégias utilizadas no Estudo EpiFloripa Idoso 2009/2010 e 2013/2014 podem ser consultadas no estudo de Schneider, et al²⁰.

Variáveis do estudo

O desfecho deste estudo, qualidade de vida (QV), foi mensurado pelo instrumento CASP-19. Esta escala compreende quatro domínios, distribuídos em 19 itens: **controle** (idade é uma limitação; não há controle sobre o que acontece consigo; sente-se livre para planejar o futuro; sente-se excluído de tudo), **autonomia** (pode fazer o que quer; as responsabilidades familiares impedem de fazer o que deseja; sente-se livre para fazer as coisas; condições de saúde e falta de dinheiro são limitações), **realização pessoal** (sente-se animado; percebe que a vida tem sentido; gosta do que faz; gosto da companhia dos outros; sente-se feliz ao olhar para o passado) e **prazer** (sente-se cheio de energia; escolhe fazer coisas novas; tem satisfação com o rumo que a vida tomou; sente que a vida está cheia de oportunidades e que o futuro parece bom). Tais domínios possuem o mesmo nível de importância, sem organização hierárquica. Para cada item, há quatro opções de resposta em escala *Likert* (frequentemente, às vezes, raramente, nunca). Para cada resposta se atribuiu um escore, a pontuação geral do CASP-19 varia de 0, que representa a ausência completa de QV, a 57 quando há satisfação total⁶.

A QV foi mensurada pelo escore total (CASP-19), e seus domínios agrupados em controle e autonomia (escores de 0 a 27) e realização pessoal e prazer (escores de 0 a 30). Esta divisão apresenta sustentação teórica na literatura^{21,22} onde se verificou que os quatro domínios do CASP-19 não foram suficientemente distintos para sua

análise isolada. Análises psicométricas, conduzidas no Leste Europeu²¹ e na Irlanda²², concluíram que o controle e autonomia, relativos à capacidade individual de iniciar e alcançar objetivos; a realização pessoal e prazer, que representam o alcance pleno do potencial humano; quando agrupados representam melhor a QV das pessoas idosas.

A variável de exposição foi VPI, mensurada pela adaptação transcultural do instrumento *Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1)*¹⁹, desenvolvido 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). Quando o mesmo indivíduo sofreu e perpetrou violência, classificou-se como violência bidirecional. 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 foi utilizado em outros estudos brasileiros^{23,24} com boa confiabilidade e baixa taxa de recusa.

As variáveis de ajuste foram: faixa etária (60- 69, 70- 79 e 80 anos ou mais), renda familiar *per capita* em salários mínimos (< 1, 1-5, 5-10, > 10), déficit cognitivo (não ou provável), sintomas depressivos (não ou suspeita à depressão), dependência das atividades de vida diária (AVD) categorizadas em ausência, leve, moderada/grave. Mensurou-se o déficit cognitivo pelo Mini Exame do Estado Mental de Folstein (MEEM)²⁵, a presença de sintomas depressivos foi avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)²⁶ e a dependência em AVD pela Escala das Atividades da Vida Diária de BOMFAQ/OARS²⁷.

Análise de dados

Inicialmente, realizou-se estatística descritiva das variáveis de ajuste (faixa etária, renda, déficit cognitivo, sintomas depressivos e dependência em AVD) apresentando-se frequências absolutas e relativas, estratificadas por sexo. O nível QV foi apresentado por meio do escore

total e pelos domínios que o compõem: controle e autonomia; realização pessoal e prazer. Utilizaram-se medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão), segundo as variáveis de ajuste para homens e mulheres. A comparação de médias foi conduzida pelos seguintes testes: *t de Student* (sexo), *Mann-Whitney* (sintomas depressivos e déficit cognitivo) e *Kruskal-Wallis* (faixa etária, renda e dependência em AVD). Aplicou-se o teste de tendência linear não-paramétrico para as variáveis de idade, renda e dependência em AVD.

Procedeu-se a análise de associação entre as variáveis de VPI (sofrida, perpetrada e bidirecional) e os escores de QV e seus domínios agrupados (controle e autonomia; realização pessoal e prazer), por meio da regressão linear múltipla. Na análise não ajustada e ajustada foram apresentados os resultados em coeficiente beta (β) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Foram conduzidos três modelos de regressão: escore total de QV; controle e autonomia; realização pessoal e prazer, estratificados por sexo. Na análise ajustada, cada variável de exposição, referente à VPI (sofrida, perpetrada e bidirecional), foi controlada pelas variáveis de ajuste, a fim de estimar seu efeito sobre os escores de QV e domínios. Fixou-se o nível de significância estatística em 5% para associação.

Nos modelos ajustados de regressão linear procedeu-se análise dos resíduos, por meio da avaliação da heterocedasticidade e normalidade, da verificação dos resíduos padrão e do fator de inflação da variância (VIF). Para análise dos dados, foi utilizado o *software* estatístico Stata 14.0 (*Stata Corporation, College Station, EUA*). Considerou-se o efeito do desenho amostral por conglomerados e incorporados os pesos amostrais, no módulo *survey* do stata (comando *svy*).

O estudo EpiFloripa Idoso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (protocolo 352/2008 e CAAE 16731313.0.0000.0121), todos os participantes assinaram termos de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dos 1.197 idosos da segunda onda, 649 compuseram o estudo, com taxa de resposta de 54,2%. Verificou-se que os idosos participantes do estudo (n=649) apresentaram maiores escores de QV (46,3) quando comparados aos idosos não participantes (44,9), com significância estatística (p=0,008). Os não participantes (n=548) em maioria eram do

sexo feminino (85,2%), com mais de 70 anos (76,4%), escolaridade inferior a 4 anos de estudo e renda inferior a 5 salários mínimos, bem como com maiores prevalências de depressão, déficit cognitivo e dependência em AVD, quando comparados aos participantes.

A análise descritiva da amostra e escores médios de QV e seus domínios, segundo condições demográficas, socioeconômicas e de saúde em homens e mulheres são descritos na Tabela 1.

A maioria dos participantes foram homens (52,4%), destes 45,1% com idade entre 70-79 anos, 58,6% possuem renda familiar acima de 5 salários mínimos e 43,2% não apresentam dependência em AVD. Entre as mulheres, predominou a faixa etária de 60-69 anos (47,2%), renda familiar de 1 a 5 salários mínimos (50,5%) e dependência em AVD leve (47,1%). Para ambos os sexos, houve ausência de sintomas depressivos e de provável déficit cognitivo na maioria dos indivíduos.

A média dos escores de QV mensurados foi de 46,8 (DP=7,5) entre homens e 45,8 (DP=8,1) entre mulheres ($p=0,09$). As mulheres tiveram escores significativamente inferiores (20,5; DP= 5,0) de controle e autonomia quando comparadas aos homens (21,3; DP= 4,6) ($p=0,04$). No domínio de realização pessoal e prazer as médias foram de 25,5 (DP= 4,2) para homens e 25,2 (DP= 4,2) para mulheres ($p=0,4$), sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

A QV geral foi maior segundo a renda apenas para mulheres ($p=0,02$). Em homens e mulheres, os níveis de realização pessoal/ prazer foram maiores segundo aumento da renda e menores de acordo com aumento da idade, apresentando tendência linear. Na presença de sintomas depressivos, déficit cognitivo e dependência em AVD, verificaram-se menores escores de QV e seus domínios, exceto para controle/ autonomia nas mulheres.

Ao mensurar as médias dos escores de QV, mulheres em situação de VPI nas três direções analisadas (sofrida, perpetrada e bidirecional) mostraram menores níveis de QV. Mulheres que perpetraram VPI tiveram menores escores de QV (-3,15; IC95%: -4,84; -1,45), seguidas pelas envolvidas na VPI bidirecional (-2,59; IC95%: -4,10; -1,09) e pelas que sofreram violência (-1,62; IC95%: -3,06; -0,17) na análise ajustada (Tabela 2). Demonstra-se o comprometimento da QV quando a mulher se envolve em situação de VPI, principalmente quando são responsáveis pelos atos de agressão.

Ao analisar os domínios de QV após ajustes, os escores de controle e autonomia foram menores entre as mulheres que perpetraram

violência (-1,62; IC95%: -2,70; -0,55) e para aquelas em situação de violência bidirecional (-1,36; IC95%: -2,41; -0,31) (Tabela 3). Quanto ao domínio de realização pessoal e prazer, os escores foram menores para mulheres perpetradoras de violência (-1,52; IC95%: -2,50; -0,54), seguida pelas envolvidas na violência bidirecional (-1,23; IC95%: -2,12; -0,34) e para as que sofreram VPI (-0,81; IC95%: -1,58; -0,04), na análise ajustada (Tabela 4).

Nos homens, as análises não ajustadas e ajustadas demonstraram que não houve diferenças sobre o escore de QV e seus domínios, entre aqueles em situação de VPI nas três direcionalidades analisadas comparados aos não expostos à violência. Ressalta-se que vivenciar a VPI produziu efeitos negativos apenas sobre a QV das mulheres, enquanto os homens não foram afetados.

Na análise de resíduos, verificou-se que estes apresentaram distribuição normal, não houve erros de especificação nos modelos de regressão, segundo a análise de resíduos padrão, e não se identificou multicolinearidade usando o fator de inflação da variância (VIF).

Tabela 1. Análise descritiva e escores de qualidade de vida segundo condições demográficas, socioeconômicas e condições de saúde em mulheres e homens. EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Santa Catarina. 2013/2014.

			CASP-19		Controle e Autonomia		Realização pessoal e Prazer	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
	n (%)	n (%)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
p[†]	340 (52,4)	309 (47,6)	46,8 (7,5)	45,8 (8,1)	21,3 (4,6)	20,5 (5,0)	25,5 (4,2)	25,2 (4,2)
			0,09		0,04		0,4	
Faixa etária (anos)	n= 340	n= 309						
60- 69	135 (37,5)	147 (47,2)	47,9 (6,9)	46,6 (7,8)	21,9 (4,2)	20,8 (5,0)	26,0 (4,3)	25,8 (4,0)
70- 79	146 (45,1)	129 (42,0)	46,5 (7,4)	44,8 (8,4)	21,2 (4,6)	20,1 (5,3)	25,3 (4,0)	24,7 (4,3)
80 ou mais	59 (17,4)	33 (10,8)	44,9 (8,7)	45,6 (7,7)	20,1 (5,1)	21,1 (4,7)	24,7 (4,4)	24,4 (4,5)
p*			0,053	0,17	0,08	0,49	0,03[#]	0,01[#]
Renda	n= 329	n= 288						
Menor que 1	9 (3,3)	15 (4,2)	45,4 (7,2)	43,1 (8,6)	21,2 (3,7)	19,0 (5,4)	24,1 (4,5)	24,0 (4,0)
Entre 1- 5	138 (38,1)	142 (50,5)	45,8 (8,6)	44,9 (8,5)	21,0 (5,0)	20,1 (5,4)	24,8 (4,8)	24,8 (4,6)
Entre 5- 10	77 (24,8)	76 (26,3)	46,7 (6,4)	45,9 (7,3)	21,4 (4,4)	20,9 (4,2)	25,2 (3,5)	25,0 (4,0)
Maior que 10	105 (33,8)	55 (19,0)	48,0 (6,8)	48,5 (6,7)	21,5 (4,2)	21,6 (4,9)	26,4 (3,8)	26,9 (2,9)
p*			0,24	0,02[#]	0,93	0,16	0,003[#]	0,003[#]

Déficit Cognitivo	n= 340	n= 307						
Não	290 (87,3)	243 (80,0)	47,4 (6,9)	46,3 (7,8)	21,6 (4,2)	20,8 (5,0)	25,7 (3,9)	25,5 (4,1)
Provável	50 (12,7)	65 (20,0)	43,3 (9,7)	43,7 (8,8)	19,3 (5,9)	19,5 (5,4)	24,0 (5,2)	24,2 (4,5)
p**			0,005	0,02	0,01	0,07	0,02	0,03
Sintomas								
Depressivos	n= 340	n= 308						
Não	290 (85,7)	243 (80,8)	48,5 (5,9)	48,1 (6,7)	22,0 (4,2)	21,9 (4,3)	26,4 (3,0)	26,2 (3,5)
Suspeita à depressão	50 (14,3)	65 (19,2)	36,6 (8,3)	37,1 (7,2)	16,7 (4,4)	15,5 (4,5)	19,8 (5,9)	21,7 (4,9)
p**			< 0,001					
Dependência em atividades da vida diária								
	n= 340	n= 309						
Ausência	146 (43,2)	83 (26,7)	51,0 (4,1)	50,6 (5,5)	23,6 (3,0)	23,5 (3,8)	27,3 (2,2)	27,1 (2,6)
Leve	135 (39,6)	138 (47,1)	45,4 (7,6)	46,4 (7,4)	20,7 (4,3)	21,0 (4,3)	24,7 (4,6)	25,4 (4,4)
Moderada/ Grave	59 (17,2)	88 (26,2)	39,6 (7,5)	40,2 (8,0)	16,8 (4,6)	17,1 (5,2)	22,7 (5,1)	23,1 (4,3)
p*			< 0,001[#]					

* teste Kruskal- Wallis

** teste Mann- Whitney

† teste T de Student, comparação de médias de qualidade de vida e domínios, em homens e mulheres

tendência, de acordo com teste de tendência não paramétrico para grupos ordinais

Tabela 2. Análise não ajustada e ajustada do escore total de qualidade de vida (CASP-19) segundo violência por parceiro íntimo sofrida, perpetrada e bidirecional, estratificada por sexo. EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Santa Catarina. 2013/2014.

	Análise não ajustada				Análise ajustada*			
	Qualidade de Vida - CASP 19							
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>
Violência sofrida								
Não	1		1		1		1	
Sim	0,14 (-2,16; 2,45)	0,9	-2,37 (-4,37; -0,37)	0,02	0,31 (-1,24; 1,86)	0,69	-1,62 (-3,06; -0,17)	0,02
Violência perpetrada								
Não	1		1		1		1	
Sim	-0,73 (-2,33; 0,86)	0,36	-3,90 (-5,66; -2,15)	< 0,001	-0,08 (-1,38; 1,21)	0,9	-3,15 (-4,84; -1,45)	<0,001
Violência bidirecional								
Não	1		1		1		1	
Sim	0,35 (-1,90; 2,62)	0,75	-3,58 (-5,58; -1,59)	0,001	0,31 (-1,27; 1,91)	0,69	-2,59 (-4,10; -1,09)	0,001

* Modelo ajustado por faixa etária, renda, déficit cognitivo, sintomas depressivos e dependência de atividades de vida diária

IC95% = intervalo de confiança de 95%

Tabela 3. Análise não ajustada e ajustada do domínio de qualidade de vida – controle e autonomia – segundo violência por parceiro íntimo sofrida, perpetrada e bidirecional, estratificada por sexo. EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Santa Catarina. 2013/2014.

	Análise não ajustada				Análise ajustada*			
	Controle e Autonomia							
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>
Violência sofrida								
Não	1		1		1		1	
Sim	0,09 (-1,13; 1,33)	0,87	-1,22 (-2,57; 0,11)	0,07	0,20 (-0,66; 1,02)	0,63	-0,80 (-1,89; 0,27)	0,14
Violência perpetrada								
Não	1		1		1		1	
Sim	-0,32 (-1,28; 0,62)	0,49	-2,18 (-3,24; -1,11)	< 0,001	-0,01 (-0,81; 0,77)	0,96	-1,62 (-2,70; -0,55)	0,003
Violência bidirecional								
Não	1		1		1		1	
Sim	0,15 (-1,03; 1,39)	0,8	-1,95 (-3,20; -0,69)	0,002	0,07 (-0,83; 0,98)	0,87	-1,36 (-2,41; -0,31)	0,01

* Modelo ajustado por faixa etária, renda, déficit cognitivo, sintomas depressivos e dependência de atividades de vida diária

IC95% = intervalo de confiança de 95%

Tabela 4. Análise não ajustada e ajustada do domínio de qualidade de vida – realização pessoal e prazer - segundo violência por parceiro íntimo sofrida, perpetrada e bidirecional, estratificada por sexo. EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Santa Catarina. 2013/2014.

	Análise não ajustada				Análise ajustada*			
	Realização pessoal e Prazer							
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>
Violência sofrida								
Não	1		1		1		1	
Sim	0,02 (-1,23; 1,28)	0,96	-1,14 (-2,10; -0,18)	0,02	0,10 (-0,84; 1,05)	0,82	-0,81 (-1,58; -0,04)	0,03
Violência perpetrada								
Não	1		1		1		1	
Sim	-0,42 (-1,34; 0,50)	0,37	-1,72 (-2,70; -0,74)	0,01	-0,06 (-0,90; 0,77)	0,87	-1,52 (-2,50; -0,54)	0,003
Violência bidirecional								
Não	1		1		1		1	
Sim	0,18 (-1,01; 1,38)	0,76	-1,63 (-2,68; -0,59)	0,002	0,24 (-0,68; 1,17)	0,6	-1,23 (-2,12; -0,34)	0,007

* Modelo ajustado por faixa etária, renda, déficit cognitivo, sintomas depressivos e dependência de atividades de vida diária IC95% = intervalo de confiança de 95%

DISCUSSÃO

O presente estudo é inédito no Brasil na investigação da associação entre VPI e QV em idosos, analisando a violência sofrida, perpetrada e bidirecional em homens e mulheres. Destaca-se como principal achado, os impactos distintos produzidos pela exposição à VPI sobre a QV de acordo com o sexo. Apenas mulheres tiveram sua QV prejudicada ao estarem em situações de violência. Menores escores de QV foram identificados entre as mulheres idosas que perpetraram violência contra seus parceiros, seguida por aquelas envolvidas na violência bidirecional e, por último entre as agredidas por seus parceiros. Enquanto os homens não tiveram sua QV afetada ao perpetrar ou sofrer violência.

