



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**DIRETRIZ DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO HOSPITALIZADO
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

GLEICY KARINE NASCIMENTO DE ARAÚJO MONTEIRO

JOÃO PESSOA - PB

2022



**DIRETRIZ DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO
HOSPITALIZADO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

GLEICY KARINE NASCIMENTO DE ARAÚJO MONTEIRO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde

Projeto de Pesquisa: Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado em situação de violência

Orientador: Rafaella Queiroga Souto.

JOÃO PESSOA - PB

2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M775d Monteiro, Gleicy Karine Nascimento de Araújo.
Diretriz de atendimento multiprofissional ao idoso
hospitalizado em situação de violência / Gleicy Karine
Nascimento de Araújo Monteiro. - João Pessoa, 2022.
202 f. : il.

Orientação: Rafaela Queiroga Souto.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Assistência hospitalar - Idoso. 2. Diretriz. 3.
Equipe multiprofissional. 4. Fluxograma. 5. Maus-tratos
- Idoso. 6. Violência - Exposição. I. Souto, Rafaela
Queiroga. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-083-053.9(043)

GLEICY KARINE NASCIMENTO DE ARAÚJO MONTEIRO

**DIRETRIZ DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO
HOSPITALIZADO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em 17 de outubro de 2022.

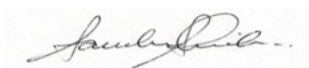
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª. Rafaella Queiroga Souto
Orientadora



Profª Drª. Selene Cordeiro Vasconcelos
Membro Interno Titular – UFPB

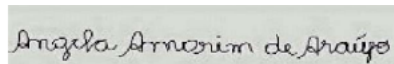


Profª Drª. Sandra Aparecida de Almeida
Membro Interno Titular – UFPB



Profª Drª. Fábiana Alexandra Pottes Alves

Membro Externo Titular – UFPE



Profª Drª. Ângela Amorim de Araújo

Membro Externo Titular – UFPB

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me sustentado até aqui, me dando forças e sabedoria para alcançar a realização dessa conquista.

À minha mãe Glicia e meu avô Geraldo, por tanta dedicação e investimento nos meus estudos para que eu realize mais um sonho, inclusive abrindo mão das suas vontades para que eu alcance meus objetivos.

A minha tataravó Irene (in memoriam), que cuidou tão bem de mim e sempre foi um dos motivos para que eu me dedicasse incansavelmente aos meus estudos. És minha maior saudade.

À minha irmã Yngridh, por servir como inspiração para que eu me dedique diariamente e consiga contribuir para a realização dos seus sonhos.

Ao meu marido Allan, que sempre embarcou comigo nos meus planos desde o início dessa caminhada, sendo fonte de paciência, dedicação, companheirismo, apoio e forças em todas as situações em que mais precisei. Obrigada por acreditar no meu potencial.

Ao meu padrasto Marcos, que se fez tão presente nesse processo, incentivando e vibrando junto comigo nas minhas vitórias.

Às minhas avós Lila e Fátima, que sempre se fizeram presentes torcendo para que essas conquistas se concretizassem.

Aos meus sogros Tereza e Ubiratan, que torceram e vibraram por cada conquista, embarcando junto comigo nos meus sonhos.

Às avós, tios e demais familiares, que nunca duvidaram da minha capacidade.

À minha querida orientadora e grande amiga Rafaella, que nunca deixou de me incentivar e apoiar nos planos que foram surgindo durante essa caminhada. Obrigada por estar comigo desde a graduação, embarcando junto nas minhas realizações e sempre destacando a minha capacidade. Será uma honra ter a senhora como parceira de trabalho.

À melhor parceira de pesquisa e amiga Renata, por embarcar junto comigo nas diferentes caminhadas da vida acadêmica e docente. Obrigada por sempre me apoiar, incentivar e compartilhar comigo os mais diferentes desafios. O processo é muito mais leve por ter você.

À amiga Camila, que desde a infância segue sendo uma fonte de apoio, desabafo e incentivo. És uma irmã pra mim e sou muito grata por ter você para partilhar essa amizade tão sólida.

Ao querido grupo de pesquisa GEPEFO, em nome de Rafael, Luiza, Fabrícia, Matheus, Jefferson, Adriana e os demais integrantes. Sorte a minha de ter vocês durante esse processo, trazendo leveza e parceria.

À amiga Bárbara, por demonstrar sempre disponibilidade, dedicação e empenho nos desafios que foram surgindo desde a graduação.

À Emanuella, Cidney, Rayli, Camilla Farias e Lara, que foram um presente da docência e seguem torcendo para que os meus planos se concretizem.

À Ana Márcia, que compartilhou comigo os desafios que foram surgindo nessa trajetória, me trazendo apoio e torcida.

À amiga do Doutorado da UFPB Anna Tereza, que trouxe mais leveza e tranquilidade nessa caminhada.

Às amigas do Mestrado da UFPB Eudánisia, Mayara e Anielly, que compartilharam boas risadas comigo, tornando mais prazeroso essa trajetória.

Às amigas da UFPE Rute e Érika, que mesmo distantes se fizeram presentes em todas as etapas.

Às amigas do cursinho Mayara, Willaine, Priscila e Dayana, que desde a época do vestibular estiveram torcendo e vibrando com as minhas conquistas.

À Larissa, amiga que a UFCG me deu de presente e que compartilha comigo essa trajetória com muita torcida e oração.

À banca examinadora por excelentes contribuições no meu trabalho e por total disponibilidade em participar desse momento tão importante em minha trajetória.

Aos professores da graduação na UFPE e do mestrado e doutorado da UFPB, que compartilharam comigo os seus conhecimentos e contribuísem para que eu chegasse até aqui.

Aos meus queridos alunos, que me ensinaram em cada encontro e também fizeram parte desse grupo de pessoas que torcia e comemorava junto cada conquista. Obrigada por me fazerem crescer e amadurecer como docente.

E a todos que, direta ou indiretamente, apoiaram e contribuíram para que eu realizasse mais esse sonho.

RESUMO

Introdução: o envelhecimento é um fenômeno global devido a mudança no perfil epidemiológico e demográfico populacional em todo o mundo. Advinda com essas transformações, a prevalência da violência contra pessoa idosa torna-se mais eminente, bem como seus impactos para a saúde dessa população, requerendo que a equipe multiprofissional esteja capacitada para identificar e conduzir a assistência aos idosos em situação de violência. Dessa forma, evidencia-se a necessidade do desenvolvimento de estudos que se proponham a elaborar tecnologias que fundamentem a atuação multiprofissional na assistência aos casos de violência. **Objetivo:** construir uma diretriz de atendimento multiprofissional ao idoso hospitalizado em situação de violência. **Metodologia:** tratar-se-á de um estudo metodológico para elaboração da diretriz. Foi inicialmente conduzido por uma *scoping review*, sequenciada pela construção do material e validação deste. A diretriz foi desenvolvida por meio da ferramenta do Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II), que tem como propósito avaliar o rigor metodológico e a qualidade das tecnologias elaboradas. De acordo com a leitura dos materiais selecionados na revisão de escopo, a diretriz foi desenvolvida no período de abril a setembro de 2022. Definiu-se como usuários-alvo da diretriz os profissionais que estão envolvidos no atendimento aos idosos em situação de violência, enquanto que a população-alvo foram os idosos. Os 6 domínios do AGREE II foram definidos para desenvolvimento da diretriz: escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas; rigor do desenvolvimento, clareza na apresentação, aplicabilidade, independência editorial. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB com o número de parecer 3.709.600 e do HUAL/UFCG parecer de nº 3.594.339. **Resultados:** a diretriz foi desenvolvida contemplando a atuação dos seguintes profissionais: médico; técnico de enfermagem; enfermeiro; enfermeiro forense; assistente social; terapeuta ocupacional; fisioterapeuta; farmacêutico; bucomaxilo; nutricionista; fonoaudiólogo; psicólogo; radiologista; profissionais da segurança pública; e profissionais do âmbito jurídico. A diretriz aborda recomendações para as seguintes etapas do atendimento: prevenção; identificação dos fatores de risco; definição dos tipos de violência; avaliação dos sinais, sintomas e comportamentos de acordo com cada tipo; consequências da violência; anamnese; exame físico; atuação multiprofissional; acompanhamento; e articulação intersetorial. **Considerações finais:** a diretriz desenvolvida neste estudo busca fornecer recomendações para os profissionais que irão utilizá-la, de modo a direcionar o atendimento multiprofissional no cuidado aos idosos em situação de violência no contexto hospitalar. Esse material subsidia a implementação de uma assistência pautada em evidência científica, promovendo a compreensão do fenômeno da violência para possibilitar o rastreio e intervenção de forma precoce.

Descritores: Diretriz; Equipe Multiprofissional; Fluxograma; Assistência Hospitalar; Maus-Tratos ao Idoso; Exposição à Violência.

ABSTRACT

Introduction: aging is a global phenomenon due to changes in the epidemiological and demographic profile of the population worldwide. As a result of these transformations, the prevalence of violence against the elderly becomes more prominent, as well as its impacts on the health of this population, requiring the multidisciplinary team to be trained to identify and conduct care for elderly people in situations of violence. In this way, the need for the development of studies that propose to develop technologies that support the multidisciplinary action in assisting cases of violence is evident. **Objective:** to build a multidisciplinary care guideline for the elderly hospitalized in situations of violence. **Methodology:** it will be a methodological study for the elaboration of the guideline. It was initially conducted by a scoping review, followed by the construction of the material and its validation. The guideline was developed using the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) tool, which aims to assess the methodological rigor and quality of the technologies developed. According to the reading of the materials selected in the scope review, the guideline was developed from April to September 2022. that the target population was the elderly. The 6 AGREE II domains were defined for guideline development: scope and purpose, stakeholder engagement;

rigor of development, clarity of presentation, applicability, editorial independence. The study was approved by the Research Ethics Committee of the HULW/UFPB with opinion number 3,709,600 and HUAL/UFCG opinion number 3,594,339. **Results:** the guideline was developed considering the performance of the following professionals: doctor; nursing technician; nurse; forensic nurse; social worker; Occupational Therapist; physiotherapist; pharmaceutical; maxillofacial; nutritionist; speech therapist; psychologist; radiologist; public safety professionals; and legal professionals. The guideline addresses recommendations for the following stages of care: prevention; identification of risk factors; definition of types of violence; assessment of signs, symptoms and behaviors according to each type; consequences of violence; anamnesis; physical exam; multidisciplinary performance; side dish; and intersectoral articulation. **Final considerations:** the guideline developed in this study seeks to provide recommendations for the professionals who will use it, in order to direct the multidisciplinary care in the care of elderly people in situations of violence in the hospital context. This material subsidizes the implementation of assistance based on scientific evidence, promoting understanding of the phenomenon of violence to enable early screening and intervention.

Descriptors: Guideline; Multiprofessional Team; Flowchart; Hospital Assistance; Elder Abuse; Exposure to Violence.

RESUMEN

Introducción: el envejecimiento es un fenómeno global debido a cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población a nivel mundial. Como resultado de estas transformaciones, se hace más notoria la prevalencia de la violencia contra el anciano, así como sus impactos en la salud de esta población, requiriendo la formación del equipo multidisciplinario para identificar y realizar la atención a los ancianos en situación de violencia. De esta forma, se evidencia la necesidad del desarrollo de estudios que propongan desarrollar tecnologías que apoyen la acción multidisciplinaria en la atención de casos de violencia. **Objetivo:** construir una guía de atención multidisciplinaria al anciano hospitalizado en situación de violencia. **Metodología:** será un estudio metodológico para la elaboración de la guía. Inicialmente fue conducido por una revisión de alcance, seguida por la construcción del material y su validación. La guía se desarrolló utilizando la herramienta Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II), cuyo objetivo es evaluar el rigor metodológico y la calidad de las tecnologías desarrolladas. De acuerdo con la lectura de los materiales seleccionados en la revisión de alcance, la directriz se desarrolló de abril a septiembre de 2022. que la población objetivo eran los adultos mayores. Los 6 dominios de AGREE II se definieron para el desarrollo de la guía: alcance y propósito, participación de las partes interesadas; rigor de desarrollo, claridad de presentación, aplicabilidad, independencia editorial. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la HULW/UFPB con el dictamen número 3.709.600 y el dictamen de la HUAL/UFCG número 3.594.339. **Resultados:** la directriz fue desarrollada considerando la actuación de los siguientes profesionales: médico; técnico de enfermería; enfermera; enfermera forense; Asistente social; terapeuta ocupacional; fisioterapeuta; farmacéutico; maxilofacial; nutricionista; logopeda; psicólogo; radiólogo; profesionales de la seguridad pública; y profesionales del derecho. La guía aborda recomendaciones para las siguientes etapas de atención: prevención; identificación de factores de riesgo; definición de tipos de violencia; valoración de signos, síntomas y comportamientos según cada tipo; consecuencias de la violencia; anamnesis; examen físico; actuación multidisciplinaria; guarnición; y articulación intersectorial. **Consideraciones finales:** la directriz desarrollada en este estudio busca brindar recomendaciones para los profesionales que la utilizarán, con el fin de orientar el cuidado multidisciplinario en el cuidado de ancianos en situación de violencia en el contexto hospitalario. Este material subsidia la implementación de asistencia basada en evidencia científica, promoviendo la comprensión del fenómeno de la violencia para posibilitar la detección e intervención temprana.

Descriptores: Directriz; Equipo Multiprofesional; diagrama de flujo; Asistencia Hospitalaria; Maltrato a personas mayores; Exposición a la violencia.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	11
2	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1	PROCESSO DE ENVELHECER NA ATUALIDADE	16
3.2	A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA E SUA TRAJETÓRIA	17
3.3	POLÍTICAS PÚBLICAS DESENVOLVIDAS QUE NORTEIAM A ASSISTÊNCIA AO IDOSO E QUE SUBSIDIAM O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA	20
3.4	ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO CUIDADO A VIOLÊNCIA	22
3.5	TECNOLOGIAS EM SAÚDE	24
4	OBJETIVOS.....	26
4.1	OBJETIVO GERAL.....	26
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
5	PERCURSO METODOLÓGICO	27
5.1	TIPO DE ESTUDO	27
5.2	REVISÃO DE ESCOPO	27
5.3	CONSTRUÇÃO DA DIRETRIZ.....	29
5.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
6	RESULTADOS	32
6.1	ARTIGO 1 - FLUXOGRAMAS E PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO AO IDOSO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: UMA REVISÃO DE ESCOPO.	32
6.2	DIRETRIZ DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO HOSPITALIZADO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.	55
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
8	FINANCIAMENTO	182
	REFERÊNCIAS.....	183
	APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS JUÍZES	190
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)....	191
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	193

1 APRESENTAÇÃO

O estudo aqui desenvolvido faz parte um projeto guarda-chuva, aprovado no Edital Universal intitulado de “Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado”, com auxílio financeiro pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), associado ao Ministério de Ensino Superior (MEC) do Brasil, a partir do Edital Universal Nº 28/2018, sob o processo Nº 424604-2018-3. O projeto está em desenvolvimento pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Forense (GEPEFO) do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

A proximidade com a área de saúde do idoso despertou em mim o interesse em cursar uma graduação na área da saúde, objetivando ter a oportunidade de promover qualidade de vida ao idoso e direcionar a minha assistência em prol da recuperação de sua saúde. A vinculação com essa área se deu mediante a experiência que tive de prestar cuidados e acompanhar a minha tataravó, durante minha adolescência, sendo fundamental para a minha aproximação com a área, assim como, a escolha do meu futuro profissional e pelo meu propósito de luta atual enquanto pesquisadora, docente e enfermeira.

Nessa trajetória, a enfermagem foi quem deu o primeiro passo de me escolher, me mostrando que a pesquisa na área de saúde do idoso seria possível dentro do curso. Ainda durante a graduação, tive a oportunidade de aprofundar meus estudos na área da violência para um projeto de Iniciação Científica, ofertado pela professora Rafaella Queiroga, vinculado ao Grupo de estudos e pesquisas em Enfermagem Forense e Envelhecimento (GEPEFE).

No entanto, não me senti capaz de estudar sobre uma área tão complexa, escolhendo por inicialmente trabalhar aspectos relacionados a autonomia do idoso e sua independência. Apesar da escolha de aprofundar meus estudos em capacidade funcional, felizmente a professora Rafaella sempre promoveu a integração de todas as temáticas dentro de suas pesquisas, de modo que tive a oportunidade de aplicar instrumentos voltados para a violência e ter o primeiro contato com o estudo desse fenômeno.

A partir disso, despertei o interesse de estudar mais sobre a violência, sobretudo, as lacunas existentes na assistência dos profissionais de saúde aos idosos em situação de violência. Com o passar do tempo senti cada vez mais a necessidade de que estudos fossem realizados e a vontade de desenvolver trabalhos mais aprofundados sobre a temática foi aumentando.

Em toda a construção que me envolvi eu pude perceber que a área da violência quanto mais se estuda, mais reflexões você realiza e maior é a inquietação em cada leitura e aprofundamento na temática. Nos dias atuais, percebo que o alcance do objetivo de contribuir

para a formação de profissionais sensibilizados com a temática da violência se torna mais complexo, no entanto, seguimos avançando em cada passo para transformar essa realidade.

O trabalho de conclusão de curso da graduação, especialização, além de artigos desenvolvidos na temática e a dissertação intitulada de “Determinantes Sociais da Violência Contra a Pessoa Idosa” despertou o interesse de seguir contribuindo no manejo aos idosos em situação de violência.

A lacuna da existência de diretrizes de atendimento que contemplem a situação de violência contra a pessoa idosa, envolvendo as esferas judiciais, da saúde e de segurança e que articule a equipe multiprofissional foi um aspecto observado durante o aprofundamento na temática.

Desse modo, o presente estudo foi norteado pela seguinte questão de pesquisa: Quais os conteúdos devem estar contidos em uma diretriz de atendimento multiprofissional ao idoso em situação de violência que esteja inserido no contexto hospitalar? Nesse sentido, originou-se a proposta de desenvolver uma diretriz que consiga solucionar lacunas existentes na identificação e cuidado a esses indivíduos por parte de toda a equipe multiprofissional.

Para o alcance da construção desse material, foi realizado inicialmente uma revisão de escopo para aprofundamento da temática e subsidio para o seu desenvolvimento. Sendo assim, o Artigo 1 intitulado de “Fluxogramas e protocolos de atendimento ao idoso em situação de violência: uma revisão de escopo”, possibilitando mapear a literatura para dispor do maior número de materiais para ser contemplado na diretriz aqui desenvolvida.

Diante desse contexto, será apresentado aqui uma diretriz de atendimento multiprofissional ao idoso hospitalizado em situação de violência, que busque apontar as condutas por parte dessa equipe no âmbito da prevenção, promoção da saúde e minimização dos agravos da violência para esse público.

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento se configura como um processo singular que provoca modificações morfológicas, funcionais e psicossociais nos indivíduos, estando culturalmente interligado à fragilidade, dependência funcional, declínio cognitivo e prevalência de doenças crônicas (SILVA *et al.*, 2022). Devido ao processo de envelhecer ocorrer de forma acelerada no Brasil, estudos interligados a saúde da pessoa idosa são incentivados, tendo em vista a necessidade de adequação dos serviços de saúde no atendimento às demandas específicas para esse público (TRINTINAGLIA; BONAMIGO; AZAMBUJA, 2022).

A depender da intensidade que as modificações vão ocorrendo no envelhecimento, os idosos podem se tornar mais propensos a serem vítimas de violência, uma vez que demandam de auxílio de terceiros para realização de Atividades da Vida Diária (AVD) (BRANDÃO *et al.*, 2021). Nesse sentido, estudos que investigam a prevalência da Violência Contra a Pessoa Idosa (VCPI) estão sendo cada vez mais frequentes para identificar os prováveis fatores que predisõem o surgimento desse fenômeno (SOUZA; MENDES *et al.*, 2021).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde a VCPI é definida como “um ato único, repetido ou a falta de ação apropriada, ocorrendo em qualquer relacionamento em que exista uma expectativa de confiança que cause danos ou sofrimento a uma pessoa idosa” (WHO, 2002b, p.3). Nesse sentido, a VCPI se configura como um problema de saúde pública devido a sua complexidade e magnitude, acometendo os idosos com alta prevalência a nível mundial (COOPER; LIVINGSTON, 2020; TRINTINAGLIA; BONAMIGO; AZAMBUJA, 2022).

A manifestação da violência pode ocorrer de diferentes formas, seja por meio de agressões físicas, psicológicas e financeiras, como também sexual, abandono, negligência e violência autoprovocada. O idoso pode ser vítima de apenas um tipo de violência, no entanto, observa-se que, quando é realizada a denúncia, esse idoso vivencia mais de um tipo de agressão, comumente a violência psicológica precedendo a violência física (CUNHA *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a VCPI é um problema que ocasiona diversas consequências, tais como: declínio cognitivo, incapacidade funcional, maior nível de fragilidade, perda de autonomia, aparecimento de doenças crônico degenerativas, retraimento social e surgimento de sintomas depressivos (RAPOSO *et al.*, 2021). Assim, a intensidade e frequência dessas agressões pode influenciar na repercussão da violência, ocasionando consequências que podem levar esses indivíduos a hospitalização.

Um estudo que avaliou as internações hospitalares, investigando as agressões, negligência ou abandono, apontou que houveram 14.651.626 internações de idosos e 6,3% (n=930.805) foram provenientes de causas externas, de modo que 1,8% (n=16.814) se

configuraram como violência. Esse dado permite refletir que a violência tem desdobramentos mais complexos que levam a internação, a depender da intensidade e gravidade das agressões (BRANDÃO *et al.*, 2021). Além disso, verifica-se uma fragilidade na assistência aos idosos vítimas de violência, principalmente no cenário hospitalar, em que a atenção direcionada aos danos provocados se sobressaem a real origem do problema (ANTEQUERA *et al.*, 2020).

Nesse sentido, observa-se que os idosos tendem a utilizar com maior frequência os serviços de saúde, principalmente a rede hospitalar, devido ao acometimento por alterações mais complexas que ocasionam maior fragilidade, refletindo em uma taxa de internação e de ocupação do leito de forma mais prolongada (SANTOS *et al.*, 2021). Essa realidade promove impactos nas demandas dos profissionais, influencia nos altos custos dos serviços e agrava a condição de saúde do idoso, principalmente se este indivíduo estiver sendo vítima de violência (BATISTA; TEIXEIRA, 2021)

A literatura aponta que quando ocorre a denúncia da violência, episódios anteriores já aconteceram e tendem a ser repetitivos até que aconteça alguma alteração no ambiente em que o idoso vive (CUNHA *et al.*, 2021). Sendo assim, destaca-se a necessidade de identificação e intervenção precoce de toda a equipe de saúde, contribuindo para minimizar os agravos e prevenir que novos casos ocorram (ANTEQUERA *et al.*, 2020).

A falta de capacitação dos profissionais durante a sua formação acadêmica justifica a dificuldade em identificar e conduzir a assistência aos idosos em situação de violência (SANTOS *et al.*, 2021). A construção de tecnologias que subsidiem as condutas é imprescindível para composição de um arcabouço teórico que padronize os cuidados e promova eficácia no atendimento (BATISTA; TEIXEIRA, 2021).

Deste modo, o fortalecimento da equipe multiprofissional possibilita ofertar um cuidado na perspectiva interdisciplinar e de forma resolutiva para os idosos vítimas de violência, integrando a particularidade de cada profissão no planejamento da assistência a esse indivíduo (BATISTA; TEIXEIRA, 2021).

A obrigatoriedade da notificação de casos confirmados e suspeitos estimula a construção de uma rede multiprofissional e interinstitucional, que fundamentará a compreensão da situação epidemiológica da população, bem como a elaboração de políticas públicas de prevenção e intervenções aos casos de violência (SANTOS *et al.*, 2021; TRINTINAGLIA; BONAMIGO; AZAMBUJA, 2022).

A utilização de tecnologias para rastreamento e atuação nos casos de VCPI agrega valor aos profissionais que as utilizam, pois, além de fornecer subsídios para identificação de sinais de

riscos, os auxiliam na tomada de decisão. Entretanto, no Brasil, ainda é escassa a existência de tecnologias direcionadas aos diferentes cenários de atuação (FREITAS *et al.*, 2019).

Nesse sentido, é imprescindível dispor na literatura de diretrizes validadas, uma vez que o seguimento das etapas recomendadas para elaboração e validação de uma tecnologia oferece confiabilidade e validade para serem aplicadas em cenários e populações destinadas para esse fim (ARAÚJO-MONTEIRO, 2020).

Portanto, ao considerar o envelhecimento populacional, o aumento do número de casos de VCPI, a subnotificação de casos suspeitos e/ou confirmados em todos os níveis de complexidade, é de suma relevância uma abordagem completa ao idoso em situação de violência por meio de uma equipe multiprofissional. Dessa forma, evidencia-se a necessidade do desenvolvimento de estudos que se proponham a elaborar tecnologias que subsidiem a assistência multiprofissional aos casos de VCPI, tendo em vista que o atendimento qualificado minimiza os danos e pode promover uma recuperação em menor tempo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Processo de envelhecer na atualidade

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) idoso é todo ser humano com idade igual ou superior a 60 anos (WHO, 2002a). O envelhecimento é um processo que vem ocorrendo de forma acelerada em todo o mundo, sendo decorrente do aumento da expectativa de vida da população (BEZERRA; NUNES; MOURA, 2021). Diante disso, acredita-se que a estimativa do quantitativo de idosos em 2050 no Brasil corresponda a aproximadamente 30% da população total (ALENCAR JÚNIOR; MORAES, 2018).

Já o envelhecimento é definido como uma fase em que cada indivíduo vivencia de forma singular, de modo que as alterações físicas, morfológicas, funcionais, psicológicas e sociais acometem cada idoso com intensidade diferente (MENEZES *et al.*, 2018; FIGUEIRA *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2021). Além disso, o processo de envelhecer reflete também o estilo de vida que cada indivíduo vivenciou ao longo de sua trajetória (MONTEIRO; COUTINHO, 2020).

No entanto, frequentemente observa-se que as pessoas veem o envelhecimento atrelado à fragilidade, dependência e vulnerabilidade (VERAS *et al.*, 2019; PEREIRA; MARCOMINI; PAULA, 2020). Essa visão interfere na percepção do processo de envelhecer, ocasionando uma negação por parte dos idosos ao vivenciarem essa etapa (SANTOS *et al.*, 2019).

Essas modificações interferem na autonomia que o idoso possui e gera impactos em sua qualidade de vida devido aos aspectos como retraimento social, isolamento, falta de sentido na vida, surgimento de transtornos mentais e de doenças crônicas, violência, declínio cognitivo, risco de quedas, entre outros (MENEZES *et al.*, 2018; PEREIRA; MARCOMINI; PAULA, 2020).

Esses eventos quando acontecem tendem a acentuar problemas e promover uma relação bidirecional entre os aspectos envolvidos, de modo que o idoso vivencia situações em que uma coisa leva a outra e que, por sua vez, agrava a anterior, diminuindo a sua qualidade de vida, independência e autonomia (VENTURA; 2020; GARBACCIO *et al.*, 2018).

A dependência que o idoso apresenta reflete no nível suporte de terceiros que ele irá precisar para realizar as atividades cotidianas, tornando esse indivíduo mais vulnerável a ser vítima de violência, uma vez que pode precisar de suporte para realizar algumas funções ou ser totalmente incapaz de executar ações como manuseio do dinheiro, uso de transporte, viagens, realizar e receber visitas (ARAÚJO *et al.*, 2019; SOARES *et al.*, 2021).

Nesse sentido, o idoso deve se envolver em atividades realizadas pela comunidade ou profissionais de saúde que estimulem a sua independência e que possibilite a interação com outros idosos que vivenciam situações similares às suas, para que encontrem apoio e modifiquem a percepção do envelhecimento como uma fase ruim da vida (SOUZA; SILVA; BARROS, 2021; FORNER; ALVES, 2020).

3.2 A Violência Contra a Pessoa Idosa e sua trajetória

A temática da violência se mostrou mais evidente nas últimas décadas, em que diferentes estudos foram sendo realizados quanto à identificação dos fatores de risco, mensuração da prevalência em diferentes locais e avaliação das consequências para as vítimas (SOUZA *et al.*, 2010; POLTRONIERI; SOUZA; RIBEIRO, 2019).

Nesse contexto, a violência se tornou de notificação compulsória desde a implantação do Estatuto do Idoso em 2003 (BRASIL, 2003), se sustentando mais fortemente por meio da Lei nº 12.461 de 2011 (BRASIL, 2011) e possibilitando um maior empenho no enfrentamento desse fenômeno mediante a sua identificação.

