



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**NATHALY DA LUZ ANDRADE**

**ABUSO E VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS E SUA RELAÇÃO COM  
FRAGILIDADE, SINTOMAS DEPRESSIVOS E ESTADO NUTRICIONAL:  
estudo transversal realizado na Atenção Primária à Saúde de uma região  
urbana do Brasil.**

**NATAL – RN  
2025**

**NATHALY DA LUZ ANDRADE**

**ABUSO E VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS E SUA RELAÇÃO COM  
FRAGILIDADE, SINTOMAS DEPRESSIVOS E ESTADO NUTRICIONAL:  
estudo transversal realizado na Atenção Primária à Saúde de uma região  
urbana do Brasil.**

Relatório de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

**Orientadora:**

Prof<sup>a</sup> Dra. Eulalia Maria Chaves Maia

**Coorientadores:** Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres e Prof. Dr. Bruno Araújo da Silva Dantas

**NATAL/RN**

**2025**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte.

UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Andrade, Nathaly da Luz.

Abuso e violência contra pessoas idosas e sua relação com fragilidade, sintomas depressivos e estado nutricional: estudo transversal realizado na Atenção Primária à Saúde de uma região urbana do Brasil / Nathaly da Luz Andrade. - 2025.

106f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Natal, RN, 2025.

Orientação: Prof<sup>a</sup> Dra. Eulalia Maria Chaves Maia.

Coorientação: Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres.

Coorientação: Prof. Dr. Bruno Araújo da Silva Dantas.

1. Abuso de Idosos - Dissertação. 2. Violência Doméstica - Dissertação. 3. Fragilidade - Dissertação. 4. Depressão - Dissertação. 5. Estado Nutricional - Dissertação. 6. Atenção Primária à Saúde - Dissertação. I. Maia, Eulalia Maria Chaves. II. Torres, Gilson de Vasconcelos. III. Dantas, Bruno Araújo da Silva. IV. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 616-053.9

Elaborado por ANA CRISTINA DA SILVA LOPES - CRB-15/263

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde:  
Prof. Dr. Rodrigo Pegado de Abreu Freitas**

**NATAL/RN**

**2025**

**IV**

**NATHALY DA LUZ ANDRADE**

**ABUSO E VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS E SUA RELAÇÃO COM  
FRAGILIDADE, SINTOMAS DEPRESSIVOS E ESTADO NUTRICIONAL:  
estudo transversal realizado na Atenção Primária à Saúde de uma região  
urbana do Brasil.**

**Aprovada em \_\_\_\_\_**

**Presidente da Banca: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eulália Maria Chaves Maia**

**Banca Examinadora**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eulália Maria Chaves Maia  
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN)  
Orientadora**

---

**Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres  
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN)  
Coorientador**

---

**Prof. Dr. Bruno Araújo da Silva Dantas  
(Faculdade de Ciências da Saúde – FACISA/UFRN)  
Coorientador**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vilani Medeiros De Araujo Nunes  
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN)  
Membro Interno**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sheila Cristina Rocha Brischiliari  
(Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
- Unioeste) Membro Externo**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo àqueles que fizeram parte da minha trajetória profissional, principalmente aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, em especial as pessoas idosas que gentilmente fizeram parte desse projeto. Cada história de vida que eu pude conhecer serviu como inspiração e motivação para buscar conhecimento e aprimoramento na minha prática como psicóloga.*

## AGRADECIMENTOS

O sentimento de gratidão que me envolve é imenso. Agradeço, em primeiro lugar, a Deus e a Nossa Senhora, que são minha base espiritual e me conduzem ao longo da vida.

Agradeço também aos meus pais, João e Norma, que, diante de tantas lutas, sempre me ensinaram que a educação é o melhor caminho para o crescimento — embora tenham deixado claro que nada disso teria sentido sem o amor da família. Expresso, ainda, minha mais profunda gratidão aos meus anjos de luz que já não estão mais entre nós: meus sogros, Tito e Solony. Enquanto presentes fisicamente, sempre me incentivaram a trilhar o caminho da progressão acadêmica.

Minha gratidão aos meus filhos, Luís e Bento, que representam o meu maior projeto de vida, e ao meu esposo, Thiago, cujo suporte, amor, paciência e companheirismo tornaram essa conquista profissional um processo mais leve e seguro. Agradeço também aos meus sobrinhos-filhos, Guilherme, Dudinha e Marcelinha, que não carreguei no ventre, mas que acolho no peito um materno amor. Estendo minha gratidão aos demais familiares — meu irmão, cunhadas, primos e primas, tios, tias, avós e agregados — que compõem a base familiar que sustenta o meu pilar.

Ao longo dessa jornada, agradeço também ao pequeno grupo de estudos — meus queridos amigos da cabine — que me ensinaram que a consistência e o tempo são aliados daqueles que persistem.

Nestes dois últimos anos, muitos atuaram como protagonistas, coadjuvantes e apoiadores fundamentais para que eu conseguisse concluir esta etapa acadêmica. Tenho imensa gratidão pelos meus companheiros de jornada Bruna, Assis, Kallyne, Larissa, Mário e Mayara, que me acolheram em momentos de dificuldade, sempre dispostos a ouvir, apoiar e caminhar ao meu lado.

Rendo minhas mais sinceras homenagens e agradecimentos ao professor Dr. Bruno Araújo, pois esta conquista só foi possível graças ao seu apoio incondicional. Mais do que orientar, ele abriu caminhos, estendeu a mão e me guiou com firmeza em cada etapa dessa trajetória.

Ao professor, mentor, orientador e coorientador Dr. Gilson Torres, expresso minha profunda gratidão e honra por ter tido a oportunidade de

aprender com uma referência na saúde coletiva. Seu olhar ampliado me tirou da “caixinha” da psicologia e me apresentou novos horizontes profissionais e pessoais.

Por fim, homenagem e agradecimento à minha mentora e orientadora, professora Dra. Eulália Maia, cuja humildade, sinceridade, gentileza e cuidado fizeram deste processo um verdadeiro encontro entre psicólogas. Com sua postura materna, firme e acolhedora, ofereceu-me o suporte necessário para chegar até aqui — e, quem sabe, ir além.

***“O envelhecimento é uma experiência  
que escapa ao espelho: o sujeito não se  
reconhece mais na imagem que o  
tempo imprime”***

*Jacques Lacan*

## RESUMO

A violência contra a pessoa idosa é uma grave violação dos direitos humanos, impactando diretamente sua dignidade e qualidade de vida. Fatores como fragilidade, sintomas depressivos e estado nutricional comprometido podem intensificar essa vulnerabilidade, sobretudo em contextos de desigualdade social. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel estratégico na identificação precoce e intervenção em casos de violência, demandando ações que integrem diferentes dimensões da saúde. Este estudo teve como objetivo investigar se há associação entre o risco de violência e aspectos como fragilidade, presença de sintomas depressivos e comprometimento nutricional em pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios de Santa Cruz e Macaíba, Rio Grande do Norte, Brasil. Trata-se de um estudo transversal, com 323 participantes, realizado em junho de 2023 e em março de 2024. Foram utilizados instrumentos validados: H-S/EAST, CTS-1, EFS, GDS-15, MNA e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. As análises incluíram testes de associação, correlação e regressão logística. Dos idosos avaliados, 46,1% apresentaram risco de abuso e violência. Fragilidade, sintomas depressivos e estado nutricional alterado foram significativamente associados ao risco de violência. A regressão logística identificou o humor deprimido e o comprometimento funcional como preditores do risco. Os resultados reforçam a importância do rastreio de aspectos físicos e emocionais na APS, visando à prevenção da violência e à proteção da pessoa idosa. Estratégias interdisciplinares que considerem a complexidade do envelhecimento são essenciais para promover cuidado integral e reduzir vulnerabilidades.

**Palavras-chave:** Abuso contra Idosos; Violência Doméstica; Fragilidade; Depressão; Estado Nutricional; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Violence against older adults is a serious violation of human rights, directly impacting their dignity and quality of life. Factors such as frailty, depressive symptoms, and compromised nutritional status can intensify this vulnerability, especially in contexts of social inequality. Primary Health Care (PHC) plays a strategic role in the early identification and intervention in cases of violence, requiring actions that integrate different dimensions of health. This study aimed to investigate whether there is an association between the risk of violence and aspects such as frailty, presence of depressive symptoms, and nutritional impairment in older adults assisted by PHC in the municipalities of Santa Cruz and Macaíba, Rio Grande do Norte, Brazil. This is a cross-sectional study, with 323 participants, conducted in June 2023 and in March 2024. Validated instruments were used: H-S/EAST, CTS-1, EFS, GDS-15, MNA, and the Older Adult Health Booklet. Analyses included association tests, correlation, and logistic regression. Among the older adults assessed, 46.1% presented a risk of abuse and violence. Frailty, depressive symptoms, and altered nutritional status were significantly associated with the risk of violence. Logistic regression identified depressed mood and functional impairment as predictors of the risk. The results reinforce the importance of screening physical and emotional aspects in PHC, aiming at the prevention of violence and the protection of older adults. Interdisciplinary strategies that consider the complexity of aging are essential to promote comprehensive care and reduce vulnerabilities.

**Keywords:** Elder Abuse; Domestic Violence; Frailty; Depression; Nutritional Status; Primary Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Mapa do município de Santa Cruz (RN) e municípios limítrofes	<b>29</b>
<b>Figura 2</b> - Mapa do município de Macaíba (RN) e municípios limítrofes	<b>30</b>
<b>Figura 3</b> - Variável dependente, independentes e de controle	<b>34</b>

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- APS** – Atenção Primária à Saúde
- AVE** – Acidente Vascular Encefálico
- CAAE** – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CB** – Circunferência do Braço
- CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CP** – Circunferência de Panturrilha
- CTS-1** – Escala de Táticas de Conflito – Formulário R (Conflict Tactics Scales – Form R)
- EFS** – Escala de Fragilidade de Edmonton (Edmonton Frail Scale)
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- FNDCT** – Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- GDS-15** – Escala de Depressão Geriátrica – versão com 15 itens (Geriatric Depression Scale – 15 item version)
- H-S/EAST** – *Hurt, Insult, Threaten, Scream – Elder Abuse Screening Test*
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ID** – Identificação do Documento (*Identification Document*)
- ILPI** – Instituição de Longa Permanência para Idosos
- IMC** – Índice de Massa Corporal
- MCTI** – Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
- MEEM** – Mini-Exame do Estado Mental (Mini-Mental State Examination)
- MNA** – Mini Avaliação Nutricional (Mini Nutritional Assessment)
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PPGCSA** – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
- RAS** – Rede de Atenção à Saúde
- RN** – Rio Grande do Norte
- SESAP** – Secretaria Estadual de Saúde Pública
- SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences
- SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UFRN** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**VES-13** – Triagem de Idosos Vulneráveis – 13 itens (Vulnerable Elders Survey  
– 13 items)

## LISTA DE SÍMBOLOS

$\alpha$  – Alfa de Cronbach (coeficiente de confiabilidade)

$\beta$  – Coeficiente de regressão (não padronizado)

**IC** – Intervalo de Confiança

**DP** – Desvio Padrão

$H_0$  – Hipótese Nula

$H_1$  – Hipótese Alternativa

**M** – Média

$n$  – Tamanho da amostra

**OR** – Razão de chances (*Odds Ratio*)

$p$  – Valor de significância (*p-valor*)

$r$  – Coeficiente de correlação de Spearman

$R^2$  – Coeficiente de determinação

**SD** – *Standard Deviation* (Desvio Padrão)

$<$  – Menor que

$\leq$  – Menor ou igual a

$\geq$  – Maior ou igual a

$>$  – Maior que

$\pm$  – Mais ou menos

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

<b>Quadro 1</b> - Situação de validação dos instrumentos utilizados na pesquisa	<b>35</b>
<b>Quadro 2</b> – Descrição do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) adaptado à pesquisa	<b>36</b>
<b>Quadro 3</b> – Descrição da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS)	<b>37</b>
<b>Quadro 4</b> – Descrição da Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida 15 (GDS-15)	<b>39</b>
<b>Quadro 5</b> – Descrição da Mini Avaliação Nutricional (MNA)	<b>40</b>
<b>Quadro 6</b> – Descrição do <i>Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test</i> (H-S/EAST)	<b>42</b>
<b>Quadro 7</b> – Descrição da Escala de Táticas de Conflito – Formulário R (CTS-1)	<b>44</b>
<b>Quadro 8</b> – Descrição das variáveis utilizadas da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	<b>45</b>
<b>Tabela 1.</b> Perfil sociodemográfico e de saúde da amostra de acordo com o risco de abuso e violência	<b>58</b>
<b>Tabela 2.</b> Análise de associação entre os escores dos aspectos multidimensionais de acordo com os grupos de estudo	<b>59</b>
<b>Tabela 3.</b> Correlação entre o risco de abuso e violência e os aspectos multidimensionais avaliados	<b>60</b>
<b>Tabela 4.</b> Análise de regressão logística binária dos aspectos multidimensionais e o risco de abuso e violência	<b>62</b>
<b>Tabela S1.</b> Análise de correlação entre a o risco de abuso e violência e os aspectos multidimensionais, ajustados pelas variáveis sociodemográficas	<b>73</b>
<b>Tabela S2.</b> Análise de regressão logística binária entre o risco de abuso e violência e os aspectos multidimensionais ajustadas pelas variáveis sociodemográficas.	<b>73</b>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2. JUSTIFICATIVA E CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA</b> .....	21
<b>3. VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: UM FENÔMENO SILENCIOSO ENTRE NÓS</b> .....	23
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	27
4.1 GERAL .....	27
4.2 ESPECÍFICOS .....	27
<b>5. MÉTODO</b> .....	28
5.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO .....	28
<b>5.1.1 Caracterização dos cenários da pesquisa</b> .....	28
5.3 COLETA DE DADOS .....	32
5.4 INSTRUMENTOS E VARIÁVEIS .....	33
5.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS .....	46
5.6 ASPECTOS ÉTICOS E FINANCIAMENTO .....	47
<b>6. RESULTADOS</b> .....	49
6.1 ARTIGO PRINCIPAL .....	50
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	77
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	79
<b>APÊNDICES</b> .....	84
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	84
<b>ANEXOS</b> .....	88
<b>ANEXO A – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)</b> .....	88
<b>ANEXO B – ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON (EFS)</b> .....	89
<b>ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS-15)</b> .....	90

<b>ANEXO D – MINI AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO E - HURT, INSULT, THREATEN, SCREAM – ELDER ABUSE SCREENING TEST (H-S/EAST) .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO F – ESCALA DE TÁTICAS DE CONFLITO – FORMULÁRIO R (CTS-1) .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO G – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA (CADERNETA DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA) .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO I – TERMO DE OUTORFA (FINANCIAMENTO DO PROJETO) .....</b>	<b>103</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa tem se intensificado globalmente nas últimas décadas, impondo novos desafios às políticas públicas e aos sistemas de saúde. Projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que, até 2050, a população idosa mundial excederá os 2 bilhões de indivíduos, ultrapassando pela primeira vez a população infantil menor de 15 anos<sup>1</sup>. No Brasil, esse processo ocorre de forma acelerada, em um contexto de profundas desigualdades sociais, econômicas e sanitárias, que agravam a vulnerabilidade dessa população.

Entre os múltiplos fatores de risco que incidem sobre os idosos, a violência e o abuso doméstico têm se destacado como formas graves de violação dos direitos humanos e ameaças à dignidade, funcionalidade e qualidade de vida da pessoa idosa<sup>2</sup>. A violência pode manifestar-se por meio de agressões físicas, abuso psicológico, negligência, exploração financeira e abandono, sendo frequentemente perpetrada por membros da própria família ou pessoas próximas<sup>3</sup>.

Apesar da gravidade do problema, a violência contra idosos permanece subnotificada e, muitas vezes, naturalizada no cotidiano familiar. Fatores como medo de retaliação, dependência dos agressores, vergonha e ausência de redes de apoio dificultam o reconhecimento e a denúncia desses eventos<sup>4</sup>. Estudos internacionais e nacionais apontam que pelo menos 1 em cada 6 idosos vivencia algum tipo de violência, o que pode estar ainda mais presente em contextos marcados por fragilidade clínica, isolamento social e insegurança econômica<sup>5</sup>.

Diversas condições de saúde têm sido associadas ao risco de violência, sendo a fragilidade uma das mais citadas. Trata-se de uma síndrome geriátrica caracterizada pela redução das reservas fisiológicas e pela maior suscetibilidade a eventos adversos, como quedas, hospitalizações, perda funcional e, também, maus-tratos<sup>6</sup>. Soma-se a isso a presença de sintomas depressivos, que podem tanto ser causa quanto consequência da violência vivida, além de sinalizarem um quadro de sofrimento psíquico invisibilizado<sup>7</sup>. O estado nutricional comprometido é outro fator relevante: idosos em risco nutricional tendem a apresentar maior dependência e, em alguns casos, negligência alimentar, que pode configurar um tipo específico de abuso<sup>8</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS), por sua inserção territorial e relação próxima com as famílias, apresenta-se como espaço privilegiado para a triagem, identificação precoce e acompanhamento de situações de violência contra a pessoa idosa. O uso de instrumentos validados e estratégias intersetoriais possibilitam um cuidado integral que vai além da clínica individual, incluindo aspectos psicossociais e ambientais<sup>9-10</sup>.

Contudo, ainda são limitados os estudos que analisam, de forma integrada, as relações entre fragilidade, sintomas depressivos, estado nutricional e o risco de violência contra idosos da comunidade. Diante disso, torna-se essencial investigar esses aspectos no contexto da APS, contribuindo para uma abordagem mais abrangente, centrada na dignidade e nos direitos da pessoa idosa.

## 2. JUSTIFICATIVA E CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

Diante do crescimento exponencial da população idosa brasileira e das vulnerabilidades que a atravessam, a violência contra essa população tem se configurado como uma questão de saúde pública de elevada complexidade<sup>12</sup>. A persistência de situações de negligência, maus-tratos e exclusão social, amplamente documentadas na literatura nacional sobre violência familiar contra idosos<sup>12</sup>, desafia os dispositivos da rede de saúde, exigindo ações sistematizadas e sensíveis às particularidades desse grupo.

A literatura tem apontado que fatores como fragilidade física, sintomas depressivos e estado nutricional comprometido podem estar fortemente associados ao risco de violência<sup>11-13</sup>. A fragilidade, enquanto síndrome clínica multifatorial, reflete a perda progressiva da capacidade funcional e da autonomia, condições que, quando não manejadas adequadamente, favorecem o isolamento e a dependência — elementos reconhecidamente associados ao abuso<sup>13</sup>.

Os sintomas depressivos em idosos, muitas vezes subdiagnosticados, estão associados à piora da funcionalidade, ao retraimento social e ao sentimento de desesperança<sup>14</sup>. Quando combinados com a ausência de apoio familiar e comunitário, elevam o risco de maus-tratos e violência psicológica<sup>14</sup>. Já o estado nutricional alterado, indicador frequentemente negligenciado, pode revelar situações de omissão nos cuidados alimentares e abandono, especialmente em idosos dependentes ou institucionalizados<sup>15</sup>.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a detecção precoce desses fatores é essencial para o rompimento de ciclos de violência, principalmente, ao se considerar que muitos idosos mantêm vínculos contínuos com os serviços da rede de base territorial<sup>16</sup>. É nesse nível de atenção que se encontram as maiores oportunidades de intervenção humanizada, longitudinal e interprofissional<sup>16</sup>.

Portanto, este estudo justifica-se pela necessidade de compreender como fragilidade, sintomas depressivos e estado nutricional se associam ao risco de abuso e violência em idosos atendidos na APS. A compreensão dessas relações poderá subsidiar estratégias de cuidado mais eficazes, contribuindo de forma efetiva no cuidado e na prevenção voltados à saúde da pessoa idosa e o

combate aos variados tipos de violações de direitos que o idoso enfrenta. Dessa forma, foram elaboradas as seguintes hipóteses a serem testadas neste estudo:

- **Hipótese Nula ( $H_0$ ):** Não há relação estatisticamente significativa entre indicadores de violência e as condições de fragilidade, sintomas depressivos e estado nutricional em pessoas idosas da comunidade atendidas pela APS.
- **Hipótese Alternativa ( $H_1$ ):** Existe relação estatisticamente significativa entre indicadores de violência e as condições de fragilidade, sintomas depressivos e estado nutricional em pessoas idosas da comunidade atendidas pela APS.

### 3. VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: UM FENÔMENO SILENCIOSO ENTRE NÓS

A literatura evidencia a violência contra a população idosa como um fenômeno complexo e historicamente invisibilizado, não ocupando lugar de destaque na agenda pública<sup>2</sup>. Analisa esse evento a partir de três perspectivas conceituais e interligadas. A primeira análise tem relação com os aspectos demográficos, no qual resgata o expressivo crescimento da população idosa a nível global<sup>1</sup> e elenca diversas necessidades que surgem diante das mudanças comportamentais que vêm emergindo concomitantemente às alterações etárias<sup>2</sup>.

Diante desse alarmante crescimento na expectativa de vida no Brasil, o envelhecer no país gera demandas que não podem ser negligenciadas ou ignoradas, e pesquisas nacionais demarcam que a faixa etária entre pessoas idosas que mais sofrem violência se concentra entre 60 e 69 anos<sup>3</sup>. O Brasil tem vivenciado um acelerado processo de transição demográfica, caracterizado pela redução da fecundidade e do aumento da expectativa de vida. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa (60 anos ou mais) ultrapassou os 30 milhões de pessoas, representando aproximadamente 14% da população total do país<sup>20</sup>. Essa transformação tem implicações diretas na estrutura familiar, nas demandas por políticas públicas e nos padrões de convivência intergeracional — fatores que influenciam diretamente na exposição dos idosos a situações de violência<sup>4-5</sup>.

A segunda interpretação deriva do campo socioantropológico, cuja reflexão se pronuncia no simbolismo e nos significados atribuídos ao envelhecimento em diferentes sociedades<sup>4</sup>. Nessa perspectiva, a idade cronológica é entendida como uma construção social, que transcende a visão objetificante da condição biológica<sup>2</sup>. As estruturas sociais, por sua vez, orientam a organização contextual das relações humanas, influenciando proposições e rearranjos político-culturais que variam conforme a sociedade. Dessa forma, atribuem-se lugares, papéis e funções específicos às distintas fases da vida<sup>2</sup>. Nessa construção simbólica, o contexto brasileiro é marcado, ao longo do tempo, por uma desvalorização da pessoa idosa, sendo frequentemente associada à improdutividade e à dependência<sup>2</sup>. Essa representação social fragiliza o lugar

dessa população nas dinâmicas sociais, favorecendo práticas de exclusão e naturalizando diferentes formas de violência, tanto simbólica quanto material, institucional, cultural e/ou interpessoal<sup>2-4</sup>.

A epidemiologia é a terceira perspectiva para se analisar esse fenômeno do envelhecimento atrelado às marcas da violência, que perpetraram na vida dos idosos<sup>5</sup>. Ela possibilita uma compreensão sobre a magnitude e os impactos da violência contra esse grupo etário no sistema de saúde, na sociedade e na rede protetiva<sup>5</sup>. A utilização de indicadores nessa perspectiva auxilia na mensuração da frequência, da distribuição e das consequências das violências que adentram o cotidiano das famílias brasileiras, das instituições e das ações estatais<sup>4-5</sup>.