Os idosos de Florianópolis apresentaram elevada QV (homens= 46,8; mulheres= 45,8) quando comparados a estudos de base populacional conduzidos em outros países^{21,29} que utilizaram o mesmo instrumento de mensuração (CASP-19). Na Irlanda, a QV em idosos foi inferior (43,8), bem como na Inglaterra (42,5). Os escores médios de QV foram semelhantes entre os sexos no estudo atual, diferindo de outros inquéritos populacionais^{21,28}. Tais resultados podem estar relacionados ao fato do presente estudo incluir apenas idosos com parceiros, os quais tiveram elevado nível de QV quando comparados aos não participantes. Em estudo longitudinal³⁰, pessoas idosas casadas ou com companheiro, apresentaram QV superior às solteiras. A presença do parceiro é considerada positiva quando há suporte social e valorização pessoal no relacionamento³¹.

Verificou-se que em situações de violência, as mulheres tiveram sua QV prejudicada, a qual se manteve comprometida mesmo após análise ajustada pelos fatores de faixa etária, renda, déficit cognitivo, depressão e dependência em AVD. Enquanto para os homens a QV permaneceu inalterada, independente destes sofrerem ou cometerem tais atos. Este achado mostra que o impacto da violência sobre a QV difere significativamente entre mulheres e homens idosos. Compreende-se que tal distinção seja mediada por questões de gênero, visto que em nossa cultura papéis de feminilidade e masculinidade contribuem para conflitos entre casais, e estão frequentemente associados a ocorrência de violência no relacionamento³¹. O binômio masculinidade e violência, tradicionalmente é compreendido como se o segundo termo pertencesse ao primeiro. Neste cenário de associação entre ser masculino e ser violento, as relações de gênero são construídas e reproduzidas,

legitimando a violência como referência para se distinguir o homem da mulher³². Tal construção corrobora com as diferenças do impacto da VPI sobre a QV entre os sexos encontradas neste estudo.

Para as mulheres idosas, tanto cometer como sofrer violência, acarretou menores escores de QV. Destaca-se maior impacto negativo sobre a QV 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). Parece paradoxal que idosas perpetradoras de VPI tenham sua QV mais comprometida em comparação às que sofrem, uma vez que a literatura^{33,34}, as graves consequências da violência relacionam-se às mulheres vítimas. O sofrimento causado pode servir de catalisador para processos de adoecimento instalados ou predispostos, tais como o comprometimento da saúde física, a dependência em atividades de vida diárias, o déficit cognitivo, além de autopercepção de saúde mais baixa³⁵, que comprometem a QV das pessoas envolvidas na violência.

Neste estudo, o protagonismo da mulher nas situações de VPI afeta ambos os domínios de QV - controle e autonomia, realização pessoal e prazer. Ressalta-se que, as mulheres são constantemente responsabilizadas pelo zelo e sucesso dos relacionamentos, estando mais propensas a sentir culpa pelo comportamento violento do parceiro, o que impacta na redução do seu bem-estar³⁶. A expectativa de que mulheres devam ser cuidadoras, sensíveis e conciliadoras no âmbito familiar, não se admitindo que assumam postura agressiva e violenta³⁷, resulta na sua QV ainda mais comprometida quando assumem o papel de perpetradoras de VPI. Alguns autores^{2,37} descrevem a perpetração de VPI pelas mulheres como uma reação de defesa sobre agressões sofridas previamente. A adoção da violência para resolução dos conflitos conjugais evidencia a falta de outros recursos para mediação dos problemas, indicando a vulnerabilidade no relacionamento. Em consonância com tais resultados, estudo americano³⁸ encontrou associação entre baixa autoestima e perpetração desta violência apenas para mulheres.

Deve-se salientar que a VPI entre pessoas idosas não se caracteriza como fato novo, que emerge nesta faixa etária. Estudo de base populacional realizado com adultos de Florianópolis³⁹, constatou que as prevalências de sofrer violência física foram elevadas tanto em homens (17,5%) como nas mulheres (16,1%), porém com consequências negativas em maiores proporções sobre a saúde das mulheres, evidenciado que a violência nos relacionamentos íntimos e seus efeitos se mantém durante a vida. Estudo longitudinal australiano afirmou que a

VPI impactou em menor QV para mulheres ao longo de 16 anos de estudo, perpetuando por três gerações, explicitando que os danos da violência sobre quem a vivencia, são intergeracionais⁴⁰.

Ressalta-se o impacto negativo da VPI sobre o bem-estar das idosas entrevistadas, comprometendo o envelhecimento positivo e saudável, apontando para a necessidade de estratégias para prevenção desta forma de violência nesta fase da vida. As mulheres em situação de violência são mais suscetíveis a permanecerem socialmente isoladas, afastadas de amigos e familiares, mantendo-se restritas ao ambiente doméstico e ao convívio com o autor de violência³⁶. Segundo a OMS², as consequências da VPI são profundas, impactando na saúde e felicidade dos envolvidos, estendendo-se e afetando o bem-estar de famílias e até comunidades inteiras.

Embora a prevalência de VPI em pessoas idosas apresente simetria de gênero⁴¹, os efeitos produzidos pela exposição a violência sobre a QV são assimétricos, visto que estar em situação de VPI não ocasionou quaisquer impactos sobre a QV dos homens. No entanto, esse impacto sobre a QV das mulheres é permeado por uma iniquidade de gênero que deve ser combatida, visto que atos de agressões, abusos e humilhações no relacionamento são socialmente toleráveis³⁸.

A partir da teoria de gênero³⁷, a adoção de comportamento violento pelo homem contra a parceira, corresponde a forma correta de atuar, historicamente construída e valorizada, para resolver problemas. A violência praticada pelo parceiro permanece naturalizada e banalizada, fazendo com que muitas vezes sequer seja considerada como tal⁴². Schraiber et al.⁴³, destacam que a violência costuma ser reconhecida pelos homens apenas em situações da vida pública: nas relações urbanas, impessoais e/ ou anônimas. Uma vez que, posturas agressivas e atos de violência no âmbito familiar e conjugal, são tidas como o exercício do papel do chefe de família, permanecendo a violência no relacionamento invisibilizada e negligenciada.

Para a redução da VPI sobre homens e mulheres se faz necessária a desconstrução dos papéis hierárquicos de gênero e a redução dos fatores estruturais que apoiam essas desigualdades, as quais certamente são intervenções de grande valia para o enfrentamento da violência e o alcance do envelhecimento saudável, promovendo a QV nos idosos, principalmente para as mulheres, as mais afetadas⁴⁴. O reconhecimento das situações de violência no relacionamento íntimo entre pessoas idosas nos serviços de saúde, ainda é uma prática incipiente no contexto brasileiro⁴⁵. Existem serviços de atendimento à pessoa idosa vítima de

abuso e maus tratos, porém uma parcela maior desta população pode estar sofrendo consequências da VPI, nos seus relacionamentos.

Este estudo é relevante por investigar temática ainda subpesquisada, abordando além da violência sofrida no relacionamento íntimo, a perpetrada e bidirecional. São escassas as pesquisas que comparam os resultados de vitimização e perpetração da VPI em homens e mulheres. Tal conduta, reduz o viés de análise, visto que não se definem previamente vítimas e agressores, mas sim analisam-se tais comportamentos em ambos os sexos.

Sobre o constructo de QV, adotou-se definição específica para população idosa que transcende às questões relacionadas à saúde, mensurando aspectos de percepção subjetiva sobre a vida. A análise de amostra representativa de base populacional de uma capital do Sul do Brasil, conduzida por instrumentos validados e de alta confiabilidade – CTS-1 e CASP-19 – alcançou resultados fidedignos, possibilitando concluir que mulheres tiveram sua QV prejudicada por situação de VPI, e que ser perpetradora causou impacto negativo superior a ser vítima, enquanto para os homens esta forma de violência não alterou os níveis de QV.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2002:60.
2. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL et al. The world report on violence and health. *Lancet* 2002; 360(9339): 1083-8.
3. Stockl H, Penhale B. Intimate Partner Violence and Its Association with Physical and Mental Health Symptoms Among Older Women in Germany. *J Interpers Violence* 2015; 30(17): 3089-111
4. Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, et al. Low health-related quality of life among abused women. *Qual Life Res.* 2006; 15(6): 959-65.
5. Manthorpe J, Biggs S, McCreadie C, et al. The U.K. national study of abuse and neglect among older people. *Nurs Older People* 2007; 19(8): 24-6.
6. Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health.* 2003; 7: 186-94.
7. Lima F, Hyde M, Chungkham H, Correia C, Campos AS, Campos M, et al. Quality of life amongst older Brazilians: a cross-cultural

validation of the CASP-19 into Brazilian-Portuguese. *PLoS One*. 2014; 9:e94289.

8. Cecchetto F, Oliveira QBM, Njaine K, Minayo MCS. Violências percebidas por homens adolescentes na interação afetivo-sexual em dez cidades brasileiras. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59): 853-864.

9. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The lancet*. 2002; 359(9314): 1331-6

10. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: World Health Organization. 2013.

11. Desmarais, S., Reeves, K., Nicholls, T., Telford, R., & Fiebert, M. Prevalence of physical violence in intimate relationships: Part 1. Rates of male and female victimization. *Partner Abuse*. 2012; 3(2):1–6.

12. Sorensen J, Kruse M, Gudex C, Helweg-Larsen K, Bronnum-Hansen H. Physical violence and health-related quality of life: Danish cross-sectional analyses. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10(1): 113.

13. Lang G, Enzenhofer E. Quality of life of older women with dependency and abuse experience. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*. 2013; 46(1): 27-34.

14. Coker AL, Follingstad DR, Garcia LS, Bush HM. Intimate partner violence and women's cancer quality of life. *Cancer Causes & Control*. 2017; 28(1): 23-39.

15. Rees S, Silove D, Chey T, et al. Lifetime Prevalence of Gender-Based Violence in Women and the Relationship with Mental Disorders and Psychosocial Function. *Jama-Journal of the American Medical Association*. 2011; 306(5): 513-21.

16. Universidade Federal de Santa Catarina. EpiFloripa: condições de saúde de adultos e idosos de Florianópolis. Florianópolis; 2009 e 2013/2014. Disponível em: <http://www.epifloripa.ufsc.br/> (Acessado em 04 junho de 2018)

17. PNUD, ONU. Relatório do Desenvolvimento Humano 2010. Edição do 20º Aniversário. A Verdadeira Riqueza das Nações: vias para o desenvolvimento humano. Portugal, IPAD, 2010.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais residentes, em 1º de julho de 2009, segundo os municípios. Brasília; 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf (Acessado em 04 junho de 2018).

19. 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(4): 1083-1093.
20. Schneider IJC, Confortin SC, Bernardo CO, Carvalho CB, Antes DL, Pereira KG, Ono ML, Marques LP, Borges LJ, Giehl MWC, Krug RR, Goes VF, Boing AC, Boing AF, d'Orsi E. Estudo de coorte EpiFloripa Idoso: métodos, aspectos operacionais e estratégias de seguimento. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51: 1-10.
21. Kim, G. R., G. Netuveli, D. Blane, A. Peasey, S. Malyutina, G. Simonova, R. Kubinova, A. Pajak, S. Croezen, M. Bobak and H. Pikhart. Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the CASP-19, a measure of quality of life in early old age: the HAPIEE study. *Aging & Mental Health*. 2015; 19(7): 595-609.
22. Sexton E, King-Kallimanis BL, Conroy RM, Hickey A (2013). Psychometric evaluation of the CASP-19 quality of life scale in an older Irish cohort. *Quality of Life Research*. 2013; 22(9): 2549-2559.
23. Anacleto AJ, Njaine K, Longo GZ, et al. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. 2009; 25(4): 800-808.
24. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo 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.
25. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3): 189-98.
26. Paradela EM, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6): 918-23.
27. Rosa TE, Benício MH, Latorre MR, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(1): 40-8.
28. Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(4): 357-63.
29. Tampubolon G. Delineating the third age: joint models of older people's quality of life and attrition in Britain 2002-2010. *Aging Ment Health*. 2015; 2:1-8.

30. Morris ME, Adair B, Kurowski EOaW, Miller KJ, Pearce AJ, Santamaria N, et al. Smart technologies to enhance social connectedness in older people who live at home. *AJA*. 2014; 33(3): 142-52.
31. Johnson, MP. Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women*. 2006; 12: 1003–1018.
32. Gomes R. La dimensión simbólica de la violencia de género una discusión introductoria. *Athenea Digital-Revista de pensamiento e investigación social*. 2008; (14): 237-43
33. 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.
34. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence. *Lancet*. 2006; 368 (9543): 1260-9.
35. 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.
36. Anderson, KL. Theorizing gender in intimate partner violence research. *Sex roles*. 2005; 52(11-12): 853-865
37. Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educ Real*. 1995; 20(2): 71-99.
38. Anderson, KL. Perpetrator or victim? Relationships between intimate partner violence and well-being. *Journal of Marriage and Family*, 2002; 64(4): 851-863.
39. Lindner SR, Coelho EBS, Bolsoni CC, Rojas PF, Boing AF. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(4): 815-826.
40. Loxton D, Dolja-Gore X, Anderson AE, Townsend N. Intimate partner violence adversely impacts health over 16 years and across generations: A longitudinal cohort study. *PloS one*. 2017; 12.6 e0178138.
41. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017; 5(2): 147-156.
42. Lima DC, Büchele F, Clímaco DA. Homens, gênero e violência contra a mulher. *Saude soc*. 2008; 17(2): 69-81.

43. Schraiber LB, Barros CRS, Couto MT, Figueiredo WS, Albuquerque FP. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Rev. bras. epidemiol.* 2012; 15(4): 790-803.
44. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Washington: OMS; 2010.
45. Florêncio MVDL. Rastreamento de Violência Contra Pessoas Idosas Cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa-PB. 2014. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica)- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

7. CONCLUSÕES

A partir das análises realizadas nesta tese de doutorado pode-se concluir que:

1. A violência por parceiro íntimo (VPI) está presente tanto nas mulheres como nos homens idosos, sendo que ambos podem sofrê-la ou perpetrá-la.

Ao analisar a prevalência de qualquer ato de VPI verificou-se que tanto homens como mulheres assumiram papéis de vítimas ou agressores no relacionamento íntimo, ao sofrer (48,3% e 46,4%; $p=0,47$) e perpetrar (50,3% e 45,1%; $p=0,20$) atos de violência contra o parceiro, bem como estarem em situação de violência bidirecional (42,9% e 38,4%; $p=0,18$), respectivamente, sem diferença estatisticamente significativa. Encontrou-se uma simetria de gênero na ocorrência de VPI na população idosa residente em Florianópolis, SC.

2. A violência física e psicológica, tanto sofrida como perpetrada, acomete homens e mulheres, sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

As prevalências de violência psicológicas encontradas em homens e mulheres foram elevadas em quaisquer das direcionalidades analisadas, mostrando a magnitude do comportamento violento sob uma perspectiva relacional entre casais de idosos. A prevalência de violência sofrida foi de 48,3% e 44,8% ($p=0,22$), perpetrada de 49,8% e 44,5% ($p=0,17$) e bidirecional 42,9% e 37,7% ($p=0,12$) em homens e mulheres, respectivamente. A violência física, embora não menos relevante, ocorreu em menores proporções sendo 2,2 e 3,9% ($p=0,26$) para violência sofrida, 2,0% e 3,6% ($p=0,18$) para violência perpetrada e, 0,8% e 2,4% ($p=0,15$) para violência bidirecional, em homens e mulheres respectivamente. A simetria de gênero na prevalência de VPI permaneceu, mesmo quando analisada segundo a natureza dos atos (psicológica e física).

3. Dentre as condições sociodemográficas investigadas, apenas a situação conjugal para mulheres apresentou associação com a VPI perpetrada.

Mulheres idosas separadas/divorciadas tiveram prevalência 86% maior de cometer agressões contra seus parceiros (RP= 1,86; IC95%= 1,15- 3,02) em comparação às mulheres casadas ou com companheiro. Para mulheres e homens idosos, as seguintes condições sociodemográficas: dependentes da renda, coabitação e trabalho remunerado atual; não foram fatores associados à VPI sofrida ou perpetrada.

4. Dentre as condições de saúde investigadas, apenas a autopercepção de saúde foi associada à VPI perpetrada, para mulheres e homens.

Homens com autopercepção de saúde ruim/ muito ruim (RP= 1,74; IC95%= 1,18- 2,58) e mulheres com autopercepção de saúde regular (RP=1,53 IC95%= 1,12- 2,08) apresentaram maiores prevalências de violência perpetrada. Em relação às demais condições de saúde, a presença de morbididades, sintomas depressivos, déficit cognitivo, dependência em AVD, hábito de fumar e uso de álcool, não mostraram associação com a VPI, sofrida ou perpetrada, em ambos os sexos.

5. Mulheres idosas em situação de VPI possuem menores escores de qualidade de vida (QV) e seus domínios (controle e autonomia; realização pessoal e prazer), quando comparados às idosas não expostas a essa violência. Enquanto homens em situação de VPI não tem sua QV afetada, apresentando escores de QV semelhantes àqueles não expostos.

As mulheres apresentaram menores escores de QV geral, quando estiveram em situação de violência perpetrada (-3,15; IC95%: -4,84; -1,45), bidirecional (-2,59; IC95%: -4,10; -1,09) e sofrida (-1,62; IC95%: -3,06; -0,17). Os escores de controle e autonomia foram menores para mulheres que perpetraram (-1,62; IC95%: -2,70; -0,55) ou estiveram em situação de violência bidirecional (-1,36; IC95%: -2,41; -0,31). A realização pessoal e prazer apresentou menores escores para mulheres perpetradoras de violência (-1,52; IC95%: -2,50; -0,54), seguida pelas envolvidas na violência bidirecional (-1,23; IC95%: -2,12; -0,34) e para as que sofreram VPI (-0,81; IC95%: -1,58; -0,04). Destaca-se que cometer violência contra o parceiro resultou maior redução de QV do que sofrer tais agressões. Para os homens, o fato de vivenciar

violência no relacionamento não impactou sobre a sua QV e domínios investigados.

Os resultados da presente tese, demonstram que há uma simetria de gênero em relação à prevalência de VPI entre mulheres e homens idosos, residentes em Florianópolis- SC. Destaca-se que ambos podem sofrer, perpetrar ou estar em situação de violência bidirecional, sem diferença com significativa estatística, entre os sexos. Porém, o fato das agressões ocorrerem em proporções semelhantes, não representa que estas possuam as mesmas motivações e efeitos sobre homens e mulheres. Uma vez que, o impacto da VPI sobre a QV foi diferente entre os sexos, prejudicando apenas mulheres. Reforça-se a relevância de investigar a VPI em homens e mulheres, bem como nas suas diversas direcionalidades e tipologias. Ao assumir que ambos podem adotar papéis de vítimas ou agressores, a complexidade deste tipo de violência pode ser melhor explorada e detalhada.