Em 2005 foi desenvolvido no Brasil o Plano de Ação para Enfrentamento da VCPI, delineando condutas de ação, prevenção e enfrentamento do fenômeno (BRASIL, 2005). No entanto, apesar de observar os avanços quanto ao destaque a temática da violência contra esse público, os esforços não se mostraram suficientes para promover mudanças na realidade (RIBEIRO *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Diante disso, é válido destacar que a depender da frequência do ciclo violento e da gravidade das agressões, as consequências tendem a se manifestar de forma mais grave e podem levar ao surgimento de diversas complicações para o idoso, inclusive interferindo na sua mobilidade e deambulação, causando ainda mais dependência do agressor (BRANDÃO *et al.*, 2021).

Esse fenômeno repercute com sinais e sintomas de diferentes formas e que variam de acordo com o modo que aconteceu o ato violento e a frequência das agressões. Nesse sentido, as marcas da violência nem sempre estarão visíveis a depender do tempo que a vítima demorou para buscar os serviços de saúde (MELEIRO *et al.*, 2021; MORILLA; MANSO, 2020; ROCHA *et al.*, 2018).

Sendo assim, a violência se manifesta por meio de sete tipos, sendo eles: física, psicológica, sexual, abandono, negligência, autorreferida e financeira. As que são mais prevalentes na população idosa são a violência financeira, psicológica, física e sexual (MORILLA; MANSO, 2020; MANSO, 2019). Em contrapartida, a prevalência diverge nas

diferentes regiões do país, sendo expressiva na região do Nordeste (RIBEIRO *et al.*, 2021; LIMA; PALMEIRA; MACEDO, 2021).

No tocante a prevalência de VCPI em idosos, observa-se que um estudo de revisão reuniu as evidências sobre a prevalência da violência em diferentes países, apontando para um percentual que varia de 1,6% a 20,2% nos estudos selecionados, sendo perpetrada por familiares como filhos, cônjuge, netos e enteados (RIBEIRO *et al.*, 2021).

Em relação aos estudos realizados para esse rastreio, mais da metade dos documentos selecionados foram publicados do ano de 2018 em diante, indicando que as pesquisas relacionadas à temática vêm se intensificando nos últimos anos (RIBEIRO *et al.*, 2021). Outros estudos também encontraram achados semelhantes em relação ao aumento do número de produções (SANTOS *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2020; MANSO, 2019).

Um estudo multicêntrico realizado na Albânia, Brasil, Canadá e Colômbia apontou que a prevalência de VCPI é maior em mulheres idosas brasileiras e menor nas canadenses investigadas na pesquisa (GOMES *et al.*, 2018). Além disso, conforme observado em um estudo de revisão, os achados corroboram no que diz respeito a violência se fazer presente nos diferentes países e culturas (LIMA; PALMEIRA; MACEDO, 2021; PILLEMER *et al.*, 2016).

No Brasil, um estudo realizado na Região Nordeste aponta o estado de Pernambuco como o de maior prevalência (36,3%), seguido do Ceará com 13,8% dos casos e Paraíba com 8,35% (LIMA; PALMEIRA; MACEDO, 2021). Ainda, um estudo realizado em São Paulo demonstrou uma prevalência de 10% de violência contra esse público, demonstrando uma aproximação com os valores evidenciados em outros locais (MACHADO *et al.*, 2018).

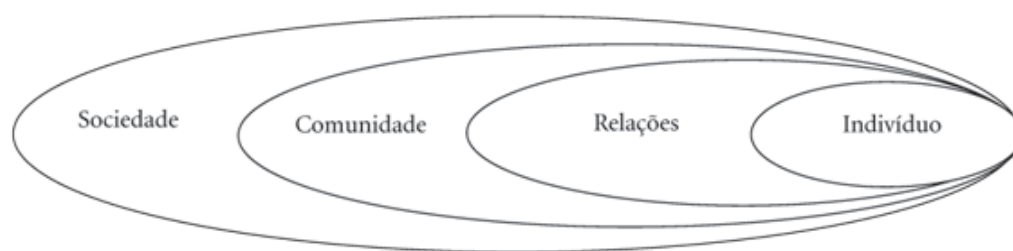
Quando se avalia o tipo de violência de acordo com o sexo, observa-se que alguns autores evidenciam que os homens vivenciam mais violência financeira, enquanto entre as mulheres predomina a violência psicológica (ALARCON *et al.*, 2019). Ademais, um estudo realizado no Nordeste aponta que as mulheres predominam entre as vítimas com 51,2% dos casos notificados (LIMA; PALMEIRA; MACEDO, 2021).

Alguns fatores se relacionam com o surgimento da VCPI, tais como: a idade mais avançada, nível de escolaridade, síndrome da fragilidade, prevalência de doenças, dependência, declínio cognitivo, disfunção familiar, sintomas depressivos, falta de acesso a serviços de saúde, baixo apoio social e distúrbios do sono (RIBEIRO *et al.*, 2021; BRANDÃO *et al.*, 2021).

Nesse sentido, buscando compreender como se dá a integração dos fatores na violência, é imprescindível analisar a influência dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no surgimento desse fenômeno, haja vista, a violência é socialmente determinada e é necessário intervir nos

fatores sociais, culturais, educacionais, econômicos e biológicos que impactam no cotidiano da população, para que assim esse fenômeno seja combatido (ARAÚJO, 2020).

Nesse contexto, o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1977) surge com a proposta de compreender a forma como se dá a integração dos diferentes anéis no que diz respeito a exposição dos idosos a violência (WHO, 2002a). Assim, o modelo possibilita a avaliação da forma como os fatores individuais e contextuais influenciam no surgimento da violência (DAHLBERG; KRUG, 2006).



Fonte: Dahlberg; Krug, 2006.

Figura 1 – Modelo ecológico para compreensão da violência. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

No primeiro nível é possível avaliar os fatores biológicos e estilo de vida que influenciam no processo saúde-doença de um indivíduo e a vulnerabilidade que o mesmo apresenta de ser vítima ou agressor no tocante a violência. Já no segundo nível é observado como esse indivíduo desenvolve ao longo da vida as relações sociais seja com um(a) companheiro(a), pessoas da família ou do seu convívio, de modo que a forma como se vivencia as relações e a frequência de contato com essas pessoas pode aumentar ou diminuir a exposição a violência (WHO, 2002a; DAHLBERG; KRUG, 2006).

Em contrapartida, no nível referente à comunidade, busca-se investigar como se dão as relações nos diferentes contextos da comunidade como escolas, ambientes laborais e o local de habitação, a fim de analisar as características desses locais que influenciam no fato desse indivíduo tornar-se vítima ou agressor. Nesse contexto, os locais de moradia interferem nesse processo de forma mais acentuada a depender da localidade, de modo que um ambiente com alto envolvimento com drogas, níveis elevados de desemprego, comunidade com baixo nível educacional possuem maior probabilidade de a violência existir naquela localidade (WHO, 2002a; DAHLBERG; KRUG, 2006).

No tocante ao quarto nível, evidencia-se que a forma como a sociedade lida com o fenômeno da violência interfere na sua prevalência no que diz respeito a implementações de medidas que visem a prevenção, diminuição de tensões entre a população, junção de esforços para minimizar os fatores de risco, normas culturais que não reconhecem a violência como medida para resolução de conflitos, entre outros. Nesse nível se inserem as diferentes políticas públicas que fortalecem na sociedade o enfrentamento da violência (WHO, 2002a; DAHLBERG; KRUG, 2006).

3.3 Políticas Públicas desenvolvidas que norteiam a assistência ao idoso e que subsidiam o enfrentamento da violência

Com o passar dos anos, o aumento da expectativa de vida refletiu no avanço do número de idosos em todo o mundo, requerendo que a assistência à saúde se adequasse a necessidade de cuidado a esse público e que documentos fossem desenvolvidos para nortear os profissionais e gestores nas prioridades de acordo com a realidade de cada local. Logo, é fundamental compreender como se deu a trajetória histórica das políticas que subsidiaram o cuidado à população nos dias atuais, especificamente ao público idoso (SOUZA; MINAYO, 2010; CAMACHO; COELHO, 2010; TELLES, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Almejando ampliar a oferta de serviços de saúde a população, a Constituição Federal de 88 surgiu para nortear os princípios referentes a assistência de saúde a todos, destacando o artigo 196 que aborda “a saúde como direito de todos e dever do estado”, que seria assegurado por meio de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988). Assim sendo, com a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi possível conceder os cuidados à comunidade de forma geral.

A implementação do SUS se deu mediante ao surgimento das Leis Orgânicas de Saúde (LOS) de número 8080/90 (BRASIL, 1990a) que destaca os aspectos referentes a promoção, proteção e recuperação da saúde e a 8142/90 (BRASIL, 1990b) que estimula a participação popular frente as decisões a serem tomadas no âmbito da saúde. Ambas se configuram como uma base para o alcance da implementação de um cuidado eficaz, resolutivo, integral e com foco na promoção da saúde da população.

Buscando um direcionamento no cuidado aos idosos, surgiu a Política Nacional do Idoso (PNI) em 1994 (BRASIL, 1994) que foi regulamentada em 1996 (BRASIL, 1996) e contemplou os aspectos essenciais para a assistência a esse público, principalmente no que diz respeito a ações de caráter preventivo, curativo e com foco na promoção da saúde, assegurando

também os direitos sociais da pessoa idosa e fornecendo condições para propiciar a sua autonomia.

No ano de 1999 a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 1999) foi desenvolvida para buscar solucionar um dos principais problemas para os idosos que era o declínio funcional, haja vista, é uma questão de saúde que interfere na execução das atividades da vida cotidianas e necessita de ajuda de outras pessoas para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2005a) foi desenvolvida em 2001 – com atualização em 2005 – e determina princípios que almejavam fornecer uma orientação para os serviços de saúde e gestores para enfrentar os acidentes e atos violentos. Assim, tanto os estados quanto os municípios passaram a ter responsabilidades para lidar com esse fenômeno.

O Estatuto do Idoso foi elaborado por meio da lei nº 10.741/2003 com a proposta de detalhar as informações acerca dos direitos dos idosos e na busca pela garantia destes (BRASIL, 2003). Além disso, esse documento ampliou a resposta do Estado e da sociedade para solucionar as demandas apresentadas por esse grupo (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Esse documento destaca também os serviços específicos de prevenção e atendimento aos idosos vítimas de violência, ressaltando o papel da família no provimento de cuidado a esses indivíduos (BRASIL, 2003).

O Plano de Enfrentamento da VCPI foi desenvolvido em 2005 (BRASIL, 2005b) para propor estratégias de ação para combater a violência nesse público, independente da tipologia. Este documento contempla as definições de acordo com o tipo de violência que pode acometer o idoso e as propostas de intervenções de acordo com os diferentes locais de convívio da pessoa idosa.

Em 2006 foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006), que tem como proposta aperfeiçoar a assistência a esses indivíduos, de acordo com os princípios da atenção integral à saúde da pessoa idosa: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integrada; incentivo as ações intersetoriais em prol da integralidade da atenção; fornecimento de recursos suficientes para assegurar a qualidade desse cuidado (TORRES *et al.*, 2020).

A PNSPI apresentou também recomendações em busca de implementar ações de prevenção da violência e de promover a cultura de paz, fortalecendo a rede de prevenção da violência e de promoção da saúde, estímulo a notificação por parte dos profissionais de saúde e implantação de serviços que atendam os idosos vítimas de violência e que acompanhem esses indivíduos posteriormente (BRASIL, 2006).

Os avanços no cuidado ao idoso se deram mediante ao desenvolvimento de documentos que subsidiassem a conduta dos profissionais de saúde em prol de melhorias para a qualidade de vida desse público, buscando intervir nas reais necessidades da população e implementando condutas que de fato sejam eficazes para o cuidado a esse público (MOREIRA *et al.*, 2016; TORRES *et al.*, 2020).

No que diz respeito ao enfrentamento da violência contra esse público, acredita-se que os produtos desenvolvidos com a finalidade de qualificar a assistência em saúde apresentam uma tendência de obter resultados positivos e avançam a prevenção do fenômeno, minimizando também os danos para os indivíduos que já foram acometidos (TORRES *et al.*, 2020).

3.4 Atendimento multiprofissional em saúde no cuidado a violência

A atuação da equipe multiprofissional é de extrema importância no que se refere à VCPI, de modo que cada profissional possui uma responsabilidade no enfrentamento desse fenômeno e no cuidado ao idoso vítima de violência. É fundamental a sensibilização de toda a equipe para o trabalho em conjunto, em prol de ofertar uma assistência de qualidade para esse grupo (CÂMARA *et al.*, 2021).

Os profissionais de saúde possuem diferentes lacunas no que diz respeito ao atendimento ao idoso em situação de violência, no rastreio desse fenômeno e no encaminhamento desses indivíduos aos diferentes serviços que fornecem apoio as vítimas (SANTOS *et al.*, 2021; GUERRA *et al.*, 2021). Observa-se, ainda, que as lacunas identificadas nessas situações dizem respeito ao processo de formação, uma vez que a forma como os discentes aprendem sobre a temática durante a graduação é superficial (MOREIRA *et al.*, 2018).

Além disso, devido ao fato da violência se tratar de um fenômeno que envolve o medo e insegurança por parte dos profissionais, é fundamental a conscientização do papel desse indivíduo na interrupção desse ciclo desde a graduação, bem como na prevenção de que a violência aconteça (PORTRONIERI; SOUZA; RIBEIRO, 2019).

As abordagens para os diferentes ciclos de vida diferem devido a prevalência do tipo de violência também divergir. Nesse sentido, é fundamental que o profissional sempre suspeite e avalie a presença de sinais e sintomas específicos da violência, independente se esse indivíduo é criança, adolescente, mulher ou idoso (MENDONÇA *et al.*, 2020).

Deste modo, é imprescindível que os profissionais de saúde estejam capacitados e habilitados para identificar sinais sugestivos de violência, buscando promover uma integração precoce para minimizar os danos para as vítimas e prevenir que novos ciclos voltem a acontecer (RIBEIRO *et al.*, 2021; GUERRA *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2021; MORAES *et al.*, 2020).

Além disso, um problema identificado na oferta dos cuidados pela equipe de saúde é a falta de notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, o que reflete em uma subnotificação que impede um maior investimento em ações e políticas públicas que intervenham efetivamente para a diminuição desse fenômeno. Assim, reforça-se que a violência é de notificação obrigatória e todos os profissionais podem realizá-la (LOPES *et al.*, 2021; LIMA; PALMEIRA; MACEDO, 2021).

A subnotificação é um problema vivenciado pelos gestores que interfere no processo de identificação da realidade em relação a prevalência da violência. No entanto, este problema está relacionado a falta de notificação pelo motivo de que os profissionais escolhem não realizar a notificação por não ter conhecimento da diferença para a denúncia ou por optarem por não se envolver com o ocorrido (RODRIGUES *et al.*, 2021).

A notificação se configura como obrigatória e deve ser realizada por qualquer profissional, seja em casos suspeitos ou confirmados. Já a denúncia, cabe à vítima a tomada de decisão de seguir com o processo de denunciar o agressor. Ainda, o profissional deve respeitar a escolha da vítima, sempre orientando da importância de ser realizada (SANTOS NETO *et al.*, 2022).

Outro aspecto importante que qualquer profissional não deve deixar de executar é a anamnese e um exame físico detalhado, de modo a registrar todos os achados e relacioná-los em busca de uma explicação do ocorrido (CALHEIROS *et al.*, 2018). É imprescindível uma escuta qualificada durante esse processo, se atentando para os detalhes e fornecendo apoio, segurança e cuidado à vítima (GUERRA *et al.*, 2021).

Outra questão que recorrente é o profissional de saúde focar apenas na queixa clínica que o indivíduo reporta, não investigando de forma aprofundada a causa e/ou realizando um exame físico completo a fim de buscar outros sinais que possam estar relacionados à queixa apresentada (GUERRA *et al.*, 2021). Quando se refere à violência, deve ser investigada a presença de mais de um tipo de violência ocorrendo simultaneamente (MORILLA; MANSO, 2020; MANSO, 2019).

No contexto hospitalar, a maioria dos profissionais focam o seu cuidado para as demandas de saúde apresentadas pelos idosos, no entanto, essas podem se configurar como consequências advindas da violência sofrida por esses indivíduos (BRANDÃO *et al.*, 2021). Deste modo, é necessário que a assistência prestada possibilite estabilizar clinicamente o paciente, mas também a avaliação quanto a presença de violência para evitar a perda dos vestígios (SANTOS *et al.*, 2021; CUNHA *et al.*, 2021).

O período de internação hospitalar é um momento de vulnerabilidade e fragilidade por parte dos idosos, em que os profissionais deverão intervir para evitar maiores modificações na rotina desse indivíduo, prevenindo que outras complicações agravam a sua situação de saúde tais como quedas, declínio cognitivo, prejuízos de mobilidade, diminuição de sua autonomia e independência (PERSEGUINO; OKUNO; HORTA, 2021).

Outro aspecto importante a ser considerado é a articulação intersetorial com as outras esferas para possibilitar o acompanhamento do idoso após a alta hospitalar, para que as consequências possam ser amenizadas e os impactos na qualidade de vida desse indivíduo sejam mínimos, além de evitar que a violência continue acontecendo (MELEIRO *et al.*, 2021). A integração deverá acontecer entre os serviços de saúde, segurança pública e as esferas judiciais (BRASIL, 2007).

Portanto, é necessária a realização de capacitações para preparar e qualificar a equipe no cuidado prestado a esses indivíduos e na utilização das tecnologias que são desenvolvidas, para padronizar a assistência à população que sofre violência e estimular a adesão desses materiais por parte da equipe de saúde.

3.5 Tecnologias em saúde

Com as transformações decorrentes do avanço tecnológico, é fundamental que a área da saúde acompanhe esse processo para facilitar as condutas dos profissionais durante a sua assistência profissional (SILVA; ELIAS, 2019). As tecnologias na área da saúde consistem em materiais que colaboram para auxiliar e/ou qualificar o cuidado ofertado pelos profissionais da saúde a população em geral nos diferentes cenários de atuação (GOMES *et al.*, 2017).

Fenômenos complexos como a violência requerem uma padronização nas condutas dos profissionais envolvidos, além de regulamentações e aprofundamentos sobre a temática, a fim de conseguir prestar cuidados a população de forma adequada (ARAÚJO *et al.*, 2020; LEITE *et al.*, 2020). Assim, é fundamental que sejam desenvolvidos recursos como protocolos, diretrizes, aplicativos, entre outros (ROMERO *et al.*, 2019).

As tecnologias se diferenciam em leve, leve-dura e dura, em que se classificam da seguinte maneira: leve – materiais que possibilitem a implementação do cuidado; leve-dura – se refere ao desenvolvimento de conhecimento mediante saberes estruturados por meio de teorias; dura – uso de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos (MERHY; CHAKKOUR, 1997).

No âmbito da enfermagem, as tecnologias leves são aquelas que estão relacionadas a interação humana do cuidado em si, com essa relação acontecendo de forma direta entre o

enfermeiro e o usuário, enquanto que a leve-dura se refere ao uso de conhecimentos que não necessitam de um recurso de alta tecnologia para sua execução. Por fim, as duras se caracterizam pela utilização de altas tecnologias como bombas de infusão, ventiladores mecânicos, entre outros (SABINO *et al.*, 2016).

Nesse sentido, materiais educativos, protocolos, diretrizes e outros recursos relacionados se configuram como tecnologias leve-dura, em que os resultados alcançados com a utilização desses materiais se destacam de forma positiva para a qualidade da assistência e para o maior crescimento e valorização da profissão (SABINO *et al.*, 2016).

Dificuldades e lacunas encontradas na assistência podem ser solucionados por meio da utilização desses recursos, entretanto, observa-se uma resistência por parte dos profissionais para aderir as tecnologias desenvolvidas na sua rotina profissional com a finalidade de promover de melhorias no cuidado ofertado a população (SCHENKER; COSTA, 2019; ROMERO *et al.*, 2019).

Em contrapartida, é fundamental que a construção desses recursos envolva os profissionais da prática assistencial para torna-los viáveis de serem utilizados no dia a dia e que de fato eles atribuam significado para a sua aplicação, percebendo as mudanças e os benefícios após a sua adesão na assistência profissional (ROMERO *et al.*, 2019; GOMES *et al.*, 2017).

Um estudo realizado com idosos para avaliar as tecnologias empregadas por enfermeiros na promoção da saúde de indivíduos com doenças crônicas apontou que foi positivo a utilização de tecnologias leves e duras. No entanto, observa-se que os profissionais não compreendiam sobre a definição de tecnologia leve-dura, interferindo na interpretação dos resultados (PENHA *et al.*, 2015).

No âmbito das tecnologias, as diretrizes se configuram como um recurso que possibilita o detalhamento quanto a condições de saúde que se configuram como um problema de saúde pública e o direcionamento quanto as intervenções mais relevantes a serem implementadas para solucionar essas demandas (MEGA *et al.*, 2015).

Nesse contexto, as diretrizes possuem a finalidade de promover o aperfeiçoamento do cuidado prestado ao usuário por meio das recomendações trazidas no material. Esse recurso foi normatizado no Sistema Único de Saúde por meio da lei de nº 12.401/2011, que recomenda a incorporação de tecnologia em saúde, mediante a ênfase na construção de materiais baseados em evidências científicas (BRASIL, 2011).

A utilização desses recursos possibilita qualificar o cuidado e torna-lo integral, eficaz e equânime, de modo a padronizar a assistência prestada à população e prevenir o surgimento de fenômenos em saúde, tais como a violência (MEGA *et al.*, 2015).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Construir uma diretriz de atendimento multiprofissional ao idoso hospitalizado em situação de violência.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear os fluxogramas e protocolos de assistência aos idosos em situação de violência publicados na literatura científica;
- Elaborar os itens de uma diretriz de atendimento multiprofissional ao idoso hospitalizado em situação de violência;
- Desenvolver fluxogramas direcionados aos profissionais e serviços incluídos na rede de proteção e de saúde a pessoa idosa em casos de violência.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico, que consiste na investigação através de métodos de obtenção e organização de dados, para o desenvolvimento de pesquisas rigorosas de construção de tecnologias que sejam confiáveis, precisas e aplicáveis por outros pesquisadores (POLIT; BECK, 2018).

O estudo segue as recomendações do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II), que tem como propósito avaliar o rigor metodológico e a qualidade de diretrizes. Esse instrumento fornece recomendações para: avaliar a qualidade da diretriz, orientações metodológicas para elaboração e as informações que devem estar contidas no material (AGREE II, 2017).

A busca por evidências para construção da diretriz se deu mediante a realização da revisão de escopo, almejando mapear a literatura para encontrar o maior número de materiais que subsidiasse a construção do material. Dessa forma, o presente estudo foi conduzido inicialmente por uma revisão da literatura, do tipo revisão de escopo, embasando a etapa de construção do produto final.

As etapas metodológicas foram sintetizadas na Figura 2 para possibilitar um maior entendimento quanto ao percurso realizado. O detalhamento da metodologia de cada etapa está descrito adiante.

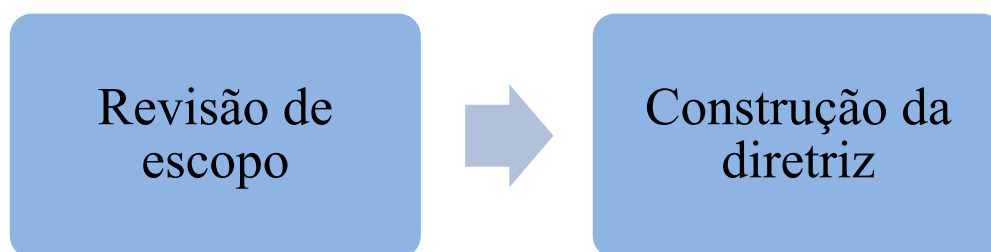


Figura 2 – Detalhamento do percurso metodológico das etapas desenvolvidas no estudo. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

5.2 Revisão de escopo

A revisão de escopo seguiu o manual do Joanna Briggs Institute (JBI) para revisões da literatura. Esse tipo de revisão é utilizado nas situações em que o pesquisador deseja mapear a

literatura e esgotar o conteúdo acerca do objeto de estudo, se configurando como um método mais amplo de busca por evidências (PETERS *et al.*, 2022).

A revisão de escopo foi escolhida para ser executada devido a possibilidade de mapear a literatura de forma densa, sendo possível encontrar o maior número de evidências necessárias para fornecer as orientações mais efetivas no cuidado ao idoso em situação de violência.

Essa revisão atendeu aos critérios apontados pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews to Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (TRICCO *et al.*, 2018). Foi elaborada uma extensão do PRISMA para contemplar os aspectos que norteiam a revisão de escopo. Ainda, o registro da revisão de escopo será no *Open Science Framework*.

O estudo foi conduzido por uma questão formulada utilizando a estratégia PCC, em que População (P) – idosos (pessoas com 60 anos ou mais); Conceito (C) – fluxogramas e protocolos de atendimento multiprofissional e Contexto (C) – situações de violência em pessoas idosas. Deste modo, foi desenvolvida a seguinte questão norteadora: Quais os conteúdos contidos nos fluxogramas e protocolos de atendimento multiprofissional para assistir aos idosos vítimas de violência?

A busca na revisão de escopo é realizada em três momentos: busca inicial com os termos definidos na PCC ao menos em duas bases de dados para identificação das palavras no título e resumo dos manuscritos; uma segunda busca que inclui todas as palavras unidas; e por último, avaliar as referências das fontes que foram selecionadas em texto completo (PETERS *et al.*, 2022).

Inicialmente, a coleta foi realizada para identificação dos descritores e palavras chaves no PubMed e na CINAHL, buscando compor a estratégia de busca. Nesse momento foi executada uma análise dos termos que estão contidos nos títulos e resumos dos 21 artigos encontrados nessa busca inicial que estão relacionados ao objeto de estudo da revisão.

Em seguida, as buscas foram realizadas nas bases: PubMed, CINAHL, *Web of Science*, Scopus, LILACS e PsychINFO; enquanto que na literatura cinzenta foram utilizados os seguintes portais: Portal de Teses e Dissertações da CAPES, e Google Acadêmico. Os artigos foram selecionados por meio da leitura dos títulos, resumos e depois do texto completo. Para integrar a terceira etapa, foi realizada a avaliação das referências de todos os artigos que foram selecionados para compor a amostra.

Foram inseridos todos os documentos que apresentassem um fluxograma ou protocolo de atendimento multiprofissional aos idosos em situação de violência, sem haver restrição temporal para o período de publicação dos materiais. Optou-se por abranger materiais

independente do cenário de atendimento, devido ao fato de não haver nenhum protocolo, no Brasil, de atendimento ao idoso hospitalizado.

Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Idoso; Fluxograma; Protocolo; Violência. Além disso, também se usou os termos do MESH: *Aged*, “*Referral AND consultation*”, *Workflow*, “*Clinical Protocols*”, “*Practice Guidelines*”, *Violence*, “*Elder Abuse*”. Para identificação de outros termos correspondentes ao mnemônico PCC, foi realizada a busca inicial na MEDLINE (Pubmed) e CINAHL conforme recomendação do manual do JBI.

Desse modo, a estratégia de busca em português ficou: Idoso AND Fluxograma OR Fluxo OR Protocolo OR “Protocolos Clínicos” AND “Violência Contra a Pessoa Idosa” OR “Maus-Tratos ao Idoso” OR “Abuso de Idosos”; enquanto que em inglês: *Aged* OR “*Older Adults*” AND *Workflow* OR “*Referral and Consultation*” OR “*Clinical Protocols*” OR “*Practice Guideline*” AND “*Elder Abuse*” OR *Mistreatment*. A revisão das referências foi desenvolvida conforme recomendação do JBI como terceira etapa da busca.

Foram encontrados 37198 documentos, onde 876 foram provenientes da literatura cinzenta e removidos 234 por serem duplicados. Em seguida, 268 materiais foram selecionados para leitura de resumos e 228 excluídos por não atender ao objetivo. Por fim, 40 documentos foram analisados na íntegra e 22 selecionados para compor a amostra final, em que 9 eram provenientes da PubMed, 2 da CINAHL, 2 da *Web of Science*, 3 da Lilacs, 3 do Catálogo de Teses e Dissertações da Capes e 3 do Google Acadêmico. Após análise das referências, 20 documentos foram inseridos, de modo que, ao todo, 42 materiais compuseram a amostra desta revisão.