Como forma de subsidiar o campo de análise dos padrões de morbidade e mortalidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica esses indicadores quantitativos e qualitativos da violência contra a população idosa como causas externas<sup>1</sup>. Essas causas são categorizadas em eventos como lesões, traumas, acidentes e agressões, resultando em danos físicos e/ou psicológicos<sup>1-4</sup>. Ressalta-se que, nessa perspectiva, o termo “violência” extrapola o dano físico direto, incorporando os impactos sociais e relacionais decorrentes de contextos intersubjetivos vivenciados por indivíduos, grupos e instituições<sup>5</sup>. São manifestações que apresentam relações desiguais de poder, por meio das quais se perpetuam práticas que comprometem a integridade física, psíquica ou moral das pessoas idosas<sup>5</sup>. Dentre as formas mais prevalentes de violação de direitos nesse grupo populacional, destacam-se os abusos físico, psicológico, sexual, financeiro, bem como a negligência, o abandono e a autonegligência<sup>4-5</sup>.

No debruçar da história, esses eventos permaneceram silenciados por muito tempo, sendo, frequentemente, considerados um problema privado e restrito ao seio familiar. Essa percepção impactou profundamente na escassez de registros e na fragilidade de políticas públicas específicas voltadas à proteção do envelhecido<sup>12</sup>.

Ademais, outras condições contribuíram para que o debate sobre a violência contra a pessoa idosa permanecesse velado por muitos anos, como a carência de produções científicas e as limitações encontradas no âmbito legislativo interfederativo brasileiro, que, até o final do século XX, dificultavam o reconhecimento da violência contra as pessoas idosas como uma categoria distinta e relacionada ao envelhecimento<sup>2</sup>. Uma parcela dos relatos era

classificada de forma genérica, sem definição precisa de faixa etária, o que contribuía para a subnotificação e para a ausência de dados epidemiológicos sólidos em relação à gravidade da situação<sup>3</sup>.

Com a reorganização de movimentos sociais no Brasil, por meados dos anos 2000, resgatando pautas diversas, a temática sobre dinâmicas abusivas e violentas no envelhecimento foi impulsionada e ganhou caminhos diferentes, seguindo um fluxo diante de um novo cenário político instituído a nível nacional<sup>9</sup>. Esse contexto foi promotor de debates sobre direitos específicos, identidade, inclusão social, fortalecimento de dispositivos de controle social como os Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa e o avanço das políticas públicas específicas, como o Estatuto da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>9</sup>. Segundo dados do Ministério dos Direitos Humanos, entre 2020 e 2023, foram registradas 408.395 notificações de violência contra idosos no Brasil, evidenciando uma crescente mobilização institucional e social em torno do tema<sup>4</sup>.

Atualmente, o Ministério da Saúde (MS) possui um instrumento de grande impacto que serve como base legal na construção do diálogo e de políticas institucionais: o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>5</sup>. Dados apontam que, entre 2018 e 2022, mais de 121 mil casos de violência contra pessoas idosas foram notificados nesse sistema, demonstrando maior visibilidade e reconhecimento das diferentes formas de violência<sup>5</sup>. A ampliação dos canais de denúncia, como o Disque 100, e o fortalecimento de campanhas educativas, como o Junho Violeta, contribuíram para o aumento desses registros e para o incentivo à denúncia<sup>4-5</sup>.

Romper com o silêncio que encobre a violência é um desafio diário das políticas públicas brasileiras, mesmo diante de avanços. O desafio maior se configura na detecção dos casos, pois pesquisas indicam que a prevalência das situações de violência ocorre no âmbito doméstico e os principais agressores são os próprios familiares, especialmente filhos e cônjuges<sup>3-5</sup>. Isso reforça a importância de se compreender a violência como um fenômeno relacional, marcado por desigualdades sociais e vulnerabilidade intergeracional<sup>2</sup>.

A construção histórica da violência contra pessoas idosas no Brasil evidencia não apenas lacunas estruturais, mas também marcas profundas no imaginário social, que remetem à recusa da velhice como parte constituinte da

experiência humana. A negligência e o apagamento simbólico da pessoa idosa expressam, em nível coletivo, mecanismos de defesa como a negação e a projeção, nos quais a fragilidade, a dependência e a finitude — atributos muitas vezes associados ao envelhecimento — são rejeitados e deslocados para o outro<sup>1-2</sup>. Essa recusa se materializa em práticas sociais e institucionais que desqualificam o envelhecimento, contribuindo para a persistência da violência em suas múltiplas formas, frequentemente invisibilizadas no contexto doméstico e social<sup>3-5</sup>. Nesse sentido, o enfrentamento da violência demanda não apenas uma abordagem intersetorial e contínua, mas também uma elaboração psíquica e cultural da alteridade, capaz de reposicionar a velhice como sujeito de desejo, de cuidado e de direitos. Reconhecer os determinantes sociais implicados na produção dessa violência e romper com os pactos de velamento que a sustentam são passos essenciais para a promoção da dignidade, da proteção e da cidadania da pessoa idosa<sup>12</sup>.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 GERAL

Investigar se há associação entre o risco de violência e aspectos como fragilidade, presença de sintomas depressivos e comprometimento nutricional em pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios de Santa Cruz e Macaíba, no Rio Grande do Norte, Brasil.

### 4.2 ESPECÍFICOS

- a) Descrever as características sociodemográficas, clínicas, funcionais, emocionais e nutricionais da população idosa atendida na APS nos municípios de Santa Cruz e Macaíba, no estado do Rio Grande do Norte;
- b) Identificar a prevalência de risco de abuso e violência entre os idosos participantes da pesquisa, utilizando instrumentos de triagem validados;
- c) Analisar a associação entre risco de abuso e os níveis de fragilidade, considerando aspectos como desempenho funcional, cognição, mobilidade e comorbidades;
- d) Investigar a associação entre a presença de sintomas depressivos e o risco de violência em idosos, utilizando como base a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15);
- e) Avaliar a associação entre estado nutricional e risco de abuso, a partir dos escores da Mini Avaliação Nutricional (MNA);
- f) Mapear os fatores preditores da violência por meio de análises estatísticas avançadas, com destaque para a regressão logística binária.

## 5. METÓDO

### 5.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de uma investigação quantitativa, com delineamento observacional e corte transversal, cujo objetivo foi examinar a associação entre o risco de abuso e violência e fatores específicos que acometem a população idosa, como os fatores de fragilidade, sintomas depressivos e estado nutricional. O delineamento transversal foi escolhido por permitir a mensuração simultânea das variáveis em um único ponto no tempo, sendo adequado para estudos epidemiológicos que buscam identificar associações entre fatores de risco e desfechos em saúde<sup>17</sup>.

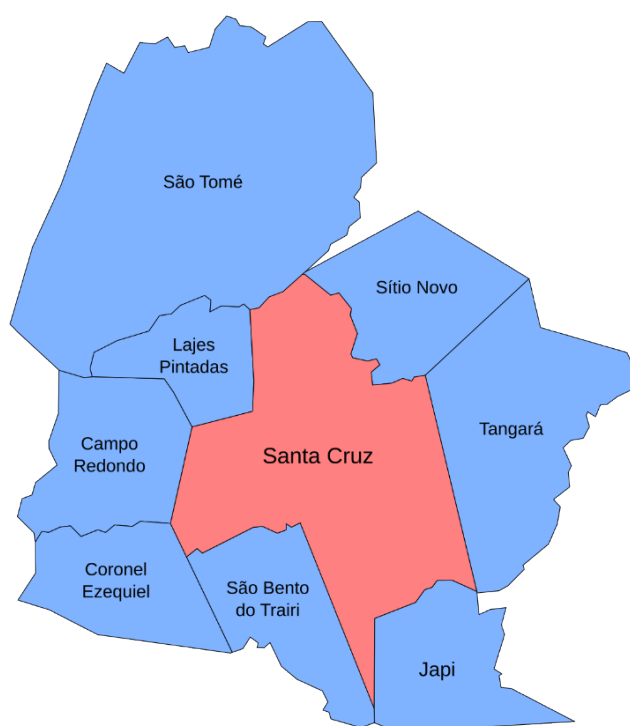
O estudo foi conduzido em dois municípios do estado do Rio Grande do Norte (RN) - Santa Cruz e Macaíba - Brasil, ambos com características relevantes para a Atenção Primária à Saúde no contexto da zona urbana, destacando-se pela ampla cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que configuram cenários adequados à investigação proposta<sup>18</sup>. Além disso, a escolha desses locais considerou critérios de acessibilidade, estruturação dos serviços públicos de saúde, viabilidade logística para a coleta de dados e a existência de parcerias institucionais com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que ofereceram suporte técnico e acadêmico à execução do estudo. Ambos os municípios também integram a atuação de pesquisadores vinculados à Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida da Pessoa Idosa, da qual esta investigação faz parte<sup>19</sup>.

#### 5.1.1 Caracterização dos cenários da pesquisa

O município de Santa Cruz está localizado na mesorregião do Agreste potiguar, a aproximadamente 115 km da capital - Natal. Possui uma área territorial com cerca de 623 km<sup>2</sup> e, segundo dados do Censo Demográfico de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conta com uma população de 37.313 habitantes, apresentando densidade demográfica de 59,76

habitantes por km<sup>2</sup> <sup>20</sup>. A economia local é diversificada, com destaque para os setores de serviços (48,1%), administração pública (40,2%), agropecuária (6,1%) e indústria (5,6%)<sup>21</sup>. Santa Cruz é reconhecida como cidade-polo da região do Trairi, desempenhando um papel central na oferta de serviços de saúde e educação<sup>22</sup>. Ademais, abriga o maior monumento católico do mundo dedicado a Santa Rita de Cássia, o que impulsiona o turismo religioso na região<sup>23</sup>.

Administrativamente, Santa Cruz integra a 5ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte, cuja sede é o próprio município, conforme a divisão estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN)<sup>24</sup>.



**Figura 1** – Mapa do município de Santa Cruz (RN) e municípios limítrofes.

Fonte: Wikimedia Commons. Santa Cruz (RN) e municípios limítrofes [imagem na internet].

Disponível

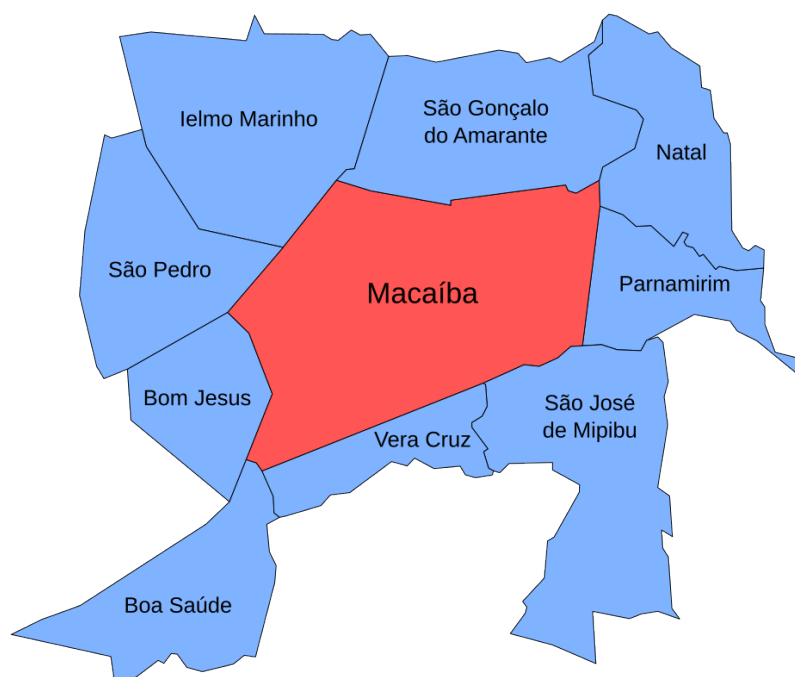
em:

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Santa\\_Cruz\\_\(RN\)\\_e\\_munic%C3%ADpios\\_lim%C3%ADtrofes.svg](https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Santa_Cruz_(RN)_e_munic%C3%ADpios_lim%C3%ADtrofes.svg). Acesso em: 2025 maio 3.

O município de Macaíba, por sua vez, integra a Região Metropolitana de Natal e está situado a cerca de 25 km da capital potiguar. Com uma área de 510,1 km<sup>2</sup>, possui uma população estimada em 82.249 habitantes, resultando

em uma densidade demográfica de 161,24 habitantes por km<sup>2</sup>, conforme o Censo de 2022 do IBGE<sup>25</sup>. A economia macaibense é caracterizada por atividades nos setores de comércio, agricultura e indústria, incluindo a criação de frangos, galinha caipira, carcinicultura, cultivo de caju, apicultura e plantação de mamão<sup>26</sup>. O município também apresenta uma estrutura consolidada de serviços públicos de saúde, o que facilitou a realização da coleta de dados para este estudo.

Macaíba está inserida na 7<sup>a</sup> Região de Saúde do Rio Grande do Norte, também denominada Região Metropolitana, conforme a organização da SESAP/RN<sup>24</sup>.



**Figura 2** – Mapa do município de Macaíba (RN) e municípios limítrofes. Fonte: Wikimedia Commons. Macaíba (RN) e municípios limítrofes [imagem na internet]. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Maca%C3%ADba\\_%28RN%29\\_e\\_munic%C3%ADpios\\_lim%C3%ADtrofes.svg](https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Maca%C3%ADba_%28RN%29_e_munic%C3%ADpios_lim%C3%ADtrofes.svg). Acesso em: 2025 maio 3.

Ambos os municípios apresentam características sociodemográficas que expõem a população idosa a condições de vulnerabilidade, como baixa escolaridade, renda limitada e elevada prevalência de doenças crônicas. Embora contem com dispositivos comunitários integrados à Rede de Atenção à Saúde

(RAS), persistem deficiências no acesso efetivo da população idosa a esses serviços. Diante desse contexto, os municípios em questão revelam-se representativos para a temática proposta nesta pesquisa, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada das inter-relações entre violência, fragilidade, sintomas depressivos e estado nutricional entre pessoas idosas.

## 5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo teve como população-alvo indivíduos com 60 anos ou mais, residentes nas áreas urbanas de Santa Cruz e Macaíba, que estavam cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e sendo acompanhados pelas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). A definição do público idoso atendeu à classificação do Estatuto da Pessoa Idosa, conforme legislação brasileira vigente<sup>2</sup>.

O cálculo amostral foi realizado com base em uma população finita, adotando-se prevalência estimada de 50% para risco de violência (valor conservador que maximiza o tamanho da amostra), margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%. Acrescentando-se 10% para perdas e recusas, definiu-se uma amostra final de 323 participantes<sup>19</sup>.

A seleção foi feita por conveniência, com apoio das equipes de saúde locais e visitas domiciliares previamente agendadas. Também foram utilizados dados de referência da rede de assistência social e dos sistemas informatizados de cadastro da Atenção Primária à Saúde (APS) para localizar os idosos elegíveis.

Os critérios de inclusão: possuir idade  $\geq 60$  anos; residir na área urbana de Santa Cruz ou Macaíba há pelo menos 6 meses; estar cadastrado em uma UBS da região de abrangência; apresentar condições cognitivas adequadas para participação, segundo o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), ajustado por escolaridade<sup>27</sup>.

Nesse rol de critérios temos os de exclusão: idosos institucionalizados (em ILPI ou unidades hospitalares); presença de déficit cognitivo grave, diagnosticado ou autorreferido; comunicação prejudicada que impossibilitasse a entrevista; recusa em participar da pesquisa, mesmo após esclarecimentos.

### 5.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no município de Santa Cruz em junho de 2023, e no município de Macaíba em março de 2024, por uma equipe multidisciplinar composta por pesquisadores, profissionais de saúde e estudantes previamente capacitados quanto à aplicação dos instrumentos e à condução ética das entrevistas. O treinamento incluiu conteúdos teóricos e práticos, simulações, padronização das abordagens e resolução de dúvidas sobre os instrumentos, seguindo as diretrizes éticas estabelecidas para pesquisas com seres humanos<sup>19</sup>, com aprovação do comitê de ética (CEP/UFRN – CAAE: 36278120.0.1001.5292, Parecer nº 4.267.762) e (CAAE: 83467624.3.0000.5568, Parecer nº 7.184.534).

As entrevistas foram presenciais e individuais, realizadas em domicílio ou em espaço reservado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), respeitando as preferências e possibilidades de cada idoso. O momento de cada entrevista teve uma estimativa de tempo médio na aplicação de 45 a 60 minutos. O contato inicial foi feito por meio das equipes de referência da Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo que os idosos fossem abordados de forma respeitosa, com vínculo e acolhimento<sup>18</sup>.

Durante a interação face a face, foi aplicado um formulário estruturado, contendo as seguintes seções: Dados sociodemográficos (sexo, faixa etária (60–79/≥80), morar sozinho (sim/não), cor da pele (branca/não branca), escolaridade (alfabetizado/não alfabetizado) e informações clínicas e da saúde (polifarmácia (uso diário de cinco ou mais medicamentos), doenças autorreferidas (AVE, anemia, asma, diabetes mellitus) coletados a partir da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa<sup>16</sup>; triagem cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)<sup>27</sup>; fragilidade avaliada pela Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS)<sup>28</sup>; sintomas depressivos por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)<sup>29</sup>; estado nutricional utilizando a Mini Avaliação Nutricional (MNA)<sup>15</sup>; risco de violência com o uso do *Hurt, Insult, Threaten, Scream – Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)*<sup>30</sup>; conflitos familiares/íntimos avaliados pela Escala de Táticas de Conflito – Formulário R (CTS-1)<sup>31</sup>.

As respostas foram inicialmente registradas em formulários físicos e, posteriormente, digitadas em um banco de dados eletrônico, com processo de dupla digitação e revisão entre pares, assegurando o controle de consistência e a redução de erros de entrada.

## 5.4 INSTRUMENTOS E VARIÁVEIS

A definição criteriosa das variáveis é fundamental em estudos quantitativos para o alcance dos objetivos da pesquisa. Essa escolha minuciosa é necessária, pois as variáveis representam aspectos mensuráveis diretamente relacionados à hipótese do estudo e ao modelo teórico que o fundamenta. Elas apresentam fatores ou características que podem assumir diferentes valores e que, em uma pesquisa, especialmente na área da saúde, serão medidas, manipuladas ou controladas<sup>32</sup>.

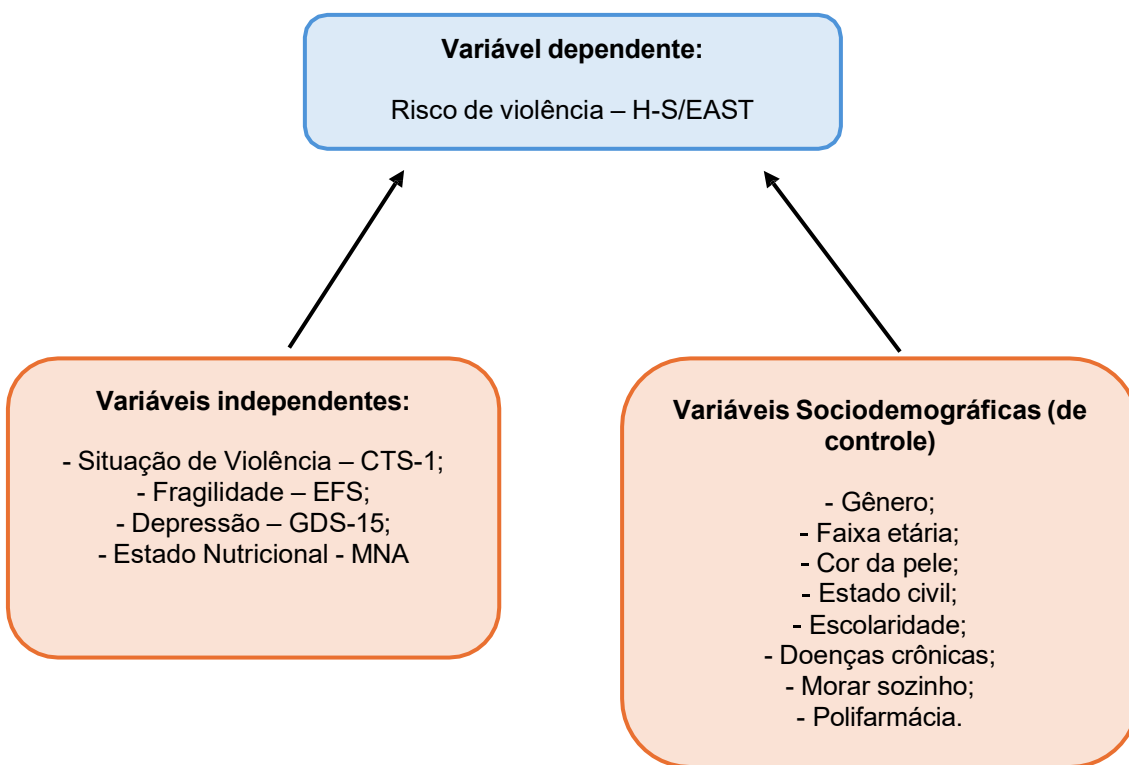
As variáveis analisadas foram organizadas e concebidas de forma a refletir a hipótese central da pesquisa, estruturando-se em três eixos: variável dependente, variáveis independentes e variáveis de controle. Essa distinção orientou a construção do modelo teórico e serviu de base para a análise estatística. Em estudos quantitativos, é comum que a relação entre variáveis assumam caráter assimétrico, o que significa que algumas características podem apresentar associação estatisticamente significativa com outras, mesmo sem configuração causal<sup>33</sup>. Embora estudos transversais não permitam estabelecer causalidade, a identificação dessas associações contribui para a compreensão de padrões e possíveis fatores de risco.

O desfecho principal da pesquisa foi o risco de abuso e violência contra pessoas idosas, mensurado por meio do instrumento *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)*, parcialmente validado no Brasil. Detalhes sobre sua validação e aplicação serão apresentados adiante nesta mesma seção (Quadros 1 e 6).

As variáveis independentes compreendem fatores multidimensionais relacionados à saúde do idoso — tais como fragilidade, sintomas depressivos, estado nutricional e experiências prévias de violência — que são propriedades mensuráveis cuja relação com o desfecho pode ser testada por meio de análises estatísticas adequadas<sup>34</sup>.

Visando minimizar possíveis vieses na relação entre as variáveis principais, foram considerados como fatores de confusão aqueles estatisticamente relevantes, com base nas variáveis de controle sociodemográficas e clínicas. Entre essas variáveis, destacam-se: gênero, faixa

etária, cor da pele, estado civil, escolaridade, presença de doenças crônicas, morar sozinho e uso de polifarmácia.



**Figura 3** - Variáveis dependente, independentes e de controle.

Fonte: Elaborado pela autora.

A coleta de dados foi conduzida com base em um formulário estruturado, composto por seções temáticas e instrumentos validados, que abordaram diferentes domínios relevantes à população idosa. O formulário contemplava variáveis sociodemográficas, de saúde e clínicas, funcionais, cognitivas, emocionais, nutricionais e relacionadas ao risco de violência.

A maioria dos instrumentos apresenta validação prévia para o contexto brasileiro e tradução para o português do Brasil, sendo reconhecida nacional e internacionalmente por sua aplicabilidade na avaliação multidimensional da pessoa idosa. Contudo, o instrumento *Hurt, Insult, Threaten, Scream – Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST), utilizado para rastrear possíveis riscos de violência e abuso, possui uma versão transcultural em português validada apenas parcialmente no Brasil, devido às limitações psicométricas identificadas em sua aplicação na população brasileira. Ainda assim, sua utilização nesta

pesquisa se justifica pela ampla adoção internacional como ferramenta de triagem de abuso contra pessoas idosas<sup>18</sup>.