Espera-se que com os achados desta tese, seja possível contribuir para a visibilização da VPI entre pessoas idosas, considerando-se que este é um fenômeno que perpetua ao longo das gerações, podendo comprometer o processo de envelhecimento saudável e alcance da QV. Ao descrever a elevada magnitude desta violência em ambos os sexos e seu efeito negativo sobre a QV das mulheres, espera-se informar e sensibilizar pesquisadores, gestores e profissionais dos serviços de saúde, bem como a sociedade em geral, para que esteja engajada no enfrentamento de quaisquer formas de violência.

Compreender a influência dos papéis de gênero assumidos pelos idosos em seus relacionamentos sobre a violência e seu impacto na QV das mulheres, pode subsidiar ações no sentido de promover a equidade de gênero como estratégia de prevenção da violência neste grupo etário. Adicionalmente, estudos longitudinais também podem contribuir para a melhor compreensão das relações de causa e efeito entre as situações de VPI vivenciadas e o nível de QV, em mulheres e homens idosos.



8. REFERÊNCIAS

1. Guedes DT, Curcio CL, Llano BA, Zunzunegui MV, Guerra R. [The gender gap in domestic violence in older adults in Latin America: the IMIAS Study]. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(4-5):293-300.
2. Sorensen J, Kruse M, Gudex C, Helweg-Larsen K, Bronnum-Hansen H. Physical violence and health-related quality of life: Danish cross-sectional analyses. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:113.
3. Organização Mundial de Saúde. The uses of epidemiology in the study of the elderly. Geneva: WHO; 1984.
4. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: <http://www.ibge.gov.br/home/> 2016.
6. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde; 2002. p. 60.
7. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083-8.
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.
9. Wiggins RD, Netuveli G, Hyde M, Higgs P, Blane D. The Evaluation of a Self-enumerated Scale of Quality of Life (CASP-19) in the Context of Research on Ageing: A Combination of Exploratory and Confirmatory Approaches. *Social Indicators Research*. 2008;89(1):61-77.
10. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. *Br Med Bull*. 2008;85:113-26.
11. Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health*. 2003;7(3):186-94.
12. Organização das Nações Unidas. Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003. p. 49.
13. Lei n. 8842/94 que a institui regulamentada pelo Decreto n° 1948 de 04 de janeiro de 1994. Estabelece a Política Nacional do Idoso. (1994).
14. Brasil. Portaria n° 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa: Diário Oficial da União; 2006.

15. Tahan J, de Carvalho ACD. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. Reflections of Aged Participating in the Health Promotion Groups Concerning the Ageing and the Quality of Life. 2010;19(4):878-88.
16. Figueiredo AEB. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasil: Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2013. Ciência & Saúde Coletiva. 2014;19:3617-8.
17. Desmarais SL, Reeves KA, Nicholls TL, Telford RP, Fiebert MS. Prevalence of Physical Violence in Intimate Relationships, Part 1: Rates of Male and Female Victimization. Partner Abuse. 2012;3(2):140-69.
18. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet. 2002;359(9314):1331-6.
19. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence: World Health Organization; 2013.
20. Hackenberg EA, Sallinen V, Koljonen V, Handolin L. Severe intimate partner violence affecting both young and elderly patients of both sexes. Eur J Trauma Emerg Surg. 2016.
21. Zink T, Fisher BS, Regan S, Pabst S. The prevalence and incidence of intimate partner violence in older women in primary care practices. J Gen Intern Med. 2005;20(10):884-8.
22. Paiva MMd, Tavares DMdS. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. Revista Brasileira de Enfermagem. 2015;68:1035-41.
23. Lee M, Stefani KM, Park EC. Gender-specific differences in risk for intimate partner violence in South Korea. BMC Public Health. 2014;14:415.
24. 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.
25. Afifi TO, Henriksen CA, Asmundson GJ, Sareen J. Victimization and perpetration of intimate partner violence and substance use disorders in a nationally representative sample. Journal of Nervous & Mental Disease. 2012;200(8):684-91.

26. Lang G, Enzenhofer E. Quality of life of older women with dependency and abuse experience. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*. 2013;46(1):27-34.
27. de Barros EN, Silva MA, Falbo Neto GH, Lucena SG, Ponzo L, Pimentel AP. Prevalence and factors associated with intimate partner violence among women in Recife/Pernambuco, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):591-8.
28. d'Oliveira AF, Schraiber LB, Franca-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. [Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women]. *Rev Saude Publica*. 2009;43(2):299-311.
29. Stockl H, March L, Pallitto C, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence among adolescents and young women: prevalence and associated factors in nine countries: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:751.
30. Trinh OT, Oh J, Choi S, To KG, Van Do D. Changes and socioeconomic factors associated with attitudes towards domestic violence among Vietnamese women aged 15-49: findings from the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2006-2011. *Glob Health Action*. 2016;9:29577.
31. Fanslow J, Gulliver P. Exploring Risk and Protective Factors for Recent and Past Intimate Partner Violence Against New Zealand Women. *Violence Vict*. 2015;30(6):960-83.
32. Al-Atrushi HH, Al-Tawil NG, Shabila NP, Al-Hadithi TS. Intimate partner violence against women in the Erbil city of the Kurdistan region, Iraq. *BMC Womens Health*. 2013;13:37.
33. Lokhmatkina NV, Agnew-Davies R, Costelloe C, Kuznetsova OY, Nikolskaya IM, Feder GS. Intimate partner violence and ways of coping with stress: cross-sectional survey of female patients in Russian general practice. *Fam Pract*. 2015;32(2):141-6.
34. Dong X. Sociodemographic and socioeconomic characteristics of elder self-neglect in an US Chinese aging population. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;64:82-9.
35. Ruelas-Gonzalez MG, Duarte-Gomez MB, Flores-Hernandez S, Ortega-Altamirano DV, Cortes-Gil JD, Taboada A, et al. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. *Int J Equity Health*. 2016;15:35.
36. Simone L, Wettstein A, Senn O, Rosemann T, Hasler S. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Med Wkly*. 2016;146:w14273.

37. Reeves KA, Desmarais SL, Nicholls TL, Douglas KS. Intimate partner abuse of older men: considerations for the assessment of risk. *J Elder Abuse Negl.* 2007;19(1-2):7-27, table of contents.
38. Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V. Low health-related quality of life among abused women. *Qual Life Res.* 2006;15(6):959-65.
39. Manthorpe J, Biggs S, McCreadie C, Tinker A, Hills A, O'Keefe M, et al. The U.K. national study of abuse and neglect among older people. *Nurs Older People.* 2007;19(8):24-6.
40. Costa D, Hatzidimitriadou E, Ioannidi-Kapolou E, Lindert J, Soares J, Sundin O, et al. Intimate partner violence and health-related quality of life in European men and women: findings from the DOVE study. *Qual Life Res.* 2015;24(2):463-71.
41. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A, et al. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *Jama.* 2006;296(5):530-6.
42. Kelly U. Intimate partner violence, physical health, posttraumatic stress disorder, depression, and quality of life in latinas. *West J Emerg Med.* 2010;11(3):247-51.
43. Oliveira APG, Cavalcanti VRS. Violência doméstica na perspectiva de gênero e políticas públicas. Domestic violence from gender perspective and public policies. *Rev bras crescimento desenvolv hum.* 17(1):39-51.
44. Portal do Envelhecimento. Os direitos humanos e a pessoa idosa. 2010. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com/direitos-e-politicas/item/673-direitos-humanos-do-idoso>>. Acesso em 04 out 2016.
45. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Observatório Nacional do Idoso [homepage na internet]. Sobre os Centros [acesso em 5 set 2016. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/centros/index.php>.
46. Brasil. 15 de junho - Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2009.
47. 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.
48. Brasil. Estatuto do Idoso. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 70.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à S. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006.
50. Brasil. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos; 2005. p. 24.
51. Brasil. Decreto Nº 5.109, de 17 de junho de 2004. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso CNDI, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2004.
52. Brasil. Lei 12.461 de 26 de julho de 2011. Estabelece a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra os idosos atendidos nos serviços de saúde. 2011.
53. Brasil. Cadernos de Atenção Básica, n.8: Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.131
Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. 2002.
54. 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.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar - Volume 2. 2013.
56. Florianópolis. LEI Nº 11.436, de 07 de junho de 2000: Dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e adota outras providências. Florianópolis: ALESC; 2000.
57. Santa Catarina. LEI COMPLEMENTAR Nº 381, de 07 de maio de 2007. Florianópolis: ALESC; 2007.
58. 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.
59. Florianópolis. Programa Capital Idoso. Florianópolis: PMF; 2006.
60. Florianópolis., Prefeitura Municipal de Florianópolis. Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso. Tubarão: Ed. Copiart; 2011.
61. Florianópolis., Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria Municipal de Assistência Social. CIAPREVI. 2015.
62. Organização Nacional das Nações Unidas. Respostas para a Violência Baseada em Gênero no Cone Sul: Avanços, desafios e experiências regionais. . http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/UNDOC_RespostasViolenciaGeneroConeSul2011.pdf; 2011.
63. Pimentel S. Experiências e desafios: comitê sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (CEDAW/ONU)–

relatório bianal de minha participação. Brasília, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. Série Documentos.

64. Minayo MCdS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad saude publica*. 2004;20(3):646-7.

65. Declaração da Organização dos Estados Americanos. Programa de Ação de Viena-II Conferência Mundial sobre Direitos Humanos.

66. Sullivan DJ. Women's human rights and the 1993 World Conference on Human Rights. *American Journal of International Law*. 1994;88(1):152-67.

67. Alves JAL. A Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento e o paradigma de Huntington. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 1995;12(1-2).

68. Convenção de Belém do Pará. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. *Gênero e Tráfico de Mulheres*. 2015:147.

69. Viotti MLR. Declaração e a plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a mulher: Pequim 1995. Instrumentos internacionais de direitos das mulheres Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. 2006:15-25.

70. Jardim RT, Brauner MCC. Esterilização feminina na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e do controle de natalidade. *Jus Navigandi*. 2005;9:793.

71. Medrado B, Pimentel Mélo R. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. *Psicologia & Sociedade*. 2008;20.

72. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde Brasília; 2004.

73. Brasil. Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres Brasília, DF; 2007.

74. Tristão KM, Leite FMC, Schmildt ER, Leite EC, Castro DSd, Vilela APM. Mortalidade por causas externas na microrregião de São Mateus, estado do Espírito Santo, Brasil: tendências de 1999 a 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012;21(2):305-13.

75. Cunha RS, Pinto RB. Violência doméstica: Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006): comentada artigo por artigo. 2012.

76. Lima DC, Büchele F. Revisão crítica sobre o atendimento a homens autores de violência doméstica e familiar contra as mulheres. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2011;21:721-43.

77. Beiras A, Ried R, Toneli M, editors. Políticas públicas e programas de atendimento: Homens Autores de violência contra a mulher.

Cadernos de resumos: Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad: Investigación y Activismo; 2011.

78. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(4): 658-666.

79. Lamoglia CVA, Minayo MCdS. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva; 2009.

80. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine*. 2008;66(4):1008-18.

81. Souza ERd, Minayo MCdS. 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.

82. Warmling D, Lindner SR, Coelho EBS. Intimate partner violence prevalence in the elderly and associated factors: systematic review. *Ciencia & saude coletiva*. 2017;22(9):3111-25.

83. Soglin LF, Bauchat J, Soglin DF, Martin GJ. Detection of intimate partner violence in a general medicine practice. *J Interpers Violence*. 2009;24(2):338-48.

84. Hurwitz EJH, Gupta J, Liu R, Silverman JG, Raj A. Intimate partner violence associated with poor health outcomes in U.S. South Asian women. *Journal of Immigrant & Minority Health*. 2006;8(3):251-61.

85. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Carrell D, Fishman PA, Rivara FP, et al. Intimate partner violence in older women. *Gerontologist*. 2007;47(1):34-41.

86. 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.

87. Brisibe S, Ordinihoia B, Dienye PO. Intersection Between Alcohol Abuse and Intimate Partner's Violence in a Rural Ijaw Community in Bayelsa State, South-South Nigeria. *Journal of Interpersonal Violence*. 2012;27(3):513-22.

88. 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.

89. Renner LM, Habib L, Stromquist AM, Peek-Asa C. The association of intimate partner violence and depressive symptoms in a cohort of rural couples. *J Rural Health*. 2014;30(1):50-8.
90. Mills LD, Mills TJ, Taliaferro E, Zimbler A, Smith D. The prevalence of female-to-male intimate partner violence in an urban emergency department. *J Emerg Med*. 2003;25(2):215-8.
91. Yan E, Chan KL. Prevalence and correlates of intimate partner violence among older Chinese couples in Hong Kong. *International Psychogeriatrics*. 2012;24(9):1437-46.
92. Burazeri G, Roshi E, Jewkes R, Jordan S, Bjegovic V, Laaser U. Factors associated with spousal physical violence in Albania: cross sectional study. *Bmj*. 2005;331(7510):197-201.
93. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *Bmj*. 2002;324(7332):271.
94. Peek-Asa C, Zwerling C, Young T, Stromquist AM, Burmeister LF, Merchant JA. A population based study of reporting patterns and characteristics of men who abuse their female partners. *Inj Prev*. 2005;11(3):180-5.
95. 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.
96. 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.
97. 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.
98. Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005;29(1):181-93.
99. Aekplakorn W, Kongsakon R. Intimate partner violence among women in slum communities in Bangkok, Thailand. *Singapore Med J*. 2007;48(8):763-8.
100. 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.

101. Rosay ABP, Mulford CFP. Prevalence estimates and correlates of elder abuse in the United States: The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey. *J Elder Abuse Negl.* 2017;29(1):1-14.
102. 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.
103. 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.
104. 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.
105. Hellemans S, Buysse A, De Smet O, Wietzker A. Intimate partner violence in Belgium: Prevalence, individual health outcomes, and relational correlates. *Psychologica Belgica.* 2014;54(1):79-96.
106. Ahmadi R, Soleimani R, Jalali MM, Yousefnezhad A, Roshandel Rad M, Eskandari A. Association of intimate partner violence with sociodemographic factors in married women: a population-based study in Iran. *Psychol Health Med.* 2016:1-11.
107. Ruiz-Perez I, Plazaola-Castano J, Del Rio-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *Eur J Public Health.* 2007;17(5):437-43.
108. Stockl H, Penhale B. Intimate Partner Violence and Its Association With Physical and Mental Health Symptoms Among Older Women in Germany. *J Interpers Violence.* 2015;30(17):3089-111.
109. 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.
110. 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.
111. 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.
112. 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.

113. Burgos D, Canaval GE, Tobo N, Bernal de Pheils P, Humphreys J. [Types and severity of partner violence against women living in the community in Cali, Colombia]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2012;14(3):377-89.
114. Ally EZ, Laranjeira R, Viana MC, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiko S, et al. Intimate partner violence trends in Brazil: data from two waves of the Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2016;38(2):98-105.
115. Bauer HM, Gibson P, Hernandez M, Kent C, Klausner J, Bolan G. Intimate partner violence and high-risk sexual behaviors among female patients with sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases*. 2002;29(7):411-6.
116. Sonogo M, Gandarillas A, Zorrilla B, Lasheras L, Pires M, Anes A, et al. Unperceived intimate partner violence and women's health. *Gac Sanit*. 2013;27(5):440-6.
117. 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.
118. Kutin J, Russell R, Reid M. Economic abuse between intimate partners in Australia: prevalence, health status, disability and financial stress. *Australian and New Zealand journal of public health*. 2017;41(3):269-74.
119. 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.
120. 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.
121. 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.
122. 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.
123. Cattaneo LB, DeLoveh HL. The role of socioeconomic status in helpseeking from hotlines, shelters, and police among a national sample

of women experiencing intimate partner violence. *Am J Orthopsychiatry*. 2008;78(4):413-22.

124. Lauve-Moon K, Ferreira RJ. An exploratory investigation: Post-disaster predictors of intimate partner violence. *Clinical Social Work Journal*. 2017;45(2):124-35.

125. Reichel D. Determinants of intimate partner violence in Europe: The role of socioeconomic status, inequality, and partner behavior. *Journal of interpersonal violence*. 2017;32(12):1853-73.

126. Gerber MR, Ganz ML, Lichter E, Williams CM, McCloskey LA. Adverse health behaviors and the detection of partner violence by clinicians. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165(9):1016-21.

127. Inslicht SS, Marmar CR, Neylan TC, Metzler TJ, Hart SL, Otte C, et al. Increased cortisol in women with intimate partner violence-related posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2006;31(7):825-38.

128. Vives-Cases C, Torrubiano-Dominguez J, Escriba-Aguir V, Ruiz-Perez I, Montero-Pinar MI, Gil-Gonzalez D. Social determinants and health effects of low and high severity intimate partner violence. *Ann Epidemiol*. 2011;21(12):907-13.

129. Svavarsdottir EK, Orlygsdottir B. Intimate partner abuse factors associated with women's health: a general population study. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1452-62.

130. Hurwitz EJ, Gupta J, Liu R, Silverman JG, Raj A. Intimate partner violence associated with poor health outcomes in U.S. South Asian women. *J Immigr Minor Health*. 2006;8(3):251-61.

131. Prosman GJ, Jansen SJ, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen AL. Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression. *Fam Pract*. 2011;28(3):267-71.

132. Park GR, Park E-J, Jun J, Kim N-S. Association between intimate partner violence and mental health among Korean married women. *Public health*. 2017;152:86-94.

133. Montero I, Escriba V, Ruiz-Perez I, Vives-Cases C, Martin-Baena D, Talavera M, et al. Interpersonal violence and women's psychological well-being. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20(2):295-301.

134. Sareen J, Pagura J, Grant B. Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States? *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(3):274-8.

135. Coker AL, Sanderson M, Fadden MK, Pirisi L. Intimate partner violence and cervical neoplasia. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 2000;9(9):1015-23.