Foi utilizado o aplicativo *Rayyan* para identificação dos documentos duplicados e para a seleção pareada dos documentos, de modo que dois pesquisadores avaliaram a sua inclusão ou não. Um terceiro revisor seria consultado nos casos de divergências.

Os documentos incluídos foram extraídos com o uso de um instrumento de coleta de dados elaborado e recomendado pelo JBI, em que constaram os metadados referentes ao conteúdo dos documentos encontrados. Estes achados foram a base para a proposição dos fluxogramas e diretriz de atendimento multiprofissional ao idoso em situação de violência no contexto hospitalar.

5.3 Construção da diretriz

A diretriz foi construída de acordo com as recomendações do AGREE II, instrumento que norteia a elaboração de diretrizes clínicas. O AGREE I foi publicado em 2003 por meio de

um conjunto de desenvolvedores de diretrizes que buscavam implementar uma ferramenta capaz de avaliar a qualidade dos materiais elaborados (AGREE II, 2017).

Diante da necessidade de realizar modificações na ferramenta disponível, originou-se o AGREE II (AGREE II, 2017) como um recurso mais completo, que contemplaria os seguintes domínios a serem avaliados na diretriz: escopo e finalidade; envolvimento das partes interessadas; rigor do desenvolvimento; clareza da apresentação; aplicabilidade; e independência editorial (AGREE II, 2017).

No manual do AGREE II estão disponíveis as informações referentes à avaliação da qualidade da diretriz, analisando o atendimento às recomendações contidas no documento. Os desenvolvedores da diretriz deverão atender aos seguintes 6 domínios: escopo e finalidade – em que irá avaliar se a tecnologia fornece as informações sobre o objetivo da diretriz, população-alvo e usuários-alvo; envolvimento das partes interessadas – compreende a forma como os usuários pretendidos estão envolvidos na diretriz; rigor do desenvolvimento – descreve como foi realizada a obtenção dos dados utilizados na tecnologia; clareza da apresentação – identifica a linguagem e estrutura para a sua construção; aplicabilidade – detectar os fatores facilitadores e as barreiras para a implementação da diretriz; independência editorial – avaliação dos vieses referentes aos conflitos de interesse.

Sendo assim, esse material fornece estratégias metodológicas a serem seguidas pelas diferentes equipes de desenvolvimento de diretrizes, especificando quais e como as informações precisam ser inseridas no material construído. Nesse contexto, o foco da ferramenta é possibilitar melhorias na assistência ofertada à população nas diferentes condições de saúde por meio da implementação de recomendações pautadas em evidências científicas (AGREE II, 2017).

A utilização do AGREE II se deu mediante possibilidade de a ferramenta ser aplicada a qualquer situação de saúde, devendo contemplar aspectos quanto a rastreio, diagnóstico, tratamento ou intervenções (AGREE II, 2017). Assim, a diretriz desenvolvida fornece recomendações para o rastreio e intervenções mediante a compreensão do fenômeno da violência, fatores que podem influenciar no surgimento desse fenômeno, as diferentes tipologias e consequências da violência, notificação, encaminhamento e acompanhamento.

Os usuários-alvo da diretriz são os profissionais que estão envolvidos no atendimento aos idosos em situação de violência, enquanto que a população-alvo são os idosos que vivenciam esse fenômeno. No tocante aos usuários, buscou-se promover um atendimento multiprofissional, de modo a contemplar o maior número de categorias profissionais que estivessem relacionadas ao atendimento ou serviço ao idoso em situação de violência.

Neste sentido, os profissionais contemplados na diretriz foram: Médico; Técnico de Enfermagem; Enfermeiro; Enfermeiro Forense; Assistente Social; Terapeuta Ocupacional; Fisioterapeuta; Farmacêutico; Bucomaxilo; Nutricionista; Fonoaudiólogo; Psicólogo; Radiologista; Profissionais da segurança pública; Profissionais do âmbito jurídico.

Ademais, o AGREE II recomenda que durante o desenvolvimento da diretriz seja seguido um rigor metodológico preconizado para a sua construção, bem como, que a elaboração do material seja fundamentada em uma revisão da literatura. Diante disso, optou-se por utilizar a revisão de escopo como recurso para mapear a literatura em busca das evidências científicas.

Mediante a leitura intensa dos materiais selecionados na revisão de escopo, o desenvolvimento do material foi realizado no período de abril a setembro de 2022, integrando os principais achados nos materiais selecionados.

5.4 Considerações Éticas

O estudo faz parte de projeto universal aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), vinculada ao Ministério de Ensino Superior (MEC) do Brasil, a partir do Edital Universal Nº 28/2018, intitulado “Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB com o número de parecer 3.709.600 e do HUAL/UFCG parecer de nº 3.594.339.

Nesse sentido, para as etapas desse projeto, os juízes participantes do estudo foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato da sua pessoa e do seu direito de participar da pesquisa. Após estes esclarecimentos, solicitou-se aos participantes a assinatura do TCLE. Ademais, o projeto respeita o preconizado na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) que descreve os aspectos referentes a pesquisa com seres humanos.

6 RESULTADOS

Este capítulo está dividido em duas partes:

- O manuscrito referente a revisão de escopo intitulado “**Fluxogramas e protocolos de atendimento ao idoso em situação de violência: uma revisão de escopo**” que está concluído e em fase de submissão a Revista da Escola de Enfermagem da USP;
- O material da “Diretriz de atendimento multiprofissional ao idoso hospitalizado em situação de violência” que está em fase de validação, aguardando retorno dos juízes especialistas que aceitaram participar dessa etapa.

Nesse contexto, os materiais citados estão sendo detalhados nos tópicos a seguir.

6.1 Artigo 1 - Fluxogramas e protocolos de atendimento ao idoso em situação de violência: uma revisão de escopo.

Objetivo: mapear os fluxogramas e protocolos de assistência aos idosos vítimas de violência publicados na literatura científica. **Método:** trata-se de uma revisão do tipo scoping review, guiada pelo manual do Joanna Briggs Institute. Desenvolvida em 8 bases de dados, portais e repositórios, de acordo com a estratégia de pesquisa PCC. Foram encontrados inicialmente 37198 documentos, destes, 3867 foram selecionados pelo título, 268 pela leitura do resumo e, ao final, 42 materiais foram elegíveis para compor a amostra do estudo. **Resultados:** de acordo com os materiais selecionados, 35,7% (n=15) contemplavam o fluxograma e 92,9% (n=39) apresentavam o protocolo em seu documento. Ao avaliar como os fluxogramas se apresentam, foi realizada a classificação nas seguintes categorias: identificação da ocorrência da situação de violência; encaminhamento da vítima, familiares e/ou cuidadores na rede de proteção social; encaminhamento na rede de saúde; intervenções. Verifica-se também que cada documento fornece as orientações em torno de seis grandes eixos: acolhimento, identificação, intervenção, encaminhamento, acompanhamento e prevenção. **Conclusão:** apesar dos materiais selecionados contemplarem os aspectos fundamentais para identificar e intervir na violência, ainda não é suficiente para nortear os profissionais por eles não seguirem um padrão e não detalharem os tópicos que direcionaram esse cuidado.

DESCRITORES: Fluxograma; Protocolo; Violência; Atendimento Integral à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Violência Contra a Pessoa Idosa (VCPI) apresenta-se como um sério problema de saúde em função de sua crescente prevalência nos últimos anos ⁽¹⁾, com consequências cada vez mais evidentes e interferindo diretamente na qualidade de vida ⁽²⁾.

Nesse contexto, os serviços de saúde apresentam uma maior demanda de idosos com problemas como declínio cognitivo, incapacidade funcional, dependência, fragilidade, quedas, sintomas depressivos e outras complicações relacionadas a violência que requerem uma atenção especializada a essa população ^(2,3).

A temática da violência ainda é pouco abordada no processo de graduação dos profissionais de saúde, independente de qual for a área de formação ⁽⁴⁾. Nessa perspectiva, os profissionais que prestam assistência à população idosa possuem dificuldades para cuidar dos idosos em situação de violência, que vão desde o rastreio dos fatores de risco a condutas no acompanhamento pós violência ⁽⁵⁾.

Diante dessa falta de capacitação, é fundamental que os serviços possuam programas de Educação Permanente (EP) no âmbito da assistência para os profissionais dos serviços de saúde ⁽⁶⁾. Agregado a EP, outro recurso com potencial de utilização são os protocolos de atendimento a populações específicas, que possuem a finalidade de padronizar e direcionar os cuidados prestados à população ^(7,8).

Os protocolos se configuram como documentos que apresentam diretrizes para cada etapa do atendimento, que seguem recomendações de acordo com a temática explorada e devem conter um rigor metodológico para sua elaboração, tornando essa tecnologia capaz de ser reproduzida e implementada em cada serviço. Portanto, buscam operacionalizar e tornar mais completo o manejo dos profissionais, contemplando aspectos como a forma de acolher e identificar, fornecer assistência, realizar a notificação e acompanhamento posterior ao ato violento ⁽⁹⁾.

Além disso, é importante destacar que os fluxogramas possuem como propósito direcionar a sequência de serviços e atendimento que devem ser seguidas pelos profissionais no atendimento e encaminhamento as vítimas de violência, promovendo uma articulação entre as diferentes esferas responsáveis pela segurança, proteção e apoio aos idosos vítimas de violência ⁽⁹⁾.

No contexto da violência, os protocolos disponíveis na literatura foram desenvolvidos pelas Secretarias de Saúde em cada município e possuem as orientações de atendimento de modo a contemplar as necessidades de saúde de cada localidade ⁽¹⁰⁾. No entanto, a utilização de protocolos em cada local dificulta a padronização da assistência no cenário nacional, intervindo no modo de lidar com a problemática em cada local ⁽⁹⁾.

Essa questão pode interferir na falta de eficácia das ações de minimização dos impactos da VCPI e na prevenção desses agravos. Além disso, outra fragilidade observada nesses materiais é a ausência de itens que contemplem as recomendações de acordo com cada profissional, assim como, os serviços disponíveis e os que compõem a rede de proteção e apoio a essa população ⁽¹¹⁾.

No tocante a rede de proteção, uma questão levantada pelos profissionais é o fato de que, além de não possuírem habilidade para lidar com a problemática, não apresentarem também conhecimento sobre as redes que podem ser acionadas para encaminhamento do idoso ⁽⁴⁾. A construção de vínculo entre os serviços de saúde e as demais esferas que promovem um cuidado ao idoso possibilita a oferta de um cuidado integral, bem como a continuidade da assistência fornecida ⁽⁸⁾.

Nesse sentido, a assistência prestada a essa população precisa de um direcionamento por meio de fluxogramas que sejam amplos e possam ser adaptáveis a cada realidade, bem como de protocolos que consigam nortear essas condutas ⁽⁷⁾, rompendo assim, o ciclo da violência a pessoa idosa e consequentemente os prejuízos a essas pessoas ⁽⁵⁾.

Diante dessa problemática, levanta-se o seguinte questionamento: Quais os conteúdos contidos nos fluxogramas e protocolos de atendimento multiprofissional para assistir aos idosos vítimas de violência? A fim de responder tal levantamento, o objetivo do estudo é mapear os fluxogramas e protocolos de assistência aos idosos vítimas de violência publicados na literatura científica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura, do tipo *scoping review*, norteadas pelo manual do *Joanna Briggs Institute* (JBI) ⁽¹²⁾. Esse tipo de revisão recomenda o seguimento de 4 etapas: 1 – estratégia de pesquisa; 2 – seleção das evidências; 3 – extração dos dados; 4 – análise e apresentação dos resultados ⁽¹²⁾.

A elaboração de busca e avaliação dos estudos baseou-se na estratégia PCC, acrônimo para População (P) – idosos (pessoas com 60 anos ou mais); Conceito (C) – fluxogramas e protocolos de atendimento multiprofissional e Contexto (C) – situações de violência em pessoas idosas. Assim, surgiu o seguinte questionamento: Quais os conteúdos contidos nos fluxogramas e protocolos de atendimento multiprofissional para assistir aos idosos vítimas de violência?.

Em relação aos critérios de elegibilidade, os pesquisadores optaram por deixar a fonte de informação aberta, a fim de tornar mais amplo o processo de busca das evidências. Foram inseridos todos os documentos que apresentaram um fluxograma de atendimento aos idosos em

situação de violência, bem como protocolos que norteiam o atendimento multiprofissional a esse público. Não foi realizada restrição temporal quanto ao período de publicação.

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/MESH: Idoso; Fluxograma; Protocolo; Violência; Aged; “Referral AND consultation”; Workflow; “Clinical Protocols”; “Practice Guidelines”; Violence; “Elder Abuse”. Para identificação de outros termos correspondentes ao mnemônico PCC, foi realizada a busca inicial na MEDLINE (Pubmed) e CINAHL conforme recomendação do manual do JBI. Os termos encontrados estão descritos a seguir:

Quadro 1 - Descrição dos termos correspondentes a estratégia de busca. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021-2022.

1ª etapa			
Mnemônico	DECS	MeSH	Palavras-chave
População – idosos (pessoas com 60 anos ou mais)	Idoso	Aged	-
Conceito – fluxogramas e protocolos de atendimento multiprofissional	Fluxograma; Protocolo.	<i>Workflow; Clinical Protocols; Practice Guideline.</i>	-
Contexto – situações de violência em pessoas idosas	Violência Contra a Pessoa Idosa; Abuso de idosos.	<i>Elder Abuse.</i>	-
Estratégia de busca inicial			
Idoso AND Fluxograma OR Protocolo AND “Violência Contra a Pessoa Idosa” OR “Abuso de Idosos”			
<i>Aged AND Workflow OR “Clinical Protocols” OR “Practice Guideline” AND “Elder Abuse”</i>			
2ª etapa			
Mnemônico	DECS	MeSH	Palavras-chave
População – idosos (pessoas com 60 anos ou mais)	Idoso	<i>Aged; Older Adults.</i>	-
Conceito – fluxogramas e protocolos de atendimento multiprofissional	Fluxograma; Protocolo; Protocolos clínicos.	<i>Workflow; Referral and Consultation; Clinical Protocols; Practice Guideline.</i>	Fluxo.
Contexto – situações de violência em pessoas idosas	Violência Contra a Pessoa Idosa; Maus-Tratos ao Idoso; Abuso de Idosos.	<i>Violence; Elder Abuse; Mistreatment.</i>	-

Estratégia de busca final	
Idoso AND Fluxograma OR Fluxo OR Protocolo OR “Protocolos Clínicos” AND “Violência Contra a Pessoa Idosa” OR “Maus-Tratos ao Idoso” OR “Abuso de Idosos”.	
Aged OR “Older Adults” AND Workflow OR “Referral and Consultation” OR “Clinical Protocols” OR “Practice Guideline” AND “Elder Abuse” OR Mistreatment.	

A coleta dos documentos foi realizada nas bases: PubMed, CINAHL, *Web of Science*, *Scopus*, *LILACS* e *PsychINFO*. A literatura cinzenta foi resgatada nos portais: Portal de Teses e Dissertações da CAPES, e *Google Acadêmico*. Além disso, a revisão das referências foi desenvolvida conforme recomendação do JBI como terceira etapa das buscas. O detalhamento da seleção dos documentos está descrito no fluxograma abaixo, seguindo as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA - ScR).

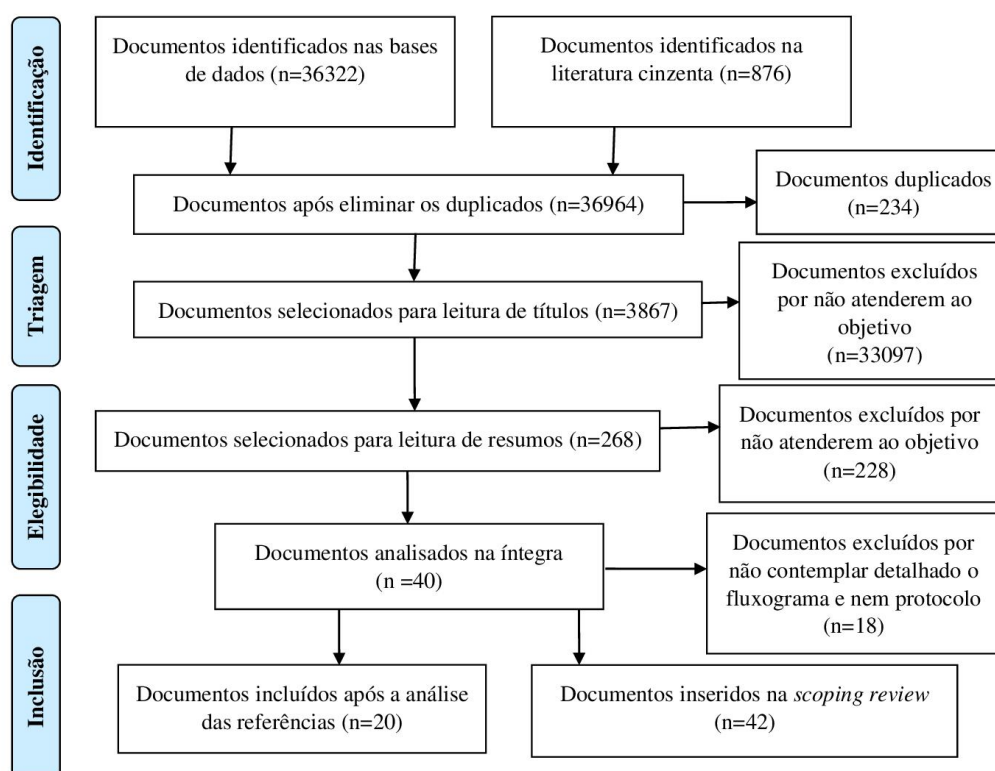


Figura 1 - Fluxograma do detalhamento da seleção dos documentos da revisão. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021-2022.

A etapa de triagem e seleção das evidências foi realizada no período de dezembro de 2021 a abril de 2022, por dois revisores capacitados, buscando um terceiro revisor para analisar as discordâncias. A extração das informações foi executada em uma planilha eletrônica, contendo as seguintes variáveis: autor, ano, título, tipo de documento, país de desenvolvimento.

Além disso, foram extraídas as seguintes informações dos fluxogramas: como os fluxogramas se apresentam em relação à assistência fornecida ao idoso desde a identificação da violência ao acompanhamento posterior?; quais profissionais estão envolvidos no atendimento? Quais os serviços em que os idosos são encaminhados para promoção do cuidado?; enquanto que dos protocolos foram: como é realizado o atendimento multiprofissional?; quais aspectos estão contemplados no protocolo em relação a assistência a violência?; quais profissionais estão inseridos no protocolo?.

RESULTADOS

No que diz respeito aos documentos selecionados para compor a amostra, observou-se que a maioria foi desenvolvido pelo Brasil (n=20; 47,6%)^(8,13-31), seguido dos Estados Unidos (n=11; 26,2%)^(18, 32-41), Austrália (n=3; 7,1%)⁽⁴²⁻⁴⁴⁾, Nova Zelândia (n=2; 4,8%)^(45,46), Canadá (n=1; 2,4%)⁽⁴⁷⁾, África (n=1; 2,4%)⁽⁴⁶⁾, China (n=1; 2,4%)⁽⁴⁸⁾ e União Europeia (n=1; 2,4%)⁽⁴⁹⁾. Ademais, 4,8% (n=2) não especificaram no documento o local de construção^(50,51). Dos materiais que constituíram a amostra final, 7,1% (n=3)^(13,18,40) contemplam apenas o fluxograma.

Dos materiais selecionados, 35,7% (n=15) contemplavam o fluxograma^(13,14,16,18,20, 22, 25-27,29-31,45,50) e 92,9% (n=39) apresentavam o protocolo em seu documento^(8, 14-39, 41, 43, 48-51, 59).

Observa-se, então, que a maioria dos protocolos 28,6% (n=12)^(16, 18, 20, 22, 25-27, 29-31, 45,50) continham o fluxograma inserido dentro do seu material, se configurando como uma forma desses produtos estarem integrados entre si.

Ao avaliar como os fluxogramas se apresentam (Quadro 1), foi realizada a classificação nas seguintes categorias: identificação da ocorrência da situação de violência; encaminhamento da vítima, familiares e/ou cuidadores na rede de proteção social; encaminhamento na rede de saúde; intervenções. Esse direcionamento nas diferentes ações varia de acordo com a estrutura dos serviços frente ao atendimento ao idoso em situação de violência e os serviços disponíveis em cada localidade.

Quadro 2 - Descrição dos fluxogramas encontrados no estudo. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021-2022.

Denúncia da ocorrência da violência

- Denúncia da situação de violência pela pessoa idosa ou família^(13, 20);
- Disque 100 ou 180⁽¹³⁾;

- Ministério público ⁽¹³⁾;
- Unidades policiais ^(13, 31);
- Serviço de saúde ^(13, 25, 26, 29-31, 45);
- Centros de referência ⁽³¹⁾.

Encaminhamento da vítima, familiares e/ou cuidadores na rede de proteção social

- Serviços de referência para proteção e apoio - CREAS, CRAS, Conselho do Idoso, Secretaria do Idoso, Gerência de Valorização do Idoso; Centro do Idoso; CAPS ^(13, 14, 18, 22, 25, 27, 29-31, 45, 50);
- Serviços de defensoria - Unidades Policiais, Delegacia do Idoso, Ministério Público; Central Judicial do Idoso ^(13, 14, 16, 18, 20, 22, 27, 29-31, 45, 50);
- IML - ^(22, 31).

Encaminhamento na rede de saúde

- Encaminhamento do idoso para consulta médica ^(14, 18, 22, 25, 26, 29, 45, 50);
- Avaliação e consulta de Enfermagem ^(14, 18, 29);
- Articulação com o serviço social ^(14, 18, 20, 25);
- Avaliação psicológica ^(20, 22, 25, 31, 45);
- Atuação multiprofissional ^(18, 26, 29);
- Solicitação do Médico Perito ⁽²⁰⁾.

Intervenções multiprofissionais

- Acolhimento ^(22, 25, 26, 27, 30);
- Notificação do caso pelos profissionais ^(14, 20, 22, 26, 27, 30);
- Classificação de risco ^(14, 26);
- Avaliação da segurança da vítima ^(50, 13);
- Investigação criminal ⁽¹³⁾;
- Coleta de evidências ⁽¹³⁾;
- Realização de procedimentos de saúde ^(14, 20, 22, 25-27, 30, 31, 45);
- Hospitalização da pessoa idosa relacionada à situação de violência ^(14, 25-27, 31, 45);
- Integração das 3 esferas: unidades policiais, ministério público e setor saúde ^(13, 18);
- Visita domiciliar ⁽²⁵⁾;
- Profilaxias específicas ^(20, 26, 29, 30);
- Acompanhamento posterior ao ocorrido ^(20, 22, 25-27, 45).

Nota: CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; CRAS: Centro de Referência da Assistência Social; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; IML: Instituto de Medicina Legal.

No tocante a forma como é realizado o atendimento multiprofissional de acordo com os protocolos selecionados no estudo ^(8,14-39, 41, 43-51, 59), verifica-se que cada documento fornece as orientações em torno de seis grandes eixos: acolhimento, identificação, intervenção, encaminhamento, acompanhamento e prevenção.

Esses aspectos permitem que o profissional de saúde forneça uma assistência integral e completa para todos os envolvidos, desde a assistência a vítima ^(18, 25, 37, 41, 43) quanto ao agressor ^(8, 17, 25, 35, 37, 43), promovendo ações que possibilitam a segurança para o idoso após a alta no serviço de saúde ^(16, 25, 32, 37-39, 45, 59).

Quadro 3 - Descrição dos protocolos encontrados no estudo. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021-2022.

Acolhimento ● Promover ambiente calmo e privado ^(20, 28-30, 42, 50, 51); ● Escuta qualificada e humanizada ^(20, 27, 28, 30, 44, 48, 59, 51); ● Sensibilidade a situação ^(20, 22, 23, 26, 28, 30, 51); ● Confidencialidade e sigilo ^(19, 20, 28, 30, 44, 50); ● Apoio à vítima ^(19, 27, 48, 50, 51, 59); ● Ausência de julgamento ^(17, 23, 27, 30, 42, 44, 50); ● Respeitar a autonomia do indivíduo ^(19, 30, 35, 36, 43, 46, 49); ● Realizar perguntas específicas ⁽⁵⁰⁾; ● Classificação de risco ^(22, 29); ● Conduta realizada pela equipe de enfermagem ^(22, 29, 48).
Identificação ● Rastreio e mensuração dos fatores de risco ^(8, 16, 19, 20, 22, 25, 26, 29, 30, 33, 35, 39, 41-44, 46, 49, 51); ● Entrevista separada entre a vítima, familiares e/ou cuidadores ^(15, 18, 19, 23, 26, 32, 35, 38, 41, 49); ● Busca de sinais de tensão entre os envolvidos ⁽³²⁾;

- Questionar ao idoso lesões existentes (25, 32, 48);
- Exame físico para avaliação dos sinais, sintomas e comportamentos suspeitos de violência (8, 15, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 29, 30, 32, 35, 38, 42, 43, 48, 49);
- Planejamento da assistência (15, 18, 19, 20, 22, 23, 29, 30, 34, 36, 40, 42, 44, 46, 48, 59);
- Integração com a equipe multiprofissional (15, 18, 19, 22, 25, 26, 28, 29, 32, 37, 41, 49, 46, 48);
- Utilizar instrumentos de rastreio da violência (28, 32, 49);
- Avaliar as condições de vida do idoso - refeições, compras e convívio social (32);
- Documentar todos os achados de forma detalhada (19, 22, 25, 29, 30, 35, 38, 49, 41, 45, 42).

Intervenção

- Solicitação de exames laboratoriais e de imagem (22, 25, 29, 30, 32, 35, 41, 49, 50);
- Plano para admissão (19, 25-27, 29, 30, 32, 40, 41, 42, 48, 49);
- Notificação (8, 18-20, 22, 24-27, 29, 30, 33, 35-37, 45, 44, 46);
- Assistência a vítima (18, 25, 37, 41, 43);
- Prestar cuidados ao agressor (8, 17, 25, 35, 37, 43);
- Plano para minimizar as consequências (16, 17, 19, 25, 27, 28, 30, 35, 37);
- Seguir protocolos de atendimento (39, 43).

Encaminhamento

- Serviços de emergência (32);
- Serviços de referência (21-27, 29, 32, 36, 41, 42, 48, 51).

Acompanhamento

- Promover ações de interação social e familiar (17, 20, 25, 37, 44);
- Alcance de segurança para o idoso após a alta dos serviços de saúde (16, 25, 32, 37-39, 45, 59);
- Continuidade da assistência em saúde (20, 25, 32, 37, 42, 48, 59);
- Avaliação contínua das condições de moradia do idoso (25, 32).

Prevenção

- Esquematizar estratégias de prevenção (19, 21-23, 25-27, 35-37, 40, 46, 59);
- Conscientizar o idoso quanto aos seus direitos (16, 21, 49, 39, 43, 44, 47);
- Planejar ações de educação em saúde (15, 8, 27, 34, 59);
- Estimular o apoio social (15, 16, 20, 34, 42-44, 47, 50);

- Incentivar a participação em programas comunitários ^(8, 15, 21, 25, 35).

DISCUSSÃO

Evidencia-se que os fluxogramas e protocolos são desenvolvidos para preencher as lacunas existentes nos serviços de saúde para atendimento aos idosos em situação de violência ^(10, 52). Solucionar as dificuldades que os profissionais apresentam é o principal objetivo da construção dessas tecnologias, principalmente devido ao fato de que no processo de formação desses indivíduos a questão de assistência para vítimas de violência ainda é pouco explorada.

Nesse sentido, os materiais encontrados neste estudo demonstram uma tentativa de preparo para os profissionais prestarem uma assistência de qualidade e eficaz na resolutividade da violência. Ressalta-se que por ser um fenômeno seja multidimensional, a situação se agrava com a alta prevalência cresce em todos os países, necessitando a adaptação dos serviços na oferta desses cuidados ⁽⁵³⁾.

Os fluxogramas e protocolos internacionais ^(18, 32-48) e nacionais ^(8, 13-31) aqui encontrados diferenciam-se devido a composição das redes de serviço em cada localidade e a forma de prestar assistência a cada população. Nesse contexto, observa-se que os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como hábitos de crenças, cultura da sociedade, condições de moradia e trabalho, fatores socioeconômicos, entre outros, interferem no surgimento da violência e, conseqüentemente, na forma como cada indivíduo vivencia e enfrenta esse fenômeno ^(54, 55).