**Quadro 1** - Situação de validação dos instrumentos utilizados na pesquisa.

Instrumento	Nome em português	Sigla	Tradução	Validação no Brasil	Referência da adaptação/validação
<b>Mini-Mental State Examination</b>	Mini-Exame do Estado Mental	MEEM	Sim	✓ Completa	Bertolucci et al., 1994
<b>Edmonton Frail Scale</b>	Escala de Fragilidade de Edmonton	EFS	Sim	✓ Completa	Fabrizio-Wehbe et al., 2009
<b>Geriatric Depression Scale – 15</b>	Escala de Depressão Geriátrica – 15 itens	GDS-15	Sim	✓ Completa	Almeida & Almeida, 1999
<b>Mini Nutritional Assessment</b>	Mini Avaliação Nutricional	MNA	Sim	✓ Completa	Kaiser et al., 2009
<b>Conflict Tactics Scales – Form R</b>	Escala de Táticas de Conflito – Formulário R	CTS-1	Sim	✓ Completa	Hasselmann & Reichenheim, 2003
<b>Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test</b>	<i>Não traduzir o nome (usar original)</i>	H-S/EAST	Conteúdo traduzido	✓ Parcial (adaptação transcultural)	Reichenheim et al., 2008

Fonte: Elaborado pela autora.

Neste estudo, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) foi aplicado como ferramenta de triagem cognitiva inicial, compondo os critérios de inclusão. Trata-se de um instrumento padronizado, amplamente utilizado em contextos clínicos e em pesquisas com pessoas idosas, reconhecido por sua objetividade, brevidade e aplicabilidade em estudos clínicos e epidemiológicos, sendo classificado como uma avaliação cognitiva breve<sup>27</sup>.

O MEEM permite rastrear possíveis sinais de declínio cognitivo, por meio da avaliação de funções como orientação, memória, atenção, cálculo, linguagem e habilidades visuoespaciais. Ressalta-se que o teste não possui caráter diagnóstico, sendo utilizado exclusivamente para triagem inicial e identificação de indivíduos que requerem investigação mais aprofundada<sup>27-35</sup>.

A versão utilizada neste estudo segue a adaptação validada para a população brasileira, com pontos de corte ajustados ao nível de escolaridade, conforme recomendado na literatura<sup>27-36</sup>. Para participantes com baixa escolaridade ou analfabetismo, adotou-se um critério de pontuação mais restritivo, em consonância com orientações metodológicas nacionais voltadas à Atenção Primária à Saúde<sup>37</sup>. Nesses casos, foram consideradas as limitações na execução de tarefas que envolvem leitura, escrita e cálculo, conforme diretrizes já consolidadas em estudos brasileiros<sup>37</sup> (ANEXO A).

**Quadro 2** – Descrição do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) adaptado à pesquisa.

<b>Domínio Avaliado</b>	<b>Itens</b>	<b>Pontuação Máxima</b>
<b>Orientação temporal</b>	Ano, semestre, mês, dia da semana e dia do ano	0 - 5 pontos
<b>Orientação espacial</b>	Estado, cidade, bairro, nome da rua e local da coleta	0 - 5 pontos
<b>Registro imediato</b>	Repetição de 3 palavras (Caneca/Tijolo/Tapete)	0 - 3 pontos
<b>Atenção e cálculo</b>	Subtrações sucessivas de 7 e/ou soletra "MUNDO" ao contrário	0 - 10 pontos
<b>Evocação (Memória)</b>	Recordação das 3 palavras anteriormente citadas	0 - 3 pontos
<b>Linguagem e habilidade visuoespacial</b>	Nomeação, repetição, compreensão verbal, leitura, escrita, cópia de figura	0 - 9 pontos
<b>Total</b>	0 - 35 pontos	
<b>Classificação segundo critérios dicotômicos</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Pontuação Total (MEEM)</b>	
<b>Cognição Prejudicada</b>	0 – 23 pontos	
<b>Cognição Preservada</b>	24 – 35 pontos	

Fonte: Elaborado pela autora.

A fragilidade foi avaliada por meio da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS), instrumento multidimensional desenvolvido para rastrear sinais de fragilidade em pessoas idosas, amplamente utilizado em contextos clínicos e

comunitários. Trata-se de um instrumento breve, de aplicação prática e validado para o contexto brasileiro<sup>28</sup>.

A EFS é composta por 11 itens distribuídos em 9 domínios, que avaliam aspectos como cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. Na versão nacionalmente adaptada, a pontuação de cada item varia de 0 a 2, com escore total de até 17 pontos<sup>28-38</sup>. No entanto, versões estendidas utilizadas em algumas pesquisas, como neste estudo, adotam um escore máximo de 22 pontos, conforme adaptação nacional validada<sup>38</sup>.

Além da pontuação total, os domínios da escala possibilitam análise detalhada dos fatores contribuintes para o quadro de fragilidade. No presente estudo, as variáveis derivadas da EFS foram utilizadas tanto de forma escalar (pontuação total) quanto categórica (presença ou ausência de fragilidade). A aplicação dessa ferramenta nesse estudo possibilitou a avaliação integral da fragilidade, contribuindo para a análise das associações entre esta condição e o risco de abuso e violência em pessoas idosas (ANEXO B).

### Quadro 3 – Descrição da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS).

Domínio Avaliado	Itens	Pontuação Máxima
<b>Cognição</b>	Desenho de ponteiros no relógio marcando “dez depois das onze”	0 - 2 pontos
<b>Hospitalizações anteriores</b>	Número de hospitalizações nos últimos 12 meses	0 - 1 pontos
<b>Autopercepção da Saúde</b>	Percepção geral da própria saúde (boa, razoável ou ruim)	0 - 1 pontos
<b>Independência funcional</b>	Dependência para atividades cotidianas (refeições, transporte etc.)	0 – 2 pontos
<b>Suporte social</b>	Presença de redes de apoio em caso de necessidade	0 - 2 pontos
<b>Polifarmácia</b>	Uso de cinco ou mais medicamentos diariamente	0 - 1 pontos

<b>Memória para medicamentos</b>	Capacidade de lembrar-se de tomar os medicamentos corretamente	0 - 1 pontos
<b>Nutrição</b>	Perda de peso não intencional nos últimos seis meses	0 - 1 ponto
<b>Humor</b>	Presença de tristeza ou sintomas depressivos frequentes	0 - 1 ponto
<b>Continência</b>	Presença ou ausência de incontinência urinária	0 - 1 ponto
<b>Desempenho funcional</b>	Teste de marcha: levantar da cadeira, caminhar 3 metros e retornar	0 - 2 pontos
<b>Total</b>	0 - 22 pontos	
<b>Classificação da Fragilidade</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Pontuação Total (EFS)</b>	
<b>Sem Fragilidade</b>	0 – 4 pontos	
<b>Aparentemente vulnerável</b>	5 - 6 pontos	
<b>Fragilidade leve</b>	7 – 8 pontos	
<b>Fragilidade moderada</b>	9 – 10 pontos	
<b>Fragilidade severa</b>	≥11 pontos	
<b>Variável Escalar</b>		
Fragilidade Total (0 - 22 pontos)		
<b>Variável Categórica</b>		
Com Fragilidade (5 - 22 pontos)		Sem Fragilidade (0 - 4 pontos)

**Fonte: Elaborado pela autora.**

Os sintomas depressivos foram mensurados por meio da versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), composta por 15 itens de autorrelato, amplamente utilizada em triagens com pessoas idosas. A escala foi originalmente desenvolvida por Jerome A. Yesavage, em 1983, e, no Brasil, sua versão reduzida foi validada em 1999 pelo psiquiatra Osvaldo Paulo de Almeida, com coautoria de Sandra Almeida, ambos reconhecidos por suas contribuições aos estudos sobre envelhecimento<sup>29</sup>.

Trata-se de um instrumento de autorrelato, composto por 15 perguntas objetivas com respostas dicotômicas (sim/não), que exploram sentimentos, interesses, energia vital, estado de humor, memória e motivação. É considerada

adequada para idosos por excluir itens somáticos, muitas vezes confundidos com sintomas comuns ao envelhecimento<sup>39</sup>.

Cada resposta sugestiva de sintoma depressivo recebe 1 ponto. A pontuação final varia de 0 a 15 pontos, conforme a soma dos itens positivos, e, no presente estudo, foi considerado o ponto de corte  $\geq 5$  pontos como indicativo de sintomas depressivos, conforme utilizado em pesquisas brasileiras com amostras comunitárias<sup>29-40</sup>.

A escala foi aplicada durante as entrevistas presenciais e respondeu com boa aceitação por parte dos idosos. A versão brasileira apresenta confiabilidade satisfatória, com coeficiente alfa de Cronbach de 0,79, o que representa consistência interna substancial. A sua validade converge com critérios clínicos de depressão e outras escalas psicométricas que já foram demonstradas em estudos brasileiros<sup>39-40-41</sup> (ANEXO C).

**Quadro 4** – Descrição da Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida 15 (GDS-15).

<b>Descritivo do GDS-15</b>	
<b>As perguntas vão de 1 a 15, como por exemplo: “Está satisfeito com sua vida?”; “Você abandonou muitas atividades e interesses?”; “Sente que a vida está vazia?” etc. As respostas sintomáticas (1 ponto) variam entre “Sim” ou “Não”, a depender do item.</b>	
<b>Total</b>	Máximo de 15 pontos
<b>Classificação</b>	
<b>Escore Total (0 -15)</b>	
<b>Ausência de sintomas depressivos</b>	5 - 10 pontos
<b>Indício de depressão leve/moderada</b>	0 - 9 pontos
<b>Indício de depressão severa</b>	11 - 15 pontos
<b>Classificação segundo critérios dicotômicos</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Ponte de Corte (GDS-15)</b>
<b>Presença de Depressão</b>	$\geq 5$ pontos
<b>Ausência de Depressão</b>	$< 5$ pontos

Fonte: Elaborado pela autora.

O estado nutricional foi avaliado por meio da Mini Avaliação Nutricional (MNA), instrumento amplamente reconhecido internacionalmente para a identificação e categorização do risco nutricional em indivíduos idosos. Consiste

em um questionário estruturado que avalia múltiplos domínios, incluindo aspectos clínicos, alimentares, antropométricos e psicossociais, sendo especificamente indicado para o rastreamento do estado nutricional na população geriátrica<sup>15</sup>.

O MNA completo é composto por 18 itens, distribuídos em dois blocos: triagem inicial e avaliação global. O escore total varia entre 0 e 30, sendo os valores mais baixos indicativos de maior comprometimento do estado nutricional. No presente estudo, para fins analíticos, os escores foram categorizados em dois grupos: Alterado (0 a 23,5 pontos) e Preservado (24 a 30 pontos), correspondendo, respectivamente, a risco nutricional/desnutrição e estado eutrófico. Configura-se como um método não invasivo, de aplicação rápida, que apresenta elevados índices de sensibilidade (96%) e especificidade (98%), sendo recomendado para utilização em contextos de Atenção Primária à Saúde. Adicionalmente, o escore foi também tratado como variável contínua nas análises estatísticas, permitindo explorar a relação entre o estado nutricional e o risco de abuso e violência entre pessoas idosas (Anexo D).

#### Quadro 5 – Descrição da Mini Avaliação Nutricional (MNA).

Domínio Avaliado	Itens	Pontuação Máxima
<b>Ingestão alimentar</b>	Perda de apetite, número de refeições, consumo de carnes, frutas, líquidos, café	0 - 3 pontos
<b>Alteração de peso corporal</b>	Perda ou ganho de peso não intencional nos últimos 3 meses	0 - 3 pontos
<b>Mobilidade funcional</b>	Capacidade de andar, sair de casa, mover-se sem ajuda	0 - 2 pontos
<b>Estresse/doença recente</b>	Presença de estresse psicológico ou hospitalização nos últimos 3 meses	0 - 2 pontos
<b>Problemas neurológicos</b>	Diagnóstico de demência, depressão, Parkinson ou outras condições neurológicas crônicas	0 - 2 pontos
<b>Antropometria</b>	Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência do braço	0 - 4 pontos

	(CB) e circunferência da panturrilha (CP)		
<b>Autopercepção de saúde/nutrição</b>	Avaliação da própria saúde em comparação a pessoas da mesma idade	0 - 4 pontos	
<b>Capacidade para alimentação</b>	Capacidade de alimentar-se de forma independente, com ajuda ou dependente	0 - 2 pontos	
<b>Total</b>	0 - 30 pontos		
<b>Classificação do Estado Nutricional</b>			
<b>Classificação</b>	<b>Triagem</b>	<b>Global</b>	<b>Usado no estudo</b>
<b>Desnutrido</b>	0 - 7 pontos	0 - 16 pontos	Alterado (0 - 23,5 pontos)
<b>Risco de desnutrição</b>	8 - 11 pontos	17 - 23,5 pontos	Alterado (0 - 23,5 pontos)
<b>Eutrofia</b> (nutricionalmente adequado)	12 - 14 pontos	24 - 30 pontos	Eutrófico (24 - 30 pontos)

. Fonte: Elaborado pela autora.

Para a triagem do risco de abuso e violência contra pessoas idosas, aplicou-se o instrumento *Hurt, Insult, Threaten, Scream – Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)*, desenvolvido nos Estados Unidos com o propósito de detectar sinais diretos e indiretos de situações de abuso em idosos, abrangendo aspectos de natureza psicológica, física, financeira e social<sup>35</sup>. A versão brasileira do instrumento foi objeto de processo de adaptação transcultural e avaliação de equivalência semântica, conceitual e de mensuração<sup>42</sup>.

O instrumento é composto por 15 questões dicotômicas, com opções de resposta "sim" ou "não", e foi projetado para captar tanto a manifestação evidente da violência quanto indícios de contextos de vulnerabilidade e violação de direitos<sup>42</sup>. A atribuição de pontos segue um critério específico: cada resposta afirmativa recebe um ponto, excetuando-se os itens 1, 6, 12 e 14, cuja pontuação é inversa (1 ponto para a resposta negativa). O escore total varia de 0 a 15 pontos, sendo que valores iguais ou superiores a 3 indicam risco aumentado para a ocorrência de violência<sup>42</sup>.

Ainda que o H-S/EAST não tenha sido completamente validado em termos de estrutura fatorial no Brasil, estudos demonstram que a versão adaptada apresenta propriedades psicométricas preliminares satisfatórias, especialmente no que se refere à consistência interna e aceitabilidade pelos idosos<sup>43</sup>. A análise fatorial evidenciou três dimensões subjacentes ao instrumento, embora tenha havido intercâmbio de itens entre fatores e desempenho inconsistente em uma das dimensões, o que sustenta sua utilização parcial e com cautela no contexto nacional<sup>42</sup>.

Destaca-se ainda a viabilidade operacional do H-S/EAST no âmbito da Atenção Primária à Saúde, dada sua aplicação rápida, linguagem acessível e possibilidade de ser utilizado por profissionais não especializados em violência, desde que capacitados para o manejo da temática<sup>44</sup> (ANEXO E).

**Quadro 6** – Descrição do Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST).

<b>Domínio Avaliado</b>	<b>Itens Agrupados</b>	<b>Pontuação Máxima</b>
<b>Violação dos direitos pessoais ou abuso direto</b>	Presença de comportamentos coercitivos, desconforto em relações familiares, violação de autonomia, apropriação de bens e ameaças físicas	0 - 6 pontos
<b>Situação de potencial abuso</b>	Indícios de abandono emocional, dependência financeira de terceiros, negligência, consumo abusivo de álcool por familiares	0 - 5 pontos
<b>Vulnerabilidade ou características de risco</b>	Presença de fatores que aumentam a fragilidade social: ausência de apoio, limitações funcionais, falta de privacidade e confiança reduzida na família	0 - 4 pontos
<b>Total</b>	0 - 15 pontos	
<b>Variável Categórica</b>		
<b>Com Risco de Violência</b>		≥ 3 pontos
<b>Sem Risco de Violência</b>		0 - 2 pontos

Fonte: Elaborado pela autora.

Na mensuração de comportamentos e estratégias adotadas durante situações de conflito familiar e/ou íntimo, foi utilizada a Escala de Táticas de Conflito – Formulário R (CTS-1). A ferramenta tem como intuito capturar, por meio do autorrelato, as táticas empregadas para resolução de desentendimentos entre indivíduos. O instrumento considera diferentes níveis de gravidade, categorizando as ações em táticas de negociação, agressão verbal, agressão física e agressão física grave<sup>45-46</sup>.

A versão brasileira da CTS-1 passou por um rigoroso processo de adaptação transcultural, que envolveu a análise da equivalência semântica e de mensuração entre os itens do instrumento original e sua tradução para o português. A validação psicométrica da escala demonstrou alta consistência interna nas subescalas de agressão física e verbal, além de boa validade de constructo e estrutura fatorial compatível com a versão original<sup>46</sup>.

O formulário aplicado é composto por 19 itens, com respostas organizadas em uma escala ordinal que inclui as opções: “não aconteceu”, “aconteceu algumas vezes” e “aconteceu várias vezes”, referindo-se às ações ocorridas nos últimos 12 meses. A pontuação total é obtida pela soma das respostas, sendo possível a análise por dimensões (negociação, agressão verbal e física), e a análise de forma geral. De acordo com estudos nacionais, o uso do instrumento permite identificar padrões de violência relacional e práticas agressivas no contexto familiar ou de cuidado<sup>44</sup>.

Embora inicialmente concebido para casais, a CTS-1 tem sido amplamente utilizada para investigar violência interpessoal envolvendo pessoas idosas, em especial quando a relação com o cuidador apresenta elementos de tensão e desrespeito aos direitos da pessoa idosa. Em pesquisas recentes, sua aplicação evidenciou associação com variáveis clínicas e sociodemográficas relacionadas ao risco de violência em contextos institucionais e comunitários<sup>44-47</sup>.

Trata-se, portanto, de um instrumento robusto, de aplicabilidade prática em pesquisas populacionais e em contextos de ações de monitoramento em saúde pública, contribuindo para a identificação de situações de violência e para o planejamento de estratégias de intervenção<sup>47</sup> (ANEXO F).

**Quadro 7** – Descrição da Escala de Táticas de Conflito – Formulário R (CTS-1).

<b>Domínio Avaliado</b>	<b>Itens Agrupados</b>	<b>Pontuação Máxima</b>	<b>Variável Analisada</b>
<b>Negociação</b>	Estratégias de resolução pacífica de conflitos, como diálogo, escuta ativa e busca por consenso	0 - 6 pontos	<b>Ausência de situação de violência</b> (até 6 pontos)
<b>Agressão verbal</b>	Comportamentos verbais hostis como insultos, ameaças, chantagens ou desqualificações	0 - 10 pontos	<b>Presença de situação de violência</b> (≥ 1 ponto)
<b>Agressão física</b>	Ações físicas de menor intensidade como empurrar, bater, jogar objetos	0 - 15 pontos	<b>Presença de situação de violência</b> (≥ 1 ponto)
<b>Agressão física grave</b>	Ações físicas de alta gravidade como espancamento, uso de armas ou objetos cortantes	0 - 12 pontos	<b>Presença de situação de violência</b> (≥ 1 ponto)
<b>Total</b>	0 - 43 pontos		Classificação baseada em qualquer ocorrência de agressão verbal/física
<p><b>É utilizada uma escala ordinal: "não aconteceu", "aconteceu algumas vezes" ou "aconteceu várias vezes", pontuadas de 0 a 2. A pontuação final pode ser analisada por domínio ou globalmente. Qualquer ocorrência nos domínios de agressão física ou verbal é interpretada como indício de situação de violência.</b></p>			

Fonte: Elaborado pela autora.

As informações complementares e para a caracterização sociodemográfica e da saúde - como sexo (masculino/feminino), faixa etária (60–79 / ≥80 anos), morar sozinho (sim/não), cor da pele autodeclarada (branca/não branca), alfabetização (alfabetizado/analfabeto), polifarmácia (uso diário de cinco ou mais medicamentos), e condições autorreferidas (acidente vascular

cerebral, anemia, asma e diabetes mellitus) - foram extraídas da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, instrumento oficial do Ministério da Saúde<sup>16</sup>.

A caderneta tem como objetivo principal qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo o registro sistematizado de dados relevantes para o acompanhamento longitudinal e a construção de um plano de cuidado individualizado<sup>48</sup>.

A versão mais recente da caderneta apresenta uma estrutura que permite a avaliação multidimensional da saúde da pessoa idosa, contemplando aspectos como dados pessoais, condições de saúde, uso de medicamentos, histórico de internações, avaliação de saúde bucal, hábitos de vida, vacinação, quedas, presença de dor crônica, entre outros. Além disso, inclui o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13), instrumento validado para triagem de fragilidade e risco de declínio funcional<sup>49</sup>.

Quanto ao preenchimento da caderneta, foi realizado pelos profissionais de saúde vinculados aos dispositivos da APS e no atendimento direto ao idoso, como também houve a participação ativa dos pesquisadores no momento que percebiam a ausência de informações no instrumento, auxiliando as equipes de saúde nesse processo, como também estimulando a participação ativa da pessoa idosa no autorrelato das informações. Esses dados registrados subsidiam a identificação de vulnerabilidades, a estratificação de riscos e o planejamento de intervenções adequadas às necessidades individuais, estando alinhadas às diretrizes da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS<sup>50</sup>.

A utilização da caderneta na presente pesquisa permitiu a coleta estruturada e padronizada de dados sociodemográficos e clínicos, fundamentais para análise estatística e caracterização da amostra estudada (ANEXO G).

**Quadro 8** – Descrição das variáveis utilizadas da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

<b>Domínio Avaliado</b>	<b>Variáveis Extraídas da Caderneta</b>	<b>Tipo de Variável Analisada</b>
<b>Informações sociodemográficas</b>	Sexo (masculino/feminino), faixa etária (60–79 / ≥80 anos), morar sozinho (sim/não), cor da pele	Variáveis categóricas, dicotômicas

	(branca/não branca), alfabetização (alfabetizado/analfabeto)	
<b>Uso de medicamentos</b>	Polifarmácia (uso diário de cinco ou mais medicamentos)	Variável dicotômica
<b>Condições de saúde autorreferidas</b>	Diagnóstico prévio de acidente vascular cerebral, anemia, asma e diabetes mellitus	Variáveis dicotômicas (presença/ausência)

Fonte: Elaborado pela autora.

Os materiais utilizados na presente pesquisa contemplam diferentes instrumentos amplamente validados na área da gerontologia, com ênfase na investigação de violência interpessoal contra a pessoa idosa, sintomas depressivos, condições clínicas autorreferidas, características sociodemográficas e estado nutricional. Esses instrumentos permitiram uma abordagem multidimensional da saúde da população idosa, com destaque para aspectos relacionados à ocorrência de violência, estratégias de manejo de conflitos, estado nutricional, fragilidade e condições crônicas de saúde.

## 5.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Os dados coletados foram processados e analisados utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0, apropriado para estudos com abordagem quantitativa. Inicialmente, foram calculadas estatísticas descritivas para todas as variáveis, com apresentação de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e média  $\pm$  desvio padrão (DP) para variáveis contínuas.

A normalidade da distribuição das variáveis contínuas foi verificada por meio do teste de Kolmogorov–Smirnov, o qual indicou distribuição não normal. Diante desse achado, a análise inferencial foi conduzida com testes estatísticos não paramétricos e paramétricos, conforme apropriado. Para a verificação de associações entre variáveis categóricas, foram utilizados o teste do qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher, quando aplicável.

Na análise das variáveis contínuas, a homogeneidade das variâncias foi previamente avaliada por meio do teste de Levene, e as comparações entre médias foram realizadas com o teste t de Student. As análises foram conduzidas

adotando nível de significância de 5% ( $p < 0,050$ ), sendo os valores de  $p$  e coeficiente  $F$  reportados conforme aplicabilidade.