136. Plazaola-Castano J, Ruiz-Perez I, Escriba-Aguir V, Montero-Pinar I, Vives-Cases C. The assessment of intimate partner violence in Spanish women: the index of spouse abuse. *J Interpers Violence*. 2011;26(16):3267-88.
137. Humphreys J, Cooper BA, Miaskowski C. Occurrence, characteristics, and impact of chronic pain in formerly abused women. *Violence Against Women*. 2011;17(10):1327-43.
138. Kutin J, Russell R, Reid M. Economic abuse between intimate partners in Australia: Prevalence, health status, disability and financial stress. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2017.
139. Hellemans S, Loeys T, Buysse A, Dewaele A, De Smet O. Intimate partner violence victimization among non-heterosexuals: Prevalence and associations with mental and sexual well-being. *Journal of Family Violence*. 2015;30(2):171-88.
140. Hellemans S, Loeys T, Buysse A, De Smet O. Prevalence and Impact of Intimate Partner Violence (IPV) Among an Ethnic Minority Population. *J Interpers Violence*. 2015;30(19):3389-418.
141. Brown J, Bowling A, Flynn T. Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of the literature. *European Forum on Population Ageing Research*; 2004. p. 6-77.
142. O'Boyle CA. Measuring the quality of later life. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 1997;352(1363):1871-9.
143. Higgs P, Hyde M, Wiggins R, Blane D. Researching Quality of Life in Early Old Age: The Importance of the Sociological Dimension. *Social Policy & Administration*. 2003;37(3):239-52.
144. Bakas T, McLennon SM, Carpenter JS, Buelow JM, Otte JL, Hanna KM, et al. Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012;10(1):134.
145. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
146. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(7):891-901.
147. Kim GR, Netuveli G, Blane D, Peasey A, Malyutina S, Simonova G, et al. Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the CASP-19, a measure of quality of life in early old age: the HAPIEE study. *Aging Ment Health*. 2015;19(7):595-609.

148. Borrat-Besson C, Ryser V-A, Gonçalves J. An evaluation of the CASP-12 scale used in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) to measure Quality of Life among people aged 50. FORS Working Paper Series, paper 2015-4). Lausanne: FORS; 2015.
149. Kowal P, Chatterji S, Naidoo N, Biritwum R, Fan W, Lopez Ridaura R, et al. Data resource profile: the World Health Organization Study on global AGEing and adult health (SAGE). *Int J Epidemiol*. 2012;41(6):1639-49.
150. Maslow AH. *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: Van Nostrand 1968.
151. Turner B. In: Featherstone MWA, editors. *Images of aging. Aging and identity Some reflections on the 87 somatization of the self* London: Routledge; 1995. p. 245-60.
152. Bulamu NB, Kaambwa B, Ratcliffe J. A systematic review of instruments for measuring outcomes in economic evaluation within aged care. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015;13(1):1-23.
153. Bowling A, Stenner P. Which measure of quality of life performs best in older age? A comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(3):273-80.
154. Group TW. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*1998. p. 551-8.
155. Power M, Quinn K, Schmidt S. Development of the WHOQOL old module.: *Qual Life Res.*; 2005. p. 2197-214.
156. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004;13(2):299-310.
157. Caballero FF, Miret M, Power M, Chatterji S, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen S, et al. Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013;11:177-.
158. Lima FM, Hyde M, Chungkham HS, Correia C, Siqueira Campos A, Campos M, et al. Quality of life amongst older Brazilians: a cross-cultural validation of the CASP-19 into Brazilian-Portuguese. *PLoS One*. 2014;9(4):e94289.
159. Rees S, Silove D, Chey T, Ivancic L, Steel Z, Creamer M, et al. Lifetime Prevalence of Gender-Based Violence in Women and the Relationship With Mental Disorders and Psychosocial Function. *Jama-Journal of the American Medical Association*. 2011;306(5):513-21.

160. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: A randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2009;302(5):493-501.
161. Costa D, Hatzidimitriadou E, Ioannidi-Kapolou E, Lindert J, Soares J, Sundin Ö, et al. Intimate partner violence and health-related quality of life in European men and women: findings from the DOVE study. *Quality of Life Research*. 2014;24(2):463-71.
162. Coker AL, Follingstad DR, Garcia LS, Bush HM. Intimate partner violence and women's cancer quality of life. *Cancer causes & control : CCC*. 2017;28(1):23-39.
163. Ferreira P, Loxton D, Tooth LR. Intimate personal violence and caregiving: Influences on physical and mental health in middle-aged women. *Maturitas*. 2017;102:34-40.
164. Loxton D, Dolja-Gore X, Anderson AE, Townsend N. Intimate partner violence adversely impacts health over 16 years and across generations: A longitudinal cohort study. *PLoS One*. 2017;12(6):e0178138.
165. O’Keeffe M, Hills A, Doyle M, McCreddie C, Scholes S, Constantine R, et al. UK Study of Abuse and Neglect of Older People Prevalence Survey Report. 2007.
166. Fang J, Power M, Lin Y, Zhang J, Hao Y, Chatterji S. Development of short versions for the WHOQOL-OLD module. *Gerontologist*. 2012;52(1):66-78.
167. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015. 2016.
168. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. 2010.
169. IPEA. Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada. Desenvolvimento Humano, IDH E IDHM 2013.
170. Florianópolis. Mortalidade Infantil cai pela metade em Florianópolis. 2014.
171. Harbage B, Dean AG. Distribution of Epi Info software: an evaluation using the Internet. *American Journal of Preventive Medicine*. 1999;16(4):314-7.
172. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 1998. Rio de Janeiro; 2000.
173. 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.
174. Anacleto AJ, Njaine K, Longo GZ, Boing AF, Peres KG. Prevalence of intimate partner violence and associated factors: A population-based study in Lages, Santa Catarina State, Brazil, 2007. *Cadernos de Saude Publica*. 2009;25(4):800-8.
175. Sexton E, King-Kallimanis BL, Conroy RM, Hickey A. Psychometric evaluation of the CASP-19 quality of life scale in an older Irish cohort. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2013;22(9):2549-59.
176. Folstein M.F.; Folstein, S.E.; Mchugh, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res*, v. 12, p. 189-98, 1975.
177. Rosa, TEC. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.
178. Alvarenga MRM, Oliveira MA de C, Faccenda O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012;25(4):497-503.
179. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*. 17(1):37-49.
180. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19:793-7.
181. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 1999 Jun;57(2B):421-6.
182. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*. 2005 Dec;39(6).
183. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21.

9. APÊNDICES

Apêndice 1. Protocolo de Revisão Sistemática: Violência por parceiro íntimo- prevalência e fatores associados em idosos.

PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA
Pergunta de pesquisa
Qual a prevalência e os fatores associados à violência por parceiro íntimo (VPI) em pessoas idosas?
Objetivo
<ul style="list-style-type: none"> - Descrever a prevalência de VPI em pessoas idosas nas diferentes populações. - Descrever os fatores associados à VPI em pessoas idosas.
Critérios de inclusão e exclusão
<p>Os critérios de inclusão foram:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Artigos sobre a VPI em idosos e que investigaram a prevalência de violência e/ou seus fatores associados. <p>Os critérios de exclusão foram:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Artigos que abordavam a VPI somente em outros grupos etários (adolescentes ou adultos); 2. Artigos que trataram somente de outros tipos de violência, que não fosse a VPI. 3. Artigos de revisão, editoriais, comunicações ou teses. <p>Não houve restrições relativas ao idioma da publicação ou do período de publicação, visto a escassez de trabalhos publicados nesta temática.</p>
Bases eletrônicas de busca
<ul style="list-style-type: none"> - Pubmed - Lilacs - PsycInfo
Descritores e estratégias de busca
<u>1. Pubmed:</u>

("Intimate Partner Violence"[Mesh] OR "Intimate Partner Violence"[All Fields] OR "Spouse abuse"[Mesh] OR "Spouse abuse"[All Fields]) AND ("Prevalence"[Mesh] OR "Prevalence"[All Fields] OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh] OR "Cross-Sectional Studies"[All Fields]) AND ("aged"[MeSH] OR "aged"[All Fields] OR "aged, 80 and over"[MeSH] OR "80 and over aged"[All Fields] OR elderly [All Fields]) NOT (pregnancy OR children OR AIDS)

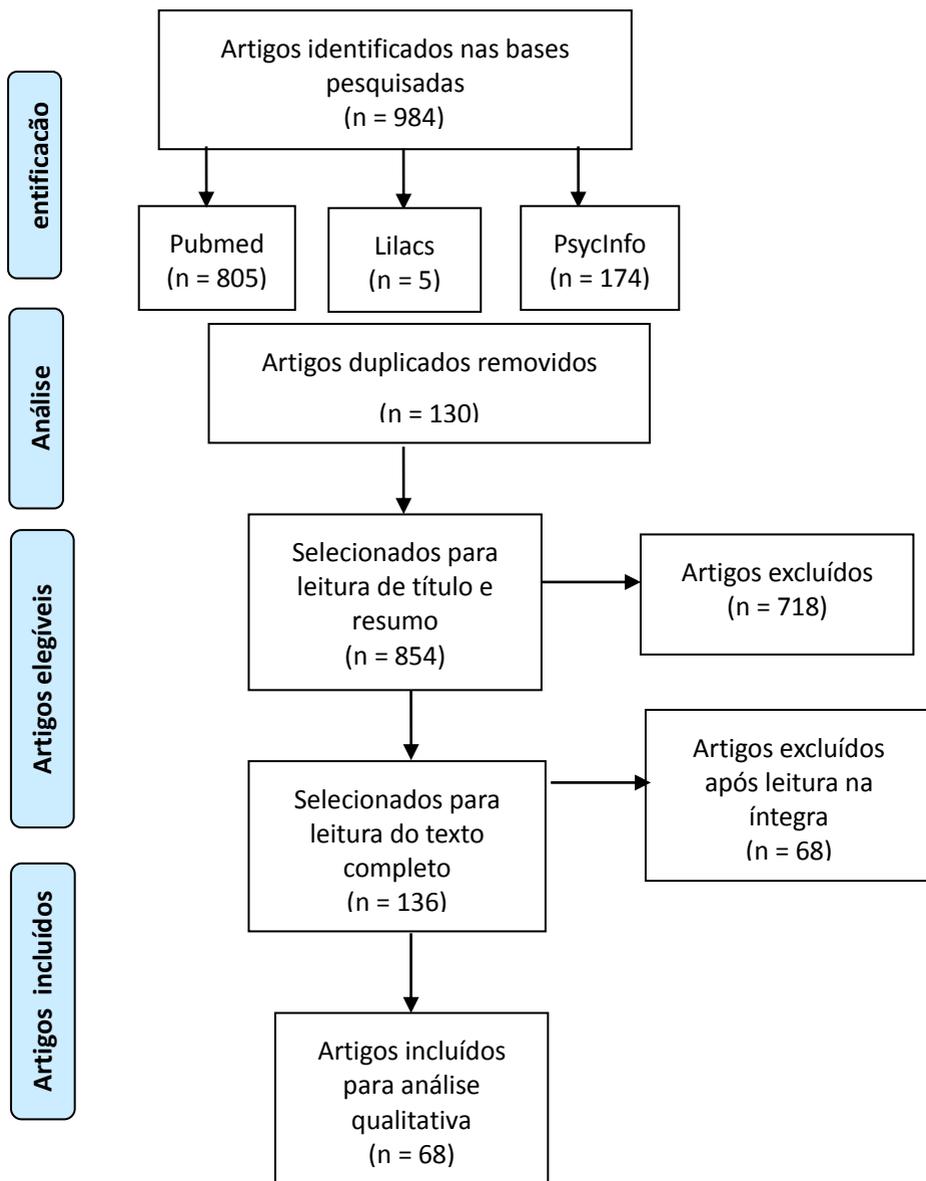
2.Lilacs:

((("Intimate Partner Violence" OR "Violencia de Pareja" OR "Violencia por parceiro intimo") AND (aged OR anciano OR idoso) NOT ("Pregnant Women" OR "Mujeres Embarazadas" OR gestantes OR child OR niño OR criança OR AIDS))

3. PsycInfo:

("Intimate Partner Violence" OR "Spouse abuse") AND ("Prevalence" OR "Cross-Sectional Studies") AND ("aged" OR "aged, 80 and over" OR elderly) NOT (pregnancy OR children OR AIDS)

Apêndice 2. Fluxograma de seleção de artigos para revisão sistemática sobre a prevalência da violência por parceiro íntimo e seus fatores associados.



Apêndice 3. Descrição dos artigos incluídos na revisão sistemática sobre violência por parceiro íntimo segundo tipologia de violência estudada.

Autor	Título	Física	Psicológica	Sexual
Coker, et al.(2000)	Intimate Partner Violence and Cervical Neoplasia			
Coker, et al.(2000)	Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence by Type: Physical, Sexual, and Psychological Battering			
Bradley, et al. (2002)	Reported frequency of domestic violence: cross sectional			
Coker, et al.(2002)	Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women			
Magnussen, et al. (2004)	Intimate-Partner Violence: A Retrospective Review of Records in Primary Care Settings			
Peek-Asa, et al. (2005)	A population based study of reporting patterns and characteristics of men who abuse their female partners			
Pico-Alfonso (2005)	Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women			
Burazeri, et al. (2005)	Factors associated with spousal physical violence in Albania: cross sectional study			
Cohen, et al.(2006)	Adding insult to injury: intimate partner violence among women and men reporting activity limitations.			
Aekplakorn, Kongsakon (2007)	Intimate partner violence among women in slum communities in Bangkok, Thailand			

Bonomi et al. (2007)	Intimate Partner Violence in Older Women			
Ruiz-Perez et al. (2007)	Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women			
Svavarsdottir; Orlygsdottir (2009)	Intimate partner abuse factors associated with women's health: a general population study			
Gandhi, et al.(2010)	Intimate Partner Violence and Cancer Screening among Urban Minority Women			
Lokhmatkina et al. (2010)	Prevalence and associations of partner abuse in women attending Russian general practice			
Humphreys, et al. (2011)	Occurrence, Characteristics, and Impact of Chronic Pain in Formerly Abused Women			
Plazaola-Castaño et al. (2011)	The Assessment of Intimate Partner Violence in Spanish Women: The Index of Spouse Abuse			
Yan, et al. (2012)	Prevalence and correlates of intimate partner violence among older Chinese couples in Hong Kong.			
Lovestad e Krantz (2012)	Men's and women's exposure and perpetration of partner violence: an epidemiological study from Sweden			
Al-Atrushi, et al. (2013)	Intimate partner violence against women in the Erbil city of the Kurdistan region, Iraq			
Crowe (2013)	Intimate Partner Violence in the Deaf Community			
Hellemans, et al. (2014)	Intimate Partner Violence in Belgium: Prevalence, Individual Health Outcomes,			

	and Relational Correlates			
Ahmadi, et al. (2016)	Association of intimate partner violence with sociodemographic factors in married women: a population-based study in Iran			
Rosay; Mulford (2016)	Prevalence estimates and correlates of elder abuse in the United States: The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey			
Ballan, Freyer & Powledge (2017)	Intimate Partner Violence Among Men With Disabilities: The Role of Health Care Providers			
Mills, et al.(2003)	The prevalence of female-to-male intimate partner violence in an urban emergency department			
Mouton, et al.(2004)	Prevalence and 3-Year Incidence of Abuse Among Postmenopausal Women			
Zink et al. (2005)	The Prevalence and Incidence of Intimate Partner Violence in Older Women in Primary Care Practices			
Gerber, et al.(2005)	Adverse Health Behaviors and the Detection of Partner Violence by Clinicians			
Inslicht, et al.(2006)	Increased cortisol in women with intimate partner violence-related posttraumatic stress disorder			
Fife, et al.(2008)	Assessment of the Relationship of Demographic and Social Factors with Intimate Partner Violence (IPV) among Latinas in Indianapolis			

Vives-Cases, et al. (2010)	Identifying sociodemographic differences in Intimate Partner Violence among immigrant and native women in Spain: A cross-sectional study			
Vives-Cases, et al. (2011)	Social Determinants and Health Effects of Low and High Severity Intimate Partner Violence			
Prosman, et al. (2011)	Prevalence of intimate partner violence among immigrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression			
Coker, et al. (2012)	Association of Intimate Partner Violence and Childhood Sexual Abuse with Cancer-Related Well-Being in Women			
Montero, et al.(2013)	Intimate Partner Violence in Older Women in Spain: Prevalence, Health Consequences, and Service Utilization			
Subodh, et al.(2014)	Interpersonal violence against wives by substance dependent men			
Lee, et al.(2014)	Gender-specific differences in risk for intimate partner violence in South Korea			
Renner, et al.(2014)	The Association of Intimate Partner Violence and Depressive Symptoms in a Cohort of Rural Couples			
Graña; Montesino (2014)	Prevalence of psychological and physical intimate partner aggression in Madrid (Spain): A dyadic analysis			

Hellemans, et al. (2015)	Intimate Partner Violence Victimization among Non-heterosexuals: Prevalence and Associations with Mental and Sexual Well-being			
Hellemans, et al. (2015)	Prevalence of Intimate Partner Violence Victimization and Victims' Relational and Sexual Well-Being			
Renner, et al.(2015)	Reporting Patterns of Unidirectional and Bidirectional Verbal Aggression and Physical Violence Among Rural Couples			
Burnes, et al.(2015)	Prevalence of and Risk Factors for Elder Abuse and Neglect in the Community: A Population-Based Study.			
Paiva, et al.(2015)	Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados.			
Lauve-Monn, Ferreira (2017)	An Exploratory Investigation: Post-disaster Predictors of Intimate Partner Violence			
Park, et al. (2017)	Association between intimate partner violence and mental health among Korean married women			
Hurwitz, et al.(2006)	Intimate Partner Violence Associated With Poor Health Outcomes in U.S. South Asian Women			
Reichenheim, et al. (2006)	The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District			
Breiding, et al.(2008)	Prevalence and Risk Factors of Intimate Partner Violence in Eighteen U.S.			