Verifica-se em comum entre os fluxogramas o fato de que eles buscam uma articulação com os serviços da rede intersetorial, contemplando não somente a esfera da saúde, mas também policial e judicial ^(13, 14, 16, 18, 20, 22, 25-27, 29-31, 45, 50). Ademais, os profissionais possuem diferentes abordagens na sua assistência, no entanto, muitas vezes requerem uma atuação maior no âmbito da assistência social, apontando como a categoria de profissionais que atualmente lida com mais preparo nessas situações ^(56, 57). Outro aspecto importante é que alguns fluxogramas contemplam a continuidade do atendimento por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) e serviços especializados ⁽⁵⁸⁾.

Nos protocolos ^(8, 14-39, 41, 44-51, 59), identifica-se o predomínio dos aspectos referentes à abordagem da definição da violência, tipos, fatores de risco, acolhimento, anamnese, perguntas que podem ser realizadas para facilitar a identificação, exame físico, coleta de vestígios, notificação, atendimento das demandas apresentadas pelas vítimas, encaminhamento e acompanhamento. Por mais que esses fatores contemplem as abordagens necessárias na

assistência à vítima de modo interdisciplinar, observa-se que ainda há uma centralização no assistente social na oferta desse cuidado.

No tocante à abordagem ao idoso, o acolhimento é uma etapa imprescindível na entrada desses indivíduos nos serviços de saúde, sobretudo, compreendendo os aspectos vivenciados pelas vítimas e as vulnerabilidades a que se encontram. Durante essa etapa, qualquer profissional poderá estar atuando, desde que esteja de acordo com as recomendações existentes em cada serviço ^(11, 60).

O enfermeiro em alguns protocolos ^(22, 29, 48) era o primeiro profissional que entrava em contato com a vítima para dar início a assistência. Compreendendo que a equipe de enfermagem possui um contato em maior frequência a beira do leito com os pacientes, entende-se que esses profissionais possuem um processo de formação mais capacitado para prestar uma escuta qualificada aos idosos, com sensibilidade diante da situação e empatia para entender e solucionar as necessidades desse indivíduo ^(22, 29, 48, 61).

O acolhimento irá subsidiar a classificação de risco, de modo que será avaliado as questões clínicas e emocionais que o idoso apresenta e a partir disso seguirá com o atendimento ^(14, 26). De acordo com os protocolos encontrados ^(22, 25-27, 30), observa-se que depois do acolhimento e suspeita da violência seja pela identificação de sinais sugestivos ou pelo relato da própria vítima, ocorrerá o encaminhamento para uma avaliação psicológica ^(20, 22, 25, 31, 45) e para o serviço social intervir e dar seguimento ao caso ^(14, 18, 20, 25).

O idoso vivencia durante essa etapa da vida questões como falta de paciência dos familiares e cuidadores, abandono, retraimento social, falta de inclusão, diminuição de autonomia e independência ⁽⁵⁷⁾. Esses aspectos fazem com que o idoso busque no profissional de saúde uma fonte de apoio, atenção, construção de vínculos, segurança, confiança, sendo imprescindível reforçar a necessidade dos profissionais de apresentarem uma postura de acolher esse indivíduo ⁽⁶²⁾.

Os protocolos trouxeram como estratégia a realização da entrevista de forma separada entre a vítima ^(15, 18, 19, 23, 26, 32, 35, 38, 41, 49), o provável agressor e familiares, para que assim o profissional consiga identificar possíveis divergências entre a história relatada. Aspectos como divergência entre as informações, breve relato por parte do agressor, a vítima desconfiada para responder às indagações do profissional, medo em excesso em relação as perguntas, se configuram como indicadores de que é necessário continuar com a investigação.

Nesse contexto, é fundamental que o profissional faça uma restrição do contato da vítima com os demais membros durante esse processo de rastreio, a fim de evitar que o agressor

tente contato com a vítima e realize ameaças ou faça combinações do que deve ser falado na entRev⁽⁴³⁾.

Mesmo o idoso estando sensível diante de toda a situação, principalmente quando a violência é praticada por familiares, por mais que o profissional compreenda as melhores condutas para a vítima, este deve respeitar e considerar a autonomia e desejo da pessoa idosa, caso esteja em condições cognitivas e clínicas para decidir pelos seus cuidados ^(19, 30, 35, 36, 43, 46, 49). Os idosos enfrentam diferentes problemas em relação à respeito aos seus direitos, sua autonomia e independência pelos seus familiares, de modo que é importante que a equipe interdisciplinar consiga atender a essas questões ^(16, 21, 39, 43, 44, 47, 49).

Almejando preservar os direitos dos idosos no que diz respeito a autonomia e independência, é imprescindível avaliar os fatores de risco para VCPI durante a assistência em saúde, haja vista, estão interligados aos aspectos que sofrem alteração e tendem a surgir durante o envelhecimento, principalmente quando o idoso ao longo da vida não apresentou hábitos alimentares saudáveis e estilo de vida adequado para prevenção de alterações e doenças ^(60, 63). Nesse sentido, diante das modificações existentes no processo de envelhecer, tais como as mudanças biológicas, fisiológicas, morfofuncionais, psicológicas e sociais ⁽⁶⁰⁾.

Essas alterações refletem no surgimento de maior dependência desses indivíduos, declínio funcional, retraimento social, surgimento de transtornos mentais, fragilidade, diminuição da independência e autonomia ^(64, 65). Esses fatores acometendo o idoso fazem com que seja necessário um apoio de terceiros para realização das suas atividades cotidianas, tornando-se tornando mais vulnerável a violência à medida que maior é a dependência de outra pessoa ^(65, 66).

Diante do exposto, realizar a avaliação desses fatores por meio de instrumentos construídos e validados para essa finalidade possibilita que os profissionais padronizem a forma de avaliar e mensurar o impacto na vida do idoso em relação a esses fenômenos. Por isso, em toda assistência à saúde da pessoa idosa, é fundamental realizar uma avaliação multidimensional, a fim de acompanhar como estão acontecendo as perdas e evitar que esse indivíduo seja vítima de violência ^(67, 68).

Ainda em relação aos fatores de risco, alguns protocolos apresentam de forma diferente ^(8, 16, 19, 20, 22, 25, 26, 29, 30, 33, 35, 39, 49, 41, 42, 43, 44, 46, 51), mas todos contemplam a abordagem de investigação para identificação dos fatores de risco presentes no idoso, objetivando mensurar o risco para violência que esse indivíduo apresenta e desenvolver estratégias para prevenir a violência.

No tocante a notificação, os protocolos (8, 33, 35-37, 14, 18-20, 22, 24-27, 29, 30, 45, 44, 46) abordam como uma etapa fundamental e obrigatória de ser realizada nos casos suspeitos e confirmados de violência, devendo ser realizada por qualquer profissional de saúde durante a sua assistência. Diversos profissionais relacionam a notificação com a denúncia, no entanto, essas condutas não estão interligadas, uma vez que o profissional deverá notificar a suspeita, mas a vítima é quem irá decidir se realiza a denúncia ou não (69).

A decisão quanto à denúncia do ocorrido será papel do idoso em dar continuidade ao cuidado prestado e evitar que o ciclo violento continue acontecendo, porém, é papel do profissional da saúde a orientação de realização da denúncia por parte da vítima. Uma vez que o agressor continua em contato com a vítima, a chance de que a violência continue acontecendo é alta, diferentemente de como seria em caso de denúncia. A denúncia possibilita uma investigação mais aprofundada por parte dos profissionais e punições adequadas para o agressor (11, 70, 61).

A falta de maiores incentivos a políticas de combate da violência se dá principalmente devido a sua subnotificação e ausência de denúncia, de modo que os dados ficam inconsistentes nos sistemas de informação e as esferas não conseguem realizar uma mensuração mais adequada da dimensão que o fenômeno está tomando nos dias atuais (57, 71).

Observa-se em alguns fluxogramas (14, 18, 22, 25, 26, 29, 45, 50) e protocolos a centralidade do atendimento no profissional médico, no entanto, é fundamental que esse profissional articule uma integração entre os demais profissionais para que cada um atue de acordo com as suas condutas, mas promovendo uma visão integrada da problemática em questão (18, 26, 29). Promover o atendimento multiprofissional é imprescindível para a oferta de uma assistência integral, equânime, contínua e de qualidade (15, 18, 19, 22, 25, 26, 28, 29, 32, 37, 41, 46, 48, 49).

Cada profissional consegue contribuir de diferentes formas no alcance de ações que minimizem os impactos da violência para os indivíduos que já sofreram, bem como consiga prevenir de surgir nos demais. Diante das complexas consequências da violência, minimizar os danos para os idosos possibilita que ele ainda consiga viver uma vida com qualidade (72).

Nesse sentido, a consulta de enfermagem é uma etapa que deve cada vez mais ser inserida nos fluxogramas e protocolos, por ser um momento em que o enfermeiro pode aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem para realizar com mais eficácia um rastreio e cuidados diante da situação de violência (73). Nesse sentido, a inserção desse profissional está contemplada em alguns protocolos (22, 29, 48), referindo a etapa de acolhimento.

A depender da gravidade e intensidade das agressões ao idoso, a hospitalização é uma consequência frequente devido a necessidade de assistência aos danos que a violência

ocasionou nesse indivíduo ⁽⁶⁴⁾. No entanto, este também é um aspecto que pode agravar a situação de saúde desse idoso, ocorrendo diminuição da sua autonomia e independência ^(65, 74). Além disso, a internação hospitalar apresenta um elevado custo para o sistema de saúde, reforçando, portanto, a necessidade de implementar ações para evitá-la ⁽⁶⁴⁾.

Promover um atendimento multiprofissional ^(15, 18, 19, 22, 25, 26, 28, 29, 32, 37, 41, 46, 48, 49) durante a assistência a vítima ^(18, 25, 37, 41, 43) e ao agressor ^(8, 17, 25, 35, 37, 43) é uma conduta incentivada nos protocolos encontrados por possibilitar que cada profissional contribua nas diferentes funções, possibilitando um planejamento de assistência integral para o indivíduo, família e coletividade.

Nesse contexto, destaca-se a importância da atuação integrada de todos os profissionais no cuidado ao idoso em situação de violência, uma vez que a complexidade que o fenômeno da violência requer habilidades do profissional que vão desde a identificação até o acompanhamento posterior a denúncia. Deste modo, para promover um cuidado de qualidade a esses indivíduos é necessário a integração entre os profissionais ^(32, 49).

A junção das diferentes competências possibilita que o alcance da interdisciplinaridade promova um cuidado qualificado a esse grupo, visando minimizar os impactos da violência em sua qualidade de vida e no planejamento de estratégias de prevenção que visem minimizar ou evitar os danos provenientes do ato violento ^(8, 32, 49).

Outro aspecto fundamental para que o fluxograma de atendimento a esses idosos funcione é o conhecimento das redes de apoio existentes em cada município, como também a nível estadual e nacional ⁽⁵²⁾. Esse entendimento possibilita que o profissional seja capaz de realizar encaminhamentos de acordo com a ausência de assistência específica e também da necessidade do idoso, sendo fundamental contar com os serviços de proteção à vítima ^(52, 58).

As redes de proteção atuam como serviços que contam com profissionais habilitados e capacitados para lidar com a situação de violência em todos os ciclos de vida, especificamente para o idoso ⁽⁵²⁾. Diante da exposição da vítima com outros membros da família que também possam vir a cometer atos violentos, é fundamental acionar os serviços de proteção para que fiquem alerta, a fim de evitar a continuidade do ciclo da violência por outros agressores, devido a vulnerabilidade em que esse indivíduo se encontra ⁽⁷⁵⁾.

Os serviços que estão envolvidos nos materiais avaliados são: Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Delegacias de forma geral e específicas para o idoso, Unidades de Saúde que contemplam os serviços desde a APS quanto os hospitais, Ministério Público, Conselho do Idoso, Secretaria do Idoso, Gerência de Valorização do Idoso; Centro do Idoso; Centro de

Atenção Psicossocial (CAPS), Central Judicial do Idoso; Instituto de Medicina Legal (IML) ^(13, 14, 18, 20, 22, 25, 27, 29, 30, 31, 45, 50).

Cada um desses serviços deve atuar de forma articulada, atendendo aos princípios de referência e contrarreferência para manter todos os profissionais envolvidos cientes do que está sendo realizado pelo idoso e acompanhar sua evolução. Se tratando da população idosa, é mais difícil que esse indivíduo se lembre das orientações e condutas fornecidas nos outros locais para informar ao profissional que lhe acompanha, reforçando a necessidade de integração entre esses locais ^(76, 62).

A depender da forma em que foi identificada a violência no idoso, seja via telefone ⁽¹³⁾, unidade policial ^(13, 31), serviços de saúde ^(13, 25, 26, 29, 31, 45), Centros de referências ⁽³¹⁾, denúncia pelo idoso ou familiares ^(13, 20) ou outros, é necessário que o local sistematize o direcionamento desse indivíduo para garantir uma assistência qualificada e um acompanhamento posterior ^(20, 22, 25-27, 45).

No tocante ao acompanhamento, é fundamental que a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) esteja atenta ao seguimento desse idoso nas condutas recomendadas pelos profissionais. As unidades que integram a APS devem se localizar na proximidade do local de moradia desse indivíduo, possibilitando que os profissionais realizam visitas domiciliares para acompanhamento e avaliação da relação familiar ⁽²⁵⁾, segurança desse idoso ^(16, 25, 32, 37-39, 45, 59) e identificação dos fatores de risco para recidiva da violência.

O profissional mais preparado para acompanhar a situação em que a pessoa idosa vivencia no contexto da APS é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), principalmente por estar inserido naquela comunidade e acompanhar mais de perto o idoso, cuidador e seus familiares ⁽⁷⁷⁾. Pessoas que residem próximo ao idoso são também uma boa fonte de informação, de modo que o profissional pode buscar avaliar a rotina do idoso também indagando esses indivíduos. Ademais, é fundamental realizar uma avaliação contínua das condições de moradia do idoso ^(32; 25).

Nesse sentido, é fundamental a integração entre as esferas do setor saúde, juntamente com o setor jurídico e de segurança ^(13,18), de modo que o encaminhamento entre os serviços de saúde, as delegacias e o ministério público foi citado em diferentes documentos ^(13, 14, 16, 18, 20, 22, 27, 29, 30, 31, 45, 50). Esse envolvimento possibilita um acompanhamento mais amplo para o idoso e com mais eficácia na prevenção de novas ocorrências.

Diante desse contexto, seguir protocolos de atendimento a vítimas de violência permite uma padronização na assistência ^(39, 43), de modo que os profissionais de saúde possuem respaldo para planejar e implementar condutas para minimizar as consequências da violência

para todos os envolvidos. Sendo assim, é imprescindível realizar ações de educação permanente com os profissionais para capacitá-los na utilização desses materiais⁽⁶⁾.

Em diversos protocolos, as estratégias de prevenção estavam sendo contempladas, buscando evitar que o idoso volte a ser vítima de violência e outros idosos não sofram com esse fenômeno. As estratégias variam desde atividades educativas de forma lúdica^(8, 15, 27, 34, 59), aperfeiçoando a percepção do idoso em relação a violência, bem como conscientização quanto aos seus direitos^(16, 21, 39, 43, 44, 47, 49), estímulo ao apoio social^(16, 15, 20, 34, 42-44, 47, 50) e participação em programas comunitários^(8, 15, 21, 25, 35).

Diante desse contexto, observa-se que cada protocolo possui uma contribuição diferente em relação às medidas a serem adotadas pelos profissionais, no entanto, não existe um documento que reúna essas principais informações e contemple a atuação dos profissionais de modo detalhado, contemplando aqueles que atuam na área de segurança e jurídica.

Além disso, não há um protocolo que tenha sido elaborado com base em uma revisão da literatura, reunindo os principais achados no enfrentamento da violência, indicando a carência de materiais respaldados cientificamente. Outro aspecto a ser destacado é que mesmo com esses materiais desenvolvidos pelas secretarias de saúde de cada município, os profissionais ainda possuem dificuldade no manejo dessas situações.

Se configura como limitação do estudo a dificuldade em encontrar os fluxogramas e protocolos, uma vez que a leitura das referências subsidiou a inserção de um número significativo de materiais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que os materiais disponíveis na literatura que abordam os fluxogramas apresentam os seguintes aspectos: identificação da ocorrência da situação de violência, encaminhamento da vítima e família na rede de proteção social e de saúde e intervenções. No entanto, cada fluxo se apresenta de forma diferente, em que uns focam no encaminhamento dos envolvidos e outros no rastreo da violência.

Já os protocolos contemplam de modo mais detalhado as questões referentes à definição do fenômeno da violência, tipos, sinais e sintomas, prevenção, fatores de risco, identificação, acolhimento, notificação, intervenção, prevenção e serviços que compõem a rede de proteção. Entretanto, mesmo os protocolos contemplando esses aspectos, ainda não é suficiente para nortear os profissionais na assistência por eles não seguirem um padrão.

Nesse sentido, observa-se que a persistência do despreparo desses indivíduos no rastreo da VCPI e nos cuidados oferecidos é reflexo da falta de padronização dos materiais,

principalmente por esses documentos não conseguirem detalhar a assistência nos diferentes cenários, não contemplar todos os profissionais envolvidos e o desconhecimento dos materiais por parte desses indivíduos.

Além disso, a falta de conhecimento quanto a sua forma de contribuição na assistência a esses indivíduos faz com que os profissionais deixem de realizar a identificação desse fenômeno e, consequentemente, a sua notificação e intervenção, atribuindo de forma isolada ao assistente social essa função.

Recomenda-se, mediante a leitura dos materiais encontrados nessa revisão, que os pesquisadores da área de VCPI desenvolvam tecnologias que solucionem as lacunas aqui evidenciadas e que possibilitem o direcionamento da atuação dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado a pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Moraes CL, Marques ES, Ribeiro AP, Souza ER. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. Out 2020 [citado 3 out 2022];25(suppl 2):4177-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.27662020>
2. Barros RL, Leal MC, Marques AP, Lins ME. Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica. *Saúde em Debate* [Internet]. Set 2019 [citado 3 out 2022];43(122):793-804. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912211>
3. Mendonça CS, Machado DF, Almeida MA, Castanheira ER. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. Jun 2020 [citado 3 out 2022];25(6):2247-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>
4. Moreira GA, Freitas KM, Cavalcanti LF, Vieira LJ, Silva RM. Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. *Trabalho, Educação e Saúde* [Internet]. 13 ago 2018 [citado 3 out 2022];16(3):1039-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00156>
5. Machado JC, Silva LR, Simões AV, Pires VM, Rodrigues VP, Vilela AB. Violência doméstica como tema transversal na formação profissional da área de saúde. *Res. Society Devel.*[Internet]. 5 maio 2020 [citado 3 out 2022];9(7):e152973917. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3917>
6. Machado JC, Silva LR, Simões AV, Pires VM, Rodrigues VP, Vilela AB. Violência doméstica como tema transversal na formação profissional da área de saúde. *Res. Society Devel.*[Internet]. 5 maio 2020 [citado 3 out 2022];9(7):e152973917. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3917>
7. Guerra M, Pinheiro B, Ferreira C, Ferreira M, Azeredo Z. Detección de 48violência contra el anciano na Urgencias: el papel de la Enfermera, *J of Aging & Innovation*. 2021 [citado 3 out 2022];10(1):83- 107. Disponível em: <http://Jofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6JAIV10E1-2.pdf>
8. Dias AL, Almeida AM, Schweitzer MC, Souto RQ. Intervenções fisioterapêuticas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência: uma revisão de escopo. *Rev Bras*

- Geriatrics Geron[Internet]. 2020 [citado 3 out 2022];23(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200100>
9. Penha JR, Fernandes FA, Oliveira CC, Oliveira RD, Barros EF. Validação e utilização de novas tecnologias na saúde e educação: uma revisão integrativa. *RevInterdisciplinar de Promoção da Saúde* [Internet]. 3 set 2018 [citado 3 out 2022];1(3):199-206. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12580>
 10. Ferrín SM, Osorio RodríguezDG, Maya MontalvánG, Viteri Chiriboga EA. ANALYSIS OF THE ATTENTION PROTOCOLS ON GENDER VIOLENCE AND ITS PERSPECTIVE IN ECUADOR. *uct* [Internet]. 2020 [citado 3 out 2022];24(99):41-2. Disponível em: <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/294>
 11. Alarcon MF, Damaceno DG, Cardoso BC, Braccialli LA, Sponchiado VB, Marin MJ. Elder abuse: actions and suggestions by Primary Health Care professionals. *RevBrasileira de Enfermagem* [Internet]. 2021 [citado 3 out 2022];74(suppl 2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0263>
 12. Peters MD, Godfrey C, McInerney P, Khalil H, Larsen P, Marnie C, Pollock D, Tricco AC, Munn Z. Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. *JBIM Evidence Synthesis* [Internet]. 9 fev 2022 [citado 3 out 2022]; Publish Ahead of Print. Disponível em: <https://doi.org/10.11124/jbies-21-00242>
 13. Plassa BO. Fluxo de atendimento intersetorial no atendimento à pessoa idosa vítima de violência [Dissertação (Saúde e Envelhecimento)]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2018. 51 p.
 14. Barreto, AMMA. Construção de um fluxograma para identificação e notificação de violência e maus-tratos contra a pessoa idosa [Dissertação (Mestrado em Gerontologia)]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2018.
 15. Dias, ALP. Protocolo fisioterapêutico de atendimento à pessoa idosa em situação de violência [Dissertação(Mestrado em Gerontologia)]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2020.
 16. Novo R, Prada AR, Fernandes T, Cerqueira V. Violência contra a pessoa idosa no contexto familiar guia de apoio aos profissionais na identificação e sinalização [Internet]. Bragança: Instituto Politécnico De Bragança, Escola Superior De Educação; 2016 [citado 3 out 2022]. 116 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/14270>
 17. Chaimowicz F, Barcelos Em, Madureira MDS, Ribeiro MTF. Saúde do idoso. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG; 2013.
 18. Rosen T, Mehta-Naik N, Elman A, Mulcare MR, Stern ME, Clark S, Sharma R, LoFaso VM, Breckman R, Lachs M, Needell N. Improving quality of care in hospitals for victims of elder mistreatment: development of the vulnerable protection team. *The Joint Commission J on Quality and Patient Safety* [Internet]. Mar 2018 [citado 3 out 2022];44(3):164-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.08.010>
 19. Plassa BO, Alarcon MF, Damaceno DG, Sponchiado VB, Braccialli LA, SilvnaJA, Marin MJ. Flowchart of elderly care victims of abuse: a preliminary perspective. *Escola Anna Nery* [Internet]. 1 nov 2018 [citado 3 out 2022];22(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0021>
 20. Júnior NF, Paschoal SMP. Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa. Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo, 2007.
 21. Murar HM, Cortiano S, Oliveira C. Protocolo da rede de atenção e proteção à pessoa idosa em situação de risco para a violência. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2012. Protocolo da rede de atenção e proteção à pessoa idosa em situação de risco para a violência; p. 50.

22. Born T, organizadora. Cuidar melhor e evitar violência: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos; 2008.
23. Londrina. Secretaria Municipal da Saúde de Londrina. Protocolo de atendimento as pessoas em situação de violência interpessoal/autoprovoçada. Londrina, 2016. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/protocolo_violencia.pdf
24. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção básica, 2006.
25. "Vilela LF, coordenadora. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2009 [citado 3 out 2022]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20197%20Anexo.pdf>"
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde de Belo Horizonte. Guia de Atendimento à Pessoa Idosa em situação de violência. MS:Belo horizonte, 2015.
27. Goiás. Secretaria Estadual de Saúde. Rede Intersetorial de Atenção às Pessoas em Situação de Violências: Guia orientador para gestores. Goiás, 2019.
28. Bolsoni CC, Warmling D, Faust SB. Atenção à pessoa idosa em situação de violência. Rio de Janeiro, 2020 [citado 3 out 2022]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/>
29. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Protocolo de atendimento as pessoas em situação de violência no estado de Santa Catarina, 2021.
30. Santa Catarina. Ministério Público de Santa Catarina. Protocolo de rede intersetorial de atenção à pessoa idosa em situação de violência no estado de Santa Catarina. Santa Catarina, 2021.
31. Ubatuba. Secretaria Municipal de Saúde de Ubatuba. Protocolo da rede inter-setorial de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Risco para a Violência. Ubatuba, 2018.
32. Cimino-Fiallos N, Rosen T. Elder Abuse—A Guide to Diagnosis and Management in the Emergency Department. Emergency Medicine Clinics of North America [Internet]. Maio 2021 [citado 3 out 2022];39(2):405-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.emc.2021.01.009>
33. Joshi S, Flaherty JH. Elder Abuse and Neglect in Long-Term Care. Clinics in Geriatric Medicine [Internet]. Maio 2005 [citado 3 out 2022];21(2):333-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.10.009>
34. Daly JM. Evidence-Based Practice Guideline: Elder Abuse Prevention. J of Gerontological Nursing [Internet]. 1 nov 2011 [citado 3 out 2022];37(11):11-7. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/00989134-20111004-01>
35. Swagerty JR, Takahashi PY, Evans JM. Elder mistreatment. American family physician. 1999;59(10):2804-2808
36. Dong X. Elder Abuse: Research, Practice, and Health Policy. The 2012 GSA Maxwell Pollack Award Lecture. The Gerontologist [Internet]. 22 nov 2013 [citado 3 out 2022];54(2):153-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnt139>
37. McNamee CC, Murphy MB. Elder abuse in the united states. National Institute of Justice J [Internet]. Nov 2006 [citado 4 out 2022];(255):16-9. Disponível em: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/elder-abuse-united-states>
38. irsch CH, Stratton S, Loewy R. The primary care of elder mistreatment. WEST J MED 1999 Jun; 170 (6): 353-8.