A análise de correlação entre a variável dependente — os escores da escala H-S/EAST — e as variáveis independentes foi conduzida utilizando o coeficiente de Spearman ( $r$ ). A interpretação da força das correlações seguiu os seguintes critérios: Fraca quando apresentar  $r < 0,29$ , moderada indicando valores entre  $0,30 \leq r < 0,49$  e na correlação classificada como forte, apresenta  $r \geq 0,50$ .

Testes complementares de correlação foram realizadas, com ajustes por categorias sociodemográficas, consideradas potenciais fatores de confusão nos casos em que se observou aumento do coeficiente de correlação após o controle.

Para avaliação da influência das variáveis independentes sobre o desfecho (ocorrência de abuso e violência), foi aplicado um modelo de regressão logística binária. Seus resultados foram expressos por meio dos valores de  $R^2$  (coeficiente de determinação),  $\beta$  (coeficiente de regressão), estatística de Wald, valores de  $p$ , e odds ratio (OR) com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). As razões de chances, odds ratio (OR), foram consideradas significativas quando superiores a 1,00. Foram classificadas como variáveis de confusão aquelas que apresentaram variação superior a 0,10 nos valores de  $R^2$  entre os modelos brutos e ajustados<sup>51</sup>.

Com relação a consistência interna dos instrumentos utilizados na pesquisa, foi avaliada por meio do alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), com sua categorização interpretada em: Leve (0 – 0,21); Razoável (0,21 – 0,40); Moderada (0,41 – 0,60); Substancial (0,61 – 0,80); Quase perfeita (0,81 – 1,00)<sup>52</sup>.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS E FINANCIAMENTO

Este estudo multicêntrico foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsink<sup>53</sup>, respeitando a legislação brasileira vigente sobre pesquisas envolvendo seres humanos, conforme as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>54</sup>. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital

Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o parecer nº 4.267.762 e CAAE 36278120.0.1001.5292.

Antes da coleta de dados, todos os participantes elegíveis foram esclarecidos quanto aos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, sendo convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para os participantes analfabetos, o termo foi lido em voz alta pelos pesquisadores, assegurando a compreensão adequada do conteúdo, sendo aceita a impressão digital como forma de assinatura, conforme previsto nas normas éticas<sup>54</sup>.

A autorização institucional para a realização da coleta de dados foi previamente obtida junto aos responsáveis pela Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios envolvidos. Nenhum tipo de recompensa financeira ou benefício foi oferecido aos participantes, garantindo a voluntariedade e isenção de coerção no processo de participação<sup>54</sup>.

A execução deste estudo foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio do Edital CNPq/MCTI/FNDCT nº 18/2021 – Faixa B – Grupos Consolidados, o que assegura respaldo institucional e fomento público para sua realização<sup>55</sup>.

## 6. RESULTADOS

Acordado com as Normas Gerais de Apresentação do Relatório de Pesquisa, Mestrado Acadêmico e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), conforme Portaria nº 006/2016-PPGCSA, de 22 de março de 2016, os resultados deste estudo foram organizados sob a forma de artigo científico derivado, diretamente vinculado aos objetivos centrais da dissertação.

O manuscrito, intitulado "Associação entre abuso e violência doméstica contra pessoas idosas e a fragilidade, depressão e estado nutricional em um contexto urbano brasileiro", foi submetido ao periódico *International Journal of Geriatric Psychiatry*, reconhecido internacionalmente na área do envelhecimento e saúde mental. Trata-se de um periódico indexado em bases como PubMed/MEDLINE, Scopus e Web of Science, atualmente classificado com estrato A2 no sistema Qualis CAPES, o que evidencia sua relevância e impacto científico na área de avaliação.

No momento, o artigo encontra-se sob apreciação editorial inicial, tendo sido aceito tecnicamente pela equipe do Escritório Editorial e encaminhado para análise do Editor-Chefe. Essa etapa envolve a avaliação de escopo e mérito científico, que definirá se o manuscrito será submetido à revisão por pares. O artigo foi registrado com o ID GPS-25-0318 e está sendo acompanhado por meio da plataforma da editora Wiley.

Os dados completos da pesquisa, incluindo banco de dados e materiais suplementares, encontram-se devidamente armazenados na plataforma Mendeley Data, assegurando transparência, reprodutibilidade e integridade científica da produção derivada desta dissertação.

## 6.1 ARTIGO PRINCIPAL

### **ASSOCIAÇÃO ENTRE ABUSO E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA PESSOAS IDOSAS E A FRAGILIDADE, DEPRESSÃO E ESTADO NUTRICIONAL EM UM CONTEXTO URBANO BRASILEIRO**

#### **Autores:**

Nathaly da Luz Andrade; Bruno Araújo da Silva Dantas; Gilson de Vasconcelos Torres; Eulalia Maria Chaves Maia.

#### **Resumo**

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo investigar se há associação entre o risco de violência e aspectos como fragilidade, presença de sintomas depressivos e comprometimento nutricional em pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios de Santa Cruz e Macaíba, Rio Grande do Norte, Brasil. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com idosos residentes em áreas urbanas. As variáveis de interesse foram mensuradas por meio de escalas, e as análises estatísticas incluíram testes de associação, correlação de Spearman e regressão logística binária. **Resultados:** A amostra foi composta por 323 participantes, dos quais 149 (46,1%) foram identificados como estando em risco de abuso e violência. Esse risco apresentou associação significativa e correlações moderadas com fragilidade, sintomas depressivos e risco de desnutrição. A análise de regressão logística binária revelou que o domínio de humor da escala de fragilidade ( $R^2=0,19/p<0,001/OR=5,41[IC95\%=3,33-8,77]$ ), o desempenho funcional ( $R^2=0,09/p<0,001/OR=2,30[IC95\%=1,62-3,26]$ ) e os sintomas depressivos ( $R^2=0,19/p<0,001/OR=1,39[IC95\%=1,25-1,54]$ ) foram preditores significativos de abuso e violência. O estado nutricional, embora tenha apresentado associação com o risco nas análises bivariadas, não se manteve como preditor consistente nos modelos de regressão. **Conclusão:** Observou-se associação entre o risco de abuso e violência e a presença de fragilidade e sintomas depressivos, os quais se

mostraram preditores significativos. Conflitos familiares e nutrição inadequada também se revelaram relevantes, embora com menor consistência preditiva.

**Palavras-chave:** Violência contra Idosos; Violência Doméstica; Fragilidade; Depressão; Estado Nutricional; Atenção Primária à Saúde.

## **Introdução**

A violência doméstica configura-se como uma violação dos direitos humanos, comprometendo a dignidade individual e a qualidade de vida, e afetando diversos grupos populacionais na sociedade<sup>1</sup>. Entre as pessoas idosas, o abuso e a violência podem manifestar-se por meio de agressões físicas, abusos emocionais, violência sexual, exploração financeira e negligência, caracterizando-se por qualquer ato ou omissão que cause dano, sofrimento ou risco à integridade do indivíduo. Essas formas de violência ocorrem, frequentemente, em contextos familiares, institucionais ou comunitários, o que torna a detecção e a intervenção por parte dos órgãos e instituições oficiais particularmente desafiadoras<sup>2-3</sup>. Estudos têm identificado determinantes-chave do abuso contra idosos, incluindo idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda<sup>4-5</sup>.

Uma revisão sistemática estimou uma prevalência global de violência contra idosos de 78%, sendo as violências psicológica, financeira e física as mais frequentemente relatadas, enquanto a negligência foi a menos reportada<sup>6</sup>. Na China, um em cada dez idosos relatou ter vivenciado algum tipo de violência<sup>5</sup>, e na Índia, mais de 80% dos idosos vítimas de abuso relataram ter sido expostos a mais de uma forma de violência<sup>7</sup>. No Brasil, a central de denúncias “Disque 100” registrou mais de 35 mil notificações de violações de direitos humanos contra pessoas idosas em 2022<sup>8</sup>.

Para além dos fatores sociodemográficos, o abuso contra idosos e a violência doméstica são influenciados pelas condições de vida e pelos estados de saúde física e mental<sup>9</sup>. Nesse contexto, a fragilidade, definida como um conjunto de fatores que comprometem o estado geral de saúde,

tem sido apontada como um fator que aumenta a vulnerabilidade à violência. Outros aspectos multidimensionais, como sintomas depressivos, dependência funcional e estado nutricional inadequado, também contribuem para o risco de violência entre idosos que vivem na comunidade<sup>10-11-12</sup>.

Diante dessas complexidades, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental na triagem e no acompanhamento de casos de violência contra idosos, devido à sua proximidade com as famílias em contextos sociais diversos. Essa relação próxima favorece o estabelecimento de vínculos de confiança entre os profissionais de saúde e a comunidade, possibilitando a implementação de intervenções eficazes, incluindo orientações, apoio e encaminhamentos para denúncia e proteção<sup>13-14</sup>.

Apesar do crescente interesse científico sobre o tema, ainda persistem lacunas importantes no conhecimento. Muitos estudos concentram-se em aspectos isolados da violência, sem explorar como diferentes dimensões da saúde interagem para aumentar o risco e a incidência desses episódios. Ademais, grande parte das pesquisas existentes baseia-se em notificações oficiais, as quais podem subestimar a real magnitude do problema. Os achados do presente estudo podem contribuir para o aprimoramento das estratégias de triagem e prevenção, informar políticas públicas mais eficazes e fortalecer a capacidade dos profissionais de saúde para detectar precocemente os sinais de violência.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi examinar a associação entre o risco de abuso e violência, a fragilidade, os sintomas depressivos, o estado nutricional e as experiências autorreferidas de violência entre pessoas idosas residentes em uma região urbana do Brasil. Admite-se a hipótese de que a ausência de fragilidade, de sintomas depressivos e de experiências de violência doméstica, bem como a preservação do estado nutricional, contribuiria em diferentes níveis para a proteção contra o risco de abuso na velhice.

## **Materiais e Métodos**

### ***Desenho do estudo e cenário***

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS) em áreas urbanas dos municípios de Santa Cruz e Macaíba, no estado do Rio Grande do Norte, Brasil. A equipe de pesquisa é composta por membros ativos da Rede Internacional de Pesquisa sobre vulnerabilidade, saúde, segurança e qualidade de vida do idoso: Brasil, Portugal, Espanha, França, Chile, México, Estados Unidos e Argentina.

### ***Considerações éticas***

O estudo seguiu os princípios da Declaração de Helsinki e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o parecer nº 7.217.029, em conformidade com as normas nacionais para pesquisas envolvendo seres humanos. A autorização para a coleta de dados foi concedida previamente pela instituição responsável pela APS em cada município. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para participantes analfabetos, os pesquisadores realizaram a leitura do termo em voz alta, explicando os objetivos do estudo e os procedimentos de coleta de dados. Quando o participante não podia assinar, aceitava-se a impressão digital como assinatura. Não foram oferecidos incentivos à participação no estudo.

### ***População e amostra***

A população do estudo foi composta por idosos cadastrados nos serviços da APS. Segundo dados governamentais recentes, a população idosa, estimada nos dois municípios, era de 15.526 indivíduos<sup>15</sup>. Utilizou-se um método de amostragem não probabilística, intencional e por conveniência. O cálculo do tamanho amostral baseou-se na população total de idosos dos dois municípios, adotando-se um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 6%, resultando em um tamanho mínimo estimado de 263 participantes. Esse cálculo foi realizado utilizando uma

calculadora amostral online disponível em: <https://comentto.com/calculadora-amostal/>. Ao final, 323 indivíduos participaram efetivamente do estudo.

Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais (idade mínima adotada no Brasil para definição de pessoa idosa)<sup>16</sup>; residir na área urbana do respectivo município; e estar cadastrado em uma unidade da APS há pelo menos seis meses antes da coleta de dados. Os critérios de exclusão incluíram comprometimento cognitivo grave, definido por relatos de profissionais de saúde ou familiares sobre condições neurológicas que impedissem a participação; e dependência de vias alternativas de alimentação, como nutrição enteral ou parenteral. Os participantes em potencial foram identificados pelos profissionais da APS, que forneceram endereços e informações de contato para agendamento da coleta.

### ***Instrumentos e variáveis***

Utilizou-se a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, instrumento adotado nacionalmente para o monitoramento geriátrico na Atenção Primária à Saúde no Brasil<sup>17</sup>, para a extração de variáveis categóricas sociodemográficas e de saúde, tais como sexo (masculino/feminino), faixa etária (60–79 / ≥80 anos), morar sozinho (sim/não), cor da pele (branca/não branca), alfabetização (alfabetizado/analfabeto), polifarmácia (uso diário de cinco ou mais medicamentos), e condições autorreferidas, como acidente vascular cerebral, anemia, asma e diabetes mellitus.

Para avaliação do risco de abuso, foi utilizado o *Hurt, Insult, Threaten, Scream – Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)*, elaborado para triagem de maus-tratos contra idosos. O instrumento contém 15 perguntas com respostas “sim” ou “não”, abordando abuso físico (lesão ou agressão), abuso emocional (insultos ou ameaças), exploração financeira (furto ou perda de bens) e negligência (falta de cuidados básicos). A pontuação varia de 0 a 30, sendo que pontuações de 0 a 2 indicam “sem risco” e de 3 a 30 indicam “em risco”<sup>18</sup>. Esta classificação foi utilizada para definir a variável de desfecho. O escore total também foi utilizado como variável contínua nas análises de correlação. A

consistência interna do instrumento foi considerada substancial com  $\alpha=0,71$ .

A Classificação da Violência e as estratégias de resolução de conflitos foram avaliadas por meio da Escala de Táticas de Conflito – Formulário R (CTS-1), composta por 19 itens que abordam situações de violência vivenciadas nos últimos 12 meses com coabitantes (ex.: “Ele(a) xingou ou ameaçou você?”, “Ele(a) ameaçou bater ou jogar algo em você?”). As respostas são dadas em escala Likert de 3 pontos (0 = não aconteceu, 1 = aconteceu algumas vezes, 2 = aconteceu com frequência). A escala avalia três domínios: discussão verbal, agressão verbal e agressão física, com escore total variando de 0 a 38, em que escores mais altos indicam maiores níveis de violência<sup>19</sup>. Os escores dos domínios e o total foram utilizados como variáveis contínuas. A consistência interna foi de  $\alpha=0,84$  (quase perfeita).

A fragilidade foi avaliada pela Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS), que contempla nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, apoio social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. Escores mais altos indicam maior nível de fragilidade<sup>20</sup>. O escore total foi utilizado como variável contínua, com consistência interna de  $\alpha=0,62$  (substancial).

A depressão foi avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (GDS-15), composta por perguntas do tipo sim/não sobre satisfação com a vida, interesse por atividades, problemas de memória, entre outras. A pontuação varia de 0 a 15, e escores mais altos indicam maior presença de sintomas depressivos<sup>21-22</sup>. O escore total foi utilizado nas análises, com consistência interna  $\alpha=0,79$  (substancial).

O estado nutricional foi avaliado por meio da Mini Avaliação Nutricional (MNA), composta por 18 questões que abordam aspectos antropométricos, dietéticos, clínicos e de percepção de saúde e nutrição. Escores mais altos indicam melhor estado nutricional<sup>23-24</sup>. O escore total foi utilizado como variável contínua, com consistência interna  $\alpha=0,75$  (substancial).

Todos os instrumentos utilizados foram previamente traduzidos e validados para o português do Brasil.

### ***Coleta de Dados***

Os dados foram coletados por meio de entrevistas presenciais realizadas em português do Brasil, em junho de 2023 e março de 2024, utilizando-se instrumentos impressos. As entrevistas foram conduzidas por estudantes de graduação e pós-graduação das áreas da saúde (enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia), todos são membros da rede de pesquisa. A equipe foi treinada pelos coordenadores do projeto, que também supervisionaram todo o processo.

O treinamento ocorreu em três etapas: (1) instrução teórica, por meio de apresentações presenciais com uso de slides; (2) realização de pelo menos duas entrevistas-piloto por cada pesquisador com indivíduos que não integraram a amostra final; e (3) discussão detalhada sobre a interpretação de cada item dos instrumentos, com o intuito de garantir uniformidade na aplicação. As entrevistas tiveram duração média de 60 minutos e foram realizadas em unidades da Atenção Primária à Saúde, em domicílios dos participantes ou em instalações universitárias, conforme o agendamento prévio. Quando necessário, cuidadores ou familiares foram convidados a se retirarem do ambiente durante a aplicação. Não houve mascaramento (cegamento) de participantes ou entrevistadores, tampouco randomização na formação dos grupos do estudo.

### ***Análise de Dados***

Os dados foram processados e analisados utilizando o software SPSS, versão 23.0. Foram calculadas estatísticas descritivas para todas as variáveis, com apresentação de frequências absolutas e relativas para os dados categóricos.

A normalidade da distribuição foi verificada pelo teste de Kolmogorov–Smirnov, o qual indicou distribuição não normal. Assim, utilizaram-se os testes do qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher (quando aplicável) para avaliação das associações entre variáveis categóricas. Para variáveis contínuas, a homogeneidade das variâncias foi avaliada pelo teste de Levene, seguida pelo teste t de Student para

comparação das médias. Os resultados são apresentados com média  $\pm$  desvio padrão (DP) e valores de p, conforme aplicável ao coeficiente F.

Utilizou-se a correlação de Spearman ( $r$ ) para examinar as relações entre a variável dependente (escores da escala H-S/EAST) e as variáveis independentes. A força da correlação foi interpretada da seguinte forma:  $r < 0,29$  (fraca);  $0,30 - 0,49$  (moderada);  $r \geq 0,50$  (forte). Análises adicionais de correlação foram realizadas entre variáveis dependentes e independentes, ajustadas por categorias sociodemográficas, consideradas fatores de confusão potenciais quando o coeficiente de correlação ( $r$ ) aumentava.

Foi aplicado um modelo de regressão logística binária para avaliar em qual medida as variáveis independentes previam o desfecho (abuso e violência). Os resultados são apresentados por meio do coeficiente de determinação ( $R^2$ ), valores  $\beta$ , estatística de Wald e valores de p. Os odds ratios (OR) foram considerados significativos quando  $OR > 1,00$  (IC 95%). As variáveis de confusão no modelo de regressão foram definidas quando se observou uma variação superior a 0,10 no  $R^2$  entre os valores brutos e ajustados. Foi adotado um nível de significância de 5% ( $p < 0,050$ ) para todas as análises<sup>25</sup>.

A consistência interna dos instrumentos foi avaliada por meio do alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), com os seguintes parâmetros: 0 – 0,21 (Leve); 0,21 – 0,40 (Razoável); 0,41 – 0,60 (Moderada); 0,61 – 0,80 (Substancial); 0,81 – 1,0 (Quase perfeita)<sup>26</sup>.

## Resultados

A amostra final foi composta por 323 pessoas idosas, das quais 149 participantes (46,1%) foram identificados como estando em risco de abuso e violência. Nenhum participante foi excluído da análise. A média de idade da amostra foi de 73,1 anos (DP = 8,8).

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico e de saúde da amostra. De modo geral, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sugerindo uma distribuição homogênea das características avaliadas. A amostra foi

predominantemente composta por mulheres (n = 217; 67,2%), idosos mais jovens na faixa etária de 60 a 79 anos (n = 247; 76,5%) e pessoas autodeclaradas não brancas (n = 192; 59,4%). A prevalência de doenças crônicas foi elevada em ambos os grupos (n = 264; 81,7%).

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico e de saúde da amostra de acordo com o risco de abuso e violência (n=323).

Perfil Sociodemográfico e de Saúde	Risco de abuso e violência (H-S/EAST)						p <sup>a</sup>
	Sem Risco (n= 174)		Com Risco (n= 149)		Total (n=323)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Gênero</b>							
Mulher	116	66,7	101	67,8	217	67,2	0,831
Homem	58	33,3	48	32,2	106	32,8	
<b>Faixa etária, anos</b>							
60-79	133	76,4	114	76,5	247	76,5	0,988
≥ 80	41	23,6	35	23,5	76	23,5	
<b>Estado Civil</b>							
Solteiro/viúvo/divorciado	91	52,3	81	54,4	172	53,3	0,711
Casado/convivendo	83	47,7	68	45,6	151	46,7	
<b>Vive Sozinho</b>							
Não	142	81,6	127	85,2	269	83,3	0,384
Sim	32	18,4	22	14,8	54	16,7	
<b>Cor da pele</b>							
Branca	75	43,1	56	37,6	131	40,6	0,314
Não branca	99	56,9	93	62,4	192	59,4	
<b>Escolaridade</b>							
Alfabetizado	135	77,6	114	76,5	249	77,1	0,819
Não Alfabetizado	39	22,4	35	23,5	74	22,9	
<b>Doenças crônicas autorreferidas</b>							
Não	36	20,7	23	15,4	59	18,3	0,223
Sim	138	79,3	126	84,6	264	81,7	

\*Teste do Qui-Quadrado de Pearson; \*\* Indivíduos que vivem sem a presença de qualquer coabitante no mesmo domicílio, como familiares, amigos ou cuidadores; \*\*\* Pessoas que se autodeclaram com cor de pele diferente de branca, incluindo pretas, pardas, amarelas (asiáticas) e indígenas.

Ao examinar as variáveis escalares dos aspectos multidimensionais (Tabela 2), observou-se que o grupo sem risco de abuso e violência (conforme mensurado pela escala H-S/EAST) apresentou, em geral, escores mais elevados, indicando melhores avaliações em todos os domínios multidimensionais. Diferenças significativas foram especialmente notadas em diversos domínios da fragilidade avaliados pela Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS), incluindo autopercepção do estado de saúde, independência funcional, apoio social, memória para medicamentos, humor, continência e desempenho funcional.

**Tabela 2.** Análise de associação entre os escores dos aspectos multidimensionais de acordo com os grupos de estudo (n=323).

Aspectos multidimensionais	Risco de abuso e violência (H-S/EAST)			
	Sem Risco Média (SD)	Com Risco Média (SD)	F (p) <sup>a</sup>	p <sup>b</sup>
<b>Situação de violência (CTS 1)</b>				
Argumentação	0,21 (0,63)	0,32 (0,84)	6,00 (0,015)	0,196
Agressão Verbal	0,09 (0,51)	0,39 (1,17)	34,69 (<0,001)	0,005
Agressão Física	0,02 (0,15)	0,09 (0,57)	8,36 (0,004)	0,182
Pontuação Total	0,11 (0,57)	0,46 (1,61)	27,02 (<0,001)	0,012
<b>Fragilidade (EFS)</b>				
Conhecimento	1,09 (0,91)	1,18 (0,89)	0,49 (0,485)	0,345
Internação Prévia	0,14 (0,37)	0,14 (0,44)	0,01 (0,911)	0,952
Autopercepção de Saúde	0,38 (0,56)	0,67 (0,69)	12,16 (0,001)	<0,001
Independência Emocional	0,47 (0,69)	0,69 (0,80)	10,92 (0,001)	0,008
Apoio Social	0,13 (0,40)	0,23 (0,50)	16,67 (<0,001)	0,033
Polifarmácia	0,18 (0,38)	0,27 (0,46)	15,01 (<0,001)	0,059
Memória para medicamentos	0,33 (0,53)	0,47 (0,50)	3,30 (0,070)	0,014
Nutrição	0,20 (0,40)	0,26 (0,46)	8,04 (0,005)	0,168
Humor	0,23 (0,42)	0,62 (0,49)	33,00 (<0,001)	<0,001
Continência	0,28 (0,46)	0,39 (0,49)	11,79 (0,001)	0,044
Desempenho Funcional	0,61 (0,61)	0,37 (0,71)	1,09 (0,298)	<0,001
Pontuação Total	3,99 (2,64)	5,81 (3,09)	6,74 (0,010)	<0,001

**Sintomas Depressivos****(GDS-15)**

Pontuação Total	3,24 (2,12)	5,25 (2,86)	17,87 (<0,001)	<0,001
-----------------	-------------	-------------	----------------	--------

**Estado Nutricional (MNA)**

Triagem	12,25 (1,92)	11,07 (2,16)	2,40 (0,122)	<0,001
---------	--------------	--------------	--------------	--------

Avaliação Global	26,11 (2,69)	23,96 (3,43)	8,29 (0,004)	<0,001
------------------	--------------	--------------	--------------	--------

\*Valor-p para o Teste de Levene para igualdade de variâncias; \*\*Teste t para igualdade de médias; DP: Desvio Padrão

A análise de correlação entre as variáveis escalares dependente e independentes é apresentada na Tabela 3. De forma reiterada, a fragilidade, avaliada pela Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS), destacou-se como um fator central, especialmente nos domínios de humor e desempenho funcional, ambos apresentando correlações moderadas com o risco de abuso e violência. Níveis semelhantes de força de correlação foram observados para os sintomas depressivos (GDS-15) e ambas as dimensões do estado nutricional (MNA). Todos os coeficientes de correlação ( $r$ ) estatisticamente significativos foram negativos, indicando que melhores escores nas medidas multidimensionais de saúde estavam associados a menor risco de abuso e violência.