	States/Territories, 2005			
Sareen, et al.(2009)	Is intimate partner violence associated with HIV infection among women			
Soglin et al.(2009)	Detection of Intimate Partner Violence in a General Medicine Practice			
Afifi, et al.(2012)	Victimization and Perpetration of Intimate Partner Violence and Substance Use Disorders in a Nationally Representative Sample			
Burgos, et al.(2012)	Violencia de pareja en mujeres de la comunidad, tipos y severidad Cali, Colombia			
Stöckl, et al.(2012)	Intimate Partner Violence Against Older Women in Germany: Prevalence and Associated Factors.			
Goldberg, Meyer (2013)	Sexual Orientation Disparities in History of Intimate Partner Violence: Results From the California Health Interview Survey			
Ally, et al. (2016)	Intimate partner violence trends in Brazil: data from two waves of the Brazilian National Alcohol and Drugs Survey			
Reichel (2017)	Determinants of Intimate Partner Violence in Europe: The Role of Socioeconomic Status, Inequality, and Partner Behavior			
Bauer, et al.(2002)	Intimate Partner Violence and High-Risk Sexual Behaviors Among			

Cattaneo, et al. (2008)	The Role of Socioeconomic Status in Helpseeking From Hotlines, Shelters, and Police Among a National Sample of Women Experiencing Intimate Partner Violence			
Wood, Magen (2009)	Intimate Partner Violence Against Athabaskan Women Residing in Interior Alaska			
Brisibe, et al.(2012)	Intersection Between Alcohol Abuse and Intimate Partner's Violence in a Rural Ijaw Community in Bayelsa State, South-South Nigeria			
Ricks, et al. (2015)	Food insecurity and intimate partner violence against women: results from the California Women's Health Survey			
Hackenberg, et al. (2016)	Severe intimate partner violence affecting both young and elderly patients of both sexes			
Sonego, et al. (2013)	Unperceived intimate partner violence and women's health			
Selic, Svab, Gucek (2014)	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.			
Violência física, sexual e abuso econômico				
Stöckl, Penhale (2015)	Intimate Partner Violence and Its Association with Physical and Mental Health Symptoms Among Older Women in Germany			

Abuso econômico	
Kutin, Russel & Reid (2017)	Economic abuse between intimate partners in Australia: prevalence, health status, disability and financial stress

Apêndice 4. Artigo publicado: Prevalência de Violência por Parceiro Íntimo em Idosos e Fatores Associados: Revisão Sistemática?

CSC-2017-1231 - Prevalência de Violência por Parceiro Íntimo em Idosos e Fatores Associados: revisão sistemática

Intimate partner violence prevalence in the elderly and associated factors: systematic review

Deise Warmling¹;

Sheila Rubia Lindner¹;

Elza Berger Salema Coelho¹

¹*Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.*

Deise Warmling - Warmling, Deise - Universidade Federal de Santa Catarina - deisentr@gmail.com

Sheila Rubia Lindner - Lindner, Sheila Rubia - Universidade Federal de Santa Catarina - sheila.lindner@gmail.com

Elza Berger Salema Coelho - Coelho, Elza Berger Salema - Universidade Federal de Santa Catarina - elzacoelho@gmail.com

RESUMO

Este artigo tem por objetivo identificar a prevalência de violência por parceiro íntimo (VPI) em idosos e seus fatores associados. Realizou-se revisão sistemática de estudos transversais de base populacional nas bases de dados PubMed, Lilacs e PsycInfo, sem restrições quanto ao período e idioma de publicação. Dois revisores independentes conduziram a seleção, extração dos dados e análise de qualidade metodológica. Dezenove artigos foram selecionados para análise. Houve variação do tipo de violência, sexo dos entrevistados e instrumentos utilizados. A maioria dos estudos apresentou qualidade metodológica moderada ou alta. A VPI ocorreu em homens e mulheres idosos, sendo mais prevalentes a violência psicológica e o abuso econômico. Os fatores associados mais frequentes foram o consumo de álcool, depressão, baixa renda, comprometimento funcional e exposição pregressa à violência.

Palavras-chave: Violência por parceiro íntimo. Idoso. Prevalência. Fatores associados. Maus-Tratos ao Idoso.

ABSTRACT

This article aims to identify the prevalence of intimate partner violence (IPV) in the elderly and its associated factors. A systematic review of cross-sectional population-based studies was carried out in the PubMed, Lilacs and PsycInfo databases, without restrictions on the period and language of publication. Two independent reviewers conducted selection, data extraction, and methodological quality analysis. Nineteen articles were selected for analysis. There was variation in the type of violence, gender of the interviewees and instruments used. Most of the studies presented moderate or high methodological quality. IPV occurred in elderly men and women, with more prevalent psychological violence and economic abuse. The most frequent associated factors were alcohol consumption, depression, low income, functional impairment and previous exposure to violence.

Key words: Intimate Partner Violence. Aged. Prevalence. Associated factors. Elder Abuse.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, e no Brasil tem ocorrido de forma acelerada. Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos e recentemente vem crescendo de forma acentuada nos países em desenvolvimento^{1,2}. Nesse contexto, a violência contra o idoso está presente nos diversos níveis sociais e tem consequências relevantes na saúde dessa população². Dessa forma, a violência se constitui um desafio para a saúde pública, à medida que impõe a necessidade de políticas sociais específicas e novos direcionamentos para a atenção integral à saúde o idoso¹.

A violência por parceiro íntimo (VPI) compreende qualquer comportamento que cause danos físicos, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação íntima. Incluem atos de agressão física, abuso psicológico, comportamento controlador³, abuso econômico⁴. No contexto da violência contra idosos, a cometida por parceiro íntimo tem sido menos investigada, e quando abordada é considerada menos grave do que quando aplicada entre mulheres jovens^{5,6}.

No entanto, em estudos norte-americanos, mulheres com mais de 55 anos foram mais acometidas pela VPI quando comparadas com as mais jovens⁷, tendo os parceiros íntimos como responsáveis por 13-50% dos abusos cometidos⁸. De forma semelhante, na Espanha 29,4% das mulheres idosas sofreram esse tipo de violência⁹.

No Brasil a prevalência de violência por parceiro íntimo em estudo com mulheres e homens idosos foi de 5,9% para a violência física e de 20,9% para a violência psicológica¹⁰, enquanto no Brasil e Colômbia pesquisa com idosos de 60-74 anos a VPI encontrou prevalência de violência psicológica em mulheres em proporção de 26,0% e 20,4%, respectivamente. Nos homens a prevalência foi de 11,1%, em ambos os países¹¹.

A VPI impacta de forma negativa nas condições de saúde física e mental das pessoas idosas; entre as vítimas de violência física e psicológica há maior proporção nos relatos de dores musculares e esqueléticas, dor de cabeça, problemas de estômago, ansiedade, distúrbios do sono, estresse e ideação suicida^{12,13}. A violência também apresenta impactos sociais na vida dos idosos, contribuindo para a baixa autoestima, o isolamento social e a sensação de insegurança, reforçando aspectos negativos da velhice¹⁴.

Os estudos¹⁵⁻¹⁷ que abordam a violência contra idosos tendem a analisá-los como vítimas de maus tratos na maioria das vezes por cuidadores ou familiares, sendo a violência cometida pelo parceiro íntimo uma abordagem ainda escassa na literatura. Esse fato pode estar imbricado no entendimento de que a violência não ocorre entre parceiros idosos, mascarando-se como negligência ou violência familiar, uma vez que o cuidador pode ser o parceiro íntimo.

O conceito de VPI nessa faixa etária ainda é pouco assumido na literatura como um constructo único, o que nos leva a considerar importante a investigação de forma ampla, a fim de preencher a lacuna existente e evidenciar o fenômeno em uma crescente e importante população, porém subpesquisada¹⁸.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo identificar, a partir de uma revisão sistemática da literatura, a prevalência e fatores associados à VPI em idosos.

MÉTODOS

Foi realizado levantamento de estudos publicados sobre a prevalência de violência por parceiro íntimo em idosos e fatores associados ao fenômeno.

Registro e protocolo

Esta revisão sistemática foi realizada de acordo com as diretrizes delineadas pelo *Check List* do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis - Prospective Register of Systematic Reviews*)¹⁹. O protocolo desta revisão sistemática foi registrado na base *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) sob o registro CRD42016048733.

Critério de Elegibilidade

Foram empregados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos originais que apresentaram estudos transversais de base populacional; que analisaram a prevalência de violência por parceiro íntimo e seus fatores associados, com metodologia claramente descrita; com população alvo que incluiu idosos; publicados em periódicos nacionais e internacionais.

Foram excluídas revisões de literatura, cartas, artigos de opinião, relatos de experiência, estudos de caso, capítulos de livros e apresentações de congressos. Não foram aplicadas restrições relativas à data ou idioma de publicação.

Esses critérios buscaram assegurar que somente estudos representativos da população em geral fossem inseridos, uma vez que refletem com maior exatidão a prevalência e os fatores associados à VPI na população idosa.

Estratégia de busca

A busca pelos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed, Lilacs e PsycInfo. A estratégia de busca para Pubmed, adaptada para as outras bases de dados, foi: ("Intimate Partner Violence"[Mesh] OR "Intimate Partner Violence"[All Fields] OR "Spouse abuse"[Mesh] OR "Spouse abuse"[All Fields]) AND ("Prevalence"[Mesh] OR "Prevalence"[AllFields] OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh] OR

"Cross-Sectional Studies"[All Fields]) AND ("aged"[MeSH] OR "aged"[All Fields] OR "aged, 80 and over"[MeSH] OR "80 and over aged"[All Fields] OR elderly[All Fields]) NOT (pregnancy OR child\$ OR AIDS).

As buscas ocorreram no período de março a setembro de 2016. Foram revisadas as listas de referências dos artigos selecionados e realizadas buscas manuais, para verificação de outras publicações potencialmente elegíveis.

Seleção dos estudos, extração e análise dos dados

A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores de forma independente. Inicialmente, identificaram-se as referências duplicadas entre as bases de dados e excluídas com auxílio do programa gerenciador de referências EndNote Web (*Thomson Reuters*).

De acordo com os critérios de elegibilidade, a seleção foi realizada por meio da avaliação dos títulos e resumos e, em seguida, dos textos completos. Em caso de discordância na aplicação dos critérios entre os revisores, foi consultado um *expert* na temática e definido por consenso. Foram extraídas as características gerais dos artigos (ano e local da coleta, sexo e faixa etária dos entrevistados, tamanho da amostra e instrumento de mensuração da violência), as prevalências e fatores associados à VPI e registrados em planilhas eletrônicas. Os dados foram organizados em ficha documental e analisados de forma descritiva e apresentados em tabelas.

Avaliação da qualidade metodológica

A avaliação da qualidade metodológica foi realizada por dois revisores independentemente, utilizando-se o instrumento proposto por Loney et al.²⁰, indicado para avaliação crítica de estudos transversais. Os autores adotam oito itens para avaliação; para cada critério não atendido o estudo recebeu 'zero', e se atendido recebeu 'um' ponto. Foram considerados estudos de alta qualidade aqueles com 7 e 8 pontos; 4 a 6 pontos indica moderada qualidade, e 0 a 3 pontos, baixa qualidade. Não houve exclusão de artigos devido ao nível da qualidade metodológica alcançado. A seguir apresentamos os oito critérios de avaliação:

- Amostra: adequada se o estudo foi realizado com toda população ou com amostragem probabilística.

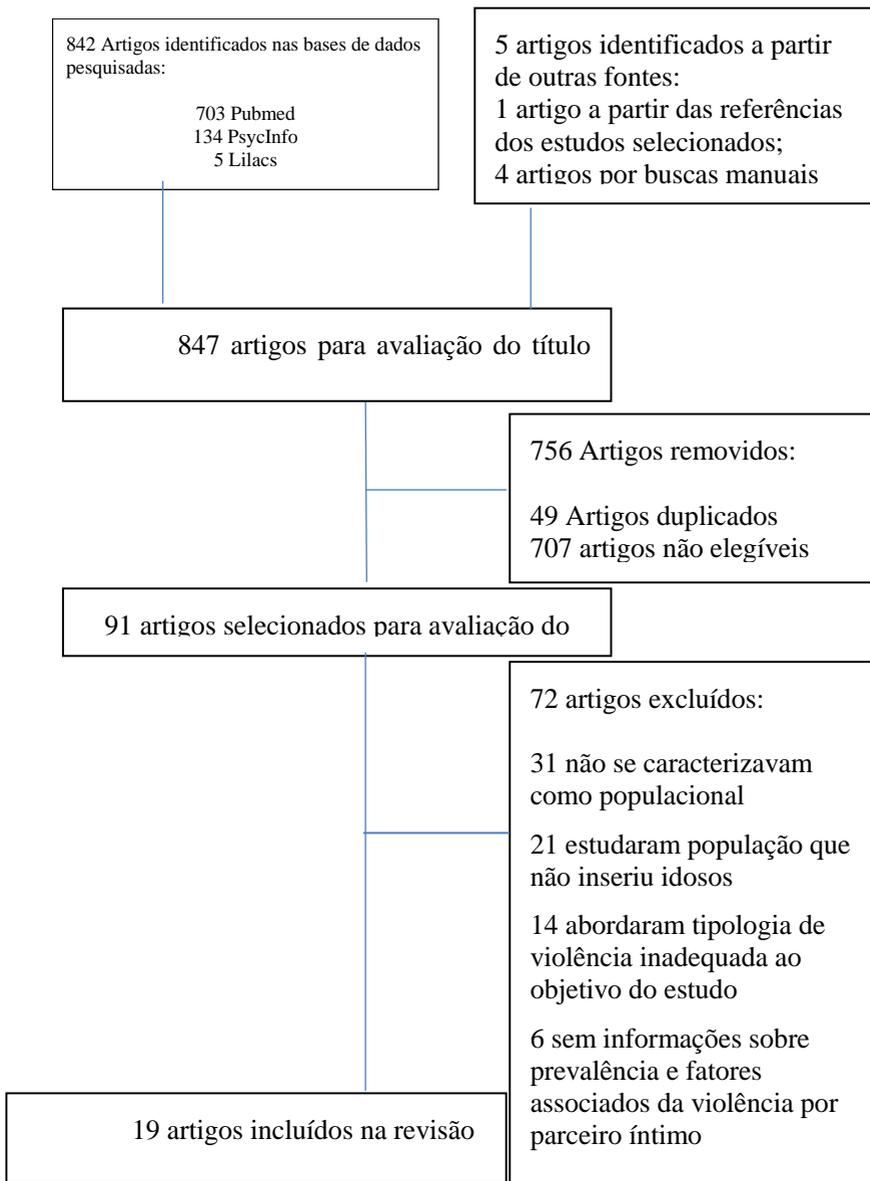
- Fonte de amostragem: adequada se foi com base no censo populacional.
- Tamanho da amostra: adequado se foi calculada estatisticamente.
- Mensuração do desfecho: adequada se a violência por parceiro íntimo foi medida por instrumento validado.
- Entrevistador imparcial: adequada se os resultados foram pesquisados por entrevistadores treinados.
- Taxa de resposta: adequada se $\geq 70,0\%$.
- Prevalência com IC95%: adequada se houve apresentação dos intervalos de confiança da prevalência da violência por parceiro íntimo.

Participantes semelhantes: adequada se houve descrição dos sujeitos em estudo estratificados por faixa etária e semelhantes à pergunta de pesquisa (idosos).

RESULTADOS

Foram identificados 842 artigos nas bases de dados pesquisadas e adicionados cinco a partir da análise das referências dos estudos selecionados e de buscas manuais em outras fontes, totalizando 847 artigos. Destes, 49 foram excluídos por estarem duplicados e 707 por não atenderem aos critérios de elegibilidade após a leitura do título e resumo; assim, 91 estudos foram submetidos à análise na íntegra, e, desse processo, 19 artigos^{4, 10, 21-37} constituíram objeto do presente estudo (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do resultado da busca, seleção e inclusão dos estudos.



Dos 19 artigos selecionados, 15 incluíram em suas amostras adultos e idosos^{4, 20-33} e quatro somente idosos^{35-37,10}. Cinco estudos^{4,24,25,29,33} estratificaram a prevalência por faixa etária, identificando assim a VPI entre os idosos, nos demais a prevalência foi apresentada para a amostra geral do estudo, na qual os idosos estavam incluídos.

Os artigos incluídos foram publicados entre 2004 e 2015, com maior frequência no período de 2012 a 2015^{4,10,28-37}; os inquéritos entre 2004 a 2010^{24-30,32-34,36} predominaram. Houve maior concentração de estudos na Europa^{26,29,31,4,34,35} e Estados Unidos^{21,25,27,29,31,37}, no Brasil houve dois estudos^{10,22}. Em 11 estudos^{10,23,25,28,29,31-33,36,37} os entrevistados foram homens e mulheres concomitantemente, os demais incluíram apenas mulheres, não havendo estudos somente com homens. O tamanho da amostra variou de 356 a 70.156 entrevistados.

O instrumento mais utilizado para mensuração da violência foi o *Conflict Tactics Scale* (CTS), nas versões 1, 2 e adaptações^{4,10,22,23,27,29-33,34-37}. O período recordatório da violência variou, sendo os últimos 12 meses o mais utilizado^{4,10,21,22,24,27-33,36,37}, seguido por 'ao longo da vida'^{25,26,34}. As principais características dos estudos estão sintetizadas e apresentadas na Tabela 1.

Avaliação da qualidade metodológica

Baseado na avaliação da qualidade metodológica proposto por Loney et al.²⁰, dentre os estudos, sete^{22,27,29,31,33,36,37} alcançaram alta qualidade; onze^{4,10,21,23-25,28,30,32,34,36} obtiveram qualidade moderada, e um²⁶ obteve baixa qualidade. Estudos desenvolvidos com amostras compostas exclusivamente por idosos^{35-37,10} obtiveram qualidade alta ou moderada, com média global de 6,5 pontos, enquanto aqueles com amostras compostas por adultos e idosos alcançaram média global de 5,7 pontos. Essa diferença positiva para o conjunto de estudos exclusivamente com idosos se deve, principalmente, ao item que analisa a semelhança dos participantes com a pergunta da pesquisa (adequada se houve descrição dos sujeitos em estudo estratificados por faixa etária e semelhantes à pergunta de pesquisa (idosos)). Nenhum trabalho atingiu a pontuação máxima, sendo a prevalência com intervalo de confiança de 95% (IC95%) o item com menor média global, tanto para estudos exclusivamente com idosos quanto aqueles que investigaram adultos e idosos. Na tabela 2 consta o detalhamento da avaliação da qualidade metodológica.