39. Alshabasy S, Lesiak B, Berman A, Fulmer T. Connecting models of care to address elder mistreatment. *Generations: J of the American Society on Aging*, 2020 [citado 3 out 2022]; 44(1), 26-32. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/26992864>
40. Hawes C, Kimbell A-M. Catherine Hawes and Anne-Marie Kimbell. *Detecting, Addressing and Preventing Elder Abuse In Residential Care Facilities*. Rockville, United States: National Institute of Justice/NCJRS, 2009 [citado 3 out 2022]. Disponível em: [\[https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/229299.pdf\]](https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/229299.pdf)
41. Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and Initiating Intervention for Elder Abuse and Neglect in the Emergency Department. *Clinics in Geriatric Medicine* [Internet]. Ago 2018 [citado 3 out 2022];34(3):435-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.04.007>
42. West Metro Elder Abuse Prevention Network. *Elder Abuse Prevention and Response Toolkit*. Victoria, 2019. Disponível em: <https://www.merrihealth.org.au/assets/Uploads/Merri-Health-Elder-Abuse-Prevention-Booklet-West-Final-Web.pdf>.
43. Elder Abuse Prevention Unit. *A Guide for Elder Abuse Protocols*. Queensland, 2010. Disponível em: https://www.eapu.com.au/uploads/EAPU_general_resources/EA_Protocols_FEB_2012-EAPU.pdf.
44. Blundell B. *Elder Abuse Protocol: Guidelines for Action*. 2017.
45. Taranaki Distric Health Board. *Violence Intervention Programme*. Taranaki, 2016. Disponível em: <https://www.tdhib.org.nz/misc/documents/VIP%20Intimate%20Partner%20Violence%20Management%20Policy.pdf>.
46. Department of Social Development. *Protocol on Management of Elder Abuse*. 2010. Disponível em: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/Protocol%20on%20abuse%20document%20-Aligned%202010%20-Final%20copy.pdf>.
47. Canadá. *Elder Abuse Guidelines*. Canada, 2016. Disponível em: <https://open.alberta.ca/dataset/6c35ec93-824e-4770-8fd1-91f44d2c229e/resource/55675cdc-4e8b-4367-9a24-a5d2e9f6da6f/download/2016-ea-police-guidelines-final-april-2016.pdf>.
48. Social Welfare Department Elderly Branch. *Procedural Guidelines for Handling Elder Abuse Cases*. 2021. Disponível em: [https://www.swd.gov.hk/doc/family/Procedural%20Guidelines%20\(Elder%20Abuse\)%20\(Eng\)%20\(Mar%202013\).doc](https://www.swd.gov.hk/doc/family/Procedural%20Guidelines%20(Elder%20Abuse)%20(Eng)%20(Mar%202013).doc).
49. Keller E, Santos C, Cusack D, Väli M, Ferrara D, Ludes B, Mangin P, Payne-James JJ, Vieira DN. European council of legal medicine (ECLM) guidelines for the examination of suspected elder abuse. *International J of Legal Medicine* [Internet]. 27 jun 2018 [citado 3 out 2022];133(1):317-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00414-018-1880-y>
50. Bomba PA. Use of a Single Page Elder Abuse Assessment and Management Tool. *J of Gerontological Social Work* [Internet]. 18 jul 2006 [citado 3 out 2022];46(3-4):103-22. Disponível em: https://doi.org/10.1300/j083v46n03_06
51. Aba. *Introduction to ABA Section on Dispute Resolution Task Force Elder Abuse and Neglect Screening Guidelines for Mediators*. 2020 [citado 3 out 2022]. Disponível em: https://www.americanbar.org/content/dam/aba/administrative/law_aging/2020-elder-abuse-screening-tool-abadr-section.pdf
52. Meleiro ML, Nascimento IR, Santos FS, Silva NP, Nascimento V. A violência contra a pessoa idosa em Manaus e no Amazonas/Brasil. *Res. Society Devel.*[Internet]. 30 abr

- 2021 [citado 3 out 2022];10(5):e11210514558. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14558>
53. Ribeiro MD, Santo FH, Diniz CX, Araújo KB, Lisboa MG, Souza CR. Evidências científicas da prática da violência contra a pessoa idosa: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2021 [citado 3 out 2022];34. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ar00403>
 54. Carvalho L de SL, Rego ER de M, Carvalho DSB de, Machado AC, Figueiredo ACMG. Mortalidade Por Suicídio E Determinantes Sociais De Saúde No Distrito Federal Em 2019. *Prát. Cuid. Rev. Saude Colet.* [Internet]. 30º de novembro de 2021 [citado 3º de outubro de 2022];2:e12737. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/12737>
 55. Carvalho ML, Costa AP, Monteiro CF, Figueiredo MD, Avelino FV, Rocha SS. Suicide in the elderly: approach to social determinants of health in the Dahlgren and Whitehead model. *RevBrasileira de Enfermagem* [Internet]. 2020 [citado 3 out 2022];73(suppl 3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0332>
 56. Silva DC, Araújo BC, Melo HF, Medeiros IL, Toscano JD, Bezerra MF, Xavier VM, Martins AC, Montenegro CP. Envelhecimento: Vivência dos idosos no ambiente familiar. *Res. Society Devel.*[Internet]. 2 ago 2021 [citado 3 out 2022];10(9):e58810918425. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18425>
 57. Rodrigues RA, Chiaravalloti-Neto F, Fhon JR, Bolina AF. Spatial analysis of elder abuse in a Brazilian municipality. *RevBrasileira de Enfermagem* [Internet]. 2021 [citado 3 out 2022];74(suppl 2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0141>
 58. Alarcon MF, Damaceno DG, Cardoso BC, Bracciali LA, Sponchiado VB, Marin MJ. Violence against the older adult: perceptions of the basic health care teams. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2021 [citado 3 out 2022];30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0099>
 59. Glasgow K., Fanslow J. L. . Family violence intervention guidelines: Elder abuse and neglect. Wellington, New Zealand: Ministry of Health, 2006 [citado 3 out 2022]. Disponível em: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/family-violence-guideliens-elder-abuse-neglect.pdf>
 60. Scolari GA, Rossoni DF, Salci MA, Radovanovic CA, Carreira L. Fatores relacionados ao acolhimento com classificação de risco a idosos em unidades de pronto atendimento. *RevEnfermagem UERJ* [Internet]. 27 ago 2021 [citado 3 out 2022];29:e52999. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.52999>
 61. Santos JD, Santos RD, Araújo-Monteiro GK, Santos RC, Costa GM, Guerrero-Castañeda RF, Souto RQ. Cuidado de enfermagem forense ao idoso em situações de violência: revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2021 [citado 3 out 2022];34. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ar02425>
 62. Silva RM, Brasil CC, Bezerra IC, Figueiredo MD, Santos MC, Gonçalves JL, Jardim MH. Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. Jan 2021 [citado 3 out 2022];26(1):89-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.31972020>
 63. Alencar FD, Moraes JR. Prevalência e fatores associados à violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas, Brasil, 2013*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. Maio 2018 [citado 3 out 2022];27(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200009>
 64. Brandão BM, Santos RC, Araújo-Monteiro GK, Carneiro AD, Medeiros FD, Souto RQ. Risk of violence and functional capacity of hospitalized elderly: a cross-sectional study. *Revda Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2021 [citado 3 out 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0528>

65. Soares JD, Ferreira JS, Araújo-Monteiro GK, Souto RQ, Braga JE. Avaliação do estado cognitivo e capacidade funcional em pessoas idosas institucionalizadas. *RevEnfermagem UERJ* [Internet]. 10 nov 2021 [citado 3 out 2022];29:e59240. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.59240>
66. Araújo GK, Souto RQ, Alves FA, Sousa RC, Ceballos AG, Santos RD, Lyra ÉV, Nogueira RT. Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. Jun 2019 [citado 3 out 2022];32(3):312-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900043>
67. Souza TD, Soares LA, Barbosa SD, Toledo ST, Rezende MS, Castro EA. A enfermagem no cuidado paliativo domiciliar de idosos apoiada por avaliações multidimensionais: revisão integrativa. *Res. Society Devel.* [Internet]. 17 ago 2021 [citado 3 out 2022];10(10):e520101018989. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18989>
68. Oliveira PR, Rodrigues VE, Oliveira AK, Oliveira FG, Rocha GA, Machado AL. Fatores associados à fragilidade em idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2021 [citado 3 out 2022];25(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0355>
69. Nascimento DD, Souza EM, Cruz RT, Bernardo TH. Perfil epidemiológico da violência contra a pessoa idosa. *Res. Society Devel.* [Internet]. 26 jan 2022 [citado 3 out 2022];11(2):e31611225780. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25780>
70. Cunha RI, Oliveira LV, Lima KC, Mendes TC. Perfil epidemiológico das denúncias de violência contra a pessoa idosa no Rio Grande do Norte, Brasil (2018-2019). *Rev Bras Geriatria Geron* [Internet]. 2021 [citado 3 out 2022];24(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020024.210054>
71. Pedroso AL, Duarte Júnior SR, Oliveira NF. Perfil da pessoa idosa vítima de violência intrafamiliar de um centro integrado de proteção e defesa de direitos em tempos de pandemia. *Rev Bras Geriatria Geron* [Internet]. 2021 [citado 3 out 2022];24(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020024.210108>
72. Guerra MD, Araujo AM, Souza JP, Porto MD, Nascimento MB, Andrade WB, Santana WN, Santos GP, Santana AF, Silva SR. Atuação da enfermagem na Saúde do Idoso: perspectivas de ações intersetoriais e multiprofissionais para a melhoria do estilo de vida. *Res. Society Devel.* [Internet]. 2 jan 2021 [citado 3 out 2022];10(1):e11210111536. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11536>
73. Torres JP, Duarte RB, Vieira RP, Limeira CP, Nascimento CE, Brandão CB, Azevedo SG, Silva DK, Freitas KM, Silva MR. Humanização da assistência de enfermagem ao idoso na Atenção Básica: revisão integrativa. *Res. Society Devel.* [Internet]. 14 ago 2021 [citado 3 out 2022];10(10):e395101019005. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19005>
74. Santos GS, Noronha AC, Alverga LM, Brito FM, Silva LD, Rathke CA. Fatores de risco associados à violência contra pessoas idosas na atualidade. *RevEletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 25 jan 2022 [citado 3 out 2022];15(1):e9326. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e9326.2022>
75. Oliveira KS, Carvalho FP, Oliveira LC, Simpson CA, Silva FT, Martins AG. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. *RevGaúcha de Enfermagem* [Internet]. 23 jul 2018 [citado 3 out 2022];39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>
76. Silva DM, Sousa L, Souza MS, Alves M. The daily life of family health teams in elderly care. *Reme RevMineira de Enfermagem* [Internet]. 2020 [citado 3 out 2022];24:e-1317. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200054>
77. Brasil CC, Silva RM, Bezerra IC, Vieira LJ, Figueiredo MD, Castro FR, Queiroz FF, Capelo MR. Percepções de profissionais sobre o agente comunitário de saúde no cuidado

ao idoso dependente. Ciênc Saúde Colet[Internet]. Jan 2021 [citado 3 out 2022];26(1):109-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.31992020>

6.2 Diretriz de atendimento multiprofissional ao idoso hospitalizado em situação de violência.



**Diretriz de atendimento
multiprofissional ao idoso
hospitalizado em situação de
violência**

Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro
Rafaella Queiroga Souto

EQUIPE DE DESENVOLVIMENTO DA DIRETRIZ

Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro

Enfermeira.

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Mestre em Enfermagem pela UFPB.

Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão (FABEX)/Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão (CBPEX).

Especialista em Didático-pedagógico para Educação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco.

Graduada no curso de Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Forense (GEPEFO).

E-mail: gleicy.kna@hotmail.com

Rafaella Queiroga Souto

Enfermeira.

Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (DESC) da UFPB.

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de São Paulo (USP).

Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Especialista em Enfermagem Forense pela Associação Brasileira de Enfermagem Forense.

Especialista em Enfermagem Gerontológica pela Associação Brasileira de Enfermagem.

Especialista em Saúde Coletiva e Saúde da Família pela Faculdade Integrada de Patos.

Coordenadora do GEPEFO.

E-mail: rqs@academico.ufpb.br

APRESENTAÇÃO

A Violência Contra a Pessoa Idosa (VCPI) é uma questão que afeta os indivíduos a nível mundial (MORAES *et al.*, 2020), socialmente determinado e que apresenta um crescimento em sua prevalência com o passar dos anos. Ocasiona diferentes consequências na vida desse indivíduo, interferindo na sua capacidade de executar as atividades cotidianas e em sua qualidade de vida.

Diante dessa problemática, evidencia-se um despreparo dos profissionais para lidar com essas situações, demonstrando fragilidades no processo de formação no que diz respeito à identificação de sinais e sintomas sugestivos de violência e no cuidado prestado diante desse fenômeno (MACHADO *et al.*, 2020a; 2020b).

Deste modo, a diretriz foi desenvolvida com a finalidade de apresentar as condutas da assistência multiprofissional e a responsabilidade de cada profissional no cuidado ao idoso em situação de violência. Assim sendo, a compreensão de modo mais detalhado como a violência se manifesta no idoso é essencial para que o profissional que utilize essa consiga intervir com maior eficácia na diminuição da prevalência desse fenômeno.

Além disso, o documento fornece recomendações quanto às ações de prevenção, fatores de risco, identificação da violência, definição, tipos de violência, consequências, notificação, articulações intersetoriais, acompanhamento e fluxograma de atendimento. Esses aspectos foram elencados nesse documento por integrar os principais pontos que fornecem subsidio para o entendimento da violência e como espera-se que a equipe atue em caráter interdisciplinar.

Sendo assim, a utilização da diretriz por parte dos profissionais possibilita alcançar a padronização e qualificação do atendimento às pessoas idosas em situação de violência no contexto hospitalar, promovendo um cuidado multiprofissional humanizado, integral, equânime, efetivo e resolutivo, em prol de minimizar os impactos causados por esse fenômeno e prevenir que novos casos venham a surgir.

Portanto, é fundamental que esse público receba uma assistência qualificada para minimizar esses agravos e que os serviços de saúde estejam cada vez mais preparados para um aumento na demanda de idosos em situação de violência (MORAES *et al.*, 2020), principalmente para aqueles que apresentam complicações em maior gravidade e precisam de internação hospitalar (GUERRA *et al.*, 2021).

INTRODUÇÃO

A transição demográfica que vem ocorrendo demonstra o aumento acelerado do número de pessoas que estão se tornando idoso ou nos próximos anos entrará nesse ciclo de vida (CORTEZ *et al.*, 2019). No Brasil, observa-se que esse fenômeno ocorre em condições desfavoráveis para esses indivíduos, principalmente para aqueles de classe econômica mais vulnerável, em que o acesso aos serviços de saúde, orientações e cuidados exibe maiores dificuldades (OLIVEIRA, 2019).

A medida em que as modificações decorrentes do envelhecimento interferem na capacidade do idoso em realizar as diferentes atividades cotidianas, manter-se autônomo e independente, maior é a sua dependência de outras pessoas para apoiá-lo no desempenho de atividades complexas e básicas da sua rotina (SOUZA *et al.*, 2021; FIGUEIRA *et al.*, 2021; GOMES *et al.*, 2021).

Quanto maior a dependência do idoso de outra pessoa, maior são as funções que esse cuidador irá desempenhar no cuidado a esse indivíduo (GOMES *et al.*, 2021). Fatores como sobrecarga elevada, alto nível de estresse e falta de tempo impactam na exaustão que o cuidador apresenta e maior é a chance de praticar a violência (GOMES *et al.*, 2021; CECCON *et al.*, 2021).

Define-se VCPI, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), como “um ato único ou repetido ou omissão que cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança” (WHO, 2002, p. 3). Assim, de acordo com essa definição, tanto os indivíduos que exercem o ato quanto a omissão por parte de pessoas próximas, familiares ou profissionais de saúde, se configuram como violência.

Diante dos diferentes tipos de violência, observa-se que a complexidade dos diversos sinais, sintomas e comportamentos interferem na capacidade dos profissionais em identificar além do que o idoso relata, sendo necessário uma avaliação aprofundada para conseguir realizar um rastreio precoce e eficaz. Cada tipo vai apresentar especificidades que caberá ao profissional o conhecimento para conseguir realizar a avaliação (CUNHA *et al.*, 2021; BUSNELLO *et al.*, 2021).

Esse fenômeno se configura como um problema de saúde pública devido a prevalência que cresce a nível internacional e nacional, em que diferentes países exibem prevalências que são influenciadas pelos aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais de cada local (BRANDÃO *et al.*, 2021a). Um estudo realizado na Albânia, Brasil, Canadá e Colômbia apontou que a menor prevalência identificada foi em idosos do sexo feminino e que residiam no Canadá, enquanto que a maior foi no Brasil (GOMES *et al.*, 2018).

A VCPI apresenta uma prevalência que diverge nas diferentes regiões, de modo que um estudo realizado na Paraíba com idosos hospitalizados evidenciou uma prevalência do risco para violência de 62,5% (n=202) (BRANDÃO *et al.*, 2021a), enquanto que um estudo realizado em São Paulo apontou uma prevalência de 10% (n=112,60) (MACHADO *et al.*, 2020a) e em Recife demonstrou uma prevalência de 35,6% (n=53) de idosos que sofreram violência psicológica (BRANDÃO *et al.*, 2021b).

Uma revisão integrativa que avaliou as evidências da prática da VCPI apontou que de acordo com os 17 manuscritos analisados a prevalência da violência variou entre 1,6% a 20,2%, sendo os familiares o perfil de agressor que exibiu maior predomínio. Ademais, a maioria dos estudos foram publicados nos últimos 5 anos e realizados na América Latina (RIBEIRO *et al.*, 2021a).

No que diz respeito aos cuidados de saúde ofertados ao público idoso em situação de violência, os profissionais deverão promover uma assistência multiprofissional em que durante a elaboração do plano de cuidados para a vítima, agressor e familiares, todos os profissionais contribuam na oferta de um cuidado integral para esses indivíduos (GUERRA *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2021).

Nesse sentido, diretrizes de atendimento fornecem subsídio para a atuação da equipe por contemplar as principais informações sobre os aspectos a serem avaliados durante a assistência multiprofissional aos idosos em situação de violência. Essas tecnologias possibilitam padronizar o olhar desses profissionais e qualificar o atendimento, fornecendo um direcionamento para toda a equipe (GUERRA *et al.*, 2021; DIAS *et al.*, 2021).

Diante desse contexto, a diretriz aqui desenvolvida irá reunir as principais evidências disponíveis nos documentos que abordam aspectos necessários para rastreamento da VCPI e cuidados ofertados pelos profissionais que prestam assistência a nível hospitalar e que integram os demais serviços da rede de apoio e proteção aos idosos.

OBJETIVO/FINALIDADE

A diretriz desenvolvida nesse material possui o objetivo geral de qualificar o atendimento multiprofissional ao idoso hospitalizado em situação de violência, contemplando os aspectos necessários para compreensão do fenômeno e como deve ser o cuidado ofertado para esse grupo etário.

Sendo assim, são definidos como objetivos específicos:

- Direcionar a assistência prestada aos idosos em situação de violência no contexto hospitalar de acordo com a suas necessidades;
- Propor medidas a serem adotadas pelos profissionais durante cada etapa da assistência em saúde dessa população;
- Padronizar a assistência a esses indivíduos nesse cenário do cuidar;
- Integrar a equipe multiprofissional no planejamento do cuidado ao idoso em situação de violência;
- Propor encaminhamentos para o alcance de uma maior proteção no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa;
- Alcançar uma maior articulação intersetorial na assistência diante desse fenômeno.

Deste modo, almeja-se padronizar e qualificar o atendimento às pessoas idosas em situação de violência, promovendo um cuidado multiprofissional humanizado, integral, equânime, efetivo e resolutivo, em prol de minimizar os impactos causados por esse fenômeno e prevenir que novos casos venham a surgir.

USUÁRIOS-ALVO

A diretriz foi desenvolvida para os profissionais que prestam assistência ao idoso em situação de violência no contexto hospitalar. Nesse sentido, os profissionais contemplados nesta diretriz são:

- Médico;
- Técnico de Enfermagem;
- Enfermeiro;
- Enfermeiro Forense;
- Assistente Social;
- Terapeuta Ocupacional;
- Fisioterapeuta;
- Farmacêutico;
- Bucomaxilo;
- Nutricionista;
- Fonoaudiólogo;
- Psicólogo;
- Radiologista;
- Profissionais da segurança pública;
- Profissionais do âmbito jurídico.

De acordo com esta diretriz, é fundamental destacar que nenhum profissional possui uma atuação superior aos demais, mas sim dentro da sua área de atuação, devendo se integrar na equipe multiprofissional para desempenhar uma assistência integral ao idoso.

POPULAÇÃO-ALVO

A diretriz destina suas ações multidimensionais para toda a população idosa que corresponde ao indivíduo de 60 anos ou mais, que esteja em situação de violência, compreendendo tanto os casos suspeitos quanto confirmados.

METODOLOGIA

A construção desta diretriz se deu mediante a realização de uma revisão da literatura, do tipo *scoping review*, intitulada “Fluxogramas e protocolos de atendimento ao idoso em situação de violência: uma revisão de escopo”, norteadas pelo manual do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters *et al.*, 2022). A opção por esse tipo de estudo se deu mediante as suas etapas contemplarem uma maior ampliação de seleção de materiais, auxiliando na construção da diretriz.

A estratégia de busca foi estruturada com base na estratégia PCC, em que o acrônimo para População (P) – idosos (pessoas com 60 anos ou mais); Conceito (C) – fluxogramas e protocolos de atendimento multiprofissional e Contexto (C) – situações de violência em pessoas idosas. Deste modo, levou-se o seguinte questionamento para subsidiar a construção deste protocolo: Quais os conteúdos contidos nos fluxogramas e protocolos de atendimento multiprofissional para assistir aos idosos vítimas de violência?

A fim de ampliar a busca por materiais, no que diz respeito aos critérios de elegibilidade, os pesquisadores optaram por deixar mais amplo o processo de busca, em que todos os materiais que contemplaram um fluxograma ou protocolo de atendimento aos idosos em situação de violência foram inseridos. Não houve restrição de tempo de publicação dos documentos.

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/MESH: Idoso; Fluxograma; Protocolo; Violência; Aged, “Referral AND consultation”, Workflow, “Clinical Protocols”, “Practice Guidelines”, Violence, “Elder Abuse”. Para identificação de outros termos correspondentes ao mnemônico PCC, foi realizada a busca inicial na MEDLINE (Pubmed) e CINAHL conforme recomendação do manual do JBI. No Apêndice A apresenta-se o detalhamento quanto a estratégia de busca da revisão que subsidiou a construção da diretriz.

Portanto, a estratégia de busca final em português ficou: Idoso AND Fluxograma OR Fluxo OR Protocolo OR “Protocolos Clínicos” AND “Violência Contra a Pessoa Idosa” OR “Maus-Tratos ao Idoso” OR “Abuso de Idosos”; enquanto que em inglês: Aged OR “Older Adults” AND Workflow OR “Referral and Consultation” OR “Clinical Protocols” OR “Practice Guideline” AND “Elder Abuse” OR Mistreatment.

A coleta dos documentos foi realizada nas bases: PubMed, CINAHL, *Web of Science*, Scopus, LILACS e *PsychINFO*. A literatura cinzenta foi resgatada nos portais: Portal de Teses e Dissertações da CAPES, e Google Acadêmico. Além disso, a revisão das referências foi desenvolvida conforme recomendação do JBI como terceira etapa das buscas.

Foram encontrados 37198 documentos, em que 876 eram provenientes da literatura cinzenta e 234 por serem duplicados. Em seguida, 268 materiais foram selecionados para leitura

de resumos e 228 excluídos por não atenderem ao objetivo de apresentarem aspectos referentes a assistência em saúde a essa população. Por fim, 40 documentos foram analisados na íntegra e 22 selecionados para compor a amostra final por contemplar conteúdos referentes a VCPI e o envolvimento dos profissionais no cuidado a esse público.

Deste modo, 9 eram provenientes da PubMed, 2 da CINAHL, 2 da *Web of Science*, 3 da Lilacs, 3 do Catálogo de Teses e Dissertações da Capes e 3 do Google Acadêmico. Após análise das referências, 20 documentos foram inseridos, de modo que ao todo 42 materiais compuseram a amostra desta revisão.

A etapa de triagem e seleção das evidências foi realizada no período de dezembro de 2021 a abril de 2022, por dois revisores capacitados, buscando um terceiro revisor para analisar as discordâncias. Por fim, os 42 materiais selecionados subsidiaram a escrita deste documento.

Esta diretriz foi guiada pelo instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE), que tem como finalidade a análise do rigor metodológico e a qualidade dos produtos desenvolvidos (AGREE II, 2017). Esse instrumento fornece recomendações para elaboração de protocolos e diretrizes e quais informações deverão estar inseridas no material desenvolvido (AGREE II, 2017).

Diante da escassez de um material que seja desenvolvido de forma abrangente e fundamentado na literatura científica, essa diretriz está sendo proposta para diminuir a lacuna existente no manejo dos profissionais ao idoso em situação de violência. Deste modo, irá fornecer suporte para os profissionais na assistência prestada nos seguintes aspectos:

- Prevenção;
- Identificação dos fatores de risco;
- Definição dos tipos de violência;
- Avaliação dos sinais, sintomas e comportamentos de acordo com cada tipo;
- Consequências da violência
- Anamnese;
- Exame físico;
- Atuação multiprofissional;
- Acompanhamento;
- Articulação intersetorial.

Ademais, é fundamental destacar que esse material se encontrará disponível para possíveis atualizações futuras, recomendando-se o seguimento quanto as buscas de evidências

conforme realizado na diretriz e que sejam implementadas as mudanças requeridas que diferem da versão atual. A sugestão quanto ao intervalo de tempo quanto a atualização do material é no período de 2 anos.

Por fim, no Apêndice B encontra-se a Declaração de potenciais conflitos de interesse que descreve o envolvimento da equipe de desenvolvimento da diretriz e a ausência de conflito de interesses na construção desse material.

PREVENÇÃO

A prevenção da violência se configura como a estratégia de maior eficácia para diminuição da prevalência da VCPI e as suas diversas consequências. É importante que os profissionais sejam sensibilizados quanto ao crescimento da violência a nível mundial, para que assim sejam capazes de delinear ações dentro da população assistida (SWAGERTY;

TAKAHASHI; EVANS, 1999; DONG, 2014; MCNAMEE; MURPHY, 2006; HAWES; KIMBELL, 2010; PLASSA *et al.*, 2018a; MURAR; CORTIANO; OLIVEIRA, 2012; BORN *et al.*, 2010; LONDRINA, 2016; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; GOIÁS, 2019; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; GLASGOW; FANSLOW, 2006; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010).

Os níveis de prevenção se classificam em primária, secundária e terciária, de modo que a prevenção primária diz respeito as medidas preventivas e de proteção específica mediante a identificação dos fatores de risco; a secundária se relaciona a identificação de forma precoce, em que o problema ainda está em fase inicial; enquanto que a terciária a redução de maiores comprometimentos para o indivíduo, incluindo também as condutas de reabilitação (GOMES, 2014). As condutas adotadas no tocante a cada nível de prevenção vão variar de acordo com a situação em que o idoso se encontra.

Inicialmente, o profissional deve realizar um diagnóstico de saúde da comunidade em que fornece cuidados, analisando o perfil dos idosos que buscam os serviços hospitalares. Elaborar esse diagnóstico fornece suporte para que as ações de prevenção sejam elaboradas mediante a necessidade desses indivíduos, compreendendo desde o seu estado de saúde ao seu convívio familiar (RODRIGUES *et al.*, 2021; CUNHA *et al.*, 2021).

Obter um diagnóstico da população assistida é um procedimento mais comum na APS, devido a proximidade dos indivíduos e suas famílias aos membros da equipe de saúde, bem como pelo fato de as ações de saúde realizadas possibilitarem que os profissionais conheçam mais o ambiente em que aquele idoso reside e as suas condições de moradia (RODRIGUES *et al.*, 2021; CUNHA *et al.*, 2021). No entanto, essa ação pode ser executada nos serviços de saúde especializados, pronto atendimento ou hospitais, para traçar medidas eficazes de acordo com as demandas de saúde da população assistida (OLIVEIRA *et al.*, 2022a).

As ações de prevenção da VCPI podem ser planejadas de acordo com os cuidados básicos de segurança na residência desse idoso, identificação dos fatores de risco para minimizar aqueles que podem ser modificáveis, compreensão da relação do idoso com a família ou os membros que residem na casa, verificação do convívio social que esse indivíduo apresenta, as atividades que o idoso realiza e o respeito a sua autonomia (DIAS, 2020; BRASIL, 2007).

Os idosos também apresentam um importante papel no que diz respeito a prevenção da violência, ao realizar ações como: evitar o retraimento social ao manter contato com as pessoas que apresentam algum nível de proximidade, preservar os vínculos com amigos que possam conversar sobre seus problemas e estimular que essas pessoas possam realizar visitas em sua

residência; concordar com as oportunidades de desenvolver novas atividades; envolver-se com as atividades sociais da comunidade; ler, escrever e enviar correspondências; possuir controle sobre suas contas bancárias e não conceder as senhas para terceiros ou pessoas desconhecidas; buscar por ajuda legal quando houver necessidade; e possuir alguém que se sinta seguro para recorrer em casos de maus tratos (BRASIL, 2007).

Por fim, a melhor forma de prevenir a VCPI é ofertar recursos suficientes e eficazes para esses indivíduos, seus familiares, as instituições e para os profissionais conseguirem enfrentar a precariedade e ausência de sensibilidade. É imprescindível o investimento em conhecimento para a população, para que seja possível estabelecer uma cultura que forneça ações positivas frente ao processo de envelhecer (BRASIL, 2007).

Algumas estratégias podem ser recomendadas para os idosos pelos profissionais de saúde, tais como (MCNAMEE; MURPHY, 2006):

- Manter seu convívio social, buscando ampliar a rede de amigos e pessoas conhecidas;
- Continuar em contato com velhos amigos em caso de se deslocar para um outro endereço de moradia;
- Ter um amigo em que possa confiar e compartilhar das situações que enfrenta;
- Pedir a amigos que realizem visita na sua casa, mesmo que uma visita breve, mas que possibilite observar o seu bem-estar;
- Aderir bem a novas oportunidades de atividades, pois além de mudar um pouco a rotina, auxilia na construção de vínculos com outras pessoas;
- Participe de atividades comunitárias sempre que puder;
- Tornar-se voluntário ou dirigente de uma organização;
- Possua seu próprio telefone e distribua o número entre seus amigos;
- Mantenha-se organizado e cuide de sua higiene pessoal; bem como os seus pertences limpos;
- Fale para seus amigos onde suas coisas são guardadas e certifique-se que eles saberão;
- Frequentar consultas médicas, odontológicas e de enfermagem de forma contínua;
- Busque o seu banco e não permita que seu cheque da previdência social ou pensão seja depositado em outras contas;

- Busque apoio jurídico no processo decisivo de heranças, procurações, tutelas e testamentos, revisando periodicamente;
- Deixe de gerenciar sua propriedade ou renda somente no momento em que optar, destinando para outra pessoa essa responsabilidade;
- Peça ajuda e apoio sempre que precisar;
- Se tiver como, não resida com uma pessoa que tenha comportamento violento ou que faz uso de álcool e/ou drogas;
- Mantenha sua residência em vigilância, avisando a polícia se for passar um período fora;
- Evite deixar seus pertences e objetos valiosos espalhados em sua residência;
- Se ofertarem cuidados em substituição de transferência de suas propriedades ou renda, não aceite se não houver a presença do seu advogado ou uma pessoa de confiança como testemunha;
- Não assine documento antes de fazer a leitura ou pedir a alguém de confiança para revisar;
- Destine a responsabilidade de suas finanças para uma pessoa de confiança e que explique o que está sendo feito com a sua renda;
- Diante de qualquer situação que lhe cause dano, busque o serviço de saúde o quanto antes;
- A medida em que percebe uma diminuição da sua capacidade de realizar atividades do dia a dia, procure um profissional de saúde para realizar uma avaliação e receber orientações.