Após o ajuste da análise de correlação por variáveis sociodemográficas, observou-se um aumento nos coeficientes  $r$  em quase todos os casos, sugerindo possíveis efeitos de confusão. A exceção foi o escore de violência da escala CTS-1, que não seguiu essa tendência. Detalhes completos da análise de correlação ajustada são apresentados na Tabela Suplementar S1.

**Tabela 3.** Correlação entre o risco de abuso e violência e os aspectos multidimensionais avaliados (n=323).

Aspectos Multidimensionais	Risco de abuso e violência (H-S/EAST) (n=323)	
	$r^a$	$p^b$
<b>Situação de violência (CTS 1)</b>		
Argumentação	0,14	<b>0,009</b>

Agressão Verbal	0,25	<b>&lt;0,001</b>
Agressão Física	0,09	0,105
Pontuação Total	0,21	<b>&lt;0,001</b>
<b>Fragilidade (EFS)</b>		
Conhecimento	0,08	0,151
Internação Prévia	-0,03	0,556
Autopercepção de Saúde	0,24	<b>&lt;0,001</b>
Independência Emocional	0,16	<b>0,004</b>
Apoio Social	0,21	<b>&lt;0,001</b>
Polifarmácia	0,13	<b>0,015</b>
Memória para medicamentos	0,17	<b>0,002</b>
Nutrição	0,05	0,344
Humor	0,45	<b>&lt;0,001</b>
Continência	0,12	0,026
Desempenho Funcional	0,30	<b>&lt;0,001</b>
Pontuação Total	0,35	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sintomas Depressivos (GDS-15)</b>		
Pontuação Total	0,45	<b>&lt;0,001</b>
<b>Estado Nutricional (MNA)</b>		
Triagem	-0,33	<b>&lt;0,001</b>
Avaliação Global	-0,37	<b>&lt;0,001</b>

\*Coeficiente de correlação; \*\*Teste de correlação de Spearman; Níveis de correlação:  $r < 0,29$  (fraca);  $0,29 > r < 0,49$  (moderada);  $r > 0,50$  (forte).

Com o objetivo de aprofundar a análise dos preditores de abuso e violência, foi realizada uma regressão logística binária, cujos resultados estão apresentados na Tabela 4. Entre as variáveis independentes, a agressão verbal (CTS-1) destacou-se como o único preditor significativo do risco, embora com poder explicativo limitado ( $R^2=0,04$ ). No que se refere aos domínios da fragilidade (EFS), os preditores mais robustos foram o humor ( $R^2 = 0,19$ ,  $p < 0,001$ , OR = 5,41, IC 95% = 3,33–8,77) e o desempenho funcional ( $R^2 = 0,09$ ,  $p < 0,001$ , OR = 2,30, IC 95% = 1,62–3,26). Os sintomas depressivos (GDS-15) também se destacaram como preditor relevante ( $R^2 = 0,19$ ,  $p < 0,001$ , OR = 1,39, IC 95% = 1,25–1,54), enquanto o estado nutricional (MNA) não apresentou consistência suficiente como variável preditora.

**Tabela 4.** Análise de regressão logística binária dos aspectos multidimensionais e o risco de abuso e violência (n=323).

Aspectos multidimensionais - Brutos	Regressão Logística Binária - Risco de abuso e violência (H-S/EAST)				
	R <sup>2</sup> <sup>a</sup>	p <sup>b</sup>	β <sup>c</sup> (E.P)	Wald	OR (CI 95%)
<b>Situação de violência (CTS 1)</b>					
Argumentação	- <sup>d</sup>	-	-	-	-
Agressão Verbal	0,04	0,009	0,49 (0,19)	6,88	1,63 (1,32 - 2,36)
Agressão Física	-	-	-	-	-
Pontuação Total	0,04	0,017	0,38 (0,16)	5,71	1,47 (1,07 - 2,01)
<b>Fragilidade (EFS)</b>					
Conhecimento	-	-	-	-	-
Internação Prévia	-	-	-	-	-
Autopercepção de Saúde	0,05	0,001	0,49 (0,15)	10,71	1,63 (1,22 - 2,20)
Independência Emocional	0,03	0,007	0,40 (0,15)	7,16	1,50 (1,11 - 2,02)
Apoio Social	0,02	0,034	0,55 (0,26)	4,50	1,73 (1,04 - 2,88)
Polifarmácia	0,02	0,021	0,37 (0,16)	5,30	1,45 (1,06 - 2,00)
Memória para medicamentos	0,02	0,015	0,53 (0,22)	5,94	1,70 (1,11 - 2,61)
Nutrição	-	-	-	-	-
Humor	0,19	<0,001	1,69 (0,25)	46,78	5,41 (3,33 - 8,77)
Continência	0,02	0,044	0,47 (0,23)	4,05	1,60 (1,01 - 2,54)
Desempenho Funcional	0,09	<0,001	0,83 (0,18)	21,94	2,30 (1,62 - 3,26)
Pontuação Total	0,12	<0,001	0,22 (0,04)	27,56	1,25 (1,15 - 1,35)
<b>Sintomas Depressivos (GDS-15)</b>					
Pontuação Total	0,19	<0,001	0,33 (0,05)	38,46	1,39 (1,25 - 1,54)
<b>Estado Nutricional (MNA)</b>					
Triagem	0,10	<0,001	-0,28 (0,06)	23,20	0,75 (0,67 - 0,84)
Avaliação Global	0,15	<0,001	-0,23 (0,04)	31,42	0,79 (0,73 - 0,86)

<sup>a</sup>R<sup>2</sup> de Nagelkerke; <sup>b</sup>\*\*Modelo (Progressão LR); <sup>c</sup>\*\*\*Coeficiente não padronizado; <sup>d</sup>\*\*\*\*A variável não foi elegível para o modelo de regressão e, portanto, não foi calculada. OR: Razão de Chances; CI 95%: Intervalo de Confiança 95%.

Para refinar a análise e considerar os potenciais fatores de confusão identificados nos modelos de correlação, foi realizada uma regressão logística adicional, ajustando a associação entre o risco de abuso e os aspectos multidimensionais pelas variáveis sociodemográficas. Após o ajuste, observou-se uma redução dos efeitos de confusão. Especificamente, indivíduos com idade igual ou superior a

80 anos apresentaram maior probabilidade de estarem em risco quando apresentavam níveis mais elevados de fragilidade e sintomas depressivos mais intensos. Além disso, a autodeclaração de cor da pele branca esteve associada a maior risco em contextos de maior intensidade de sintomas depressivos. Uma descrição detalhada dessa análise ajustada encontra-se apresentada na Tabela Suplementar S2.

## **Discussão**

Os resultados deste estudo demonstraram que o risco de abuso e a violência entre pessoas idosas da amostra estiveram significativamente associados à fragilidade, aos sintomas depressivos e ao estado nutricional comprometido. As análises mais refinadas, por meio da regressão logística binária, indicaram que a fragilidade e a depressão foram os preditores mais significativos do aumento do risco de abuso e violência entre os participantes. Esses achados reforçam a importância de adotar uma abordagem multidimensional na identificação de idosos em situação de risco, além de destacarem o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como espaço estratégico para o monitoramento de populações vulneráveis. A literatura prévia corrobora com esses resultados, apontando diversos fatores de risco, como comprometimento funcional, idade avançada, declínio cognitivo e depressão<sup>9-27</sup>. A pesquisa avança nesse campo ao avaliar o poder preditivo dessas variáveis, permitindo uma análise comparativa entre dois grupos com perfis sociodemográficos e de saúde semelhantes.

O perfil sociodemográfico da amostra foi predominantemente composto por mulheres, idosos mais jovens (60–79 anos), indivíduos não casados, participantes autodeclarados não brancos, alfabetizados e com pelo menos uma doença crônica. A análise comparativa não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sugerindo que variáveis como gênero, idade, estado civil e cor da pele não estiveram associadas de forma independente ao risco de abuso. No entanto, nas análises ajustadas, participantes com 80 anos ou mais que apresentavam níveis elevados de fragilidade e depressão mostraram risco

substancialmente maior de abuso e violência. A cor da pele branca também surgiu como possível preditor de violência em associação com níveis elevados de depressão, o que contrasta com achados de outros estudos<sup>27</sup>. Com exceção desse caso, nossos resultados estão alinhados à literatura mais ampla, que aponta a baixa renda domiciliar como principal fator de risco<sup>5-28</sup>, embora seja importante destacar que o nível de renda não foi avaliado no presente estudo.

Em contraste com nossos achados, um estudo brasileiro identificou associações significativas entre risco de abuso, gênero feminino e analfabetismo, além de uma correlação positiva entre o número de comorbidades e os riscos de abuso geral, psicológico e físico<sup>4</sup>. Essas discrepâncias podem ser explicadas por diferenças culturais locais ou variações nas estruturas familiares entre regiões, que podem influenciar os padrões de violência contra idosos.

Na análise da violência intrafamiliar, por meio da Escala de Táticas de Conflito (CTS-1), observou-se que escores mais elevados nos domínios de agressão verbal e violência geral estiveram associados a maior risco de abuso (H-S/EAST). Apesar disso, a agressão verbal apresentou apenas correlações fracas e não foi um preditor significativo no modelo de regressão. De acordo com o referencial teórico da CTS-1, a agressão verbal inclui insultos e ameaças com intenção de causar dano psicológico<sup>19</sup>, sendo essa a forma de abuso mais frequentemente relatada no mundo, com impactos significativos sobre a saúde mental, o bem-estar emocional e a autoestima das pessoas idosas<sup>7-27-29</sup>.

A fragilidade, avaliada pela Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS), foi um dos preditores mais relevantes do risco de abuso, conforme indicado nas análises de correlação e regressão logística. Esse achado é consistente com estudos realizados no Brasil<sup>30</sup>. Especificamente, os domínios de humor e desempenho funcional mostraram-se significativamente associados ao aumento do risco. Um estudo realizado na Turquia também encontrou forte correlação entre fragilidade e abuso, bem como uma correlação moderada entre fragilidade e depressão<sup>10</sup>, o que ajuda a explicar a proeminência do domínio de humor em nossos achados. Quanto ao desempenho funcional, diversos estudos têm

destacado seu papel mediador tanto na fragilidade quanto na exposição à violência entre idosos<sup>11-31-32</sup>.

Entre outros achados relevantes, a depressão (GDS-15) se destacou como um contribuinte consistente e significativo para o risco de abuso em todas as abordagens analíticas — associação, correlação e regressão. Resultados semelhantes foram reportados na literatura, com estudos apontando negligência e exploração econômica como os tipos de abuso mais comumente associados à depressão<sup>33</sup>. Uma revisão estimou que indivíduos com diagnóstico de depressão têm seis vezes mais chances de sofrer violência, embora ainda não esteja claro se a depressão é causa ou consequência do abuso<sup>9</sup>. Essa relação pode ser explicada pelo impacto da saúde mental fragilizada na capacidade de enfrentamento, reduzindo a propensão a relatar o abuso ou buscar ajuda. Estratégias focadas em apoio emocional, resolução de conflitos e fortalecimento da autonomia mostraram-se promissoras na mitigação do impacto da depressão sobre o risco de violência<sup>34</sup>.

Conquanto o estado nutricional (MNA) tenha sido significativamente associado ao risco de abuso e demonstrado correlações moderadas, não emergiu como preditor significativo nos modelos de regressão. Esse achado está parcialmente alinhado com outro estudo brasileiro que reportou associação semelhante<sup>12</sup>. Vale destacar que outro estudo apontou a obesidade abdominal como fator de risco relevante para violência contra idosos<sup>35</sup>, o que pode sugerir a presença de um fator de confusão não mensurado em nosso estudo, já que a obesidade não foi avaliada, apenas o risco de desnutrição.

Do ponto de vista das políticas públicas, o Brasil estabeleceu um arcabouço legal abrangente para a proteção das pessoas idosas, incluindo o Estatuto do Idoso<sup>36</sup> e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>37</sup>. No entanto, ainda persistem desafios na implementação efetiva dessas proteções, especialmente no que se refere à detecção precoce de casos de violência no âmbito dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Em nível global, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem apoiado iniciativas como o Dia Mundial de Conscientização sobre a Violência contra a Pessoa Idosa, que promove estratégias integradas

envolvendo serviços de saúde, assistência social e órgãos de proteção<sup>38</sup>. Tais estratégias globais podem servir de modelo para o Brasil e outras regiões, embora intervenções adaptadas e individualizadas ainda sejam necessárias.

No que diz respeito às estratégias de intervenção, uma revisão sistemática identificou sete abordagens centrais, incluindo a educação de potenciais agressores, o apoio a famílias em situação de conflito e o suporte psicossocial à própria pessoa idosa, com ênfase no estímulo e na orientação emocional para a denúncia de abusos<sup>34</sup>. Um estudo-piloto demonstrou uma redução de 100% nos casos de violência contra idosos após uma intervenção baseada em cinco sessões telefônicas ao longo de 12 semanas, focadas em escuta ativa, identificação de necessidades, apoio emocional e empoderamento. Em contraste, o grupo controle apresentou prevalência de violência de 23%<sup>39</sup>. Um estudo realizado na Índia também obteve sucesso na prevenção da violência doméstica ao promover estruturas comunitárias de apoio mútuo, tanto em nível individual quanto coletivo, voltadas a populações vulneráveis, como mulheres, crianças e pessoas idosas<sup>1</sup>.

### ***Implicações práticas e validade externa***

Este estudo oferece uma análise comparativa e refinada dos aspectos multidimensionais da saúde e de seu potencial preditivo para o abuso e a violência contra pessoas idosas. A validade externa dos achados deve ser interpretada com cautela, considerando o uso de amostragem por conveniência e o foco em uma região urbana específica do Brasil. No entanto, os resultados podem ser aplicáveis a outras populações urbanas com perfis sociodemográficos semelhantes, uma vez que os fatores de risco identificados são comuns em diferentes contextos. Pesquisas futuras poderão ampliar esta investigação por meio de delineamentos longitudinais e estudos comparativos entre diferentes regiões do país, possibilitando uma compreensão mais abrangente da dinâmica da violência contra idosos.

### ***Limitações***

As principais limitações desse estudo incluem seu delineamento transversal, que impede inferências causais, visto que os dados foram coletados em um único momento. O uso de amostragem não probabilística pode ter introduzido viés de seleção, uma vez que indivíduos fora das áreas cobertas pela Atenção Primária à Saúde podem apresentar características distintas que não foram capturadas. Conseqüentemente, as pessoas que apresentaram melhor estado de saúde e acesso aos serviços podem ter sido representadas em proporção maior do que a real. Ademais, a natureza autorreferida de temas sensíveis, como abuso e violência, provavelmente foi influenciada por medo ou relutância em relatar, resultando em subnotificação. Para minimizar esse viés, as entrevistas foram conduzidas em ambientes privados, com garantia de confidencialidade e segurança aos participantes. Apesar das limitações do método de amostragem, a taxa de participação foi 18% superior à estimativa inicial, o que fortalece a representatividade da amostra.

## **Conclusão**

Este estudo revelou uma associação clara entre o risco de abuso e violência e diversos aspectos multidimensionais da saúde, com destaque para a fragilidade e os sintomas depressivos, ambos identificados como preditores significativos de violência contra pessoas idosas. Embora o conflito familiar e o estado nutricional também tenham se mostrado associados ao risco de abuso, seu valor preditivo foi menos consistente. Esses achados fornecem respaldo à hipótese original do estudo.

Os resultados podem ser aplicáveis a populações urbanas com características semelhantes e oferecem uma base valiosa para o desenvolvimento de políticas públicas de proteção e de protocolos de atenção clínica voltados à prevenção da violência contra a pessoa idosa. Reforça-se, ainda, o papel central da Atenção Primária à Saúde (APS) como ponto estratégico no monitoramento da violência e de seus principais fatores determinantes. Intervenções focadas na prevenção e no

manejo da fragilidade e da depressão podem contribuir para a redução do risco de abuso e da violência contra idosos.

Pesquisas futuras devem explorar estratégias preventivas baseadas na integração intersetorial entre os serviços de saúde, assistência social e sistemas de segurança pública. Ensaios clínicos randomizados e estudos de intervenção direcionados a pessoas idosas em situação de abuso, fragilidade e depressão poderão oferecer uma compreensão mais aprofundada sobre a eficácia dessas abordagens na mitigação da violência nesta população vulnerável.

## Referências

1. Menon SV, Allen NE. Community Organizing and Transformative Change in the Response to Violência Doméstica in India. *American journal of community psychology*. Sep 2020;66(1-2):106-118. doi:10.1002/ajcp.12427
2. Aleissa M, Abusaris R, Alaqeel M, et al. Determining patterns and types of violence against the elderly in the Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of elder abuse & neglect*. Jun 2024;36(3):251-264. doi:10.1080/08946566.2024.2317306
3. Melchiorre MG, Di Rosa M, Macassa G, et al. The prevalence, severity and chronicity of abuse towards older men: Insights from a multinational European survey. *PLoS One*. 2021;16(4):e0250039. doi:10.1371/journal.pone.0250039
4. de Araújo Monteiro GKN, Dos Santos RC, de Moraes Brandão WF, Costa GMC, de Almeida AM, Souto RQ. Factors Associated With Abuso contra Idosos According to the Levels of Social Determinants in Brazil. *J Forensic Nurs*. Jan-Mar 01 2025;21(1):19-28. doi:10.1097/jfn.0000000000000501
5. Chen M, Chan KL. Abuso contra Idosos and Neglect in China: Prevalence, Co-occurrence, and Intergenerational Risk Factors. *J Interpers Violence*. Jun 2022;37(11-12):Np9839-np9862. doi:10.1177/0886260520985501

6. Juhász B, Khan KS, Cano-Ibáñez N, Bueno-Cavanillas A, Triviño-Juárez JM. Prevalence of elder abuse in the community and care settings: An umbrella review. *Semergen*. Sep 2024;50(6):102209. doi:10.1016/j.semerg.2024.102209
7. Chokkanathan S. Experiences of Elder Mistreatment: A Latent Profile Analysis. *J Interpers Violence*. Feb 2021;36(3-4):1455-1471. doi:10.1177/0886260517742912
8. Brasil. Disque 100 registra mais de 35 mil denúncias de violações de direitos humanos contra pessoas idosas em 2022. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Accessed 03-31-2025, <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/disque-100-registra-mais-de-35-mil-denuncias-de-violacoes-de-direitos-humanos-contra-pessoas-idosas-em-2022>
9. Santos M, Moreira RDS, Faccio PF, Gomes GC, Silva VL. Factors associated with elder abuse: a systematic review of the literature. *Cien Saude Colet*. Jun 2020;25(6):2153-2175. Fatores associados a violencia contra o idoso: uma revisao sistematica da literatura. doi:10.1590/1413-81232020256.25112018
10. Akyol Guner T. Evaluation of frailty, abuse and depression among community-dwelling older adults in a northwest city of Turkey. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*. Jul 2022;22(4):485-492. doi:10.1111/psyg.12832
11. Nakamura K, Sasaki T, Yokokawa Y, Yokouchi S. Health literacy and frailty: the mediating role of instrumental activities of daily living. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*. Mar 2025;25(2):e70010. doi:10.1111/psyg.70010
12. Brandão WFM, Souza MA, Araújo GKN, Santos RCD, Almeida LR, Souto RQ. Violence among community elderly and its relationship with the nutritional status and sociodemographic characteristics. *Rev Gaucha Enferm*. 2021;42:e20200137. doi:10.1590/1983-1447.2021.20200137
13. Mydin FHM, Yuen CW, Othman S. The Effectiveness of Escolaridadeal Intervention in Improving Primary Health-Care Service Providers' Knowledge, Identification, and Management of Abuso contra

Idosos and Neglect: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*. Oct 2021;22(4):944-960. doi:10.1177/1524838019889359

14. Mohd Mydin FH, Othman S, Choo WY, et al. Primary care nurses' challenges, opportunities, and facilitators of elder abuse intervention in Malaysia. *Public health nursing (Boston, Mass)*. Jan 2022;39(1):3-14. doi:10.1111/phn.12961

15. Brasil. Censo Demográfico 2022. Brasília-DF: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.; 2023.

16. PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006 Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. (2006b).

17. Brasil. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - 4ª Edição. (2017).

18. Reichenheim ME, Paixão Jr CM, Moraes CL. Portuguese (Brazil) cross-cultural adaptation of the Hwalek-Sengstock Abuso contra Idosos Triagem Test (H-S/EAST) used to identify risk of violence against the elderly. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:1801-1813.

19. Hasselmann MH, Reichenheim ME. [Cross-cultural adaptation of the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1) used to assess marital violence: semantic and measurement equivalence]. *Cad Saude Publica*. Jul-Aug 2003;19(4):1083-93. 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. doi:10.1590/s0102-311x2003000400030

20. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale - EFS" in a Brazilian elderly sample. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009/12 2009;17(6):1043-1049. doi:10.1590/s0104-11692009000600018

21. Almeida OP, Almeida SA. [Reliability of the Brazilian version of the ++abbreviated form of Geriatric Depressão Scale (GDS) short form]. *Arq Neuropsiquiatr*. Jun 1999;57(2B):421-6. Confiabilidade da versao brasileira da escala de depressao em geriatria (GDS) versao reduzida. doi:10.1590/s0004-282x1999000300013

22. Castelo MS, Coelho-Filho JM, Carvalho AF, et al. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depressão Scale (GDS) among primary

care patients. *International psychogeriatrics*. Feb 2010;22(1):109-13. doi:10.1017/s1041610209991219

23. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Triagem for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;6 2001;56(6):M366-72. doi:10.1093/gerona/56.6.m366

24. Acuña K, Cruz T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2004/6 2004;48(3):345-361. doi:10.1590/s0004-27302004000300004

25. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2 ed. Routledge; 2013:567.

26. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. Mar 1977;33(1):159-74.