Prevalência de Violência por Parceiro Íntimo

Nos 19 estudos analisados, 14^{4,10,22-26,31-37} apresentaram suas prevalências estratificadas de acordo com a natureza da violência por parceiro íntimo (física, psicológica, sexual, comportamento controlador, abuso econômico), seja de forma isolada^{4,10,22,23,26,32,33,34,36,37} ou combinada^{4,24,25,31,35}.

Nove estudos identificaram a prevalência da VPI de acordo com a natureza do ato de forma combinada e apresentaram os seguintes percentuais nos idosos: 14,1% para violência física e psicológica²⁴ entre mulheres nos últimos 12 meses; 10-12,9% para violência física e sexual em mulheres^{25,4,35} e 5,6% para homens, ao longo da vida²⁵. Nos artigos que apresentaram a natureza da violência isoladamente, destacam-se os valores da violência psicológica nas faixas etárias de 60 a 69 anos (25,5% em mulheres e 21,2% para homens) e acima de 70 anos (24,5% mulheres e 20,1% para homens).

Nos estudos que investigaram somente idosos^{10,35-37}, ou estes separadamente dos adultos^{4,24,25,29,33}, as prevalências das naturezas de VPI variaram entre 1,8-5,9% para violência física^{10,33,36,37}, 1,2% para violência sexual³⁶, 1,9-36,1% para violência psicológica^{4,10,36,37}. Destaca-se a variação encontrada nos coeficientes de VPI psicológica, visto que os trabalhos utilizaram o mesmo instrumento de mensuração, o CTS (nas versões 1 ou 2). Atribui-se tal discrepância ao local do estudo, sendo que o país com maior prevalência foi a China (36,1%)³⁶, seguido por Alemanha (13%)⁴, Brasil (5,9%)¹⁰ e EUA (1,9%)³⁷. Ressalta-se que somente um estudo³³ investigou, nos idosos separadamente o comportamento controlador (21%), e abuso econômico (13%) em mulheres entre 66-86 anos. Nos seis estudos que identificaram prevalência geral em adultos e idosos, esta variou de 5,5% nos Estados Unidos²⁸ a 55,8% na Nigéria²⁷.

O fenômeno da violência por parceiro íntimo em homens idosos foi identificado em estudo de Afifi, et al.²⁹, que encontrou prevalência superior de vitimização por VPI nessa população (4,9%) quando em comparação a mulheres idosas (3,3%). Em contrapartida, Breiding, et al.²⁵ e Lee, et al.³³ mostraram que a perpetração por homens idosos é mais prevalente do que a cometida por idosas, como se pode verificar nas diferentes medidas percentuais quanto às naturezas da VPI, respectivamente: física (5,1% versus 1,6%)³³; psicológica (25,5% versus 21,2%)³³; física e sexual (12,6% versus 5,6%)²⁵. Embora os coeficientes

sejam maiores nas mulheres, também há proporções significativas nos homens, apontando para relevância de se investigar a ocorrência de violência em ambos os sexos.

Houve variações metodológicas em relação à natureza, severidade e direcionalidade (sofrida ou perpetrada) da violência investigada, sexo dos entrevistados e dos instrumentos de mensuração utilizados. Essa diversidade nos métodos implicou em prevalências heterogêneas. Na tabela 3 são apresentadas as prevalências identificadas de acordo com a abordagem metodológica de cada estudo.

Fatores Associados à Violência por Parceiro Íntimo

O uso de álcool^{4, 24, 26, 28, 29, 33, 36} foi o fator associado à VPI mais frequente, seguido pela depressão^{26,30,31,32}. De maneira mais pontual, houve associação positiva com a violência o uso de tabaco^{21, 26}, tranquilizantes³² e outras drogas²⁹, além de ansiedade³⁵, estresse⁴⁰, distúrbios do sono e transtornos alimentares²⁹.

Em relação aos fatores sociodemográficos e econômicos cabe destaque para baixa renda^{21,23,24,37} e baixa escolaridade^{22,25,37}, ser divorciado/separado^{23,37} e ser idoso jovem^{10,37}. Quanto às condições relacionadas à saúde física, o comprometimento funcional^{10,37}, a má avaliação em saúde²³ e infecção por HIV²⁷ apresentaram-se associados para a VPI.

A exposição pregressa à violência foi analisada por dois estudos^{35,36}, e ambos encontraram associação entre VPI e ter presenciado violência parental na infância. Stöckl e Penhale³⁵ relacionaram a ocorrência de violência física e sexual para idosos de 55-65 anos com ter sofrido violência física na infância, sofrer violência por agressor que não seja o parceiro, indicando uma possível perpetuação de situações de violência ao longo da vida.

A maioria dos estudos^{4,10,21,23-27,29-37} empregou modelos de análise de regressão. Todos os resultados apresentados foram os considerados estatisticamente significativos. Os fatores associados à VPI são apresentados na Tabela 4.

Tabela 1. Características dos estudos incluídos sobre a prevalência de violência por parceiro íntimo e seus fatores associados em idosos.

Autor, ano de publicação	Ano da Coleta	Local	Sexo	Faixa etária	Tamanho da amostra	Instrumento de mensuração da VPI
Estudos com adultos e idosos						
Mouton, 2004 ²¹	ND	Estados Unidos	F	50-79	91.749	Questionário próprio
Reichenheim, 2006 ²²	2002/ 2003	Brasil	F	15- 69	6.760	CTS 1
Cohen, 2006 ²³	1999	Canadá	F/M	≥ 15	16.216	CTS 2 + questionário próprio
Aekplakorn, Kongsakon, 2007 ²⁴	2005	Tailândia	F	17- 78	580	Questionário próprio
Breiding, 2008 ²⁵	2005	Estados Unidos	F/M	≥ 18	70.156	Questionário próprio
Svavarsdottir; Orlygsdottir, 2009 ²⁶	2005/ 2006	Islândia	F	22- 67	2.746	WAST
Sareen, 2009 ²⁷	2004/ 2005	Estados Unidos	F	≥ 20	13.928	CTS 1- adaptado
Brisibe, 2012 ²⁸	2006	Nigéria	F/M	16- 65	346	Questionário próprio
Afifi, 2012 ²⁹	2004/ 2005	Estados Unidos	F/M	≥ 20	25.778	CTS 1 - adaptado
Sonego, 2013 ³⁰	2009/ 2010	Espanha	F	18- 70	2.835	CTS 1 - adaptado + questionário próprio
Renner, 2014 ³¹	1994 a 1997	Estados Unidos	F/M	≥ 20	1.096	CTS 1- adaptado
Hellemans, 2014 ³²	2009	Bélgica	F/M	18- 75	1.472	CTS 1 - adaptado + questionário próprio
Lee, 2014 ³³	2006	Coréia do Sul	F/M	≥ 30	8.877	CTS 1- adaptado
Stöckl, 2015 ⁴	2003/ 2004	Alemanha	F	16- 86	10.264	CTS 2 + questionário próprio
Hellemans, 2015 ³⁴	2011/ 2012	Bélgica	F/M	18- 80	1.448	CTS 1 + WHO VAW
Estudos somente com idosos						
Stöckl, 2012 ³⁵	2003	Alemanha	F	65- 86	10.264	CTS 2
Yan, 2012 ³⁶	2004	China	F/M	60- 100	5.049	CTS 2
Burnes, 2015 ³⁷	ND	Estados Unidos	F/M	≥ 60	4.156	CTS 1- adaptado
Paiva, 2015 ¹⁰	2014	Brasil	F/M	≥ 60	729	CTS 1

F = feminino; M= masculino; VPI – Violência por Parceiro Íntimo; ND – Não disponível no estudo; CTS - *Conflict Tactics Scale*; WAST - *Woman Abuse Screening Tool*; WHO VAW- *World Health Organization Violence Against Women*

Tabela 2. Resultado da avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

Autor, ano de publicação	Amostra	Fonte de Amostragem	Tamanho Amostral	Mensuração do Desfecho	Entrevistador imparcial	Taxa de resposta	Prevalência IC95%	Participantes semelhantes	Total
Estudos com adultos e idosos									
Qualidade metodológica alta									
Reichenheim, 2006 ²²	1	1	1	1	1	1	1	0	7
Sareen, 2009 ²⁷	1	1	1	1	1	1	0	1	7
Afifi, 2012 ²⁹	1	1	1	1	1	1	0	1	7
Renner, 2014 ³¹	1	1	1	1	1	0	1	1	7
Lee, 2014 ³³	1	1	1	1	1	1	0	1	7
Qualidade metodológica moderada									
Mouton, 2004 ²¹	1	1	1	0	1	1	0	1	6
Breiding, 2008 ²⁵	1	1	1	0	1	0	1	1	6
Stöckl, 2015 ³⁵	1	1	1	1	1	0	0	1	6
Aekplakorn, Kongsakon, 2007 ²⁴	0	1	1	0	1	1	0	1	5
Hellemans, 2014 ³²	1	1	1	1	1	0	0	0	5
Hellemans, 2015 ³⁴	1	1	1	1	1	0	0	0	5
Cohen, 2006 ²³	0	0	1	0	1	1	0	1	4
Brisibe, 2012 ²⁸	1	1	1	0	0	1	0	0	4
Sonego, 2013 ³⁰	1	1	0	1	1	0	0	0	4
Qualidade metodológica baixa									
Svavarsdottir; Orlygsdottir, 2009 ²⁶	1	1	0	1	0	0	0	0	3
Total	13 (86,7%)	14 (93,4%)	13 (86,7%)	10 (66,7%)	13 (86,7%)	8 (53,4%)	3 (20,0%)	9 (60,0%)	Média =5,7

Estudos somente com idosos

Qualidade metodológica alta

Yan, 2012 ³⁶	1	1	1	1	1	1	0	1	7
Burnes, 2015 ³⁷	1	1	1	1	1	1	1	1	7

Qualidade metodológica moderada

Stöckl, 2012 ³⁵	1	1	1	1	1	0	0	1	6
Paiva, 2015 ¹⁰	1	1	1	1	1	0	0	1	6
Total	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)	2 (50%)	1 (20%)	4 (100%)	Média =6,5

0= critério não atendido

1= critério atendido

Tabela 3. Prevalência de violência por parceiro íntimo nos estudos incluídos.

Autor, ano de publicação	Período da VPI recordatório	Faixa etária dos idosos	Prevalência de VPI na amostra	Prevalência de VPI em idosos
Estudos com adultos e idosos				
Mouton, 2004 ²¹	últimos 12 meses	50-79 anos	Geral - 11,1%	ND
Reichenheim, 2006 ²²	últimos 12 meses	ND	Psicológica - 75% Física menor - 21,5% Física grave - 12,9%	ND
Cohen, 2006 ²³	últimos 5 anos	≥ 55 anos	Física/mulher - 7,8% Física/homem - 6,6% Sexual/mulher - 1,4% Psicológica/mulher - 17,7% Psicológica/homem - 18,2% Financeira/mulher - 7,5% Financeira/homem - 1,4%	ND
Aekplakorn, Kongsakon, 2007 ²⁴	últimos 12 meses	≥ 55 anos	Física e psicológica - 27,2%	Física e psicológica - 14,1%
Breiding, 2008 ²⁵	ao longo da vida	≥ 65 anos	Física e sexual/mulher - 26,4% Física e sexual/homem - 15,9%	Física e sexual/mulher - 12,9% Física e sexual/homem - 5,6%
Svavarsdottir; Orlygsdottir, 2009 ²⁶	ao longo da vida	ND	Física/casadas - 2,0% Física/coabitam - 3,3% Psicológica/casadas - 16,7% Psicológica/coabitam - 18,2% Sexual/casadas - 1,2% Sexual/coabitam - 1,3%	ND
Sareen, 2009 ²⁷	últimos 12 meses	ND	Geral - 5,5%	ND
Brisibe, 2012 ²⁸	últimos 12 meses	ND	Geral- 55,8%	ND

Afifi, 2012 ²⁹	últimos 12 meses	≥ 65 anos	<i>Vitimização; Perpetração</i> Geral/mulheres -5,5%; 7,0% Geral/homens -5,8%; 4,2%	<i>Vitimização; Perpetração</i> Geral/mulheres -3,3%; 3,5% Geral/homens -4,9%; 6,8%
Sonego, 2013 ³⁰	último 12 meses	ND	Geral - 12,2%	ND
Renner, 2014 ³¹	últimos 12 meses	ND	Física e emocional/mulher - 50,9% Física e emocional/homem - 40,0%	ND
Hellemans, 2014 ³²	últimos 12 meses	ND	Física - 1,3% Sexual (mulheres) - 0,3% Psicológica - 14,0%	ND
Lee, 2014 ³³	últimos 12 meses	≥ 60 anos	<i>Vitimização; Perpetração</i> Verbal/ mulher Geral - 28,2%; 26,7% Verbal/ homem Geral - 24,4%; 25,0% Física/ mulher Geral - 6,9%; 3,4% Física/ homem Geral - 3,4%; 5,1%	<i>Vitimização; Perpetração</i> Verbal/ mulher 60-69 anos - 25,5%; 22,8% >70 anos - 24,5%; 20,9% Verbal/ homem 60-69 anos - 21,2%; 23,5% >70 anos - 20,1%; 21,4% Física/ mulher 60-69 anos - 5,1%; 1,4% >70 anos - 3,1%; 1,0% Física/ homem 60-69 anos - 1,6%; 3,7% >70 anos - 1,0%; 2,6%
Stöckl, 2015 ⁴	últimos 12 meses	66-86 anos	Física ou sexual 16-49 anos - 8% 50-65 anos - 3%	Física ou sexual 66-86 anos - 1%

			Psicológica 16-49 anos 13% 50-65 anos 13%	Psicológica 66-86 anos - 13%
			Comportamento controlador 16-49 anos 21% 50-65 anos 21%	Comportamento controlador 66-86 anos - 21%
			Abuso econômico 16-49 anos 12% 50-65 anos 14%	Abuso econômico 66-86 anos - 13%
Hellemans, 2015 ³⁴	ao longo da vida	ND	Física - 10,0% Psicológica - 56,7%	ND
Estudos somente com idosos				
			Física e/ou sexual na vida Geral - 18%	Física e/ou sexual na vida 50-65 anos: 23% 66-86 anos: 10%
			Física e/ou sexual nos últimos 5 anos Geral - 2%	Física e/ou sexual nos últimos 5 anos 50-65 anos: 3% 66-86 anos: 1%
Stöckl, 2012 ³⁵	atual, último ano, últimos 5 anos e ao longo da vida	50-86 anos	Física e/ou sexual no último ano Geral - 1%	Física e/ou sexual no último ano 50-65 anos: 2% 66-86 anos: 0%
			Física e/ou sexual no relacionamento atual Geral - 11%	Física e/ou sexual no relacionamento atual 50-65 anos: 14% 66-86 anos: 5%

Yan, 2012 ³⁶	ao longo da últimos 12 meses	vida; 60-100 anos	Ao longo da vida; último ano Física - 6,6 %; 2,5% Sexual - 3,2%; 1,2% Psicológica - 53,6%; 36,1% Geral - 7,7%; 2,9%	
			Psicológica Geral - 1,9%	Psicológica 60-69 = 0,9% 70-84 = 0,8% > 85 = 0,1%
Burnes, 2015 ³⁷	últimos 12 meses	≥ 60 anos	Física Geral - 1,8%	Física 60-69 = 1,0% 70-84 = 0,6% > 85 = 0,2%
			Física Geral - 5,9%	Física 60-80 = 6,4% > 85 = 3,8%
Paiva, 2015 ¹⁰	últimos 12 meses	60 anos	Psicológica Geral - 20,9%	Psicológica 60-80 = 22,1% > 80 = 15,0%

Tabela 4. Fatores associados à Violência por Parceiro Íntimo segundo os estudos analisados.

Fatores associados à violência por parceiro íntimo	Artigos que apresentaram o fator associado n (%)
Comportamentos relacionados à saúde	
Uso de álcool	7 (36,9%)
Uso de tabaco	2 (10,6%)
Uso de outras drogas	1 (5,3%)
Condições de saúde mental	
Depressão	4 (21,0%)
Estresse	2 (10,6%)
Uso de tranquilizantes	1 (5,3%)
Distúrbios do sono	1 (5,3%)
Ansiedade	1 (5,3%)
Condições de saúde física	
Comprometimento funcional	2 (10,6%)
Infecção por HIV	1 (5,3%)
Sintomas gastrointestinais e pélvicos	1 (5,3%)
Disfunções sexuais	1 (5,3%)
Má avaliação em saúde	
Fatores sociodemográficos e econômicos	
Baixa renda	4 (21,0%)
Baixa escolaridade	3 (15,8%)
Ser divorciada/ separada	2 (10,6%)
Ser idoso jovem	2 (10,6%)
Escolaridade da mulher superior ao homem	1 (5,3%)

Ser solteira	1 (5,3%)
Morar com cônjuge	1 (5,3%)
Exposição pregressa à violência	
Presenciar violência parental na infância	2 (10,6%)
Sofrer punição física na infância	1 (5,3%)
Sofrer violência física ou sexual por não parceiro	1 (5,3%)

DISCUSSÃO

Nesta revisão, destaca-se a ocorrência de violência por parceiro íntimo em homens e mulheres idosos, sendo a violência psicológica e abuso econômico os mais prevalentes nessa faixa etária. Os fatores associados mais frequentes foram o consumo de álcool, depressão, baixa renda, comprometimento funcional e exposição à violência na infância.

Os estudos nacionais e internacionais mostraram produção relevante entre 2004 e 2015, principalmente na Europa e Estados Unidos. Esta predominância possivelmente relaciona-se ao fato de haver nestes locais, maior número de periódicos indexados nas bases de dados consultadas³⁸ e revistas específicas sobre violência em idosos; ainda, por estes países terem maior proporção de idosos, onde os fatores relacionados ao envelhecimento são mais investigados. A publicação latinoamericana dessa temática é incipiente, representada por dois estudos brasileiros^{10,22}.