Essas condutas promovem uma maior atenção do idoso sobre seus pertences e finanças, destinando para uma pessoa de confiança a organização quando precisar e mantendo a atenção sempre que possível. Além disso, quanto mais o idoso se isola do convívio social, maior é a chance de sofrer violência sem que ninguém saiba (MCNAMEE; MURPHY, 2006).

É possível que os profissionais utilizem essas estratégias de prevenção nas diferentes etapas do atendimento do idoso, a depender do nível de urgência no atendimento: triagem e classificação de risco, atendimento inicial, internação, orientações para a alta e acompanhamento. Essas orientações devem ser realizadas independente se já foram fornecidas, principalmente ao pensar que cada vez que essas questões são abordadas, diferentes medidas

podem ser sugeridas e a forma como será interpretada pode variar em cada momento (BRASIL, 2007).

Ademais, por não possuir a garantia de que o idoso perpassasse por todas as etapas do atendimento seja por conta do tempo de espera ou preocupação do agressor em ser descoberto, cada momento será uma oportunidade de intervir para identificar e implementar medidas que visem a interrupção do ciclo violento para esse indivíduo.

Além dessas medidas para o idoso, existem outras questões que podem ser recomendadas para a família como estratégia de prevenção, a saber (MCNAMEE; MURPHY, 2006):

- Debater as vontades do idoso em relação aos cuidados de saúde, a fim de preservar a sua autonomia;
- Obtenha conhecimento das mudanças ocorridas no processo de envelhecer;
- Busque fonte de ajuda e utilize em prol do idoso, tais como serviços básicos, de limpeza, refeições, recreação, de transporte e de cuidados temporários;
- De acordo com a autorização do idoso, familiarize-se com as questões financeiras e desejo do idoso antes dele ficar incapacitado;
- Se planeje para um possível declínio funcional do idoso, delegando funções para cada membro da família para auxílio do idoso;
- Avalie a capacidade dos membros da família em ofertar cuidados domiciliares de longo prazo para o idoso quando se tornar mais frágil e dependente;
- Realize um planejamento de como as suas atribuições serão atendidas quando tiver que assumir maior responsabilidade com o idoso;
- Conheça outras fontes de cuidado como ILPI ou casa de outros parentes para caso apresente uma sobrecarga maior do que o esperado;
- Obtenha a experiência de outros familiares que prestam cuidados a idosos dependentes;
- Discuta seu planejamento com outras fontes de apoio antes que as suas funções se tornem um fardo;
- Apresente o seu planejamento para os demais membros da família, bem como as agências e serviços de emergência em caso de necessidade.

Nesse contexto, observa-se que uma família que possui um planejamento e se organiza para as situações de maior dependência e fragilidade do idoso, consegue diminuir a sobrecarga

de funções em pessoas específicas e, conseqüentemente, evita a sobrecarga e altos níveis de estresse, fatores estes que podem influenciar no acometimento de atos violentos. Assim, as estratégias de prevenção para a família também se configuram como positivas, principalmente devido ao fato de os responsáveis buscarem se organizar (MCNAMEE; MURPHY, 2006).

O momento a ser realizado as orientações para os familiares também segue as sugestões quanto as condutas para o idoso, no entanto, é fundamental que o profissional busque construir um vínculo com a família durante cada momento, a fim de promover uma sensibilização dos envolvidos quanto a situação e, conseqüentemente, impacte positivamente na adesão as recomendações fornecidas.

Ademais, é recomendado também que os profissionais busquem promover ações educativas à beira do leito dos pacientes, explicando sobre a definição de violência, seus tipos e os fatores de risco para o seu surgimento. Essas orientações possibilitam empoderar os idosos sobre a desnaturalização da violência e dos direitos que esse indivíduo possui (DIAS, 2020).

IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO

A detecção dos fatores e as situações de risco para violência se configura como um recurso que o profissional pode utilizar para delinear a vulnerabilidade desse indivíduo e suspeitar da VCPI, possibilitando uma intervenção em tempo hábil e de preferência por toda a equipe de saúde (JOSHI; FLAHERTY, 2005; SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; KELLER *et al.*, 2019; ALSHABASY *et al.*, 2020; NOVO, 2016; DIAS *et al.*, 2021; ROSE *et al.*, 2018; PLASSA *et al.*, 2018a; BRASIL, 2007; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; BELO

HORIZONTE, 2015; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; ABA, 2020; ELDER ABUSE PREVENTION UNIT, 2010; BLUNDELL, 2017; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010; BRASIL, 2007). Dispor de instrumentos, diretrizes, protocolos e resoluções subsidia a identificação desses fatores pelos profissionais.

Elencar os prováveis fatores de risco é importante para direcionar durante a assistência aspectos que o profissional pode investigar no idoso, porém, é válido destacar que esses fatores variam entre cada indivíduo e de acordo com o contexto que cada idoso apresenta. Salienta-se ainda que esses fatores não são de acusações e confirmações da violência, sendo necessário que os profissionais os utilizem com muita cautela (JOSHI; FLAHERTY, 2005; SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; KELLER *et al.*, 2019; ALSHABASY *et al.*, 2020; NOVO, 2016; DIAS *et al.*, 2021; ROSE *et al.*, 2018; PLASSA *et al.*, 2018b; BRASIL, 2007; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; ABA, 2020; ELDER ABUSE PREVENTION UNIT, 2010; BLUNDELL, 2017; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010).

A avaliação desses fatores é necessária dentro da atuação de todo profissional da saúde, devido ao fato deles interferirem na autonomia, independência e fragilidade desses indivíduos, de modo que é importante também dispor de instrumentos desenvolvidos e validados com rigor metodológico para sua utilização.

Nesse sentido, serão elencados abaixo alguns fatores ou situações que se configuram como predisponentes para a violência (BRASIL, 2007):

- Idosos que apresentam dependência financeira ou que possuem filhos(as) ou netos(as) dependentes;
- Idosos ou familiares que fazem uso de álcool e outras drogas;
- Idosos que vivenciam ou são forçados a experimentar situações de isolamento social em relação aos membros da família e amigos;
- Idosos que possuem uma relação agressiva com seus familiares;
- Cuidadores de idosos que estão sofrendo transtornos mentais;
- Histórico de violência na família ou com os cuidadores;
- Conflitos intergeracionais;
- Idosos e seus familiares enfrentando problemas financeiros;
- Problemas com espaço físico de moradia do idoso;

- Idosos que apresentam declínios cognitivos, alterações no padrão de sono, incontinência urinária, problemas de locomoção e que carecem de cuidados contínuos;
- Relações desiguais de poder entre o idoso e o seu agressor;
- Comportamento difícil da pessoa idosa ou dos familiares;
- Alteração do sono do idoso ou do seu cuidador;
- Situações de incontinência urinária ou fecal que proporcione um ambiente estressante para os envolvidos.

Ainda, essas situações podem se diferenciar de acordo com o envolvido, sendo demonstrado da seguinte forma (BRASIL, 2007):

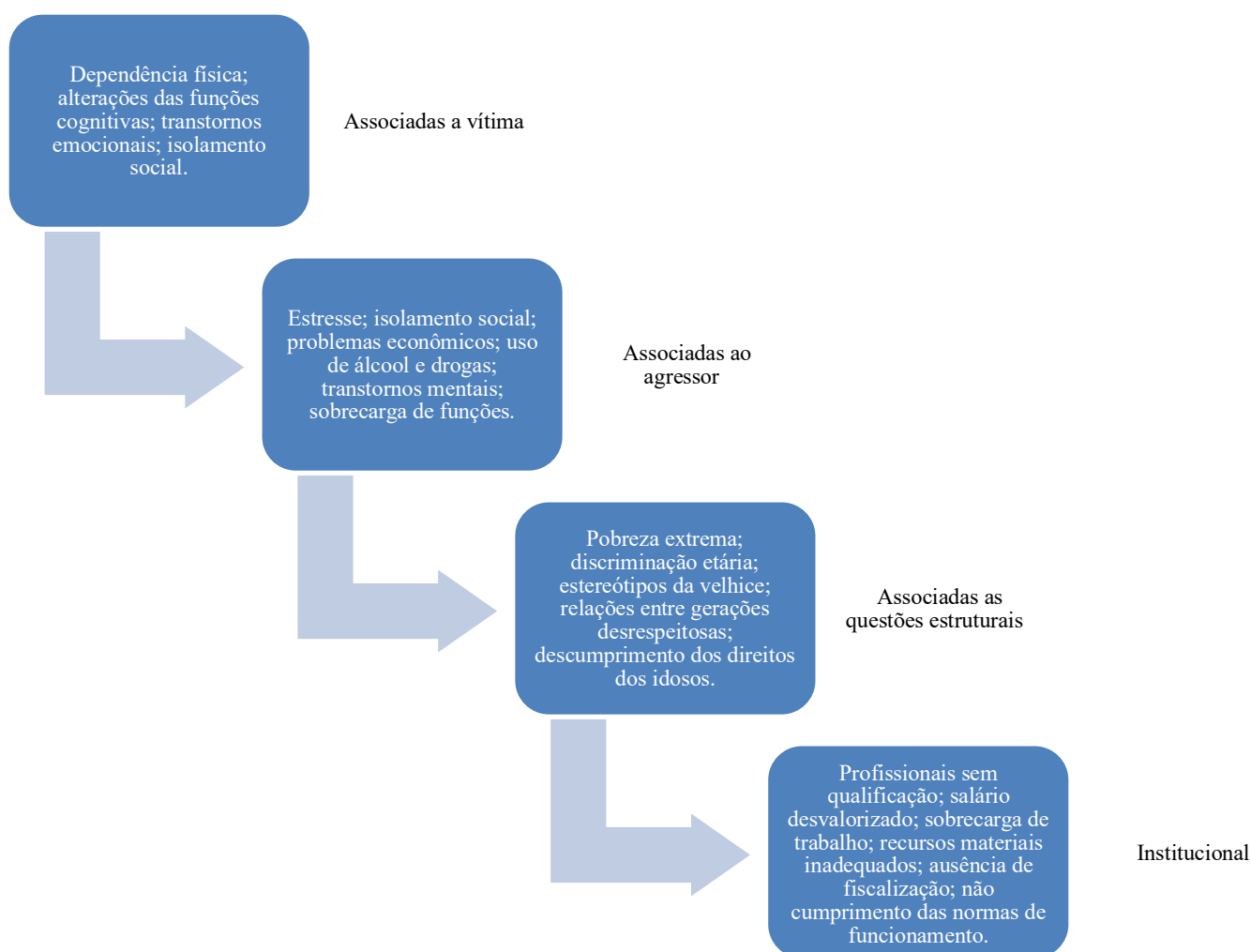


Figura 1 – Fatores de risco relacionados a vítima, agressor, questões estruturais e institucionais.
João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

No que diz respeito aos fatores associados ao surgimento da violência, é necessário destacar que eles podem interferir na autonomia e independência do idoso, tornando-o mais dependente da ajuda de outras pessoas e ocasionando um maior nível de estresse para o cuidador. Essa diminuição da independência do idoso acarreta em maior vulnerabilidade a sofrer violência, sendo justificada por alguns fatores que serão detalhados a seguir. Serão descritas também as ferramentas de mensuração disponíveis para avaliação de cada fator de risco pelo profissional da saúde (GOMES *et al.*, 2021).

Relacionados ao cuidador

Um dos aspectos mais estudados em relação aos fatores que interferem no cuidador para que ele venha a cometer o ato violento é a questão do uso abusivo de substâncias como álcool e drogas (BRASIL, 2007). Diante dos diversos efeitos da dependência química, a agressividade pode influenciar na frequência em que esse indivíduo pratica a violência, de modo que o idoso utiliza essa justificativa para afirmar que a culpa não é do agressor (SANTOS *et al.*, 2019).

Cada idoso irá apresentar impactos na sua qualidade de vida de forma diferente, uns vão apresentar maior autonomia, outros não vão conseguir realizar suas funções de forma consciente e segura, de modo que isso irá refletir na sobrecarga que o cuidador enfrenta, além do seu despreparo quanto a essas mudanças e a forma de cuidar desse idoso. Nesse sentido, a sobrecarga do cuidador pode ser avaliada por meio de dois instrumentos: Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015) e *Zarit Burden Interview Scale* (ZBI) (FERREIRA *et al.*, 2010), para o cuidador informal e formal, respectivamente.

A QASCI contém 32 itens que analisam 7 dimensões para a sobrecarga, em que maiores pontuações refletem em maior sobrecarga por parte do cuidador (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015). Já a ZBI contém apenas 22 itens e 5 opções de respostas, classificando a sobrecarga da seguinte forma: ausência (≤ 21 pontos), moderada (21-40 pontos), moderada a severa (41-60 pontos) e severa (≥ 61 pontos) (FERREIRA *et al.*, 2010). Utilizar um instrumento construído e validado permite padronizar essa avaliação.

A avaliação dessa sobrecarga é imprescindível para compreender como o está sendo vivenciado pelo cuidador o cuidado ao idoso, já que nesse momento alguns fatores se destacam: inexperiência técnica, incertezas, acúmulo de atividades, cansaço físico e mental, nível de estresse, diminuição da qualidade de vida do cuidador, fadiga, transtornos mentais e outras complicações. Quanto maior a insatisfação de realizar a função de cuidar, mais propenso o

cuidador está em descontar essa frustração no idoso e vir a cometer atos violentos (BRASIL, 2007).

Relacionados ao idoso

No tocante a vítima, observa-se que as alterações provenientes do envelhecimento são diversas e impactam de diferentes modos na vida desse indivíduo. No entanto, realizar a mensuração dos níveis de comprometimento possibilita que o profissional acompanhe de forma contínua esse dano, adotando medidas que busquem prevenir agravos nessa situação (JOSHI; FLAHERTY, 2005; SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; KELLER *et al.*, 2019; ALSHABASY *et al.*, 2020; NOVO, 2016; DIAS *et al.*, 2021; ROSE *et al.*, 2018; PLASSA *et al.*, 2018a; BRASIL, 2007; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; ABA, 2020; ELDER ABUSE PREVENTION UNIT, 2010; BLUNDELL, 2017; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010).

Para o profissional que avalia o idoso no ambiente hospitalar é mais complexo de avaliar de forma contínua, no entanto, essa verificação pode ser feita no período em que o idoso se encontra em internação, avaliando em uma frequência de acordo com a necessidade do setor. Por mais que pareça ser mais improvável essa avaliação modificar de um dia para o outro, é sabido que a depender da gravidade das consequências da violência, as mudanças para o idoso em um curto espaço de tempo podem ser severas e a avaliação será um suporte para dar seguimento nos cuidados ofertados (BRANDÃO *et al.*, 2021a).

Um desses aspectos considerados significativos para avaliação, é fundamental que o profissional de saúde compreenda sobre a capacidade funcional do idoso e como deve ser sua avaliação. A capacidade funcional diz respeito à possibilidade de o idoso executar as atividades da vida diária de forma independente, com dependência parcial ou total ou com maior ou menor atividade. Nesse sentido, é necessário avaliar o nível de comprometimento funcional que o idoso apresenta, devido ao fato de quanto mais dependente ele for, maior vai ser o suporte do cuidador e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade a ser vítima de violência (BRANDÃO *et al.*, 2021a; DIAS *et al.*, 2020).

Portanto, essa avaliação acontece para mensurar os níveis de dependência do idoso no desempenho tanto em atividades básicas como se vestir, tomar banho e se alimentar, como em atividades mais complexas referentes ao manuseio de dinheiro, realizar algum curso na universidade aberta à terceira idade, pegar um ônibus. A identificação desse nível possibilita

que o profissional planeje ações em prol da manutenção da saúde desse idoso, prevenindo também maiores danos funcionais (ARAÚJO *et al.*, 2019).

As escalas utilizadas para mensuração variam de acordo com a complexidade das atividades, sendo elas: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) por meio da escala de Katz (KATZ *et al.*, 1963); Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) através da escala de Lawton e Brody (LAWTON; BRODY, 1969); e Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD) mediante a um instrumento adaptado Oliveira *et al.* (2015). Recomenda-se a utilização das três devido ao fato de o idoso ter uma tendência a possuir o declínio funcional de forma hierárquica, perdendo gradativamente a capacidade de realizar as mais complexas antes das mais básicas.

Para as ABVD, a escala de Katz foi construída com o objetivo inicial de analisar os resultados dos tratamentos realizados nos idosos e delinear o seu prognóstico, sendo em seguida utilizada para avaliação da funcionalidade desses indivíduos (KATZ *et al.*, 1963). Essa avaliação se dá por meio de seis itens que avaliam a execução dos idosos nas seguintes atividades: alimentação, controle dos esfíncteres, transferência, higiene pessoal, tomar banho e se vestir. A classificação segue em independente, dependente parcial e dependente total, avaliando também se a dependência ocorre na minoria das atividades se forem até 3 (BARBOSA *et al.*, 2014).

No tocante às AIVD, estas se configuram como funções que requerem uma maior capacidade para conseguir desenvolvê-las, por se referir a atividades com complexidade moderada. A escala foi elaborada por Lawton e Brody (1969) e dizem respeito a funções como utilizar o telefone, transporte, realizar compras, preparar as suas refeições, executar atividades domésticas, uso de medicamentos e manuseio do dinheiro. A forma de classificar é semelhante às ABVD (BARBOSA *et al.*, 2014).

Em relação às AAVD, é comumente utilizado um instrumento adaptado por Oliveira *et al.* (2015), que possui itens quanto à participação do idoso em atividades educacionais, de religião, obrigações cívicas e de lazer. A avaliação desses itens acontece por meio das seguintes opções de resposta: nunca fez, parou de fazer e ainda faz. A classificação acontece por meio de duas categorias: menos ativos para aqueles que executam 3 ou menos atividades e mais ativos para os que desenvolvem quatro ou mais funções.

Além da capacidade funcional, é imprescindível realizar a avaliação do declínio cognitivo nos idosos, fator este que está relacionado a vulnerabilidade a ser vítima de violência, uma vez que ocasionam alterações que afetam a memória, percepção, aprendizagem, autonomia, na tomada de decisões e no desenvolvimento de doenças relacionadas ao sistema nervoso. Dessa forma, destaca-se que um comprometimento cognitivo frequentemente ocasiona

um maior nível de dependência de um cuidador que forneça um suporte na questão do tempo, espaço, atenção e memória (SOARES *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2020a).

A escala mais utilizada para avaliação do comprometimento cognitivo é o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), em que foi um instrumento desenvolvido com 30 questões que possuem a opção de resposta de sim e não, contemplando aspectos relacionados a orientação do idoso quanto ao espaço, tempo, atenção, cálculos de funções básicas de matemática, linguagem, memória imediata e de evocação e a capacidade construtiva visual. Além disso, a classificação da presença de declínio cognitivo varia de acordo com a escolaridade do idoso, de modo que uma pontuação para analfabetos de 13 pontos, baixa ou média escolaridade de 18 pontos e alta escolaridade de 26 pontos (BERTOLUCCI *et al.*, 1994).

A presença de síndrome da fragilidade é também um importante aspecto a ser avaliado, uma vez que essa síndrome possui etiologia múltipla e se manifesta por meio da redução da força muscular e desequilíbrios homeostáticos. Quanto maior a gravidade desse nível de fragilidade, mais o idoso está susceptível a desenvolver declínio funcional e cognitivo, risco de quedas, sintomas depressivos, institucionalização e/ou hospitalização, estando mais vulnerável a ser vítima de violência tanto no âmbito familiar quanto institucional (SANTOS *et al.*, 2020b).

A escala utilizada para essa avaliação é a *Edmonton Frail Scale* (EFS), que realiza uma análise multidimensional do idoso e é composta por 9 domínios, são eles: cognição, estado geral da saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. A classificação acontece por meio de três categorias: frágil, pré-frágil e não-frágil, em que zero a quatro pontos é classificado como não frágil, cinco a seis como pré-frágil e sete ou mais diz respeito à categoria de frágil (ROLFSON *et al.*, 2006).

Diante de todos esses aspectos que o idoso vivencia, o retraimento social e isolamento são consequências que podem estar presentes e impactar no desenvolvimento de transtornos mentais, predominantemente a depressão. Avaliar a presença de sintomas depressivos é fundamental para intervir de forma precoce, impedindo que maiores danos sejam ocasionados e potencializam os outros declínios (SANTOS *et al.*, 2020a).

A Escala de Depressão Geriátrica foi desenvolvida com perguntas dicotômicas, com opções de resposta entre sim e não, que permitem uma avaliação sobre o idoso estar satisfeito com a vida, sentir falta das atividades que deixou para trás, se sentir cheio de energia, achar que a sua situação não tem esperanças, não querer fazer coisas novas, se sentir inútil nas atuais circunstâncias, entre outros. Um escore de 5 ou mais indica que o idoso possui sintomas depressivos (SANTOS *et al.*, 2012).

Ao identificar que todas essas alterações aqui citadas interferem na qualidade de vida do idoso, é fundamental também realizar a classificação desse aspecto. A qualidade de vida pode ser avaliada por meio da escala *World Health Organization Quality of life assessment* (WHOQOL-OLD) (WHOQOL GROUP *et al.*, 1995), instrumento esse que contém 24 itens que avaliam aspectos que expressam pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida. Quanto maior a pontuação, maiores são os danos à qualidade de vida do idoso (COSTA *et al.*, 2018).

Alguns acontecimentos podem ocorrer durante o envelhecimento que interferem na rotina desse indivíduo, tais como a perda do cônjuge ou um ente querido, mudança de endereço, abandono, institucionalização, entre outros. Nesse sentido, a forma como o idoso enfrenta essas situações pode ser avaliada por meio da Escala de Resiliência adaptada por Pesce *et al.* (2005), contendo 25 itens que verificam como o idoso lida com a vivência desses momentos.

Avaliar também o apoio social que esse indivíduo possui é importante para compreender como se dá a sua relação familiar e o apoio que o idoso recebe para ir ao médico, fazer compras, preparar refeições, demonstrar afeto, entre outros. O instrumento permite realizar essa avaliação por meio da aplicação do questionário que possui 5 opções de resposta: sempre tem alguém, algumas vezes, frequentemente, raramente ou nunca (FAERSTEIN *et al.*, 1999).

Na atualidade, alguns acontecimentos podem interferir na exposição desses indivíduos a violência, a exemplo da pandemia da infecção por COVID-19, em que os idosos foram definidos como grupo de risco e precisaram adotar medidas ainda mais severas de distanciamento e isolamento social. Nesse sentido, o confinamento com possíveis agressores pode ter influenciado na frequência do ciclo de violência vivenciada por esse indivíduo (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021).

Tais impactos podem levar um tempo ainda para serem mensurados, no entanto, compreendendo que o perfil de agressores é predominantemente de familiares, especificamente filhos e/ou netos, entende-se que esse aumento da prevalência de violência seja um fenômeno provável de acontecer. Outro aspecto de importante destaque é a diminuição do acesso aos serviços de saúde durante esse período, estreitando a rede de apoio que o idoso teria para referir a violência (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021).

As restrições de visitas devido ao risco de transmissão da COVID-19 também impossibilitaram que outras pessoas pudessem observar as condições de higiene, alimentação e moradia que o idoso apresentava. Por não correr o risco de outras pessoas descobrirem, muitos familiares abandonaram os idosos, deixando muitas vezes trancados em quartos separados dos demais membros da residência (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021).

Os profissionais diante da identificação dos fatores e situações de risco para violência devem: avaliar de forma contínua a capacidade funcional desses indivíduos, compreendendo que a exposição aumenta a medida em que o idoso se torna mais dependente dos cuidados de terceiros; promover ações que estimulem a manutenção da autonomia e independência durante a resolução de questões que dizem respeito a esses indivíduos; estimular a participação dos idosos em atividades sociais e de lazer; proporcionar práticas de educação em saúde que conscientizem a população sobre a violência e sua prevenção (BRASIL, 2007).

IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA

A violência muitas vezes pode passar despercebida por profissionais, pelo fato de não apresentarem habilidades para a sua identificação, não ter tido cursos de capacitações durante a sua trajetória profissional e por enfatizar a queixa do indivíduo durante a assistência (GUERRA *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2021).

No entanto, devido ao aumento da prevalência dos casos de violência, a população acadêmica sentiu a necessidade de realizar estudos que investigassem melhor a temática da violência, aperfeiçoando e compartilhando os conhecimentos necessários para avançar na assistência a esse fenômeno (RIBEIRO *et al.*, 2021b; GUERRA *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2021; MORAES *et al.*, 2020).

A identificação e assistência aos idosos vítimas de violência requer que os profissionais de todas as categorias participem desse processo, bem como os diversos serviços e instituições. É necessária a definição de critérios éticos interprofissionais e interinstitucionais para prevenir que os profissionais ocasionem incômodos ou danos a esses indivíduos que já vivenciam as consequências atreladas a violência (BRASIL, 2007).

Os profissionais de saúde em diversos cenários são as únicas pessoas que conseguem ter um contato direto com os idosos, uma vez que os familiares e cuidadores confiam nos profissionais para estarem sozinhos com esses indivíduos (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; KELLER *et al.*, 2019; HIRSCH; STRATTON; LOEWY, 1999; DIAS, 2020; ROSE *et al.*, 2018; ROSEN *et al.*, 2018a; PLASSA *et al.*, 2018b; LONDRINA, 2016; BELO HORIZONTE, 2015). A identificação precoce de situações de risco que aumentam a exposição a violência possibilita que ações de prevenção sejam planejadas por esses profissionais (SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; DONG, 2014; MCNAMEE; MURPHY, 2006; HAWES; KIMBELL, 2010; PLASSA *et al.*, 2018b; MURAR; CORTIANO; OLIVEIRA, 2012; BORN *et al.*, 2010; LONDRINA, 2016; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; GOIÁS, 2019; GLASGOW; FANSLOW, 2006; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010).

Para que as ações de prevenção sejam eficazes é necessário que sejam delineadas a partir de uma avaliação global, detectando os fatores de risco e elaborando medidas eficientes e respeitosas, que considerem os aspectos avaliados na identificação da violência (RODRIGUES *et al.*, 2021; CUNHA *et al.*, 2021). Nesse sentido, as etapas que contemplam a identificação da violência serão descritas nos subtópicos seguintes.

Rastreio da violência

Para identificação da presença de VCPI, atualmente a literatura dispõe de dois instrumentos no Brasil: a *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST) e o *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1). São duas escalas que foram traduzidas e adaptadas ao cenário brasileiro, que podem ser utilizadas por profissionais da saúde para avaliação do risco

e da presença de violência física e psicológica (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2003; REICHENHEIM; PAIXÃO JÚNIOR; MORAES, 2008).

O H-S/EAST foi desenvolvido com o propósito de avaliar o risco para violência entre os idosos, que contempla aspectos relacionados à suspeita de violência física, psicológica, financeira e da violação dos direitos dos idosos. É um instrumento que fornece suporte para um rastreio precoce de situações que podem avançar para o ato violento em si, possibilitando que o profissional consiga planejar suas ações com base nesses resultados (REICHENHEIM; PAIXÃO JÚNIOR; MORAES, 2008).

Para a avaliação por meio do CTS-1, é necessário destacar que os tipos de violência avaliados no instrumento são a violência física e psicológica. O instrumento contém 19 questões, com opções de resposta de sim e não, que avaliam aspectos referentes a 3 grupos: o de agressão que está relacionada a discussão do idoso com membros da família; violência psicológica que se caracteriza por meio dos insultos e ameaças intencionais a fim de ofender o idoso; e a violência física que se refere ao uso da força física perante ao idoso. Uma resposta afirmativa indica que o idoso está sofrendo violência (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2003).