27. Burnes D, Hancock DW, Eckenrode J, Lachs MS, Pillemer K. Estimated Incidence and Factors Associated With Risk of Elder Mistreatment in New York State. *JAMA network open*. Aug 2 2021;4(8):e2117758. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.17758

28. Firdaus MAM, Mohd Yunus R, Hairi NN, et al. Elder abuse and hospitalization in rural Malaysia. *PLoS One*. 2022;17(6):e0270163. doi:10.1371/journal.pone.0270163

29. Fadeeva A, Hashemi L, Cooper C, Stewart R, McManus S. Violence against older people and associations with mental health: A national probability sample survey of the general population in England. *J Affect Disord*. Oct 15 2024;363:1-7. doi:10.1016/j.jad.2024.07.073

30. Dos Santos RC, Menezes RMP, Souto RQ, et al. Fragilidade Syndrome: A Risk Factor Associated With Violence in Older Adults. *J Forensic Nurs*. Jul/Sep 2020;16(3):130-137. doi:10.1097/JFN.0000000000000295

31. Coventry PA, McMillan D, Clegg A, et al. Fragilidade and depression predict instrumental activities of daily living in older adults: A population-based longitudinal study using the CARE75+ cohort. *PLoS One*. 2020;15(12):e0243972. doi:10.1371/journal.pone.0243972

32. Dias ALP, Santos JS, Monteiro G, Santos RCD, Costa GMC, Souto RQ. Association of the functional capacity and violence in the elderly community. *Rev Bras Enferm.* 2020;73Suppl 3(Suppl 3):e20200209. doi:10.1590/0034-7167-2020-0209
33. Yalçın Gürsoy M, Uçan Yamaç S. Elder abuse, depression, anxiety, and stress in community-dwelling older adults. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society.* Mar 2024;24(2):336-344. doi:10.1111/psyg.13079
34. Sousa RCR, Araújo-Monteiro GKN, Souto RQ, Santos RCD, Leal C, Nascimento NM. Interventions to prevent elder abuse in the community: a mixed-methods systematic review. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e3677. doi:10.1590/s1980-220x2019033203677
35. Araújo CAH, Warmling D, Araújo PG, Coelho EBS. Domestic violence, obesity and malnutrition in elderly people in a capital in southern Brazil - EpiFloripa Idoso Study. *Cien Saude Colet.* Sep 2024;29(9):e16462023. Violência doméstica, obesidade e desnutrição em pessoas idosas de uma capital do Sul do Brasil - Estudo EpiFloripa Idoso. doi:10.1590/1413-81232024299.16462023
36. Brasil. Lei No 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília-DF: Brasil; 2003.
37. Brasil. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília-DF: Ministério da Saúde; (2006a).
38. Nations U. World Abuse contra Idosos Awareness Day 15 June. Accessed 03-28-2025, <https://www.un.org/en/observances/elder-abuse-awareness-day>
39. Gassoumis ZD, Martinez JM, Yonashiro-Cho J, et al. Comprehensive Older Adult and Caregiver Help (COACH): A person-centered caregiver intervention prevents elder mistreatment. *J Am Geriatr Soc.* Jan 2024;72(1):246-257. doi:10.1111/jgs.18597

## Material Suplementar

**Tabela S1.** Análise de correlação entre a o risco de abuso e violência e os aspectos multidimensionais, ajustados pelas variáveis sociodemográficas.

Risco de abuso e violência e aspectos multidimensionais ajustados por variáveis sociodemográficas		Situação de violência (CTS 1)		Fragilidade (EFS)		Sintomas Depressivos (GDS-15)		Estado Nutricional (MNA)	
		r *	p **	r *	p **	r *	p **	r *	p **
<b>Risco de abuso e violência (H-S/EAST) - Bruto (n=323)</b>		0,21	<0,001	0,35	<0,001	0,45	<0,001	-0,37	<0,001
<b>Ajustado por</b>									
<b>Gênero</b>	Mulher (n=217)	0,24	<0,001	0,37	<0,001	0,46	<0,001	-0,34	<0,001
	Homem (n=106)	0,13	0,173	0,30	0,002	0,43	<0,001	-0,43	<0,001
<b>Faixa etária, anos</b>	60-79 (n=247)	0,22	<0,001	0,36	<0,001	0,43	<0,001	-0,39	<0,001
	≥ 80 (n=76)	0,11	0,352	0,40	<0,001	0,53	<0,001	-0,34	0,002
<b>Estado civil</b>	Solteiro/viúvo/divorciado (n=172)	0,18	0,016	0,31	<0,001	0,43	<0,001	-0,37	<0,001
	Casado/convivendo (n=171)	0,25	0,002	0,38	<0,001	0,46	<0,001	-0,39	<0,001
<b>Cor da pele</b>	Branca (n=131)	0,23	0,009	0,40	<0,001	0,59	<0,001	-0,31	<0,001
	Não branca (n=192)	0,20	0,005	0,31	<0,001	0,35	<0,001	-0,42	<0,001
<b>Escolaridade</b>	Alfabetizado (n=249)	0,22	0,001	0,33	<0,001	0,44	<0,001	-0,39	<0,001
	Não alfabetizado (n=74)	0,20	0,092	0,37	0,001	0,46	<0,001	-0,33	0,004
<b>Doenças crônicas autorreferidas</b>	Não	0,16	0,229	0,35	0,007	0,42	0,001	-0,37	0,004
	Sim	0,21	0,001	0,33	0,001	0,46	0,001	-0,36	0,001

\*Coeficiente de correlação; \*\*Teste de correlação de Spearman. Níveis de correlação:  $r < 0,29$  (fraca);  $0,29 > r < 0,49$  (moderada);  $r > 0,50$  (forte).

**Nota:** A primeira linha apresenta os valores brutos de correlação ( $r$ ) entre os aspectos multidimensionais e o risco de violência, com finalidade comparativa. As linhas subsequentes exibem os valores de  $r$  ajustados e seus respectivos valores de  $p$ , conforme cada ajuste realizado. Uma variável foi considerada como potencial fator de confusão quando o valor de  $r$  ajustado apresentou aumento em relação ao seu respectivo valor bruto.

**Tabela S2.** Análise de regressão logística binária entre o risco de abuso e violência e os aspectos multidimensionais ajustadas pelas variáveis sociodemográficas.

Aspectos multidimensionais	Regressão Logística Binária - Risco de abuso e violência (H-S/EAST)				
	R <sup>2</sup> *	p **	β *** (E.P)	Wald	OR (CI 95%)

<b>Histórico de violência (CTS 1)</b>						
Pontuação total - Bruta		0,04	0,017	0,38 (0,16)	5,71	1,47 (1,07 - 2,01)
<b>Ajustado por</b>						
<b>Gênero</b>	Mulher	0,05	0,028	0,39 (0,18)	4,85	1,48 (1,04 - 2,01)
	Homem	-	-	-	-	-
<b>Faixa etária, anos</b>	60-79	0,05	0,016	0,39 (0,16)	5,77	1,48 (1,07 - 2,05)
	≥ 80	-	-	-	-	-
<b>Estado civil</b>	Solteiro/viúvo/divorciado	-	-	-	-	-
	Casado/convivendo	0,05	0,144	0,61 (0,42)	2,14	1,84 (0,81 - 4,17)
<b>Vive sozinho</b>	Não	0,05	0,016	0,45 (0,19)	5,85	1,57 (1,09 - 2,25)
	Sim	-	-	-	-	-
<b>Cor da pele</b>	Branca	-	-	-	-	-
	Não Branca	0,05	0,029	0,50 (0,23)	4,76	1,64 (1,05 - 2,59)
<b>Escolaridade</b>	Alfabetizado	0,03	0,038	0,35 (0,17)	4,31	1,41 (1,02 - 1,96)
	Não Alfabetizado	-	-	-	-	-
<b>Doenças crônicas autorreferidas</b>	Não	-	-	-	-	-
	Sim	0,04	0,022	0,38 (0,17)	5,22	1,46 (1,06 - 2,03)
<b>Fragilidade (EFS)</b>						
Pontuação Total - Bruta		0,12	<0,001	0,22 (0,04)	27,56	1,25 (1,15 - 1,35)
<b>Ajustado por</b>						
<b>Gênero</b>	Mulher	0,15	<0,001	0,26 (0,05)	22,27	1,29 (1,16 - 1,44)
	Homem	0,08	0,016	0,16 (0,07)	5,79	1,17 (1,03 - 1,34)
<b>Faixa etária, anos</b>	60-79	0,10	<0,001	0,20 (0,05)	17,04	1,22 (1,11 - 1,34)
	≥ 80	0,24	0,001	0,34 (0,10)	11,99	1,41 (1,16 - 1,71)
<b>Estado civil</b>	Solteiro/viúvo/divorciado	0,12	<0,001	0,23 (0,06)	14,79	1,26 (1,12 - 1,41)
	Casado/convivendo	0,12	<0,001	0,21 (0,06)	12,73	1,24 (1,10 - 1,39)
<b>Vive sozinho</b>	Não	0,16	<0,001	0,26 (0,05)	30,22	1,30 (1,18 - 1,43)
	Sim	-	-	-	-	-
<b>Cor da pele</b>	Branca	0,14	<0,001	0,22 (0,06)	12,85	1,24 (1,10 - 1,40)
	Não Branca	0,11	<0,001	0,22 (0,06)	14,76	1,25 (1,12 - 1,40)
<b>Escolaridade</b>	Alfabetizado	0,10	<0,001	0,20 (0,05)	18,37	1,22 (1,11 - 1,34)
	Não Alfabetizado	0,19	<0,001	0,29 (0,09)	9,43	1,34 (1,11 - 1,61)
<b>Doenças crônicas autorreferidas</b>	Não	0,09	0,055	0,24 (0,12)	3,68	1,27 (0,99 - 1,62)
	Sim	0,12	<0,001	0,22 (0,05)	22,71	1,24 (1,14 - 1,36)
<b>Sintomas Depressivos (GDS-15)</b>						
Pontuação Total - Bruta		0,19	<0,001	0,33 (0,05)	38,46	1,39 (1,25 - 1,54)
<b>Ajustado por</b>						

<b>Gênero</b>	Mulher	0,20	<0,001	0,33 (0,06)	27,03	1,39 (1,23 - 1,57)
	Homem	0,17	0,001	0,34 (0,10)	11,60	1,40 (1,15 - 1,70)
<b>Faixa etária, anos</b>	60-79	0,14	<0,001	0,27 (0,06)	23,21	1,31 (1,17 - 1,47)
	≥ 80	0,39	<0,001	0,61 (0,16)	15,13	1,85 (1,36 - 2,51)
<b>Estado civil</b>	Solteiro/viúvo/divorciado	0,17	<0,001	0,29 (0,07)	18,44	1,34 (1,17 - 1,53)
	Casado/convivendo	0,22	<0,001	0,38 (0,08)	20,50	1,46 (1,24 - 1,72)
<b>Vive sozinho</b>	Não	0,22	<0,001	0,37 (0,06)	39,90	1,44 (1,28 - 1,62)
	Sim	-	-	-	-	-
<b>Cor da pele</b>	Branca	0,32	<0,001	0,48 (0,10)	24,37	1,61 (1,33 - 1,95)
	Não branca	0,11	<0,001	0,24 (0,06)	14,69	1,27 (1,13 - 1,44)
<b>Escolaridade</b>	Alfabetizado	0,19	<0,001	0,35 (0,06)	31,12	1,42 (1,26 - 1,61)
	Não Alfabetizado	0,17	0,005	0,27 (0,10)	7,85	1,31 (1,08 - 1,59)
<b>Doenças crônicas autorreferidas</b>	Não	-	-	-	-	-
	Sim	0,21	<0,001	0,35 (0,06)	34,47	1,42 (1,26 - 1,60)
<b>Estado Nutricional (MNA)</b>						
	Avaliação global - Bruta	0,15	<0,001	-0,23 (0,04)	31,42	0,79 (0,73 - 0,86)
<b>Ajustado por</b>						
<b>Gênero</b>	Mulher	0,12	<0,001	-0,22 (0,05)	18,39	0,81 (0,73 - 0,89)
	Homem	0,19	<0,001	-0,26 (0,07)	12,89	0,77 (0,67 - 0,89)
<b>Faixa etária, anos</b>	60-79	0,14	<0,001	-0,22 (0,05)	25,50	0,80 (0,73 - 0,87)
	≥ 80	0,16	0,004	-0,25 (0,09)	8,09	0,78 (0,65 - 0,92)
<b>Estado civil</b>	Solteiro/viúvo/divorciado	0,13	<0,001	-0,20 (0,05)	14,71	0,81 (0,73 - 0,90)
	Casado/convivendo	0,17	<0,001	-0,27 (0,06)	16,92	0,77 (0,68 - 0,87)
<b>Vive sozinho</b>	Não	0,17	<0,001	-0,26 (0,05)	29,70	0,77 (0,70 - 0,85)
	Sim	-	-	-	-	-
<b>Cor da pele</b>	Branca	0,01	0,002	-0,18 (0,06)	9,15	0,84 (0,74 - 0,94)
	Não branca	0,18	<0,001	-0,27 (0,06)	22,34	0,76 (0,68 - 0,85)
<b>Escolaridade</b>	Alfabetizado	0,15	<0,001	-0,23 (0,05)	24,29	0,79 (0,72 - 0,87)
	Não Alfabetizado	0,14	0,008	-0,23 (0,09)	7,13	0,79 (0,67 - 0,94)
<b>Doenças crônicas autorreferidas</b>	Não	0,15	0,013	-0,30 (0,12)	6,11	0,74 (0,58 - 0,94)
	Sim	0,14	<0,001	0,22 (0,04)	24,72	0,80 (0,73 - 0,87)

<sup>a</sup>R<sup>2</sup> de Nagelkerke. <sup>\*\*</sup>Modelo (Progressão LR). <sup>\*\*\*</sup>Coefficiente não padronizado. <sup>\*\*\*\*</sup>A variável não foi elegível para o modelo de regressão e, portanto, não foi calculada; OR: Razão de Chances; CI 95%: Intervalo de Confiança 95%.

**Nota:** O modelo incluiu tanto variáveis dependentes quanto independentes. No entanto, os resultados foram organizados de acordo com as categorias das variáveis sociodemográficas. Para que uma variável fosse considerada como fator de confusão,

era necessário que a variação no coeficiente de determinação ( $R^2$ ) entre a regressão bruta (entre a variável dependente e a independente) e a regressão ajustada pelas variáveis de controle fosse superior a 0,10. Tal variação foi observada quando a fragilidade foi ajustada pela idade igual ou superior a 80 anos ( $R^2$  Bruto = 0,12;  $R^2$  Ajustado = 0,24). No caso da depressão, a idade acima de 80 anos novamente se mostrou relevante ( $R^2$  Bruto = 0,19;  $R^2$  Ajustado = 0,39), assim como a cor da pele branca ( $R^2$  Bruto = 0,19;  $R^2$  Ajustado = 0,32).

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam uma associação significativa entre o risco de abuso e violência contra pessoas idosas e três componentes centrais da saúde no campo de pesquisas sobre essa população específica: fragilidade, sintomas depressivos e estado nutricional. Dentre esses fatores, a fragilidade física e os sintomas depressivos destacaram-se como preditores robustos de situações de violência, sugerindo que essas condições, quando não identificadas e manejadas precocemente, podem favorecer contextos de vulnerabilidade e exposição a maus-tratos no envelhecimento.

Embora o estado nutricional alterado também tenha se mostrado associado ao risco de abuso, sua força preditiva foi menos consistente em comparação aos demais desfechos. Ainda assim, trata-se de um fator relevante, uma vez que a desnutrição em idosos pode estar tanto relacionada à negligência quanto à dificuldade de autocuidado, sendo um importante marcador de risco no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS).

A pesquisa reforça a necessidade de abordagens multidimensionais na detecção e prevenção da violência contra a pessoa idosa, reconhecendo que o fenômeno não é isolado, mas articulado a condições clínicas e emocionais. Os achados sustentam a hipótese do estudo e contribuem para a compreensão da violência como desfecho complexo, fortemente relacionado à interação entre fatores de saúde física e mental.

Nesse sentido, a APS configura-se como espaço estratégico para a identificação precoce de casos de violência e para o desenvolvimento de protocolos clínicos interdisciplinares que contemplem a triagem e o acompanhamento de pessoas idosas em situação de risco. A presença de fragilidade e sintomas depressivos deve acender um alerta nos profissionais de saúde, mobilizando ações coordenadas de cuidado, proteção e apoio familiar e comunitário.

Recomenda-se que futuros estudos aprofundem a relação entre violência, fragilidade e saúde mental em idosos, com destaque para investigações que proponham estratégias de intervenção integradas no âmbito da Atenção Básica. O fortalecimento de políticas públicas que garantam o envelhecimento com dignidade e segurança passa, necessariamente, pela qualificação da atenção à

saúde da pessoa idosa e pelo reconhecimento da violência como um grave problema de saúde pública.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
2. Minayo MCS, Souza ER. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2633–9.
3. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):e147–56.
4. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Painel de dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos – Disque 100. Brasília: MDH; 2022.
5. Duarte YAO, Nunes DP, Andrade FB, Corona LP, Brito TRP, Ocampo-Chaparro JM, et al. Violence against older adults in Brazil: a multicenter study. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(Suppl 2):e180007.
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146–56.
7. Fhon JRS, Rodrigues RAP, Santos JLF, Diniz MA, Santos EB, Almeida VC, et al. Prevalência de sintomas depressivos em idosos: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(6):1006–13.
8. Bastos AGA, Santos MIPO, Gazzola JM. Desnutrição como fator de risco para a violência doméstica em idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(11):3653–62.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS; 2006.
10. Silva LSR, Santos VL, Oliveira SM, Dantas RAN. Violência contra o idoso e atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(1):e190243.
11. Andrade NL, Rocha KP, Torres GV. Análise da associação entre riscos de violência e qualidade de vida em pessoas idosas na atenção primária à saúde. *Rev Iberoam Saúde Envelhecimento*. 2024;10(Sup2):xx-xx.
12. Lopes EN, Oliveira RA, Soares DDA, Neri AL. Prevalência de violência familiar contra idosos e fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(5):e190123.

13. Rocha KP, Torres GV, Andrade NL, Brischiliari SCR. Vulnerabilidade em saúde de pessoas idosas atendidas na APS. *Rev Iberoam Saúde Envelhecimento*. 2024;10(Sup2):xx-xx.
14. Medeiros LM, Silva MAM, Nascimento PCL, Lima NS. Sintomas depressivos e risco de violência em idosos atendidos na atenção básica. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(4):478–85.
15. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for classification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 2009;13(9):782–8.
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: MS; 2021.
17. Levin KA. Study design III: Cross-sectional studies. *Evid Based Dent*. 2006;7(1):24–5.
18. Freitas MC, Soares E. Caracterização da população idosa usuária de unidades básicas de saúde. *Rev Rene*. 2013;14(3):496–503.
19. Cavalcante ES, Lima JG, Morais MGS. *Condução ética em pesquisa: aspectos históricos e orientativos de pesquisa no CEP/HUOL*. Natal: EDUFRN; 2024.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Santa Cruz (RN): Panorama. Censo Demográfico 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/santa-cruz/panorama>. Acesso em: 2 maio 2025.
21. Prefeitura Municipal de Santa Cruz. Secretaria Municipal de Turismo e Desenvolvimento Econômico. Disponível em: <https://santacruz.rn.gov.br/secretaria.php?sec=16>. Acesso em: 2 maio 2025.
22. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Economia de transição: Santa Cruz-RN como cidade polo econômico da região do Trairi. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/41735/2/Economiadetransi%C3%A7%C3%A3o\\_Monografia.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/41735/2/Economiadetransi%C3%A7%C3%A3o_Monografia.pdf). Acesso em: 2 maio 2025.
23. Prefeitura Municipal de Santa Cruz. Santuário de Santa Rita de Cássia 14 anos. Disponível em: <https://santacruz.rn.gov.br/informa/600/santu-rio-de-santa-rita-de-c-ssia-14-anos>. Acesso em: 2 maio 2025.

24. Ministério da Saúde. Regiões de Saúde Atendidas em 2024 - Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dengue/vacinacao/rio-grande-do-norte>. Acesso em: 2 maio 2025.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Macaíba (RN): Panorama. Censo Demográfico 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/macaiba/panorama>. Acesso em: 2 maio 2025.
26. Prefeitura Municipal de Macaíba. História de Macaíba. Disponível em: <https://macaiba.rn.gov.br/macaiba/historia-de-macaiba/>. Acesso em: 2 maio 2025.
27. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1–7.
28. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35(5):526–9.
29. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421–6.
30. Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Sengstock MC, Stahl C. Validation of the Hwalek–Sengstock Elder Abuse Screening Test. *J Appl Gerontol*. 1991;10(4):406–18.
31. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *J Fam Issues*. 1996;17(3):283–316.
32. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7ª ed. São Paulo: Atlas; 2019.
33. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2023.
34. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MP. Metodologia de pesquisa. 6ª ed. Porto Alegre: Penso; 2021.
35. Camozzato AL, Kochhann R, Bandeira M, Carvalho LA, Chaves ML. Applicability of cognitive screening instruments in primary care: a population-based study. *Dement Neuropsychol*. 2020;14(1):39–45.

36. Assis LO, Oliveira AM, Figueiredo MLF, Costa Junior SC. Escolaridade e desempenho cognitivo de idosos residentes na comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2021;24(1):e200201.
37. Silva JDM, Andrade NA, Costa KNFM, Silva MJ, Lopes MVO. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos na atenção primária. *Rev Saúde Pública.* 2019;53:77.
38. Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Haas VJ, Diniz MA, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Reproducibility of the Brazilian version of the Edmonton Frail Scale for elderly living in the community. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2013;21(6):1330–6.
39. Almeida OP. Geriatric Depression Scale: review of its reliability and validity in different clinical and research settings. *Int Psychogeriatr.* 2021;33(2):207–15.
40. Castelo MS, Coelho-Filho JM, Carvalho AF, Lima JW, Noletto JC, Ribeiro KG, et al. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(1):109–13.
41. Akyol Guner T. Evaluation of frailty, abuse and depression among community-dwelling older adults in a northwest city of Turkey. *Psychogeriatrics.* 2022;22(4):485–92.
42. Reichenheim ME, Moraes CL, Paixão CM Jr. Adaptação transcultural do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) para o português. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(8):1801–13.
43. Rodrigues RC dos S, Araújo-Monteiro GKN de, Marcolino EC, Brandão BML da S, Barbosa LA, Moraes RM de, et al. Abuse against the elderly person: analysis of the internal consistency of instruments. *Cogitare Enferm.* 2023;28:e93163.
44. Andrade NL, Rocha KP, Torres GV, et al. Análise da associação entre riscos de violência e qualidade de vida em pessoas idosas na atenção primária à saúde. *Rev Iberoam Saúde Envelhecimento.* 2024;10(Sup2):xx–xx.
45. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *J Marriage Fam.* 1979;41(1):75–88.
46. 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):1083–93.

47. Reichenheim ME, Moraes CL. Instrumentos para detectar violência familiar: características e aplicações. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:115.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5\\_ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5_ed.pdf).
49. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_utilizacao\\_caderneta\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf).
50. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf).
51. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2 ed. Routledge; 2013:567.
52. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. Mar 1977;33(1):159-74.
53. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4.
54. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 2013.
55. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Chamada CNPq/MCTI/FNDCT nº 18/2021 – Faixa B – Grupos Consolidados. Brasília: CNPq; 2021.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Para Maiores de 18 anos)

#### ***Esclarecimentos***

Este é um convite para você participar da pesquisa: Vulnerabilidade e condições sociais e de saúde da pessoa idosa na atenção primária e instituições de longa permanência: estudo comparativo no Brasil, Portugal e Espanha, que tem como pesquisador responsável Gilson de Vasconcelos Torres.