A mensuração da VPI foi realizada principalmente por meio do *Conflicts Tactics Scale – FORM R (CTS-1)*³⁹, que avalia violência física e psicológica, e *Review Conflicts Tactics Scale (CTS-2)*⁴⁰, que mede violência física, sexual e psicológica. Embora o instrumento CTS não seja específico para a população idosa, ele atende os critérios de validade e confiabilidade, o que confere fidedignidade aos estudos⁴¹. O abuso econômico e o comportamento controlador entre parceiros íntimos, que se mostraram relevantes nos idosos, foram mensurados por questionários próprios devido à ausência de instrumentos validados. Desta forma, faz-se necessário o desenvolvimento e validação de instrumentos que contemplem tais violências entre parceiros íntimos para maior conhecimento do fenômeno nessa população.

A qualidade metodológica dos estudos foi considerada moderada e alta, o que reforça confiabilidade e representatividade dos resultados sobre as populações analisadas. A seleção apenas de estudos de base populacional contribuiu para a qualidade alcançada, pois os três critérios de avaliação sobre amostra foram atendidos na maioria dos trabalhos.

A comparação entre as prevalências foi dificultada em função da diversidade metodológica entre os estudos, relacionada tanto aos instrumentos utilizados como aos tipos de análise, que foram estratificadas por variáveis diversas, tais como sexo, faixa etária, natureza, intensidade e direcionalidade da violência. Espindola e Blay⁴¹, ao investigarem maus tratos em idosos em estudo de revisão, identificaram tal diversidade de informações. Contudo, as prevalências

apresentadas nos estudos (Tabela 3) sinalizam a relevância e magnitude da VPI nos idosos.

As várias possibilidades de combinação entre as naturezas da violência (física, sexual, psicológica, comportamento controlador e abuso econômico) na investigação demonstra o cenário cruel do fenômeno, como ainda limita a comparação entre os estudos. Mesmo com essa dificuldade, os estudos analisados^{4,10,23,24,32,34,36} apontam para altas prevalências que estratificaram a VPI de acordo com sua natureza.

No entanto, pressupõe-se que a violência por parceiro íntimo em idosos não seja exclusiva dessa faixa etária, visto que a violência é um processo relacional, provavelmente estabelecido na idade adulta, perpetuando ao longo da vida. Para Rennison e Rand⁴¹, a prevalência de violência física e sexual declina entre os mais velhos, porém a violência psicológica persiste, podendo inclusive aumentar em frequência e severidade^{42,43}.

Dentre os estudos analisados, chama a atenção o abuso econômico identificado por Stockl e Penhale³⁴, com prevalência de 13% em idosas entre 66-86 anos, na Alemanha. Compreende-se que as dificuldades inerentes ao envelhecimento, tal como a dependência familiar, e conseqüentemente dos parceiros íntimos, pode acentuar a exposição deste idoso tanto a situações de exploração financeira, quanto de violência física e psicológica. Cenário este que, por ocorrer no âmbito doméstico, tende a se perpetuar, com possibilidade de agravamento tanto da violência quanto das condições de saúde dos idosos. Kwong et al.⁴⁴ corrobora com o achado e aponta que a violência tem efeitos cumulativos profundos ao longo da vida, que se intensificam neste período de maior vulnerabilidade física e emocional.

Destacam-se nos artigos desta revisão, a violência identificada em ambos os sexos^{24,28,32}. Tais resultados ressaltam a perspectiva de que há pessoas em situação de violência, tanto homens quanto mulheres, que podem sofrê-la ou perpetrá-la em um relacionamento íntimo, tais achados estão presentes também em outros estudos^{45,46,47}.

Os homens foram identificados na revisão como vítimas de violência por parceiro íntimo em dois estudos^{28,32}, sendo que em um deles²⁸ houve maior prevalência (4,9%) de VPI contra homens do que nas mulheres (3,3%). De acordo com Afifi et al.⁴⁸ a VPI contra homens na literatura em geral ainda é escassa e quando investigada, se dá apenas no enfoque desses como agressores. Lindner et al.⁴⁹ afirma que é relevante se investigar o homem não só como autor da violência, mas configurando-o também como quem a sofre. Uma dificuldade relatada

por Carmo et al.⁵⁰, seria que os homens tenderiam a ocultar as agressões sofridas, uma vez que sua exposição romperia com papéis sociais de gênero, os quais lhes atribuem características de invulnerabilidade e virilidade, contribuindo assim para a subnotificação desse tipo de violência. Fatores que permeiam essas relações devem ser evidenciados e divulgados, para que se traduzam em implantação de políticas públicas voltadas a homens e mulheres em situação de violência.

Dentre os fatores associados à violência em idosos, o uso de álcool, foi o mais identificado nos estudos dessa revisão^{4, 23, 25, 27, 28, 32, 35}. Em acordo com esses achados, Nagassar et al.⁵¹ afirma que o abuso do álcool e de outras drogas é considerado como um dos principais motivos para a violência física, bem como fator associado ao aumento das chances de ocorrência de atos violentos^{52,53}. Pode-se supor que a ingestão de bebidas alcoólicas seria estratégia adotada pelas vítimas para lidar com o estresse provocado pelo contexto de violência^{52,54}. Evidências de pesquisa⁵⁵ indicam que o beber intenso contribui para a violência, mas isso não quer dizer que o álcool é condição primária, necessária e suficiente para a violência. Neste sentido, o álcool não determinaria tais condutas, mas contribuiria para que se manifestassem de maneira mais intensa ou severa.

A depressão também foi fator associado à VPI nesta revisão, tal como Renner et al.³⁰ que encontraram maiores chances de vítimas de abuso terem sintomas depressivos, tanto para homens (2,4 vezes) quanto para mulheres (3,0 vezes) quando comparados com aqueles que não sofreram violência. Entretanto, a perpetração do abuso associou-se ao aumento de sintomas depressivos para mulheres, não para homens. Mesmo que em estudos transversais não seja possível estabelecer relação causal e temporal entre os fatos, estudos longitudinais demonstram que VPI pode acarretar depressão⁵⁶, bem como preceder ou facilitar situações de violência⁵⁷.

O comprometimento funcional associou-se à VPI em dois estudos^{10,36} analisados, afirmando que a violência pode aumentar a vulnerabilidade, deixando idosos com a capacidade diminuída para se defender de maus tratos. Consideram ainda que a redução da capacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária (AIVD) limita a participação social independente do idoso, restringindo o convívio com outras pessoas, além dos familiares ou cuidadores que coabitam, dificultando a procura por serviços de saúde e serviços especializados para denúncia quando submetidos à violência.

Destaca-se que apenas um artigo²⁶ desta revisão abordou a associação entre HIV e VPI, entretanto esse estudo não separou adultos

e idosos, permanecendo lacunas acerca das questões específicas entre os mais velhos, sendo relevante a realização de investigações sobre a temática. Alencar e Ciosak⁵⁸, apontam que a investigação de sorologia anti-HIV para pessoas idosas não é rotina nos serviços de atenção primária à saúde. A sexualidade dos idosos é invisibilizada pelos profissionais de saúde, por não considerarem que eles podem ser sexualmente ativos, e a investigação da saúde sexual não faz parte das consultas de rotina. Entretanto, no Brasil a quantidade de idosos (>60 anos) correspondia a 2,5% dos infectados em 2002, passando para 5,0% em 2013. O crescimento da epidemia de HIV entre idosos tem ocorrido também em nível mundial^{59,60}.

Baixa renda^{20,21,23} e baixa escolaridade^{21,24,36} são fatores associados à VPI em idosos, uma vez que este fato pode desencadear conflitos entre os parceiros íntimos²³. No entanto, em um estudo³⁴ encontrou-se que idosos entre 66-86 têm maior probabilidade de estar em situação de violência quando as mulheres possuem qualificação profissional e os homens escolaridade elevada. Uma hipótese é que, devido a uma maior capacitação das mulheres, elas seriam mais independentes que o parceiro, podendo desafiar papéis tradicionais de gênero, aumentando o risco de violência⁶¹.

Chama a atenção nesse estudo que a exposição pregressa à violência, tal como presenciar violência parental^{10,35} ou sofrer punição física na infância³⁵ associou-se à VPI nos idosos, nos artigos analisados. Paixão et al.⁶² corrobora esse achado quando analisa a intergeracionalidade da violência conjugal vivenciada por mulheres, afirmando que existe relação entre a violência testemunhada na família de origem e a violência por parceiro íntimo. Os efeitos intergeracionais da violência desencadeiam sua permanência ao longo da vida, sendo que a prevalência elevada de VPI na vida adulta certamente contribui com a sua perpetuação na terceira idade⁴⁵.

Sendo este estudo de revisão sistemática sobre VPI em idosos inédito, trazem-se informações para ampliar o conhecimento sobre o fenômeno, almejando contribuir para o estabelecimento de ações e estratégias de prevenção de violência por parceiros íntimos idosos. Considera-se importante a realização de novos estudos epidemiológicos, com amostras representativas da população de idosos para investigação de prevalência e fatores associados da VPI, que aborde a direcionalidade da violência sofrida e perpetrada entre homens e mulheres.

Para que se dê visibilidade às naturezas de VPI mais prevalentes entre os idosos, sugere-se o desenvolvimento e validação de

instrumentos específicos para esse grupo populacional, que incluam o abuso econômico e o comportamento controlador entre parceiros íntimos, visto a sua relevância nesta faixa etária. Devem-se considerar as especificidades e vulnerabilidades dos idosos, aprofundando-se questões relativas à saúde mental, saúde sexual, incapacidade funcional, ainda incipientes na literatura sobre VPI nessa faixa etária.

Todavia algumas limitações podem ser apontadas na presente revisão; destaca-se o baixo número de publicações científicas acerca da temática na população idosa. Também, nota-se a presença de informações oriundas de estudos com limitações metodológicas, devido à não estratificação dos resultados entre adultos e idosos. Na maioria, os estudos foram conduzidos a partir de entrevistas autorreferidas como forma de manter sigilo e privacidade ao entrevistado. Entretanto, esse tipo de avaliação está sujeita ao viés de memória, à super ou subestimação do fato ocorrido, além do medo ou vergonha de expor ao entrevistador situações de violência vivenciadas na relação íntima.

Deve-se assinalar o viés de publicação, que pode ocorrer em função da não publicação em periódicos indexados de todas as pesquisas realizadas, devido ao número limitado de trabalhos por revista, idioma, metodologia, entre outros. Em relação às características bastante heterogêneas dos trabalhos encontrados, conduziu-se apenas a avaliação qualitativa dos resultados, não sendo possível a síntese de dados quantitativa, por meio da metanálise.

Esta revisão apresenta método de acordo com as recomendações atuais para elaboração de revisões sistemáticas, tais como pesquisa em fontes abrangentes, estratégia de busca específica, sem restrições de idioma ou período de publicação, seleção e extração de dados em pares e avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos. A adoção dessas medidas apresenta resultados relevantes, que fornecem um panorama geral do conhecimento científico nacional e internacional, produzido sobre prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em idosos.

Colaboradores

D Warmling participou da concepção, pesquisa, análise e interpretação dos resultados, e redação final. SR Lindner participou da pesquisa, análise e interpretação dos resultados e redação final. EBS Coelho participou da concepção, análise e interpretação dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão final

REFERÊNCIAS

1. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, Eskinazi FMV, Duque AM. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2199-208.
2. Apratto Junior PC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2983-95.
3. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002; 360(9339):1083-8.
4. Stockl H, Penhale B. Intimate Partner Violence and Its Association With Physical and Mental Health Symptoms Among Older Women in Germany. *J Interpers Violence* 2015; 30(17):3089-111.
5. Poole C, Rietschlin J. Intimate partner victimization among adults aged 60 and older: an analysis of the 1999 and 2004 General Social Survey. *J Elder Abuse Negl* 2012; 24(2):120-37.
6. Hackenberg EA, Sallinen V, Koljonen V, Handolin L. Severe intimate partner violence affecting both young and elderly patients of both sexes. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2016.
7. Zink T, Fisher BS, Regan S, Pabst S. The prevalence and incidence of intimate partner violence in older women in primary care practices. *J Gen Intern Med.* 2005; 20(10):884-888.
8. Fisher JW, Dyer CB. The hidden health menace of elder abuse. Physicians can help patients surmount intimate partner violence. *Postgrad Med* 2003;113(4):21-4, 30.
9. Montero I, Martin-Baena D, Escriba-Aguir V, Ruiz-Pérez 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.
10. Paiva MM, Tavares DMS. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(6):1035-41.
11. Guedes DT, Alvarado BE, Phillips SP, Curcio CL, Zunzunegui MV, Guerra RO. Socioeconomic status, social relations and domestic violence (DV) against elderly people in Canada, Albania, Colombia and Brazil. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015; 60(3):492-500.
12. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Carrell D, Fishman PA, Rivara FP, Thompson RS. Intimate partner violence in older women. *Gerontologist.* 2007; 47(1):34-41.

13. Hadeed LF, El-Bassel N. Social support among AfroTrinidadian women experiencing intimate partner violence. *Violence Against Women*, 2006; 12(8):740-760.
14. Guedes, DT, Curcio CL, Llano BA, Zunzunequi MV, Guerra R. The gender gap in domestic violence in older adults in Latin America: the IMIAS Study. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37(4-5):293-300.
15. Dong X. Sociodemographic and socioeconomic characteristics of elder self-neglect in an US Chinese aging population. *Arch Gerontol Geriatr* 2016; 64:82-9.
16. Ruelas-Gonzalez MG, Duarte-Gomez MB, Flores-Hernandez S, Ortega-Altamirano DV, Cortés-Gil JD, Taboada A, Ruano AN. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. *Int J Equity Health* 2016;15:35.
17. Simone L, Wettstein A, Senn O, Rosemann T, Hasler S. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Med Wkly* 2016; 146:w14273.
18. Reeves KA, Desmarais SL, Nicholls TL, Douglas KS. Intimate partner abuse of older men: considerations for the assessment of risk. *J Elder Abuse Negl* 2007; 19(1-2):7-27, table of contents.
19. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009; 6(7): 1-6.
20. Loney PL, Chambers LW, Bennett KJ, Roberts JG, Stratford PW. Critical appraisal of the health research literature: prevalence or incidence of a health problem. *Chronic Dis Can*. 1998; 19(4):170-6.
21. Mouton CP, Rodabough RJ, Rovi SL, Hunt JL, Talamantes MA, Brzyski RG, Burge SK. Prevalence and 3-year incidence of abuse among postmenopausal women. *Am J Public Health*. 2004; 94(4):605-12.
22. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, Figueiredo V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(2):425-37.
23. 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. *Ann Epidemiol* 2006; 16(8):644-51.
24. Aekplakorn W, Kongsakon R. Intimate partner violence among women in slum communities in Bangkok, Thailand. *Singapore Med J*. 2007; 48(8):763-8.

25. 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.
26. Svavarsdottir EK, Orlygsdottir B. Intimate partner abuse factors associated with women's health: a general population study. *J Adv Nurs* 2009; 65(7):1452-62.
27. Sareen J, Pagura J, Grant B. Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States? *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31(3):274-8.
28. Brisibe S, Ordinioha B, Diénye PO. Intersection Between Alcohol Abuse and Intimate Partner's Violence in a Rural Ijaw Community in Bayelsa State, South-South Nigeria. *J Interpers Violence.* 2012; 27(3):513-22.
29. Afifi TO, Henriksen CA, Asmundson GJ, Sareen J. Victimization and perpetration of intimate partner violence and substance use disorders in a nationally representative sample. *J Nerv Ment Dis.* 2012; 200(8):684-91.
30. Sonogo M, Gandarillas A, Zorrilla B, Lasheras L, Pires M, Anes A, Ordobás M. Unperceived intimate partner violence and women's health. *Gac Sanit.* 2013; 27(5):440-446.
31. Renner LM, Habib L, Stromquist AM, Peek-Asa C. The association of intimate partner violence and depressive symptoms in a cohort of rural couples. *J Rural Health* 2014; 30(1):50-8.
32. Hellemans S, Buysse A, De Smet O, Wietzker A. Intimate partner violence in Belgium: Prevalence, individual health outcomes, and relational correlates. *Psychologica Belgica* 2014; 54(1):79-96.
33. Lee M, Stefani KM, Park EC. Gender-specific differences in risk for intimate partner violence in South Korea. *BMC Public Health.* 2014; 14(1):415.
34. Hellemans S, Loeys T, Dewitte M, De Smet O, Buysse A. Prevalence of Intimate Partner Violence Victimization and Victims' Relational and Sexual Well-Being. *J Fam Viol* 2015; 30(6):685-698.
35. Stöckl 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.
36. Yan E, Chan KL. Prevalence and correlates of intimate partner violence among older Chinese couples in Hong Kong. *Int Psychogeriatr.* 2012; 24(9):1437-46.
37. Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, Mason A, Henderson CRJ, Berman J, Cook AM, Shukoff D, Brownell P, Powell M, Salamone A,

- Lachs Ms. 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.
38. Cezario, ACF; Fonseca, DS; Lopes, NC; Lourenço, LM. Violência entre parceiros íntimos: uma comparação dos índices em relacionamentos hetero e homossexuais. *Temas psicol.* [online]. 2015; 23(3):565-575.
39. 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. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(4):1083-1093.
40. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cad. Saúde Pública.* 2002; 18(1):163-176.
41. Espindola CR, Blay SL. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Rev. Saúde Públ.* 2007; 41(2):301-06.
42. Rennison, C. M., Rand, M. R. Nonlethal intimate partner violence against women: A comparison of three age cohorts. *Violence Against Women.* 2003; 9(12):1417-1428.
43. Daly, J. M., Hartz, A. J., Stromquist, A. M., Peek-Asa, C., & Jogerst, G. J. Self-reported elder domestic partner violence in one rural Iowa county. *Journal of Emotional Abuse.* 2008; 7(4):115-134.
44. Fisher, B. S., Regan, S. L. The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *Gerontologist* 2006; 46(2):200-209.
45. Kwong MJ, Bartholomew K, Henderson AJZ, Trinke SJ. The Intergenerational Transmission of Relationship Violence. *J Fam Psychol.* 2003; 17(3):288-301.
46. Alvim SF, Souza Ld. Violência conjugal em uma perspectiva relacional: homens e mulheres agredidos/agressores. *Psicol. teor. prat.* 2005; 7(2):171-206.
47. Schraiber LB, Barros CRS, Couto MT, Figueiredo WS, Albuquerque FP. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Rev. bras. epidemiol.* 2012; 15(4):790-803.
48. Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Rev. Saúde Públ.* 2010; 44(1):53-59.
49. Afifi TO, MacMillan H, Cox BJ, Asmundson GJG, Stein MB, Sareen J. Mental health correlates of intimate partner violence in marital

- relationships in a nationally representative sample of males and females. *J Interpers Violence* 2009; 24(8):1398-417.
50. Lindner SR, Coelho EBS, Bolsoni CC, Rojas PF, Boing AF. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(4):815-26.
51. Carmo R, Grams A, Magalhaes T. Men as victims of intimate partner violence. *J Forensic Leg Med* 2011; 18(8):355-9.
52. Nagassar RP, Rawlins JM, Sampson NR, Zackerali J, Chankadyal K, Ramasir C, Boodram R. The prevalence of domestic violence within different socio-economic classes in Central Trinidad. *West Indian Med J.* 2010; 59(1):20-5.
53. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, Couto MT, Valença O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev. Saúde Públ.* 2009; 43(2):299-311.
54. Vieira LJES, Pordeus AMJ, Ferreira RC, Moreira DP, Maia PB, Saviolli KC. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. *Saúde Soc.* 2008; 17(3):113-25.
55. Kaysen D, Dillworth TM, Simpson T, Waldrop A, Larimer ME, Resick PA. Domestic violence and alcohol use: Trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addict Behav.* 2007; 32(6):1272-83.
56. Leonard KE. Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributing cause of violence? *Addiction* 2005; 100(4):422-5.
57. Lindhorst T, Oxford M. The long-term effects of intimate partner violence on adolescent mothers' depressive symptoms. *Soc Sci Med* 2008; 66(6):1322-33.
58. Lehrer JA, Buka S, Gortmaker S, Shrier LA. Depressive symptomatology as a predictor of exposure to intimate partner violence among US female adolescents and young adults. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160(3):270-6.
59. Alencar RA, Ciosak SI. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. *Rev Bras Enferm* 2016; 69(6):1140-46.
60. Rabkin M, Kruk ME, El-Sadr WM. HIV, aging and continuity care: strengthening health systems to support services for noncommunicable diseases in low-income countries. *AIDS* 2012; 26 (Suppl 1):S77-83.
61. Liu H, Lin X, Xu Y, Chen S, Shi J, Morisky D. Emerging HIV epidemic among older adults in Nanning, China. *AIDS Patient Care STDS* 2012; 26(10):565-7.

62. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet* 2002; 359(9315):1423-9.

63. Paixão GPN, Gomes NP, Diniz NMF, Lira MOSC, Carvalho MRS, Silva RS. Women experiencing the intergenerationality of conjugal violence. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23(5):874-879.

Artigo apresentado em 01/03/2017

Aprovado em 18/04/2017

Versão final apresentada em 22/05/2017

Apêndice 5. Protocolo de Revisão Sistemática: Violência por parceiro íntimo e qualidade de vida em idosos.

PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA
Pergunta de pesquisa
Há relação entre a violência por parceiro íntimo (VPI) e a qualidade de vida (QV) em pessoas idosas?
Objetivo
- Descrever a prevalência e tipologia da VPI em pessoas idosas; - Descrever a associação entre a VPI e QV em idosos;
Crítérios de inclusão e exclusão
<p>O critério geral de inclusão foi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Artigos sobre a VPI em idosos e que apresentaram informações de associação com a qualidade de vida. <p>Os critérios de exclusão foram:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Artigos que abordavam a VPI em outros grupos etários (crianças, adolescentes, adultos); 2. Artigos que apesar de tratarem sobre VPI não abordaram a relação com a qualidade de vida; 3. Artigos de revisão, editoriais, comunicações ou teses. <p>Não houve restrições relativas ao idioma da publicação ou do período de publicação, visto a escassez de trabalhos publicados nesta temática.</p>
Bases eletrônicas de busca
- Pubmed - Web of Science - Lilacs - PsycInfo
Descritores e estratégias de busca
<p>1. Pubmed:</p> <p>("intimate partner violence"[MeSH Terms] OR "intimate partner violence" OR "domestic violence"[MeSH Terms] OR "domestic violence" OR "spouse abuse"[MeSH Terms] OR "spouse abuse" OR "spousal abuse" OR "wife abuse" OR "battered women"[MeSH Terms]</p>

OR "battered women" OR "battered woman" OR "partner abuse" OR "dating violence") AND ("Quality of Life"[Mesh] OR "Quality of Life") AND ("Aged"[Mesh] OR "Aged"[All Fields] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[All Fields] OR "elderly")

2. Web of Science:

("intimate partner violence" OR "domestic violence" OR "spouse abuse" OR "battered women" OR "spousal abuse" OR "partner abuse" OR "dating violence") AND ("quality of life") AND (aged OR "aged, 80 and over" OR "elderly")

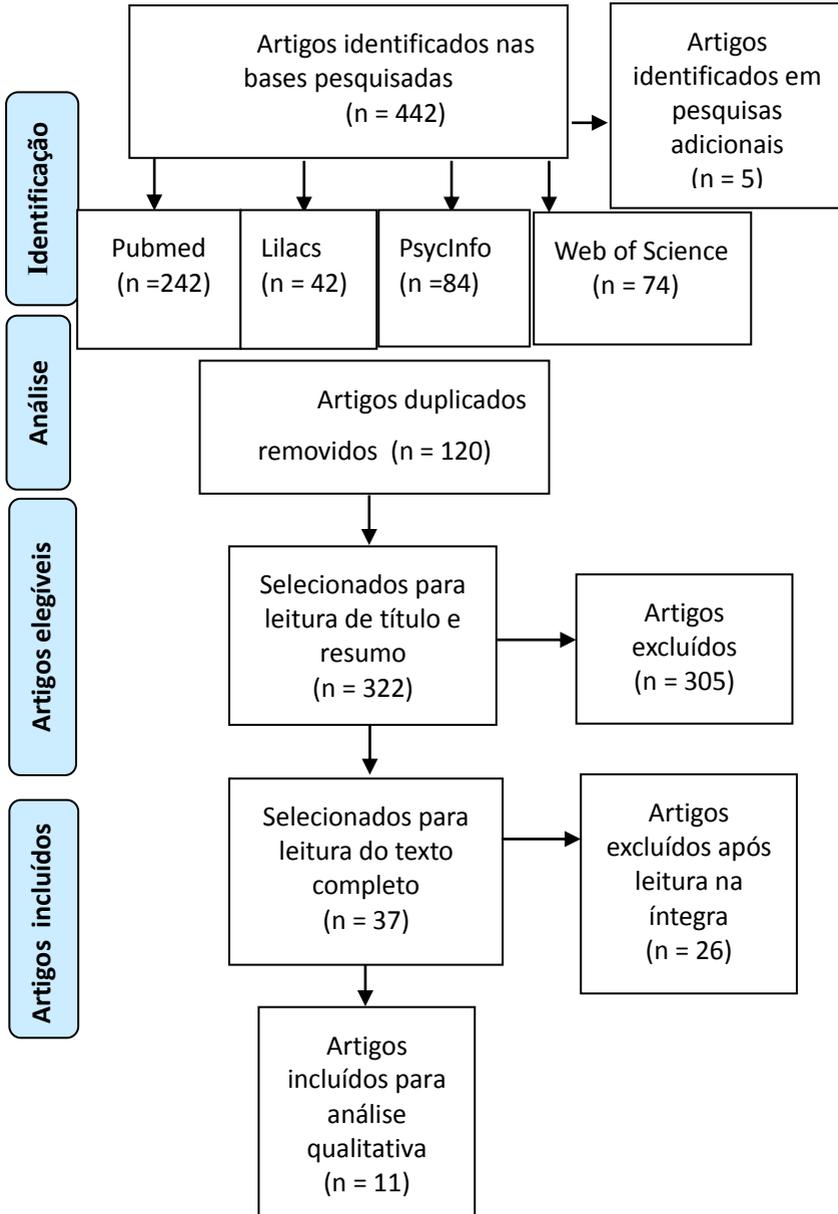
3. Lilacs

("intimate violence partner" OR "domestic violence" OR "spouse abuse" OR "battered women" OR "violencia de pareja" OR "violencia por parceiro intimo" OR "violência domestica") AND ("quality of life" OR "qualidade de vida" OR "calidad de vida") AND (aged OR "aged, 80 and over" OR elderly OR idoso OR anciano)

4. PsycInfo

("intimate partner violence" OR "domestic violence" OR "spouse abuse" OR "battered women" OR "spousal abuse" OR "partner abuse" OR "dating violence") AND ("quality of life") AND (aged OR "Aged, 80 and over" OR elderly)

Apêndice 6. Fluxograma de seleção de artigos para revisão sistemática sobre violência por parceiro íntimo e qualidade de vida.



Apêndice 7. Descrição dos artigos selecionados na revisão sistemática sobre violência por parceiro íntimo e qualidade de vida em idosos.

Autor (Ano)	Título	Local do estudo	Sexo e idade	Instrumento de medida para QV	Instrumento de medida para VPI	Tipo de violência	Associação entre QV e VPI
Alsaker (2006)	Low health-related quality of life among abused women	Noruega	Mulheres (18-70 anos)	SF-36	SVAWS (Severity of Violence against Women Scale)	Violência física e psicológica	As mulheres agredidas tinham baixa qualidade de vida relacionada à saúde.
Manthorpe, et al.(2007)	The UK national study of abuse	Reino Unido	Homens e Mulheres (≥ 66 anos)	CASP-19	Questionário desenvolvido para o “UK Study of Abuse and Neglect of Older People (2007)”	Violência física, psicológica, sexual e financeira	A baixa qualidade de vida está associada à violência.
MacMillan (2009)	Screening for Intimate Partner Violence	Canadá	Mulheres (18-64 anos)	WHOQOL - BREF	WAST (Abuse Screening Tool)	Violência física, psicológica e sexual	A exposição à VPI reduz a qualidade de vida das mulheres.

	in Health Care Settings: A Randomized Trial						
Kelly (2010)	Intimate Partner Violence, Physical Health, Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Quality of Life in Latinas	Estados Unidos	Mulheres (19-74 anos)	WHOQOL - BREF	(SVAWS) Severity of Violence Against Women Scale	Violência física, psicológica e sexual	Efeitos adversos à saúde física e mental da vítima de VPI (dor e o dificuldade para dormir) contribuem significativamente para redução da qualidade de vida.
Rees, et al. (2011)	Lifetime Prevalence of Gender-Based Violence in Women and the	Austrália	Mulheres (16 a 85 anos)	AQoL (Australian Assessment of Quality of Life)	WMHCIDI 3.0 (World Health Organization's World Mental Health	Violência física, psicológica e sexual.	Mulheres que relataram ter sofrido violência de gênero relataram menor qualidade de vida.

	Relationship With Mental Disorders and Psychosocial Function				Survey Initiative)		
Sorensen, et al. (2012)	Physical violence and health-related quality of life: Danish cross-sectional analyses	Dinamarca	Homens e mulheres (≥ 16 anos)	EQ-5D e SF-6D (derivado do SF-36)	CTS-2 (Conflict Tactics Scale) – short form	Violência física	Entrevistados expostos à violência física tem mais baixos escores de qualidade de vida que os não expostos.
Lang; Enzenhofer (2013)	Quality of life of older women with dependency and abuse experience	Áustria	Mulheres (≥ 60 anos)	EUROHIS-QOL	CTS-1 (Conflict Tactics Scale)	Violência física, psicológica, sexual, financeira; negligência e comportamento controlador	Negligência, abuso psicológico e o comportamento controlador afetam negativamente a qualidade de vida.

Costa, et al. (2014)	Intimate partner violence and health-related quality of life in European men and women: findings from the DOVE study	Atenas Budapest Londres Ostersund Porto Stuttgart	Homens e Mulheres (18-65 anos)	SF-36	Revised-Conflict-Tactics-Scales (CTS-2)	Violência física e sexual	VPI física e sexual é associada negativamente com a qualidade de vida relacionada à saúde.
Ferreira, Loxton, Tooth (2017)	Intimate personal violence and caregiving: Influences on physical and mental health in middle-aged	Austrália	Mulheres (45-65 anos)	SF-36	Questão: “Você já esteve em um relacionamento íntimo violento (sim/não)”	Violência por parceiro íntimo	Sofrer VPI e ser cuidadora informal de algum membro da família representou menores escores que QVRS nos domínios de saúde física e mental.

	women						
Loxton, et al. (2017)	Intimate partner violence adversely impacts health over 16 years and across generations: A longitudinal cohort study	Austrália	Mulheres (33-90 anos)	SF-36	Questão: “Você já esteve em um relacionamento íntimo violento (sim/não)”	Violência por parceiro íntimo	Ser vítima de VPI impactou em menores escores de QVRS nos domínios da saúde física e mental, para mulheres ao longo de 16 anos e em três gerações. O impacto da VPI na QVRS é intergeracional.
Coker, et al. (2017)	Intimate partner violence and women’s cancer quality of life	Estados Unidos	Muheres (18-79 anos)	Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-being (<i>FACIT-Sp</i>) Scale	Adaptações de: Revised-Conflict-Tactics-Scales (CTS-2) Measure of Psychologically Abusive Behaviors (MPAB) e Women’s	Violência física, psicológica e sexual.	Mulheres com câncer que sofreram VPI tiveram mais sintomas depressivos e de estresse, os quais mediaram menores níveis de QV, quando comparadas às mulheres com

					Experience with Battering (WEB) Scale		câncer que não sofreram VPI.
--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

VPI - Violência por Parceiro Íntimo

10. ANEXOS

Anexo 1. *Conflict Tactics Scales Form R – CTS-1*

Nos últimos 12 meses, nos momentos de discussão e brigas entre vocês, como o(a) Sr.(a) reagiu: o(a) Sr.(a) discutiu o problema calmamente? (0) Não (1) Sim
E ele(a), discutiu o problema calmamente? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) procurou conhecer melhor o modo dele(a) pensar? (0) Não (1) Sim
E ele(a), procurou conhecer melhor o seu modo de pensar? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) trouxe ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas? (0) Não (1) Sim
E ele(a) trouxe ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) xingou ou insultou ele(a)? (0) Não (1) Sim
E ele(a) xingou ou insultou o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) ficou emburrada(o) ou não falou mais no assunto? (0) Não (1) Sim
E ele(a) ficou emburrado(a) ou não falou mais no assunto? (0) Não (1) Sim

O(a) Sr.(a) retirou-se do quarto, da casa ou do local? (0) Não (1) Sim
E ele(a) retirou-se do quarto, da casa ou do local? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) fez ou disse coisas só para irritar ele(a)? (0) Não (1) Sim
E ele(a) fez ou disse coisas só para irritar o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) ameaçou bater ou jogar coisas nele(a)? (0) Não (1) Sim
E ele(a) ameaçou bater ou jogar coisas no(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos? (0) Não (1) Sim
E ele(a) destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) jogou coisas sobre ele(a)? (0) Não (1) Sim
E ele(a) jogou coisas sobre o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) empurrou ou agarrou ele(a)? (0) Não (1) Sim
E ele(a) empurrou ou agarrou o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) deu um tapa ou bofetada nele(a)? (0) Não

(1) Sim
E ele(a) deu um tapa ou bofetada no(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) chutou, mordeu ou deu um murro nele(a)? (0) Não (1) Sim
E ele(a) chutou, mordeu ou deu um murro no(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) bateu ou tentou bater nele(a) com objetos? (0) Não (1) Sim
E ele(a) bateu ou tentou bater no(a) Sr.(a) com objetos? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) espancou ele(a)? (0) Não (1) Sim
E ele(a) espancou o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) estrangulou ou sufocou ele(a)? (0) Não (1) Sim
E ele(a) estrangulou ou sufocou o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim
O(a) Sr.(a) ameaçou ele(a) com faca ou arma? (0) Não (1) Sim
E ele(a) ameaçou o(a) Sr.(a) com faca ou arma? (0) Não (1) Sim

Anexo 2. CASP-19

	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca
Minha idade me impede de fazer as coisas que eu gostaria de fazer.				
Eu sinto que o que acontece comigo, está fora do meu controle.				
Eu me sinto livre para planejar o futuro.				
Eu me sinto excluído de tudo.				
Eu posso fazer as coisas que eu quero.				
As responsabilidades familiares me impedem de fazer o que quero.				
Eu me sinto livre para fazer as coisas.				
Minha saúde me impede de fazer as coisas que eu quero.				
A falta de dinheiro me impede de fazer as coisas que eu quero.				
Eu fico animado a cada dia.				
Eu sinto que minha vida tem sentido.				
Eu gosto das coisas que faço.				
Eu gosto de estar na companhia de outras pessoas.				
De modo geral, eu olho para o meu passado com uma sensação de felicidade.				
Eu me sinto cheio de energia				

hoje em dia.				
Eu escolho fazer coisas que nunca fiz antes.				
Eu me sinto satisfeito com o rumo que a minha vida tomou.				
Eu sinto que a vida está cheia de oportunidades.				
Eu sinto que o meu futuro parece bom.				

Anexo 3. 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.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPESH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPESH, **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 4. Parecer do CEP SH/UFSC do Estudo EpiFloripa Idoso 2013/2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



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'Orsi

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 da Relatoria: 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'Orsi, 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 352/2008. 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 (amostra 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 **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: 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 da 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 saúde 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 **Município:** FLORIANÓPOLIS **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



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 prever fraturas em idosos.

Metas 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 políticos 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:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 526.126

unidade de saúde de referência 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 tardiamente 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) complementarmente 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 afaste 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/inercorrências, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias. 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:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 526.126

meio de artigos científicos, seminários e apresentação em eventos nacionais e internacionais. Também tem-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 (EpiFlóripa 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
- Medo de quedas
- Hábitos de vida (tabagismo, etilismo, atividade física)
- Presença de sintomas depressivos
- Violência e abuso
- 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 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: 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:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 526.126

a colaboração do Professor Martin Orrel, da Mental Health Sciences Unit, Faculty of Brain Sciences, University College London, London, UK.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proponente do projeto encaminha desta feita um pedido de emenda que refere-se a inclusão de exames laboratoriais, de imagem, atividade física 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 Inadequações:

Concluímos manifestando a recomendação pela aprovação da emenda.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 10 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

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

Anexo 5. 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)