No entanto, a limitação desses instrumentos é o fato de que possibilitam apenas avaliar o risco para violência que o idoso apresenta no caso do H-S/EAST e a presença de violência física e psicológica para o CTS-1. Uma escala que está sendo desenvolvida por Santos-Rodrigues e Souto (2022) e se encontra em fases finais para publicação será a principal recomendação de instrumento nesta diretriz.

Essa escala intitulada de “Instrumento para rastreio de Violência Contra Pessoa Idosa” possui inicialmente 65 itens, subdivididos em seis facetas referentes aos tipos de violência, contemplando a psicológica, financeira, abandono, negligência, física e sexual. Esse instrumento possibilita uma identificação mais abrangente da violência, sendo, portanto, fundamental para uma avaliação mais completa.

Definição dos tipos de violência

A violência é comumente classificada em 7 tipos, são eles: física, sexual, psicológica, negligência, abandono, financeira e autoprovocada. A definição de cada tipo será apresentada a seguir de forma detalhada, a fim de possibilitar sua diferenciação.

A violência física é definida como a utilização da força física para coagir o idoso a realizar aquilo que não é de sua vontade, podendo ocasionar lesões, dor, incapacidade e até mesmo levando ao óbito (LONG; SIPPEL; SPITZNAGLE, 2005; DIAS, 2020; NOVO, 2016;

ROSE *et al.*, 2018; LONDRINA, 2016; BRASIL, 2006; BELO HORIZONTE, 2015; SANTA CATARINA, 2021; UBIRATÃ, 2018; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; SOCIAL WELFARE DEPARTMENT ELDERLY BRANCH, 2021). Ainda, pode se manifestar por meio de tapas, empurrões, bofetadas, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamentos, lesão por arma de fogo ou objetos perfurocortantes, forças a tomar medicações inadequadas ou outras substâncias como álcool e drogas, amarrar, arranhar, tirar a força de dentro de casa, entre outros (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021).

A violência sexual é conceituada como um ato ou jogo sexual, de caráter homo ou hetero-relacional, que objetiva a excitação ou satisfação sexual do agressor, sendo realizada por uma pessoa com relação de poder sobre o idoso seja por meio de força física, coerção, intimidação e/ou ameaças (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; DIAS, 2020; NOVO, 2016; ROSE *et al.*, 2018; LONDRINA, 2016; BRASIL, 2006; BELO HORIZONTE, 2015; SANTA CATARINA, 2021; UBIRATÃ, 2018; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; SOCIAL WELFARE DEPARTMENT ELDERLY BRANCH, 2021). Esse tipo de violência se configura como não somente a penetração oral, anal ou vaginal forçada, com pênis ou objetos, mas também carícias não desejadas, exibição forçada dos órgãos sexuais, masturbação, utilização de linguagem erotizada em situações inadequadas, proibição do uso de preservativos e obrigar o idoso a presenciar relações sexuais de terceiros (BRASIL, 2006).

Em relação a violência psicológica, esta se manifesta como toda ação ou omissão que ocasiona ou tem por objetivo ocasionar danos a autoestima, identidade e ao desenvolvimento do idoso, por meio de agressões verbais ou gestuais. Nesse sentido, pode ser acometida por meio de insultos constantes, terror, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento social, ridicularização, manipulação, ameaças, privação de liberdade, entre outros (BRASIL, 2006; CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; DIAS, 2020; NOVO, 2016; ROSE *et al.*, 2018; LONDRINA, 2016; BRASIL, 2006; BELO HORIZONTE, 2015; SANTA CATARINA, 2021; UBIRATÃ, 2018; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; SOCIAL WELFARE DEPARTMENT ELDERLY BRANCH, 2021).

A negligência se caracteriza pela ausência de atenção para atender as necessidades do idoso, bem como a recusa ou omissão de cuidados por parte das pessoas responsáveis, sejam elas familiares ou institucionais (BRASIL, 2006; 2007). Se configuram como o não provimento de alimentos adequados, roupas limpas, moradia segura, segurança, higiene pessoal e cuidados

com a saúde tais como a medicação de forma correta (DIAS, 2020; NOVO, 2016; ROSE *et al.*, 2018; LONDRINA, 2016; BRASIL, 2006; BELO HORIZONTE, 2015; SANTA CATARINA, 2021; UBIRATÃ, 2018; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; SOCIAL WELFARE DEPARTAMENT ELDERLY BRANCH, 2021).

O abandono é uma forma de violência que se apresenta através da ausência ou abjuração dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de fornecer cuidados ao idoso que necessite de proteção e assistência (BRASIL, 2007; CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; DIAS, 2020; NOVO, 2016; ROSE *et al.*, 2018; LONDRINA, 2016; BRASIL, 2006; BELO HORIZONTE, 2015; SANTA CATARINA, 2021; UBIRATÃ, 2018; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; SOCIAL WELFARE DEPARTAMENT ELDERLY BRANCH, 2021).

A violência financeira é o tipo de violência que manifesta na exploração indevida ou ilegal dos idosos, bem como o uso sem autorização dos seus recursos financeiros ou patrimoniais. É uma violência que ocorre predominantemente no âmbito familiar, mas que pode ocorrer também nas ILPI (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; DIAS, 2020; NOVO, 2016; ROSE *et al.*, 2018; LONDRINA, 2016; BRASIL, 2006; BELO HORIZONTE, 2015; SANTA CATARINA, 2021; UBIRATÃ, 2018; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; SOCIAL WELFARE DEPARTAMENT ELDERLY BRANCH, 2021).

Os atos mais comuns dentro da violência financeira são: roubo, destruição de bens pessoais (objetos, documentos, roupas, jóias) ou da sociedade conjugal (residência, móveis, objetos), elaboração de procurações que deem acesso aos seus bens contra sua vontade, participação de forma excessiva nos gastos essenciais para a manutenção da família, uso dos recursos financeiros do idoso, deixar o indivíduo sem provimentos básicos para sua sobrevivência (BRASIL, 2006).

A violência autoprovocada se configura como execução de atos violentos contra si mesmo que ameaçam a sua própria saúde e segurança, sejam as automutilações ou comportamentos suicidas (DIAS, 2020; NOVO, 2016; ROSE *et al.*, 2018; LONDRINA, 2016; BRASIL, 2006; BELO HORIZONTE, 2015; SANTA CATARINA, 2021; UBIRATÃ, 2018; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; SOCIAL WELFARE DEPARTAMENT ELDERLY BRANCH, 2021). Se manifesta com condutas que demonstram as condições físicas e mentais para prover cuidados

consigo e mesmo assim opta por não fazer, tais como não tomar banho, não se alimentar e não deambular (BRASIL, 2006; 2007).

Identificação dos sinais, sintomas e comportamentos de acordo com os tipos de violência

Uma das principais dificuldades dos profissionais para confirmação da violência é a identificação dos sinais, sintomas e comportamentos que indicam a existência desse fenômeno, haja vista, nem sempre a violência está se demonstrando de forma evidente. Além disso, existem situações em que o idoso não percebe que está sendo vítima e, consequentemente, não expressa de forma clara esses fatores (SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999).

A percepção da violência pode variar tanto para vítima, quanto para o agressor, uma vez que este pode estar cometendo atos violentos sem compreender o que está sendo feito. Nesse sentido, é imprescindível as ações de educação em saúde pelos profissionais nos serviços em que atuam, bem como pelas mídias e outros recursos de divulgação, fortalecendo a compreensão desse fenômeno ao abordar a sua definição, tipologia, consequências e demais informações importantes para que a sociedade entenda sobre a violência (SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; DIAS, 2020; CHAIMOWICZ, 2013).

Entretanto, apesar da dificuldade da vítima em perceber a violência, o profissional precisa conhecer os principais sinais, sintomas e comportamentos gerais, bem como de acordo com cada tipo de violência (JOSHI; FLAHERTY, 2005; SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; KELLER *et al.*, 2019; ALSHABASY *et al.*, 2020; NOVO, 2016; DIAS *et al.*, 2021; ROSE *et al.*, 2018; PLASSA *et al.*, 2018b; BRASIL, 2007; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; ABA, 2020; ELDER ABUSE PREVENTION UNIT, 2010; BLUNDELL, 2017; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010). Alguns determinados comportamentos podem indicar a possibilidade de estar vivenciando uma situação de violência independente de qual seja o tipo, conforme apresentado a seguir (BRASIL, 2007).

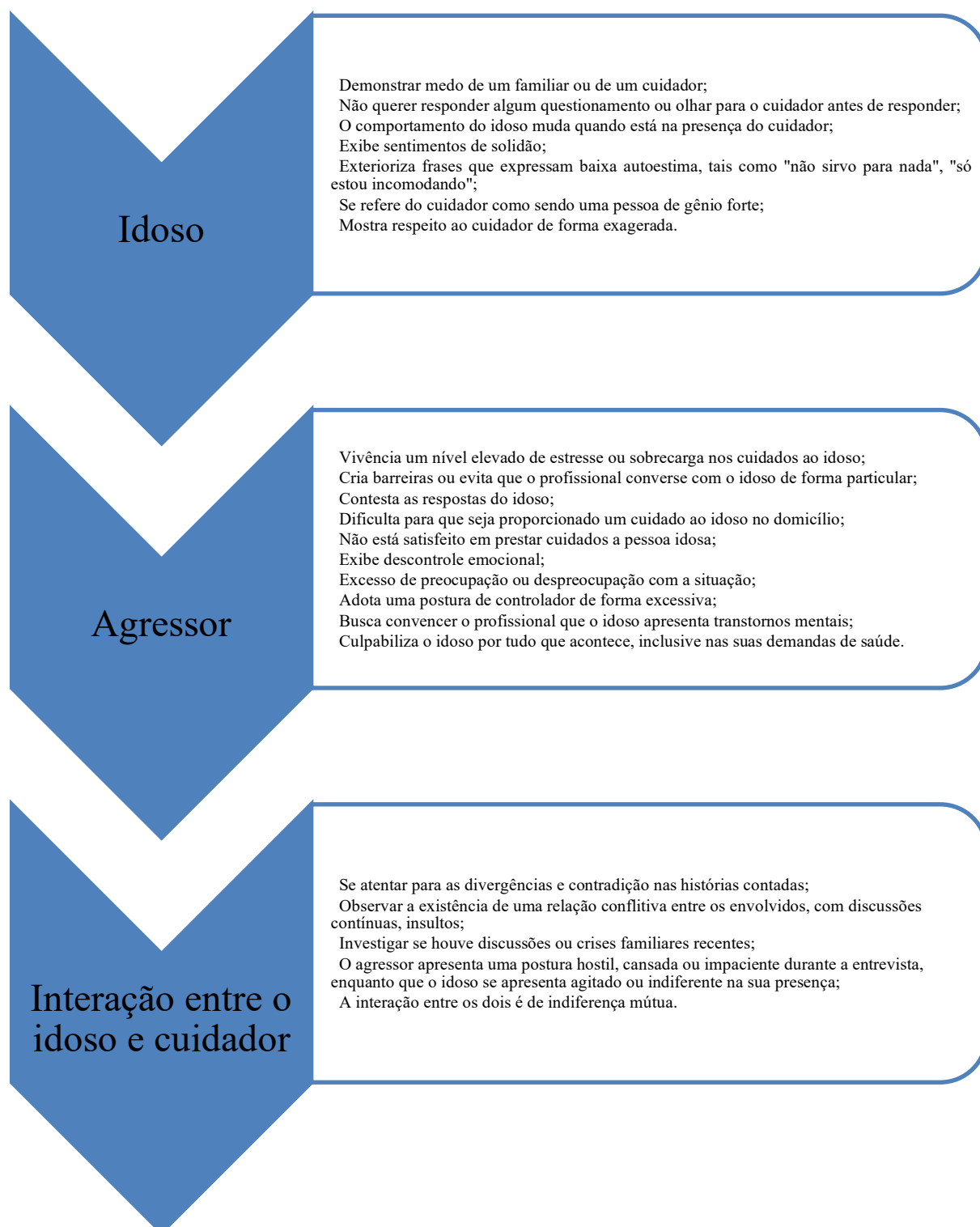


Figura 2 – Comportamentos a serem observados na vítima e o agressor durante a avaliação. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

Os sinais de violência podem se apresentar de forma geral ou de acordo com o tipo de violência sofrida pelo idoso. Além disso, muitas vezes esse indivíduo tem dificuldade em

verbalizar que sofre de maus-tratos, negligência ou alguma outra forma de violência. No entanto, outros sinais não tão específicos como ansiedade ou medo na presença do cuidador ou de algum familiar podem despertar a investigação pelo profissional (BRASIL, 2006).

A busca por sinais deve acontecer em todas as consultas, de modo que o profissional precisa se atentar para sinais de lesão e traumas, aparência do indivíduo, busca contínua por cuidados para o mesmo diagnóstico, falta às consultas agendadas, sinais físicos suspeitos, explicações inconsistentes do cuidador ou familiares para determinadas lesões ou traumas (BRASIL, 2010).

Alguns sinais se configuram como de alerta para os profissionais buscarem realizar uma investigação maior para confirmar ou descartar a presença da violência, são eles: lesões em pele e mucosas; lesões musculoesqueléticas; transtornos mentais; intoxicação medicamentosa; desnutrição; higiene prejudicada; roupas inadequadas ao clima; não aceitação em responder a questionamentos relacionados a violência (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; JOSHI; FLAHERTY, 2005).

Independente dos sinais serem gerais ou específicos de acordo com a tipologia, é fundamental o conhecimento das definições existentes entre cada tipo de violência e os sinais, sintomas e comportamentos que a caracterizam. Nesse sentido, os sinais, sintomas e comportamentos de acordo com os tipos de violência serão descritos no Quadro 1, abaixo (BRASIL, 2007):

Quadro 1 – Descrição dos sinais, sintomas e comportamentos de acordo com cada tipo de violência. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

Tipo de violência	Sinais, sintomas e comportamentos
Física	Manchas escuras/hematomas, lesões no corpo inexplicáveis, fraturas, região sensível ao toque, cortes na pele, dor, quedas, queimaduras em lugares incomuns ou de tipo incomum, marcas de dedos ou outros sinais de dominação física.
Psicológica	Agitação, inquietude, retraimento social, tristeza, medo, fragilidade emocional, nervosismo, ansiedade, insônia, dificuldade de comunicação, apatia, passividade, desesperança, confusão mental,

	relutância para conversar abertamente; fuga de contato físico, olhar ou verbal com o agressor, cuidador e/ou profissional de saúde.
Sexual	Manchas e rasgões em roupas íntimas, medo de expor os órgãos sexuais para exame, queixas contínuas de dor abdominal, sangramento vaginal ou anal inexplicável.
Negligência	Desidratação e desnutrição sem relação com doença, perda drástica de peso, odores fortes no corpo, roupas sujas, medicação utilizada de forma descontrolada, mudanças no padrão de sono, ausência de cuidados básicos de higiene.
Abandono	Ausência de acompanhante para assistência, desprezo, solidão.
Financeira	Comprometimento da renda, alienação, apropriação dos bens, fiador em grandes negociações, retirada de dinheiro sem o consentimento do idoso, furto de pertences de valor, uso sem autorização de cartão de crédito do idoso, problemas de saúde que não são tratados devido a situação financeira, nível de assistência incompatível com a renda e bens do idoso.
Autoprovocada	Marcas de automutilação, ideação suicida, recusa ou fracasso de exercer um cuidado a si próprio.

Alguns fatores são fundamentais para despertar a avaliação do profissional quanto ao idoso estar vivenciando a violência. É válido destacar que os fatores podem estar presentes em mais de um tipo da violência, sendo fundamental que o profissional avalie integrando esses aspectos com outras evidências clínicas apresentadas pela vítima (BRASIL, 2007).

Deste modo, algumas avaliações dão suporte para essa identificação, sendo apresentados no quadro a seguir (BRASIL, 2007; CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; KELLER *et al.*, 2019):

Quadro 2 – Avaliações a serem realizadas de acordo com o tipo de violência. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

Tipo de violência	Avaliações
Física	Avaliação física:

	- Nível de incapacidade funcional: o idoso precisa de suporte para executar as atividades cotidianas? - Idade – tem mais de 75 anos? Quanto maior é a idade desse idoso, maior é o seu nível de dependência - Dor: existe alguma dor crônica que não está realizando tratamento? - Quedas: a moradia do idoso está adaptada para prevenir quedas? - Outras formas de investigar: Alguém bateu ou agrediu o idoso? Alguém amarrou ou prendeu o idoso em casa? O idoso possui medo de alguém que reside com ele?
Psicológica	Avaliação psicológica: - Solidão: o idoso fica muito tempo sozinho? Tem horários diferentes das outras pessoas da casa para se alimentar, dormir ou realizar a higiene pessoal? - Comunicação: o idoso não consegue demonstrar suas emoções, desejos, sentimentos? Olha para o cuidador antes de responder uma pergunta que lhe foi feita? - Estado de ânimo: Está assustado, desconfiado, tímido, retraído e com medo? Chora com facilidade e/ou mudar de humor repentinamente? - Intimidade: sua intimidade é respeitada pelas outras pessoas? - Autopercepção: O idoso refere se sentir maltratado? - Sono: influência no sono das pessoas que residem com o idoso? Levanta-se várias vezes durante a noite? - Outras formas de investigar: O idoso se sente sozinho? Foi ameaçado e colocado em castigo? Gritaram com o idoso para constrangê-lo ou deixa-lo mal? O idoso é tratado de forma pejorativa?
Sexual	Alguma vez alguém tocou no corpo do idoso ou nos seus órgãos genitais sem a sua autorização? O idoso foi forçado a manter relações sexuais?

	Alguém obrigou o idoso a se masturbar ou realizar em outra pessoa? Alguém forçou o idoso a ver imagens ou vídeos obscenos?
Negligência	Alguém já negou comida ou medicamento para o idoso? O idoso vivencia situações de necessidade de roupas, alimentos e medicamentos, mesmo possuindo uma fonte de renda que o possibilite adquirir? Se alimenta bem? Tem perdido peso ultimamente? Possui condições satisfatórias de higiene? Possui odor forte? Suas vestimentas estão limpas ou velhas?
Abandono	O idoso fica sozinho a maior parte do tempo? Pode receber visitas de familiares e amigos?
Financeira	Avaliação das condições financeiras: - Autonomia: o idoso precisa de ajuda para realizar uma compra ou vender algum bem material? Administra sua renda com liberdade ou delega para outra pessoa administrar? - Condições de moradia: Reside com outra pessoa sem ajudar financeiramente? - Escassez de recursos: lamenta que está sempre sem dinheiro? - Outras formas de investigar: O dinheiro do idoso é utilizado por outras pessoas sem a sua autorização? O idoso já foi forçado a assinar alguma procuração ou outro documento que permita a administração dos seus recursos por terceiros? O dinheiro do idoso já foi utilizado para realizar compras sem o seu consentimento? O cuidador do idoso depende do seu dinheiro para custear as suas despesas pessoais? O idoso já foi forçado a realizar um empréstimo consignado?
Autoprovocada	Como o foi a última vez que o idoso teve vontade de banho e se alimentar? O idoso já tentou tirar a sua própria vida de alguma forma?

Perfil da vítima e do agressor

No tocante a avaliação do perfil da vítima e do agressor, diferentes estudos vêm sendo realizados e indicando padrões em relação ao perfil desses indivíduos. É fundamental o conhecimento desse padrão por parte dos profissionais devido a possibilidade de redobrar a atenção de acordo com as características apresentadas (PEDROSO; DUARTE JÚNIOR; OLIVEIRA *et al.*, 2022a; MATOS *et al.*, 2020).

As características comumente observadas que dizem respeito ao perfil da vítima são (BRASIL, 2006; PEDROSO; DUARTE JÚNIOR; OLIVEIRA *et al.*, 2022):

- Sexo feminino;
- Sem relacionamento;
- Idade mais avançada – acima de 75 anos;
- Renda de até dois salários mínimos;
- Com a presença da síndrome de fragilidade;
- Dependente nas atividades cotidianas;
- Vulnerabilidade emocional e psicológica.

No tocante ao agressor, é fundamental que seja avaliado o contexto que está inserido, seu comportamento, relação com o idoso, as funções que desempenha, suas responsabilidades e obrigações, entre outros. Quanto mais este indivíduo se envolve em atividades, maior tende a ser sua sobrecarga e seu nível de estresse, influenciando no maior risco de sofrer violência por parte do idoso (MATOS *et al.*, 2020).

O cuidador pode ser um membro da família que ficou responsável por essa atribuição, seja por preferência do idoso ou por não desempenhar atividades laborais fora da residência, sendo denominado de cuidador informal e que comumente exerce essa função por ter uma proximidade com o idoso. Já a outra classificação é o cuidador formal, em que nesses casos o cuidador é contratado para essa finalidade, geralmente possui formação em uma instituição de ensino que possibilite adquirir habilidades para desempenhar a função, de acordo com as necessidades do idoso (MATOS *et al.*, 2020).

Independente de qual for o tipo de cuidador, a violência é comumente perpetrada por pessoas próximas ao idoso, principalmente os familiares que residem com esse indivíduo. A violência intrafamiliar é um desafio para os profissionais de saúde intervirem, devido ao fato de na relação familiar o idoso considerar o afeto existente e optar por não seguir adiante na busca pelos serviços de proteção e de saúde (ALARCON *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o perfil do agressor observado é (BRASIL, 2006):

- Filhos ou cônjuge;
- Faz uso de substâncias químicas;
- Possui transtorno mental;
- Exibe uma relação conflituosa com o idoso.

Diante dessas características do perfil do agressor, algumas avaliações podem ser realizadas para aprofundar a análise por parte do profissional, que dizem respeito a (BRASIL, 2007):

- Tempo de cuidado: o cuidador exerce essa função há mais de dois anos?
- Capacitação: esse cuidador possui capacidade para exercer? Apresenta habilidades, conhecimentos e atitudes para realizar a função?
- Divisão das atribuições: possui um único cuidador ou existe revezamento das funções?
- Modificação na rotina de vida do cuidador: existiu renúncia de atividade laboral, férias ou estudo para se tornar cuidador do idoso? Não consegue encontrar um tempo para si mesmo? Não está possuindo tempo para seu convívio social por conta da responsabilidade de cuidar?
- Aspectos físicos e psicológicos: possui algum sintoma de cansaço na execução da função? Se sente desesperado, impotente, irritado ou chora com frequência quando se refere ao trabalho realizado? Possui problemas de saúde que não consegue cuidar devido ao tempo que está cuidando do idoso? Sente dores crônicas que não sabe a origem?
- Danos econômicos: executa a função de forma gratuita? Possui dificuldades econômicas?
- Interação com o idoso: não possui uma comunicação com o idoso? O idoso agradece ou apresenta sinais de agradecimento pela função desempenhada?
- Relação com os serviços: possibilita que os profissionais realizem visitas domiciliares? Atrapalha as intervenções que os profissionais tentam realizar?
- Saúde mental: possui problemas devido ao uso de substâncias químicas? Apresenta antecedentes de transtornos mentais? Está vivenciando algum problema pessoal de extrema relevância?

Além disso, algumas perguntas podem ser realizadas para o provável agressor, a fim de entender como funciona essa dinâmica de cuidado e avaliar a sobrecarga de atribuições, tais como (BRASIL, 2007):

- Qual ajuda e apoio você recebe dos outros familiares e como você gostaria de receber?
- Como é um dia típico na sua rotina? Me conte sobre ele.
- A respeito da sua saúde física e mental, como se apresenta?
- O que você realiza quando está cansado?
- Quais são seus compromissos fora do cuidado ao idoso?
- Em evidências de violência, podem ser feitas perguntas específicas: como o idoso adquiriu aquele hematoma? Você acha que o idoso está desnutrido ou possui uma má alimentação?

Consequências da violência

As principais consequências da violência contra o idoso são a falta de confiança nas pessoas, mudança de crenças e valores, falta de vontade para realizar o autocuidado, dificuldade de comunicação, perda de identidade, surgimento de transtornos mentais, alteração de sono e apetite, isolamento social, irritabilidade, agressividade, sentimento de culpa, desamparo, solidão, ideação suicida, raiva constante, dependência de álcool e outras drogas, vício em jogos e doenças físicas (LONG; SIPPEL; SPITZNAGLE, 2005).

A depender da frequência e gravidade da agressão, as consequências da violência irão variar, no entanto, em relação às principais alterações gerais são (LONG; SIPPEL; SPITZNAGLE, 2005):

- Falta de confiança nas pessoas;
- Modificações de crenças e valores;
- Diminuição da vontade para realizar o autocuidado;
- Problemas de comunicação;
- Perda de identidade;
- Presença de transtornos mentais;
- Diminuição de sono e apetite;
- Retraimento social;
- Irritabilidade;

- Agressividade;
- Sentimento de culpa;
- Desamparo;
- Solidão;
- Ideação suicida;
- Raiva constante;
- Dependência de substâncias químicas;
- Vício em jogos como dominó e baralho;
- Surgimento de doenças físicas.

É fundamental que o profissional tenha conhecimento das consequências advindas do ato violento para evitar que as alterações venham a se agravar e interferir cada vez mais na qualidade de vida do idoso. Além disso, intervir para minimizar esses impactos é um papel fundamental da equipe multiprofissional, de modo que cada um irá atuar de acordo com as suas habilidades, mas de forma integrada (SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; MCNAMEE; MURPHY, 2006; NOVO, 2016; CHAIMOWICZ, 2013; PLASSA *et al.*, 2018b; BRASIL, 2009; GOIÁS, 2019; BOLSONI; WARMLING; FAUST, 2018; SANTA CATARINA, 2021).

A partir do momento em que os profissionais intervêm, os danos conseguem ser tratados precocemente e o impacto da violência para a vida desse indivíduo é menor. Nesse sentido, o profissional deverá se atentar de atuar não somente para as consequências que levou o idoso ao serviço, mas também para atuar na reabilitação desse indivíduo (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; MCNAMEE; MURPHY, 2006; BRASIL, 2007; BRASIL, 2009; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; GLASGOW; FANSLOW, 2006; SOCIAL WELFARE DEPARTMENT ELDERLY BRANCH, 2021).

ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Acolhimento à vítima

O acolhimento se refere a uma etapa que tem como propósito dar ouvidos e atender as demandas apresentadas pela população de forma coletiva, em que todos os profissionais estejam envolvidos para execução dessa etapa. Além disso, o acolhimento possibilita a construção de vínculo e confiança entre todos os envolvidos (SILVA *et al.*, 2018).

Essa é uma etapa que pode ser realizada em qualquer serviço de saúde, sendo considerada fundamental para a identificação da violência tanto na residência desse idoso quanto no serviço (BRASIL, 2007; GOIÁS, 2019; BOLSONI; WARMLING; FAUST, 2018; SANTA CATARINA, 2021; ABA, 2020; BLUNDELL, 2017; GLASGOW; FANSLOW, 2006; SOCIAL WELFARE DEPARTMENT ELDERLY BRANCH, 2021). Nesse sentido, no âmbito hospitalar, o acolhimento durante uma demanda de saúde do idoso que busca o serviço de saúde requer que o profissional envolvido nesse processo apresente uma escuta qualificada e atenta para a sua necessidade (SILVA GOMES *et al.*, 2021).

Além disso, esse momento é imprescindível para a primeira identificação de prováveis sinais e sintomas de violência nesse indivíduo, sendo possível direcionar a conduta do profissional no atendimento a vítima (JOSHI; FLAHERTY, 2005; SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; KELLER *et al.*, 2019; ALSHABASY *et al.*, 2020; NOVO, 2016; DIAS *et al.*, 2021; ROSE *et al.*, 2018; PLASSA *et al.*, 2018b; BRASIL, 2007; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; ABA, 2020; ELDER ABUSE PREVENTION UNIT, 2010; BLUNDELL, 2017; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010). Ainda, a classificação de risco de acordo com a sua demanda de saúde deve considerar os aspectos da violência (BORN *et al.*, 2010; RIO DE JANEIRO, 2020).

Para a detecção desse fenômeno é fundamental a prontidão e atenção para identificação dos sinais e comportamentos de violência (BRASIL, 2007). No contexto hospitalar, o acolhimento é realizado de modo diferente, haja vista, nesse cenário devem ser considerados aspectos como a urgência no atendimento, a fim de solucionar demandas de saúde prioritárias naquela internação (GOMES *et al.*, 2021).