Esta pesquisa pretende analisar a relação da vulnerabilidade com as condições sociais, saúde e cuidados/intervenções na pessoa idosa atendidos na atenção primária à saúde e instituições de longa permanência para idosos no Brasil, Portugal e Espanha. Ou seja, este projeto vai verificar suas condições econômicas, de saúde e os tratamentos que você está realizando.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é que com o preenchimento correto e completo da sua Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, documento importante que cada idoso deve ter, e com o treinamento dos profissionais de saúde para realização desta avaliação, além da identificação da pessoa idosa vulnerável/piiores, será possível contribuir para identificação das necessidades de saúde e melhorar o seu tratamento objetivando uma atenção completa e humanizada na atenção primária à saúde/ou na sua instituição de longa permanência (ILPI).

Caso decida participar serão coletados os dados da sua caderneta de saúde da pessoa idosa que contém: suas informações gerais, e também serão aplicados os questionários com perguntas sobre: memória sua fraqueza, sua capacidade de fazer atividades, sua tristeza, sua Qualidade de vida, sua alimentação, se você está em risco para a violência e como a sua família encontra-se, sendo um total de 10 questionários com duração média de 20 minutos cada ou o tempo necessário que você achar que precisa.

O tempo para a avaliação será distribuído em dias alternados (segundas, quartas e sextas) e a equipe terá o máximo de cuidado para que todas as informações já existentes sejam anotadas para evitar reavaliações desnecessárias. O tempo em cada dia de aplicação dos instrumentos será de no máximo 1 hora em ambiente adequado e reservado para garantir a privacidade do participante. Ou seja, para a completa avaliação você precisará de quatro dias totalizando 4 horas. São questionários com

perguntas que serão feitas pelo pesquisador e respondidas por você. E para facilitar sua rotina o pesquisador fará a aplicação dos questionários nos seus dias de consultas e/ou atendimentos.

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos durante as entrevistas e os procedimentos de avaliação. Esses riscos poderão ser minimizados, uma vez que a equipe será treinada antes de realizar as avaliações, o local será restrito ao pesquisador e a você. Qualquer pergunta que te cause constrangimento você tem o direito de não responder ou de parar a qualquer momento. Na avaliação da gordura do seu corpo você pode sentir desconfortos quando for usado os aparelhos no seu braço ou na sua barriga ou nas suas costas, porém o nutricionista é bem treinado para fazer o mais breve possível o exame.

Como benefícios direto da pesquisa você receberá os encaminhamentos, para atendimentos direcionados a sua necessidade de saúde e acompanhamento do seu estado geral, que serão garantidos pelo pesquisador. Os benefícios indiretos serão contribuir para as informações sobre envelhecimento tanto no Brasil, quanto em Portugal e Espanha.

Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, compete ao pesquisador responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada na sua cidade. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para o professor Gilson de Vasconcelos Torres, endereço, e-mail e telefone para contato).

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

---

(Assinatura do Participante/Responsável legal)

---

Prof Dr. Gilson de Vasconcelos Torres

Alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para vocês.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para Comitê de Ética em Pesquisa – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no telefone (84) 3342-5003, e-mail cep\_huol@yahoo.com.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 07h30minh às 12h30 e das 13h30 às 15h00, no Hospital Universitário Onofre Lopes, endereço Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Natal/RN.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Gilson de Vasconcelos Torres.

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa Vulnerabilidade e condições sociais e de saúde da pessoa idosa na atenção primária e instituições de longa permanência: estudo comparativo no Brasil, Portugal e Espanha, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa



Impressão  
datiloscópica do  
participante

### **Declaração do pesquisador responsável**

Como pesquisador responsável pelo estudo Vulnerabilidade e condições sociais e de saúde da pessoa idosa na atenção primária e instituições de longa permanência: estudo comparativo no Brasil, Portugal e Espanha, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos

que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido infringirei as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.


\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local, (data).

\_\_\_\_\_  
Prof Dr. Gilson de Vasconcelos Torres  
Assinatura do pesquisador responsável

## ANEXOS

## ANEXO A – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)		RESPOSTA	
QUESTIONÁRIO		0 PONTO	1 PONTO
<b>ORIENTAÇÃO NO TEMPO</b>			
Em que ANO estamos?		INCORRETA	CORRETA
Em que SEMESTRE do ano estamos?		INCORRETA	CORRETA
Em que MÊS estamos?		INCORRETA	CORRETA
Em que DIA DA SEMANA estamos?		INCORRETA	CORRETA
Em que DIA DO ANO estamos?		INCORRETA	CORRETA
<b>ORIENTAÇÃO ESPACIAL</b>			
Em que ESTADO nós estamos?		INCORRETA	CORRETA
Em que CIDADE nós estamos?		INCORRETA	CORRETA
Em que BAIRRO nós estamos?		INCORRETA	CORRETA
Em que RUA nós estamos?		INCORRETA	CORRETA
Em que LOCAL nós estamos? (nome, tipo, função)		INCORRETA	CORRETA
<b>REPITA AS PALAVRAS</b>			
Preste atenção, vou dizer 3 palavras e o sr (a) vai repeti-las após eu terminar. Memorize-as, pois irei perguntar por elas novamente mais à frente. Fale pausadamente as palavras. Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.	CANECA	INCORRETA	CORRETA
	TIJOLO	INCORRETA	CORRETA
	TAPETE	INCORRETA	CORRETA
<b>ATENÇÃO E CÁLCULO</b>			
O senhor (a) faz cálculos? <b>SIM</b> – vá para a pergunta "a" <b>NÃO</b> – vá para a pergunta "b"			
a) Se o senhor tivesse 100 reais e perdesse 7, quantos ficariam?	93	INCORRETA	CORRETA
E se desse valor, perdesse mais 7 reais?	86	INCORRETA	CORRETA
E caso perdesse ainda mais 7 reais?	79	INCORRETA	CORRETA
E se desse valor, perdesse mais 7 reais?	72	INCORRETA	CORRETA
E caso perdesse mais 7 reais?	65	INCORRETA	CORRETA
b) Solete a palavra MUNDO de trás pra frente. <b>ODNUM</b> Entre as perguntas a e b considerar o maior resultado.	O	INCORRETA	CORRETA
	D	INCORRETA	CORRETA
	N	INCORRETA	CORRETA
	U	INCORRETA	CORRETA
	M	INCORRETA	CORRETA
<b>MEMÓRIA</b>			
Peça que ele (a) repita as três palavras ditas anteriormente.	CANECA	INCORRETA	CORRETA
	TIJOLO	INCORRETA	CORRETA
	TAPETE	INCORRETA	CORRETA
<b>LINGUAGEM</b>			
Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado para nomeá-los.	RELÓGIO	INCORRETA	CORRETA
	CANETA	INCORRETA	CORRETA
Solicite ao entrevistado que repita a frase: <b>'NEM AQUI, NEM ALI, NEM LA.'</b>			
Agora, peça a ele (a) que ouça com atenção as orientações:	Peque este papel com a mão DIREITA	INCORRETA	CORRETA
	Com as DUAS MÃOS dobre-o ao MEIO	INCORRETA	CORRETA
	Agora jogue-o ao chão.	INCORRETA	CORRETA
Por favor, LEIA isto e EXECUTE o que está escrito no papel	FECHE OS OLHOS	INCORRETA	CORRETA
Agora pegue este papel, esta caneta e por favor, escreva uma frase. <i>Ignore a ortografia. A frase deve ter sentido, conter um sujeito e um objeto.</i>		INCORRETA	CORRETA
Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho:		INCORRETA	CORRETA

## ANEXO B – ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON (EFS)

### ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON (EFE)

DOMÍNIO DE FRAGILIDADE	ITEM	Pontuação		
		0 pontos	1 ponto	2 pontos
<b>CONHECIMENTO</b>	Por favor, imagine que este círculo pré-desenhado é um relógio. Gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e depois os ponteiros para indicar um tempo de 'dez depois das onze'	Sem erros	Erros menores de espaçamento	Outros erros
<b>ESTADO GERAL DE SAÚDE</b>	No ano passado, quantas vezes você foi internado em um hospital?	0 0	1 – 2	> ou = 2
	Em geral, como você escreveria sua saúde?	'Excelente' 'Muito bom', 'Bom'	'Justo'	'Pobre'
<b>INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</b>	Com quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda? (preparação de refeições, compras, transporte, telefone, serviço de limpeza, lavanderia, administração de dinheiro, uso de medicamentos)	0 – 1	2 – 4	5 - 8
<b>SUPORTE SOCIAL</b>	Quando você precisar de ajuda, pode contar com alguém que esteja disposto e seja capaz de atender às suas necessidades?	Sempre	Às vezes	Nunca
<b>USO DE MEDICAMENTOS</b>	Você usa cinco ou mais medicamentos prescritos regularmente?	Não	Sim	-
	Às vezes, você esquece de tomar seus medicamentos prescritos?	Não	Sim	-
<b>NUTRIÇÃO</b>	Recentemente, você perdeu peso para que suas roupas fiquem mais soltas?	Não	Sim	-
<b>HUMOR</b>	Você costuma se sentir triste ou deprimido?	Não	Sim	-
<b>CONTINÊNCIA</b>	Você tem algum problema em perder o controle da urina quando não quer?	Não	Sim	-
<b>DESEMPENHO FUNCIONAL</b>	Gostaria que você se sentasse nesta cadeira com as costas e os braços descansando. Então, quando eu digo 'GO', levante-se e caminhe em um ritmo seguro e confortável até a marca no chão (a cerca de 3 m de distância), volte para a cadeira e sente-se.	0 – 10 s	11 – 20 s	Um dos pacientes com mais de 20 s não quer, ou requer assistência

## ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS-15)

### ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS - 15)

QUESTIONAMENTOS	PONTOS	
	1	0
1. Está satisfeito (a) com sua vida?	Não	Sim
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	Sim	Não
3. Sente que a vida está vazia?	Sim	Não
4. Aborrece-se com frequência?	Sim	Não
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	Não	Sim
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	Sim	Não
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Não	Sim
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)?	Sim	Não
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim	Não
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	Sim	Não
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	Não	Sim
12. Vale a pena viver como vive agora?	Não	Sim
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Não	Sim
14. Acha que sua situação tem solução?	Não	Sim
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	Sim	Não

## ANEXO D – MINI AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

### QUESTIONÁRIO NUTRICIONAL - Mini Nutritional Assessment (MNA)

<b>TRIAGEM</b>			
<b>A – NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES HOUVE DIMINUIÇÃO DA INGESTA ALIMENTAR DEVIDO À PERDA DE APETITE, PROBLEMAS DIGESTIVOS OU DIFICULDADE PARA MASTIGAR OU DEGLUTIR?</b>			
0 – Diminuição grave da ingesta		1 – Diminuição moderada	2 – Sem diminuição da ingesta
<b>B – PERDA DE PESO NOS ÚLTIMOS 3 MESES</b>			
0 – Perda Superior a 3 kg	1 – Não sabe informar	2 – Entre 1 e 3 Kg	3 – Sem perda
<b>C – MOBILIDADE</b>			
0 – Restrito ao leito ou à cadeira de rodas		1 – Deambula, mas é incapaz de sair de casa	2 – Normal
<b>D – PASSOU POR ESTRESSE PSICOLÓGICO OU DOENÇA AGUDA NOS ÚLTIMOS 3 MESES?</b>			
0 – Sim	2 – Não		
<b>E – PROBLEMAS NEUROPSICOLÓGICOS</b>			
0 – Demência ou depressão graves	1 – Demência ligeira	2 – Sem problemas psicológicos	
<b>F – ÍNDICE DE MASA CORPORAL (PESO EM KG/ ALTURA<sup>2</sup>)</b>			
0 – IMC < 19	1 - ≤19   IMC < 21	2 - 21 ≤ IMC < 23	3 - IMC ≥ 23
<b>AValiação GLOBAL</b>			
<b>G – O DOENTE VIVE NA SUA PRÓPRIA CASA (NÃO EM INSTITUIÇÃO GERIÁTRICA OU HOSPITAL)</b>			
0 Não	1 Sim		
<b>H – UTILIZA MAIS DE TRÊS MEDICAMENTOS DIFERENTES POR DIA?</b>			
0 Sim	1 Não		
<b>I – LESÕES DE PELE OU ESCARAS?</b>			
0 Sim	1 Não		
<b>J – QUANTAS REFEIÇÕES FAZ POR DIA?</b>			
0 UMA refeição	1 DUAS refeições	2 TRÊS refeições	
<b>K – O IDOSO CONSUME:</b>			
- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?			( ) Sim ( ) Não
- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?			( ) Sim ( ) Não
- carne, peixe ou aves todos os dias?			( ) Sim ( ) Não
<b>L – O IDOSO CONSUME 2 OU + PORÇÕES DIÁRIAS DE FRUTA OU PRODUTOS HORTÍCOLAS?</b>			( ) Sim ( ) Não
<b>M – QUANTOS COPOS (ÁGUA, SUMO, CAFÉ, CHÁ, LEITE) O IDOSO CONSUME/DIA?</b>			Pontuação:
0 – Menos de três copos	0,5 - Três a cinco copos	1 - Mais de cinco copos	
<b>N – MODO DE SE ALIMENTAR</b>			Pontuação:
0 – Não é capaz de se alimentar sozinho	1 – Alimenta-se sozinho, porém com dificuldade		
2 – Alimenta-se sozinho sem dificuldade			
<b>O – O IDOSO ACREDITA TER ALGUM PROBLEMA NUTRICIONAL?</b>			Pontuação:
0 – Acredita estar desnutrido	1 – Não sabe dizer	2 – Acredita não ter um problema nutricional	
<b>P – EM COMPARAÇÃO COM OUTRAS PESSOAS DA MESMA IDADE, COMO CONSIDERA O IDOSO A SUA PRÓPRIA SAÚDE?</b>			Pontuação:
0 – Pior	0,5 – Não sabe	1 – Igual	2 – Melhor
<b>Q – PERÍMETRO BRAQUIAL (PB) EM CM</b>			Pontuação:
0 – Se PB < 21	0,5 – Se 21 ≤ PB ≤ 22	1 – Se PB > 22	
<b>R – PERÍMETRO DA PERNA (PP) EM CM</b>			Pontuação:
0 – Se PP < 31	1 – Se PP ≥ 31		

## ANEXO E - HURT, INSULT, THREATEN, SCREAM – ELDER ABUSE SCREENING TEST (H-S/EAST)

### HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE SCREENING TEST (H-S/EAST)

*Vou continuar conversando com o senhor (a) sobre o relacionamento do senhor (a) com as pessoas que convivem com o (a) senhor (a).*			
N.º	PERGUNTAS	RESPOSTAS/ PONTUAÇÃO	
		0	1
1	O(a) senhor(a) tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico?	Sim	Não
2	O(a) senhor(a) está ajudando a sustentar alguém?	Não	Sim
3	O(a) senhor(a) muitas vezes se sente triste ou só?	Não	Sim
4	Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como o(a) senhor(a) deve viver ou onde deve morar?	Não	Sim
5	O(a) senhor(a) se sente desconfortável com alguém da sua família?	Não	Sim
6	O(a) senhor(a) é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?	Sim	Não
7	O(a) senhor(a) sente que ninguém quer o senhor(a) por perto?	Não	Sim
8	Alguém da sua família bebe muito?	Não	Sim
9	Alguém da sua família obriga o(a) senhor(a) a ficar na cama ou lhe diz que o(a) senhor(a) está doente quando o(a) senhor(a) sabe que não está?	Não	Sim
10	Alguém já obrigou o(a) senhor(a) a fazer coisas que o(a) senhor(a) não queria fazer?	Não	Sim
11	Alguém já pegou coisas que pertencem ao(a) senhor(a) sem o seu consentimento?	Não	Sim
12	O(a) senhor(a) confia na maioria das pessoas da sua família?	Sim	Não
13	Alguém lhe diz que o(a) senhor(a) causa muitos problemas?	Não	Sim
14	Em casa, o(a) senhor(a) tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer?	Sim	Não
15	Alguém próximo ao(a) senhor(a) tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?	Não	Sim

## ANEXO F – ESCALA DE TÁTICAS DE CONFLITO – FORMULÁRIO R (CTS-1).

### CONFLICT TACTICS SCALES FORM R (CTS-1)

“Não importa o quanto duas pessoas se deem bem, há momentos em que elas se desentendem, ficam irritadas com a outra pessoa, querem coisas diferentes do que a outra quer. Às vezes as pessoas brigam apenas porque estão de mau humor, cansadas, ou por outro motivo. Eu vou ler para o (a) senhor (a) uma lista de coisas que podem acontecer quando duas pessoas têm uma desavença, e eu gostaria que o senhor(a) me dissesse se alguma dessas coisas aconteceram nos **ÚLTIMOS 12 MESES** e se elas aconteceram algumas vezes ou muitas vezes. Quando o senhor(a) e alguém com quem o (a) senhor (a) se relaciona tiveram um desentendimento, uma briga, **NOS ÚLTIMOS 12 MESES** essa pessoa com quem o (a) senhor (a) se desentendeu fez alguma dessas coisas abaixo?”

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS/ PONTUAÇÃO			
		0	1	2	99
1	Ele(a) discutiu o problema calmamente?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
2	Ele(a) procurou conseguir informações para conhecer melhor o seu modo de pensar?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
3	Ele(a) trouxe, ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
4	Ele(a) xingou ou insultou?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
5	Ele(a) ficou emburrado. Não falou mais do assunto?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
6	Ele(a) retirou-se do quarto, da casa ou da área?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
7	Ele(a) chorou?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
8	Ele(a) fez ou disse coisas só para irritar?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
9	Ele(a) ameaçou bater ou jogar coisas em o (a) senhor (a)?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
10	Ele(a) destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
11	Ele(a) jogou coisas sobre o (a) senhor (a)?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
12	Ele(a) empurrou ou agarrou o (a) senhor (a)?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
13	Ele(a) deu tapa ou bofetada em o (a) senhor (a)?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
14	Ele(a) chutou, mordeu ou deu murro em o (a) senhor (a)?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
15	Ele(a) bateu ou tentou bater em o (a) senhor (a) com objetos?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
16	Ele(a) espancou o (a) senhor (a)?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
17	Ele(a) queimou; estrangulou ou sufocou o (a) senhor (a)?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
18	Ele(a) ameaçou o (a) senhor (a) com faca ou arma?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS
19	Ele(a) usou faca ou arma contra o (a) senhor (a)?	Não aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu várias vezes	NR/NS

## ANEXO G – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA (CADERNETA DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA)

ENTREVISTADOR: _____			
NOME: _____			
Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Telefone: ( ) _____ - _____			
Endereço: _____			
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PERÍMETRO DA PANTURRILHA (PP)	PERÍMETRO BRAQUIAL (PB)		
ESQUERDA – sentado(a): _____	ESQUERDA: _____		
DIREITA – em pé: _____	DIREITA: _____		
PESO: _____	Teve perda de peso NÃO INTENCIONAL no último ano?		
ALTURA: _____	( ) Não ( ) Sim, quantos kg aprox.? _____		
RAÇA	( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) não declarada ( ) indígena		
TEM RELIGIÃO	( ) Não ( ) Sim, qual: _____		
SITUAÇÃO CONJUGAL	( ) solteiro ( ) divorciado/separado ( ) viúvo ( ) casado ( ) outra: _____		
SUPORTE FAMILIAR	( ) Mora só ( ) Mora com companheiro(a) ( ) Mora com familiares/Parentes ( ) ILPI ( ) Outros _____		
Em caso de necessidade, tem quem o acompanhe ao serviço de saúde ( ) Não ( ) Sim, quem: _____			
SITUAÇÃO DE TRABALHO/ FINANCEIRA			
Renda individual (R\$): _____	Renda familiar (R\$): _____		
Trabalha atualmente ou tem alguma atividade remunerada?	( ) Não ( ) Sim, qual: _____		
Aposentado (a)	( ) Não ( ) Sim		
Recebe algum tipo de benefício (pensão, BPC, bolsa família...)	( ) Não ( ) Sim, qual: _____		
Ajuda a sustentar outra pessoa	( ) Não ( ) Sim, quem: _____		
ESTUDOS/ ESCOLARIDADE			
Sabe ler e escrever	( ) Não ( ) Sim		
Escolaridade – tempo em anos bruto: _____	( ) Nenhuma ( ) 1 a 3 anos ( ) 4 a 7 anos ( ) 8 ou mais		
ACESSO A SERVIÇOS			
Acesso a transporte público	( ) Não ( ) Sim		
Acesso fácil a supermercado, farmácia, padaria... etc?	( ) Não ( ) Sim		
CONDIÇÕES DE SAÚDE/DIAGNÓSTICOS			
Acidente vascular cerebral/derrame	Doença arterial coronariana		
Alzheimer	Epilepsia		
Anemia	Esquizofrenia		
Ansiedade	Hipertensão arterial (HAS)		
Asma	Insuficiência cardíaca		
Demência (declínio cognitivo)	Parkinson		
Depressão	Úlcera gastrointestinal		
Diabetes mellitus			
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)			
MEDICAMENTOS EM USO			
Faz uso de 5 ou mais medicamentos? ( ) Não ( ) Sim			
DEFICIÊNCIA ( ) Não ( ) Sim – especificar abaixo			
( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Amputação ( ) Intelectual/ cognitiva ( ) Outras: _____			
HÁBITOS DE VIDA			
Fumante	( ) Não ( ) Sim		
Faz uso de álcool	( ) Não ( ) Sim		
Pratica atividade física regular	( ) Não ( ) Sim		
Atividades sociais ou algum tipo de lazer	( ) Não ( ) Sim		
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	( ) Não ( ) Sim – quantidade: _____	Motivo: _____	
Motivos: _____			
CIRURGIAS PRÉVIAS (tipo e ano)			

## ANEXO H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VULNERABILIDADE E CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO NO BRASIL, PORTUGAL E ESPANHA

**Pesquisador:** GILSON DE VASCONCELOS TORRES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 36278120.0.1001.5292

**Instituição Proponente:** Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio  
CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.267.762

#### Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa projeta ser um estudo multicêntrico em rede internacional, analítico comparativo, longitudinal com abordagem quantitativa, multiprofissional e interdisciplinar.

Este estudo será realizado no Brasil, Portugal e Espanha com a população idosa nos cenários da Atenção Primária à Saúde (APS) e Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs) /Residências conforme denominação em cada País, e atende ao Edital 01/2020 - Redes de Pesquisa da UFRN, o que fomentou já a criação da rede internacional de pesquisa sobre vulnerabilidade, saúde, segurança e qualidade de vida do idoso: Brasil, Portugal e Espanha. No Brasil, serão pesquisados idosos residentes em 24 municípios, sendo no Nordeste (Natal/RN, Macaíba/RN, Parnamirim/RN, Santa Cruz/RN, João Pessoa/PB, Jequié/BA, Vitória da Conquista/BA, Recife/PE, Sobral/CE, Teresina/PI, Maceió/AL), Norte (Porto Velho/RO, Palmas/TO, Rio Branco/AC), Centro-Oeste (Goiânia/GO), Sudeste (São Roque/SP, Campinas/SP, Jundiaí/SP, Araras/SP, Divinópolis/MG, Carmo do Cajuru/MG e Viçosa/MG) e Sul (Maringá/PR e Foz do Iguaçu/PR).

**Endereço:** Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
**Bairro:** Petrópolis **CEP:** 59.012-300  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep\_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.267.762

No âmbito internacional, em Portugal (Cidade de Évora) e Espanha (Cidade de Murcia). Para compor a amostra proposital do estudo, foi adotado a fórmula de cálculo da amostra levando-se em consideração as populações finitas estimadas de idosos atendidos na atenção primária e residentes em ILPI /Residências de idosos de cada país. Serão pesquisados 3834 idosos nos três países (Brasil, Portugal e Espanha), com base nas estimativas da população idosa assistidas pela atenção básica/cuidados primário em saúde e residentes em ILPI, casas de caridade e residências para idosos nas cidades e instituições a serem pesquisadas. No Brasil, utilizando-se uma estimativa população alvo de 1.802.390 idosos, considerando-se, nível de confiança de 95% ( $Z=1,96$ ), erro amostral ( $e= 0,08$ ), proporção estimada de acerto esperado (P) de 50% e erro esperado (Q) de 50% de idosos atendidos na atenção básica e/ou residente em ILPI nas 24 cidades pré-selecionadas como cenários da pesquisa e a amostra estimada ficou em 3534 idosos. Em Portugal, Évora, utilizando-se uma estimativa população alvo de 40.808 idosos, considerando-se, nível de confiança de 95% ( $Z=1,96$ ), erro amostral ( $e= 0,08$ ), proporção estimada de acerto esperado (P) de 50% e erro esperado (Q) de 50% de idosos nos cuidados primários e/ou residentes em casas de caridade/centro dia pré-selecionadas como cenários da pesquisa, a amostra estimada ficou em 150 idosos. Na Espanha, cidade de Murcia, utilizando-se uma estimativa população alvo de 77.488 idosos, considerando -se, nível de confiança de 95% ( $Z=1,96$ ), erro amostral ( $e= 0,08$ ), proporção estimada de acerto esperado (P) de 50% e erro esperado (Q) de 50% de idosos nos cuidados primários e/ou residentes para idosos como cenários da pesquisa, a amostra estimada ficou em 150 idosos. A coleta de dados ocorrerá de forma simultânea em todos os países em dois momentos nos cenários/idosos (T1-2º semestre 2021 entre os meses de julho a dezembro; T2-2º semestre 2022, entre os meses de julho a dezembro), pela equipe de pesquisa em cada país/cidade, previamente treinada com os todos os procedimentos a serem utilizados na pesquisa. Os dados serão organizados e analisados pelo Software Estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 23.0.

**Objetivo da Pesquisa:**

OBJETIVO GERAL: analisar a relação da vulnerabilidade com as condições sociais, de saúde e cuidados/intervenções na pessoa idosos atendida na atenção primária à saúde e instituições de longa permanência para idosos no Brasil, Portugal e Espanha.

**Endereço:** Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
**Bairro:** Petrópolis **CEP:** 59.012-300  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep\_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.267.762

**Objetivo Secundário:**

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar as características sociodemográficas e sociais dos idosos;
- Avaliar as condições de saúde dos idosos quanto aos aspectos do declínio cognitivo, fragilidade, vulnerabilidade, funcionalidade familiar, capacidade e fragilidade funcional, qualidade de vida, depressão em geriatria, Pressão Arterial Sistêmica, Avaliação nutricional, risco de quedas, segurança do idoso e violência;
- Verificar os indicadores de saúde dos países/cidades cenários do estudo (cobertura AB e ESF, número de leitos/UTI, % Médicos e Enfermeiros) no início do estudo e final da coleta de dados;
- Verificar os indicadores sociais dos países/cidades cenários do estudo (GINI, IDH, % Pobreza, Renda Per capita e outros auxílios governamentais) no início do estudo e final da coleta de dados;
- Caracterizar os cuidados, condutas e intervenções em saúde (tipo, frequência e forma de aplicação individual/coletiva) adotadas nos serviços de saúde e ILPI no início do estudo e final da coleta de dados;
- Analisar a qualidade do cuidado e segurança nos serviços de saúde e ILPI; - Analisar o uso das Práticas Integrativas e Complementares na saúde integral do idoso desenvolvidas nos serviços de saúde e ILPI;
- Verificar a associação entre as características sociodemográficas, de saúde, cuidados, condutas e intervenções em saúde desenvolvidas para as pessoas idosas atendidas nos serviços de saúde e ILPI participantes do estudo (T1: Início do estudo, T2: 12 meses após);
- Verificar a relação da vulnerabilidade com as condições sociais, de saúde, cuidados/intervenções em saúde desenvolvidas nos idosos atendidos nos serviços de saúde e ILPI participantes do estudo (T1: Início do estudo, T2: 12 meses após).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Tendo em vista que não serão realizados procedimentos invasivos, os pesquisadores projetam que os serão mínimos, que estaremos atentos a identifica-los e buscar imediatamente suspender a coleta de dados e reparar o eventual dano causado. Em caso de complicações ou danos à saúde

**Endereço:** Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
**Bairro:** Petrópolis **CEP:** 59.012-300  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep\_huol@yahoo.com.br

**UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN**



Continuação do Parecer: 4.267.762

nos idosos pesquisados que possam ter relação com a pesquisa, compete aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa em cada cenário/país garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada na sua cidade que a coleta de dados for realizada. O tempo para a avaliação será distribuído em dias alternados (segundas, quartas e sextas) e a equipe terá o máximo de cuidado para que todas as informações já existentes sejam anotadas para evitar reavaliações desnecessárias. O tempo em cada dia de aplicação dos instrumentos será de no máximo 1 hora em ambiente adequado e reservado para garantir a privacidade do participante. Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos durante os procedimentos de avaliação e das entrevistas. Esses riscos poderão ser minimizados uma vez que a equipe será treinada antes de realizar as avaliações, o local será restrito ao pesquisador e ao idoso. Durante as entrevistas, qualquer pergunta que cause constrangimentos ao idoso, o mesmo terá o direito de não responder ou de parar a qualquer momento. Na avaliação da gordura do corpo do idoso poderá ter algum desconforto quando for usado os aparelhos no braço ou barriga, porém o pesquisador e/ou membro da equipe será treinado para fazer o mais breve possível o exame e sem desconfortos.

**Benefícios:**

Como benefícios diretos da pesquisa o idoso receberá todas as informações das avaliações sobre sua saúde e seus dados sociais e encaminhamentos para atendimentos direcionados a sua necessidade serão garantidos pelo pesquisador. Os benefícios indiretos serão contribuir para as informações sobre envelhecimento tanto no Brasil, quanto em Portugal e Espanha. Espera-se que a pesquisa possa promover a troca de experiências bem-sucedidas de intervenções na atenção primária e ILPI, e que promova a formulação de estratégias, ações, programas e políticas voltadas para o envelhecimento ativo e com qualidade de vida.

Diante do exposto, esperamos que os resultados da pesquisa permitam:

- A capacitação os profissionais de saúde quanto ao uso adequado da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos países que utilizam;
- A identificação, descrição e proposição de resolução das fragilidades da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, e que permita sua aplicabilidade nos diversos cenários de convivência do idoso (domicílio, centro de convivência, ILPI e unidades de saúde);
- A identificação das necessidades sociais e saúde dos idosos usuários dos serviços de saúde e

**Endereço:** Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
**Bairro:** Petrópolis **CEP:** 59.012-300  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep\_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.267.762

ILPI;

- O rastreamento precoce da presença de sintomas depressivos, declínio cognitivo, fragilidade, vulnerabilidade, funcionalidade familiar, capacidade e fragilidade funcional, qualidade de vida, alteração da PAS, alteração nutricional, risco de quedas, segurança do idoso e violência no idosos avaliados;
- A identificação das condições e indicadores sociais e saúde nos diferentes cenários e países envolvidos e sua relação com o risco da vulnerabilidade dos idosos;
- A melhora da qualidade de vida dos idosos por meio da promoção da saúde e prevenção de agravos;
- O estabelecimento de planos de cuidados para idosos na atenção primária e ILPI com base nos problemas sociais e saúde identificados;
- A discussão, formulação e adoção de estratégias, programas e políticas na melhoria da qualidade dos serviços de saúde e ILPI, segurança, redução do risco de quedas e violência contra a pessoa idosa;
- A discussão de pesquisas multicêntricas de pesquisas, transferência tecnológica e produção científica qualificada sobre o envelhecimento em rede com os grupos de pesquisas dos três países envolvidos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Exequível e de elevada relevância especialmente por tratar e construir conhecimentos sobre as vulnerabilidades da pessoa idosa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos presentes.

**Recomendações:**

- O CEP HUOL/UFRN ALERTA que, mesmo o projeto não apresentando óbices éticos e estando, dessa forma, aprovado, o desenvolvimento de etapas com participantes deverá ocorrer, preferencialmente, após o fim do distanciamento social e da redução dos riscos relacionados ao Coronavírus (COVID-19);
- O pesquisador deve priorizar pela adoção de medidas de coleta de dados por meio virtual;
- Caso o(a) coordenador(a) da pesquisa decida executar as etapas com participantes de pesquisa antes do fim do distanciamento social, deverá colher Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Endereço:** Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
**Bairro:** Petrópolis **CEP:** 59.012-300  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep\_huol@yahoo.com.br

**UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN**



Continuação do Parecer: 4.267.762

– Covid-19;

- Caso o cronograma apresentado no projeto de pesquisa aprovado seja alterado, em decorrência da pandemia do Coronavírus (COVID-19), solicitamos que seja encaminhado um novo cronograma ao CEP HUOL/UFRN, sob a forma de notificação do tipo "Comunicação de Início do Projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a correção das pendências, o projeto está aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1605614.pdf	08/09/2020 10:06:16		Aceito
Declaração de Pesquisadores	MODELO_HUOL_Declaracao_de_Nao_inicio_da_Pesquisa_Prof_Gilson_Torres.pdf	08/09/2020 10:00:02	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Atual.docx	08/09/2020 09:59:12	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito

**Endereço:** Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
**Bairro:** Petrópolis **CEP:** 59.012-300  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep\_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.267.762

Outros	Chamada_PQ2020_cronogramanovo_lin k.pdf	05/08/2020 09:35:19	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Outros	EDITAL_N_01_2020_REDES_DE_PES QUISA_ERRATA.pdf	05/08/2020 09:33:49	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Nao_Inicio_Pesquisa_Prof_ Gilson.pdf	05/08/2020 09:30:59	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/08/2020 09:26:23	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PROPOSTO_ATUAL.pdf	01/08/2020 15:50:43	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPQ_GILSON_TORRES_CEP _UFRN_COMPLETO.pdf	01/08/2020 15:47:57	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Outros	Instrumentos_Projeto.pdf	01/08/2020 15:46:42	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade_Pesquisadore s.pdf	01/08/2020 15:45:52	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Folha_Identificao_Pesquisador_Gilson_ Torres.pdf	01/08/2020 15:42:42	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Declaração de concordância	Termo_AnuenciaInstituicoes.pdf	01/08/2020 15:41:10	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	01/08/2020 15:40:09	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PROPOSTO.pdf	01/08/2020 15:39:03	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
**Bairro:** Petrópolis **CEP:** 59.012-300  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep\_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.267.762

NATAL, 10 de Setembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**jose diniz junior**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
**Bairro:** Petrópolis **CEP:** 59.012-300  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep\_huol@yahoo.com.br

## ANEXO I – TERMO DE OUTORFA (FINANCIAMENTO DO PROJETO)



0257801662000850

### TERMO DE OUTORGA

**Processo:** 408535/2021-0

**Vigência:** início: 03/02/2022 fim: 28/02/2025

**Título:** VULNERABILIDADE E CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO NO BRASIL, PORTUGAL E ESPANHA

**Instituição de Execução:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**CNPJ:** 24365710000183

**Ação:** Chamada CNPq/MCTI/FNDCT Nº 18/2021 - Faixa B - Grupos Consolidados

**Valor Global:** R\$ 169.237,02

**Capital:** R\$ 32.350,00

**Custeio:** R\$ 122.487,02

**BOLSAS DE LONGA DURAÇÃO:** R\$ 14.400,00

**Modalidade:**Iniciação Científica - IC

**Duração:**36 Meses

**Quantidade:**1

O outorgado, Gilson de Vasconcelos Torres, CPF número 513.267.284-15, sabedor de que a presente CONCESSÃO constitui aporte financeiro com encargos em prol do desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação do País e, considerando a necessidade de prestar contas do dinheiro público utilizado, conforme legislação vigente, declara e se obriga a:

- a) dedicar-se às atividades pertinentes à proposta aprovada;
- b) conhecer, concordar e atender integralmente às exigências e às normas que regem a CONCESSÃO acima especificada;
- c) ter ciência de que o não cumprimento do pactuado ensejará o ressarcimento parcial ou integral ao CNPq do investimento realizado com a CONCESSÃO, atualizado monetariamente de acordo com a correção dos débitos para com a Fazenda Nacional, acrescido de juros, sob pena de ter seu nome inscrito no Cadastro Informativo de Créditos Não Quitados do Setor Público Federal - CADIN, de submeter-se a Processo Administrativo de Cobrança ou a Tomada de Contas Especial no Tribunal de Contas da União, à inscrição do débito decorrente na Dívida Ativa da União e eventual execução judicial;
- d) ter ciência de que o apoio financeiro poderá ser cancelado ou suspenso em caso de ausência de repasse financeiro de eventual parceiro responsável pelo aporte; e
- e) ter conhecimento de que a aceitação deste TERMO é feita sob pena da incidência nos artigos 297-299 do Código Penal Brasileiro sobre a falsificação de documento público e falsidade ideológica, respectivamente.

Anexo IB

#### CONDIÇÕES GERAIS PARA AUXÍLIOS

##### 1. DA CONCESSÃO

**1.1.** Ao aceitar o apoio financeiro, o beneficiário declara formalmente:

- a) observar o disposto na legislação pertinente e nas normas do CNPq;
- b) conhecer o Acordo de Cooperação Técnica (colocar link para o respectivo acordo, se possível, ou ao modelo se não for possível!) firmado entre a instituição de execução do Projeto / Plano de Trabalho e o CNPq, publicado no Diário Oficial da União;
- c) possuir anuência formal da instituição de execução do Projeto / Plano de Trabalho, seja sob a forma de vínculo empregatício ou formal.
- d) dispor das autorizações especiais de caráter ético, legal ou logístico, nos casos em que sejam exigidas, devido às características do projeto;
- e) manter os documentos referidos nas alíneas *ç* e *đ* em seu poder até cinco anos após a aprovação final das contas do CNPq, não sendo necessária sua remessa ao CNPq;
- f) estar ciente de que o prazo para utilização dos recursos financeiros começa a vigorar a partir da assinatura do Termo de Outorga e se encerra no término de sua vigência, devendo ser aplicados, tais recursos, exclusivamente para a execução da proposta aprovada;
- g) conhecer e respeitar as diretrizes da Comissão de Integridade na Atividade Científica do CNPq ([http://www.cnpq.br/web/guest/view/-/journal\\_content/56\\_INSTANCE\\_0oED/10157/106200](http://www.cnpq.br/web/guest/view/-/journal_content/56_INSTANCE_0oED/10157/106200)).

**1.2.** O beneficiário compromete-se, ainda, a:

- a) utilizar os recursos financeiros de acordo com os critérios e procedimentos estabelecidos no Manual de Utilização de Recursos Financeiros e Prestação de Contas ([http://www.cnpq.br/web/guest/view/-/journal\\_content/56\\_INSTANCE\\_0oED/10157/6122070](http://www.cnpq.br/web/guest/view/-/journal_content/56_INSTANCE_0oED/10157/6122070));
- b) utilizar os recursos financeiros estritamente para o cumprimento do objeto do Projeto/ Plano de Trabalho e exclusivamente com itens financiáveis estabelecidos nas normas do CNPq, na Ação ou no instrumento jurídico de parceria que a ampare;
- c) assumir todas as obrigações legais decorrentes de contratações eventuais necessárias à consecução do objeto, eximindo o CNPq de qualquer responsabilidade que possa advir de tais contratações;
- d) apresentar, nos prazos que lhe forem determinados, informações ou documentos referentes tanto ao desenvolvimento quanto à conclusão do Projeto / Plano de Trabalho aprovado;
- e) propor alterações ao Projeto / Plano de Trabalho para prévia análise e deliberação do CNPq e de entidade co-financiadora, quando for o caso, desde que não se altere o objeto do Projeto;
- f) permitir e facilitar ao CNPq o acesso aos locais de execução do projeto para monitoramento e avaliação;
- g) apresentar relatórios parciais de execução do objeto do Projeto / Plano de Trabalho, para o monitoramento e a avaliação, a cada 12 (doze) meses, via plataforma eletrônica do CNPq;
- h) apresentar o Relatório de Execução do Objeto *ç* REO do Projeto / Plano de Trabalho, bem como o comprovante de devolução de eventual saldo remanescente, em até 60 (sessenta) dias após o término da vigência do processo, via plataforma eletrônica do CNPq, sob pena de instauração de processo administrativo de cobrança;
- i) apresentar Relatório de Execução Financeira, quando exigido pelo CNPq, conforme disposto no Manual de Utilização de Recursos e Prestação de Contas;
- j) solicitar autorização formal ao CNPq quando pretender remanejar recursos de capital para custeio, e vice-versa, em percentual superior a 20% do valor total do Projeto; e
- k) solicitar prorrogação do projeto, quando necessário, via plataforma eletrônica do CNPq, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término da vigência, acompanhada da devida justificativa.

## **2. DA PROPRIEDADE INTELECTUAL / CRIAÇÃO PROTEGIDA**

Caso o projeto possa resultar em produto, processo ou serviço passível de proteção da Propriedade Intelectual ou que venha a ter valor comercial, a troca de informações e a reserva dos direitos, em cada caso, se darão de acordo com o estabelecido nas legislações específicas nacionais e internacionais, bem como nas normas internas do CNPq sobre propriedade intelectual.

## **3. DAS PUBLICAÇÕES E DIVULGAÇÃO**

**3.1.** Trabalhos publicados e a divulgação, sob qualquer forma de comunicação ou por qualquer veículo, de resultados obtidos com recursos do Projeto / Plano de Trabalho, deverão, obrigatoriamente, no idioma da divulgação, fazer menção expressa ao apoio recebido do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico *ç* CNPq *ç* Brasil, bem como mencionar quaisquer outras entidades/órgãos financiadores, especialmente aqueles que participaram no apoio do Projeto / Plano de Trabalho em conjunto com o CNPq.

**3.2.** Material de divulgação de eventos, publicações em geral e a publicidade relativa a eles, e de trabalhos e atividades apoiadas ou financiadas pelo CNPq, deverão trazer a logomarca deste em lugar visível, de fácil identificação em escala e tamanho proporcionais à área de leitura. Esclarecimentos a respeito e os padrões a observar devem ser objeto de consulta prévia junto à área de comunicação social do CNPq ([comunicacao@cnpq.br](mailto:comunicacao@cnpq.br)).

**3.2.1.** Os itens anteriormente relacionados, bem como a publicidade relativa a eles, deverão trazer a logomarca de outras entidades/órgãos financiadores, em lugar visível, de fácil identificação, e em escala e tamanho proporcionais à área de leitura.

## **4. DA DESISTÊNCIA, DA SUSPENSÃO E DO CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO**

4.1. O beneficiário deverá comunicar, via plataforma eletrônica do CNPq, a desistência do projeto acompanhada da devida justificativa.

4.1.1. No prazo de 60 (sessenta) dias da comunicação da desistência, deverão ser apresentados o relatório de execução do objeto do Projeto / Plano de Trabalho e o relatório de execução financeira, como também deverá ser devolvido ao CNPq eventual saldo financeiro.

4.1.2. A não observância do disposto no item 4.1.1 implicará a devolução do valor devidamente atualizado monetariamente, acrescido de juros, na forma da legislação aplicável aos débitos da Fazenda Nacional.

4.2. A liberação dos recursos do apoio financeiro ao projeto será suspensa quando ocorrer uma ou mais das seguintes irregularidades, constatada(s) por procedimentos de monitoramento e controle realizados pelo CNPq, Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações e MCTIC, Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União e CGU ou Tribunal de Contas da União e TCU:

- a) não comprovação da utilização adequada de parcela anteriormente recebida, na forma da legislação pertinente, quando solicitada;
- b) verificação de desvio de finalidade na utilização dos recursos ou dos bens patrimoniais gerados ou adquiridos no projeto;
- c) atrasos não justificados no cumprimento das etapas do Projeto/Plano de Trabalho; e
- d) quando for descumprida qualquer condição deste instrumento.

4.2.1. A(s) irregularidade(s) verificada(s) deverá(ão) ser corrigida(s) no prazo fixado pelo CNPq.

4.3. Ao término do prazo fixado, mantida uma ou mais irregularidades previstas no item 4.2 o auxílio será cancelado, aplicando-se, no que couber, o disposto nos itens 4.1.1 e 4.1.2.

4.4. Cancelada a concessão do auxílio o beneficiário será considerado inadimplente, terá suspenso o pagamento de todas as concessões vigentes e não poderá concorrer a novas modalidades de apoio financeiro até a regularização de sua situação perante o CNPq, sem prejuízo de outras medidas cabíveis.

4.4.1. O cancelamento do auxílio com fundamento no item 4.3 obrigará o BENEFICIÁRIO a ressarcir integralmente o CNPq de todas as despesas realizadas, atualizadas e acrescidas de juros nos termos da legislação.

## 5. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1. As propostas financiadas com recursos de outras fontes obrigam, ainda, à observância de eventuais disposições específicas constantes na Ação ou no instrumento jurídico de parceria que a ampare.

5.1.1. Se financiada com recursos de outras fontes, poderão prevalecer ainda disposições específicas constantes na Ação ou no instrumento jurídico de parceria que a ampare.

5.2. Para assinatura do Termo de Outorga a instituição de execução do Projeto / Plano de Trabalho deverá ter Acordo de Cooperação Técnica vigente firmado com o CNPq.

5.3. O apoio financeiro aprovado pelo CNPq não gera vínculo de qualquer natureza ou relação de trabalho.

5.3.1. O pessoal envolvido na execução do projeto não possuirá vínculo de qualquer natureza com o CNPq e deste não poderá demandar quaisquer pagamentos, sendo estes de inteira responsabilidade do beneficiário / instituição de execução do Projeto / Plano de Trabalho que o tiver empregado na sua execução.

5.3.2 Ficam o beneficiário e a instituição de execução do Projeto / Plano de Trabalho responsáveis por ressarcir o CNPq por quaisquer despesas decorrentes de eventuais processos trabalhistas.

5.4. O processo somente será encerrado após as aprovações do relatório de execução do objeto do Projeto / Plano de Trabalho e da Prestação de Contas Financeira, quando exigida, e desde que cumpridas todas as condições previstas neste instrumento e nas normas aplicáveis.

5.5. A inobservância de dispositivos legais aplicáveis implicará no encerramento imediato do apoio financeiro aprovado e obrigará o beneficiário a ressarcir integralmente o CNPq de todas as despesas realizadas, atualizadas e acrescidas de juros nos termos da legislação, sem prejuízo da aplicação de penalidades cabíveis.

5.6. O beneficiário reconhece que ao CNPq compete exercer a autoridade normativa de monitoramento e controle sobre a execução do Projeto / Plano de Trabalho, bem como transferir a responsabilidade pelo projeto, no caso de paralisação ou de fato relevante que venha a ocorrer, de modo a evitar a descontinuidade das atividades.

Declara, ainda, que leu e aceitou integralmente os termos deste documento e as Condições Gerais em anexo, comprometendo-se a cumpri-los fielmente, não podendo, em nenhuma hipótese, deles alegar desconhecimento.

*Termo de aceitação registrado eletronicamente por meio da internet junto ao CNPq, pelo agente receptor 10.0.10.55(srv-piccc09.cnpq.br) , mediante uso de senha pessoal do Beneficiário em 03/02/2022, originário do número IP 200.130.33.73(200.130.33.73) e número de controle 2276005322760053:2737875660-581786459.*

Para visualizar este documento novamente ou o PDF assinado digitalmente, acesse:  
<http://efomento.cnpq.br/efomento/termo?numeroAcesso=0257801662000850>.