Durante essa etapa, poderão ser aplicados os instrumentos recomendados no tópico de identificação dos fatores de risco, a fim de possibilitar que o profissional levante a suspeita da violência e inicie a sua avaliação. A utilização dos instrumentos permite que mesmo o

profissional não suspeitando de imediato da violência, os resultados da aplicação do instrumento possibilitarão dar esse direcionamento para uma avaliação mais aprofundada da violência.

Por mais que o acompanhamento da vítima ocorra durante o período de internação, a fragilidade diante da sua situação de saúde possibilita que o idoso consiga se sentir mais confiante de relatar sua situação e denunciar o episódio de violência. Porém, se o profissional não estiver sensível para detectar sinais e comportamentos que permitam suspeitar da violência, dificilmente ele estará preparado para intervir de forma adequada (GUERRA *et al.*, 2021; DIAS *et al.*, 2021; BRASIL, 2007; GOIÁS, 2019; BOLSONI; WARMLING; FAUST, 2018; SANTA CATARINA, 2021; ABA, 2020; BLUNDELL, 2017; GLASGOW; FANSLOW, 2006; SOCIAL WELFARE DEPARTMENT ELDERLY BRANCH, 2021).

Além do fato do idoso ficar um determinado período no hospital, existem alguns aspectos que se configuram como dificuldades para detecção, afinal de contas, o fenômeno da violência muitas vezes se apresenta escondido pelo agressor. As dificuldades para identificação da agressão podem surgir do próprio idoso, dos familiares, dos cuidadores, dos profissionais e também da sociedade que possui uma percepção inadequada da violência (MACHADO *et al.*, 2020b; CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; KELLER *et al.*, 2019; HIRSCH; STRATTON; LOEWY, 1999; DIAS, 2020; ROSE *et al.*, 2018; ROSEN *et al.*, 2018a; PLASSA *et al.*, 2018b; LONDRINA, 2016; BELO HORIZONTE, 2015).

Estão listadas abaixo dificuldades que interferem na detecção da violência relacionadas a vítima ou agressor referir sobre o ato ou o profissional identificar, bem como propostas de soluções para resolução dos problemas encontrados (BRASIL, 2007):

Quadro 3 – Dificuldades e propostas de soluções na identificação da violência. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

Indivíduo	Dificuldades	Soluções
Idoso	• Negação e não reconhecimento da violência; • Medo do agressor e de prováveis represálias; • Sentimento de culpa; • Vergonha da situação;	• Utilizar tecnologias educacionais que subsidiem o esclarecimento para o idoso quanto ao que se configura como violência;

	• Chantagem emocional; • Declínio cognitivo; • Retraimento social; • Acreditar que sofrer violência faz parte do processo de envelhecer; • Dependência exclusiva do cuidador.	• Explicar quanto a privacidade das informações declaradas pelo idoso; • Informar para o idoso que ele não é culpado pela violência sofrida; • Buscar junto ao idoso familiares que ele pode encontrar apoio e segurança.
Agressor	• Negação da ocorrência de violência; • Medo do fracasso; • Isolamento social.	• Orientar para esse indivíduo quanto a definição e tipos de violência; • Informar quanto as consequências do ato violento para a vida do idoso e a necessidade da interrupção do ciclo da violência; • Explicar para o agressor que existem serviços em que ele poderá contar para reabilitação.
Profissionais	• Falta de informação; • Ausência de protocolos e diretrizes que subsidiem a detecção e cuidados nas situações de violência; • Ausência de meios que possibilitem o diagnóstico de forma diferencial nos casos de sinais físicos; • Acreditar que a família sempre fornece amor e apoio aos idosos; • Medo de que o agressor se manifeste ainda mais violento com o idoso;	• Realizar cursos em busca de capacitação profissional no enfrentamento da violência; • Nortear sua assistência em diretrizes, protocolos e outros materiais que contemplem o papel de cada profissional; • Se apresentar sensível a necessidade de sempre suspeitar da ocorrência da violência e realizar uma investigação;

	• Não querer se envolver nas questões legais; • Sentir-se impotente na assistência aos envolvidos; • Não apresentar tempo necessário para realizar uma avaliação minuciosa; • Tendência a culpar o idoso; • Acreditar que a vítima sairia sozinha da situação caso quisesse.	• Se respaldar de conhecimento quanto aos serviços que os idosos podem ser encaminhados; • Acionar a equipe multiprofissional para desenvolver um plano de cuidados robusto e eficaz; • Não realizar julgamentos e se livrar de preconceitos para entender a situação.
--	--	--

Notificação da violência

A notificação é uma etapa que deve ser realizada por qualquer profissional da saúde, em qualquer cenário de atuação, necessária tanto em casos suspeitos quanto confirmados. Possui uma ficha padrão a ser preenchida que foi elaborada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Anexo A) e contempla os casos de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, exploração infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra pessoas de todas as idades, sejam homens ou mulheres (JOSHI; FLAHERTY, 2005; SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; DONG, 2014; MCNAMEE; MURPHY, 2006; DIAS *et al.*, 2021; ROSEN *et al.*, 2018a; PLASSA *et al.*, 2018a; BRASIL, 2007; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; GOIÁS, 2019; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016; BLUNDELL, 2017; DEPARTMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010).

A ficha também contempla informações sobre os dados sociodemográficos da vítima, enfatizando as questões referentes à situação de violência, os procedimentos realizados, encaminhamento para os serviços de saúde e informações adicionais sobre o que foi avaliado e apresentado pela vítima. Deve ser preenchida em 02 vias: uma via fica na unidade notificadora, e a outra deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica e Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) para digitação e consolidação dos dados (JOSHI; FLAHERTY, 2005; SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; DONG, 2014; MCNAMEE; MURPHY, 2006; DIAS *et al.*, 2021; ROSEN *et al.*, 2018a; PLASSA *et al.*,

2018b; BRASIL, 2007; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; GOIÁS, 2019; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016; BLUNDELL, 2017; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010).

É uma etapa que os profissionais acabam confundindo em relação a denúncia e infelizmente reflete na subnotificação da violência em todo país. A subnotificação dificulta no destaque a violência por parte de gestores no planejamento de ações e implementação de políticas públicas voltadas para o combate da violência e minimização dos danos e agravos referentes a esse fenômeno (DIAS, 2020).

A notificação possui como objetivo amparar a vítima na defesa dos seus direitos, bem como os profissionais para que aquela situação não se caracterize como omissão da sua parte em identificar e atuar frente ao contexto em que a vítima vivencia, contribuindo para o registro epidemiológico deste agravo à saúde (BRASIL, 2006). A denúncia fica a critério da vítima, sendo responsabilidade do profissional orientar que a sua realização impacta na prevenção de novos agravos e na continuidade do ciclo violento.

Nesse momento, é imprescindível realizar o acionamento dos órgãos de proteção ao idoso que estão descritos no tópico de “Articulação intersetorial” contidos nessa diretriz. Assim, promover a segurança do idoso é fundamental independente da sua decisão quanto a denúncia ou continuidade no processo de acompanhamento, intervindo na prevenção da continuidade do ciclo da violência vivenciado por esse indivíduo.

Anamnese

Durante a investigação, é imprescindível que seja realizada a etapa da anamnese. Essa etapa possibilita uma avaliação focada nas prováveis situações de risco, de acordo com a sua intensidade e classificando-os quanto a fatores de risco físicos, psicológicos, sociais e econômicos (BRASIL, 2007).

Ao suspeitar da presença de indicadores que apontam para a ocorrência de violência, o profissional precisa manter a tranquilidade e planejar estratégias para ultrapassar as barreiras de comunicação com a vítima, proporcionando um ambiente calmo e seguro para o idoso consiga sentir confiança para se expressar. Neste sentido, seguem algumas orientações (BOMBA; 2006; BRASIL, 2007; BOLSONI; WARMLING; FAUST, 2018; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; ABA, 2020):

- Adaptar a linguagem para que o idoso consiga compreender a informação que está sendo transmitida e seja possível responder de forma adequada aquilo que lhe for indagado;
- Proporcionar um ambiente privado e que o idoso se sinta acolhido, solicitando que acompanhantes se retirem do local quando necessário;
- Não emitir julgamentos sobre opiniões, crenças e pensamentos do idoso;
- Apresentar uma relação de empatia.

No que diz respeito a continuidade do rastreio da violência, é imprescindível realizar a coleta de informações com o indivíduo, para obtenção de dados que sejam cruciais para confirmar a violência ou descartar essa possibilidade. No entanto, é necessário seguir algumas condutas para que essa etapa seja realizada de forma adequada e não seja extraído informações equivocadas, tais como (BRASIL, 2007):

- Estabelecer uma postura que possibilite uma maior aproximação do profissional com o idoso;
- Manter o contato visual com o indivíduo;
- Se atentar para a comunicação não verbal interferir no vinculado construído com o idoso;
- Demonstrar atenção quando o idoso estiver relatando o acontecimento, dizendo termos como “sim” ou “entendo” durante esse momento;
- Se posicionar de forma tranquila enquanto estiver realizando as perguntas ou ouvindo as respostas do idoso, apresentando um tom de voz sereno e que não pareça estar cansado ou surpreso com o que está sendo dito;
- Realizar uma síntese do que foi abordado para confirmar o que foi dito pelo idoso.

Em relação a formulação de perguntas, existem algumas recomendações para que estas possam ser eficazes na investigação da violência, a saber (BRASIL, 2007; BOMBA; 2006; PLASSA *et al.*, 2018b; BRASIL, 2007; BOLSONI; WARMLING; FAUST, 2018; SANTA CATARINA, 2021; BLUNDELL, 2017):

- Formular questões que começam com “como é que..” parecem ser mais produtivas do que as que já indagam o “por quê” daquela situação, evitando que o entrevistado se posicione de maneira defensiva;

- Assegurar a confidencialidade dos dados obtidos, de acordo com o seguinte exemplo: O que o(a) senhor(a) está comentando comigo é confidencial e não será divulgada, a menos que o(a) senhor(a) deseje;
- Realizar questionamentos mais amplos, para que o idoso se sinta à vontade para detalhar de forma mais completa os acontecimentos;
- Relacionar um motivo de preocupação do idoso com o possível abuso sob a ótica profissional, como por exemplo: A preocupação que o senhor relatou de ser cada vez mais dependente dos outros me faz refletir o quão difícil é para o senhor esperar que as pessoas que não são da sua família lhe ajudarem com atividades básicas do dia a dia, então como o senhor se sente nessas situações?”;
- Se apresentar sempre como uma pessoa que está ali para ajudar e apoiar o idoso;
- Não elaborar perguntas que possam emitir juízos de valor;
- Demonstrar sensibilidade diante da situação ao indagar o idoso.

Na etapa da anamnese, a utilização de teorias pode promover maior qualidade ao cuidado ofertado ao idoso em situação de violência, portanto, recomenda-se respaldar a assistência profissional em uma fundamentação teórica.

Nesse contexto, a Teoria das Relações Interpessoais foi desenvolvida por Hildegard Peplau em 1952 e se configura como uma teoria de enfermagem de médio alcance que apresenta aspectos direcionados a relação entre o enfermeiro e o paciente (PEPLAU, 1952). Assim, a relação entre os envolvidos pode ser compreendida em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução.

Na etapa de orientação, o paciente exhibe suas necessidades e busca o profissional para obter ajuda. Nesse momento, o profissional identifica as demandas apresentadas pelo paciente por meio da interação, em que mediante a comunicação é possível compreender o problema apresentado. O enfermeiro, de acordo com as necessidades identificadas, irá em colaboração com outros profissionais da equipe de saúde, realizar as orientações relacionadas aos problemas levantados para o paciente e seus familiares (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005; FRANZOI *et al.*, 2016).

Em relação a etapa de identificação, o paciente responde as diferentes formas de cuidados que lhe foram sugeridas, de modo que o enfermeiro deverá, durante as suas ações, possibilitar que o paciente adote diferentes formas de resposta: executar as condutas sugeridas de forma independente, mas com participação do profissional; implementando as

recomendações de forma autossuficiente, sem qualquer relação com o enfermeiro; ou de total passividade e dependência do profissional. Durante essa etapa, o enfermeiro deve interagir possibilitando que o indivíduo seja capaz de realizar o autocuidado mediante uma aprendizagem construtiva, promovendo um equilíbrio quanto a dependência ou independência do profissional (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005; FRANZOI *et al.*, 2016).

Na fase da exploração, o paciente almeja alcançar os melhores resultados possíveis de acordo com os problemas apresentados. Nesse contexto, o enfermeiro busca dar continuidade na promoção da satisfação do paciente quanto a resolução das necessidades, sendo planejadas novas metas a serem cumpridas para obter melhorias na qualidade de vida desses indivíduos (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005; FRANZOI *et al.*, 2016).

Para a última fase, ocorre o rompimento da interação desenvolvida entre o enfermeiro e paciente, uma vez que este último alcança o retorno para a sua rotina, esperando-se que ocorra também a resolução do problema clínico apresentado. Essa etapa apresentará uma resolução efetiva se durante o processo ocorrerem alterações no papel entre o paciente e o enfermeiro, que resulte no amadurecimento e crescimento de todos os envolvidos, resultando em uma separação do laço de forma que cada um esteja independente, forte e amadurecido (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005; FRANZOI *et al.*, 2016).

Portanto, durante a primeira etapa recomendada pela teoria, a obtenção de informações será fundamental para o seguimento do processo de cuidado aos idosos vítimas de violência e sucesso quanto a resolução desse fenômeno. Nesse contexto, no que diz respeito a confirmação ou não da suspeita da violência, esta etapa irá depender de como essa investigação foi realizada e dos dados obtidos durante a entrevista com a provável vítima, o agressor e/ou a família deste indivíduo. Algumas orientações podem ser seguidas para facilitar e aperfeiçoar essa obtenção dos dados, a saber (BRASIL, 2006; 2007):

Quadro 4 – Orientações quanto ao que deve ser realizado na entrevista com o idoso e agressor. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

Entrevistando o idoso	
O que pode ser feito:	O que não deve ser feito:
Entrevistar primeiramente o idoso sem a presença do agressor;	Sugerir respostas ao que foi perguntado ao idoso;
Se apresentar de forma cordial e amável;	Insistir para que o idoso responda questões que não se sente a vontade para responder;

Possibilitar que o idoso tenha a oportunidade de conversar livremente sem ter medo ou sofrer represálias, sendo importante que o profissional diga que tudo que for dito ficará entre eles, se assim for o seu desejo;	Julgar ou apontar que o idoso é culpado pela situação;
Observar de forma atenta o comportamento do entrevistado;	Se apresentar horrorizado com a situação que o idoso se encontra;
Repetir o que está sendo dito pelo idoso para esclarecer se não ocorreu uma compreensão equivocada;	Fazer promessas que não pode cumprir;
Ser específico e dizer o que está sendo visto, ex: "Estou vendo um hematoma no seu braço..."	Criar ou fazer com que o idoso crie expectativas que podem não ser reais.
Se mostrar sensível com os sentimentos do idoso, dizendo para ele: "Entendo que seja muito difícil para o senhor me falar dos seus problemas pessoais."	
Se apresentar disposto para buscar soluções para o que o idoso relata.	
Entrevistando o agressor	
O que pode ser feito:	O que não deve ser feito:
Buscar criar uma relação de confiança, mesmo que pareça difícil;	Realizar questionamentos que possam gerar interpretações provocadoras ou de acusação, para evitar que o agressor se posicione na defensiva;
Realizar a entrevista em um local reservado, com a presença de outro profissional se julgar necessário;	Demonstrar raiva, horror ou desaprovação diante da situação apontada pelo idoso;
Executar a entrevista logo após ter finalizado com o idoso, para que não ocorra troca de informações entre eles;	Culpabilizar ou fazer juízos de valor que podem fechar as portas para que o profissional intervenha.

Em caso desse indivíduo apresentar uma atitude defensiva, repetir a informação pode ajudar.	
---	--

Ademais, torna-se necessário realizar alguns questionamentos gerais para que seja elencado algumas situações de risco, tais como: Vive sozinho? Como estão as coisas em casa? Gostaria de contar alguma coisa em especial? Se sente seguro onde vive? Descreva como é o seu dia a dia.

Os achados aqui identificados estarão integrados as evidências observadas durante o exame físico, buscando uma integração entre ambos para compreensão da situação ocorrida e seguimento das etapas de acordo com a teoria proposta por Peplau (1952).

Exame físico

O exame físico será realizado por todos os profissionais, a fim de que a avaliação seja a mais completa possível e que detalhes que um profissional não observe o outro possa se atentar e complementar os achados na identificação (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; KELLER *et al.*, 2019; HIRSCH; STRATTON; LOEWY, 1999; DIAS, 2020; DIAS *et al.*, 2021; ROSEN *et al.*, 2018a; PLASSA *et al.*, 2018b; MURAR; CORTIANO; OLIVEIRA, 2012; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; ELDER ABUSE PREVENTION UNIT, 2010; SOCIAL WELFARE DEPARTMENT ELDERLY BRANCH, 2021).

Será realizado o exame cefalo-caudal, contemplando as etapas de inspeção, ausculta, percussão e palpação, de forma que os profissionais estarão atentos aos detalhes que estão relacionados aos aspectos sugestivos dos diferentes tipos de violência. O exame será realizado como padrão, diferenciando apenas no fato de que o profissional irá enfatizar o seu foco na busca nas evidências de violência (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; JOSHI; FLAHERTY, 2005).

De modo geral será avaliado a presença de sinais que estejam relacionados ao ato violento que o idoso vivenciou, sendo fundamental investigar os achados que possibilitem inferir se o aspecto encontrado foi decorrente de situações antigas de abuso ou de outras causas. Fatores como higiene prejudicada, emagrecimento inesperado, uso de roupas sujas e velhas, aparência descuidada, devem ser avaliados de forma geral antes de realizar o exame por completo (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; JOSHI; FLAHERTY, 2005).

Na região da cabeça e pescoço o profissional deverá avaliar o couro cabeludo para buscar a existência de alopecia traumática, a acuidade visual e auditiva, a região nasal e bucal, investigando a presença de lesões que se apresentem em um formato irregular, extensas, presentes apenas em um lado do rosto e que podem ser provenientes de socos, bofetadas, puxões, tapas e/ou empurrões (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021).

Uma má higienização bucal pode refletir a presença de negligência, violência autoprovocada e/ou abandono, de modo que será necessário também avaliar a integridade dos dentes para suspeitar de violência física em caso de haver quebras não decorrentes da deterioração dos dentes devido a falta de higiene adequada. Além disso, na região bucal poderá conter sinais de abuso sexual e estrangulamento, que podem surgir diante de situações em que o agressor forçou o sexo oral no idoso, tais como petéquias no palato duro e mole (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; JOSHI; FLAHERTY, 2005; SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999).

Para avaliar o sistema neurológico deverá ser levado em consideração o declínio cognitivo desse indivíduo, analisando aspectos como memória, aprendizagem, equilíbrio, entre outros. É importante avaliar se esse achado é decorrente do processo de envelhecer ou se configura como uma consequência da violência.

Ainda, a avaliação da pele consistirá na busca por lesões, queimaduras, hematomas, equimoses, sinais de desidratação, lesão por pressão, marcas de mordidas (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; JOSHI; FLAHERTY, 2005; SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999).

Sinais como dor à palpação em região abdominal pode indicar que aquela área pode ter sido afetada por tapas, socos, que podem ainda não estarem evidenciados por meio da inspeção do local (HIRSCH; STRATTON; LOEWY, 1999; DIAS *et al.*, 2021).

O sistema genitorretal deverá ser avaliado em busca de doenças que podem estar relacionadas a violência sexual, assim como presença de sêmen e lesões decorrentes de traumas vaginais/peniano/anal/perianal que indiquem o uso da força na prática sexual, erupção inguinal, impactação de fezes (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021). O idoso poderá resistir ao exame dessa área, sendo importante orientar sobre a necessidade de realização (JOSHI; FLAHERTY, 2005).

Ademais, devem ser investigadas a presença de fraturas ósseas que não estão relacionadas a traumas não intencionais, podendo ser solicitados exames de imagem para complementar os achados identificados no exame e para avaliar se a lesão é recente ou decorrente de traumas anteriores (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; JOSHI; FLAHERTY, 2005).

Documentação dos principais achados

Documentar todos os achados de forma detalhada é fundamental para possibilitar uma investigação mais aprofundada sobre os danos decorrentes da violência para o idoso (SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999). A documentação vai abranger os aspectos referentes à avaliação dos fatores de risco; identificação de sinais, sintomas e comportamentos; intervenções; condutas referentes à assistência multiprofissional e quaisquer informações do que foi avaliado e realizado na vítima (SANTA CATARINA, 2021; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016; CANADÁ, 2016; BLUNDELL, 2017).

Alguns aspectos que devem ser seguidos na documentação é que esta deve ser completa, legível e é recomendado que sejam colocadas fotografias, desenhos e mais ilustrações pertinentes. Em caso de realizar uma coleta das evidências, essa conduta deve ser registrada na documentação e, após avaliação, o laudo deverá estar inserido junto aos demais (SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; KELLER *et al.*, 2019; HIRSCH; STRATTON; LOEWY, 1999; ROSE *et al.*, 2018; PLASSA *et al.*, 2018b; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019).

Em caso de registro em fotografias, é recomendado realizar a foto em ambiente iluminado, em diferentes ângulos e posições para captar as imagens com o máximo de detalhes possíveis para auxiliar na avaliação posterior. O recomendado é que o profissional utilize câmeras específicas para este fim, no entanto, em caso de impossibilidade de um material adequado, o registro poderá ser feito por uma câmera de celular, sempre resguardando a privacidade da vítima e solicitando autorização conforme termo disponível no Apêndice D (SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999).

Os resultados de todos os exames laboratoriais e de imagem realizados pela vítima devem também estar integrados aos demais registros, assim como os detalhes sobre os medicamentos administrados para profilaxia quando existir (SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999).

Portanto, no Apêndice C dessa diretriz encontra-se disponível o “Instrumento de avaliação e documentação da pessoa idosa em situação de violência”, que busca nortear o registro das informações avaliadas e do planejamento de cuidado da equipe de saúde. Recomenda-se a sua utilização integrada também a outros materiais que possibilitem maior detalhamento da avaliação de cada profissional, a fim de que esses achados estejam integrados

no planejamento do cuidado de saúde ofertado ao idoso. Além disso, é fundamental inserir todos esses documentos no prontuário do paciente.

Atuação do médico no cuidado ao idoso em situação de violência

As atribuições aqui pontuadas são fundamentadas em um protocolo intitulado “Protocolo clínico de atendimento médico hospitalar à pessoa idosa em situação de violência” desenvolvido por Rathke (2021), vinculados ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Forense (GEPEFO).

Assim, destaca-se que a atuação do médico é ampla, no entanto, deve considerar as demandas de saúde que a vítima apresenta e a necessidade de atuação de forma urgente. Nesse sentido, é fundamental elencar as preocupações de maior importância para a vítima, sendo fornecido informações e suporte a essa situação (RATHKE, 2021a). Além dessas preocupações, o médico deve levar em consideração alguns aspectos relacionados a vítima e ao agressor (RATHKE, 2021b):

- O que a vítima deseja em relação a esse atendimento?
- Como vê a situação de violência e a oferta de ajuda?
- O idoso e/ou o suposto agressor entendem que a situação será notificada e a depender da vontade da vítima irá ter a denúncia?

Após analisar esses fatores, a construção de vínculo com a vítima será necessária que o profissional adote medidas que proporcionem a construção de vínculo e confiança durante esse atendimento, se sentindo mais seguro para descrever a situação violenta para o profissional. Diante dessa avaliação, serão definidas as abordagens adequadas de acordo com os seguintes princípios (RATHKE, 2021b):

- A segurança do paciente como sendo o principal fator de atenção por parte do profissional, para que este não venha a adotar medidas que possibilitem agravar a situação do paciente;
- Não expor de forma desnecessária o paciente;
- Compreender a urgência em algumas situações para não demandar muito tempo e ocasionar mais danos à vítima;
- Analisar os achados apontados pela vítima e se estão em concordância com o apontado pelo possível agressor, cuidador e/ou familiares, compreendendo o ponto de vista do idoso;

- Planejar medidas preventivas para a vítima;
- Fortalecer a relação entre a vítima, agressor, cuidador, familiares e outras pessoas envolvidas;
- Promover uma abordagem holística para todos os membros envolvidos;
- Reforçar o aspecto da confidencialidade para evitar exposição da vítima, considerando também que esse aspecto não deve interferir no atendimento a esse idoso.

O foco da atuação do profissional médico é no idoso em situação de violência e em prol da solução dessa demanda de saúde. Nesse sentido, é importante esquematizar todas as soluções plausíveis e envolver a equipe multiprofissional na tomada de decisão, considerando também os desejos da vítima. Posterior a esse planejamento, será primordial a escolha das medidas a serem seguidas, podendo ser elas (RATHKE, 2021b):

- O tratamento das lesões identificadas;
- Solicitação de exames complementares essenciais;
- Prescrição medicamentosa de acordo com as demandas avaliadas;
- Recorrer a busca de informações e fontes de apoio quanto ao manejo ao idoso em situação de violência com colegas que tenham maior expertise;
- Realizar o encaminhamento com base na necessidade da vítima;
- Integrar a equipe multiprofissional em todas as etapas.

Nas situações em que não é possível contar com uma equipe multiprofissional no serviço, o médico deverá criar sua própria rede de suporte com profissionais de sua confiança que estejam disponíveis e tenham experiência no enfrentamento da VCPI. Além disso, o médico pode encaminhar para os profissionais necessários diante do tipo de violência vivenciado e as consequências dessa situação para o idoso (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; KELLER *et al.*, 2019; MCNAMEE; MURPHY, 2006; DIAS, 2020; ROSE *et al.*, 2018; ROSEN *et al.*, 2018a; PLASSA *et al.*, 2018b; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; BOLSONI; WARMLING; FAUST, 2018; RIO DE JANEIRO, 2020; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010; SOCIAL WELFARE DEPARTAMENT ELDERLY BRANCH, 2021).

É fundamental também que o profissional médico estruture o seu próprio diagrama de informações e recursos, para cada vez mais se sentir apto para realizar esse tipo de atendimento.

Por se tratar de um fenômeno que está em constante crescimento e novos estudos estão cada vez mais ficando disponíveis na literatura, o profissional também deverá estar em constante atualização (RATHKE, 2021b).

Em algumas situações, o médico deverá respeitar o tempo da vítima para iniciar suas condutas, uma vez que respeitar esse momento de pausa é também estar atuando, entendendo também que o acompanhamento é fundamental nessa situação (RATHKE, 2021b). O acompanhamento clínico realizado pelo médico deve ser de forma regular e integrado com a equipe de saúde envolvida na situação.

Diante do envolvimento de vários profissionais, é importante que todos tenham consciência de realizar todos os registros referentes às observações, avaliações e preocupações em relação ao caso, mantendo sempre um contato para fortalecimento da tomada de decisão (RATHKE, 2021b). A utilização de um prontuário, preferencialmente eletrônico, que contemple as informações avaliadas por todos os profissionais é uma ferramenta essencial para integração e acompanhamento por parte da equipe (SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; KELLER *et al.*, 2019; HIRSCH; STRATTON; LOEWY, 1999; ROSE *et al.*, 2018; PLASSA *et al.*, 2018b; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019).

Será de responsabilidade desse profissional a realização da consulta clínica, anamnese e exame físico detalhados, solicitação de exames, notificação, coleta de vestígios, prescrição medicamentosa para profilaxias, orientação para a vítima, familiares e cuidadores a respeito da assistência prestada (RIO DE JANEIRO, 2020).

Além disso, deverá ser investigado no idoso a presença de desidratação e desnutrição por meio da solicitação de exames laboratoriais simples como o hemograma completo, dosagens de creatinina, proteína total, nitrogênio ureico e albumina (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021). Ademais, pode ser solicitados exames de imagem como os radiográficos para investigar possíveis fraturas e sua relação com o ato violento (SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999).

A verificação quanto a presença de sofrimento para a vítima durante esse atendimento multiprofissional é imprescindível, uma vez que reviver esse momento pode surgir para a vítima sentimentos como culpa, angústia, sofrimento psíquico intenso e outras alterações (BRASIL, 2007; BORN *et al.*, 2010; LONDRINA, 2016; BELO HORIZONTE, 2015; BOLSONI; WARMLING; FAUST, 2018; SANTA CATARINA, 2021; ABA, 2020). Nesse sentido, é

necessário respeitar o tempo necessário para cada avaliação, sempre avaliando como está sendo para o paciente essa investigação e respeitando os seus desejos (RATHKE, 2021b).

Diante desse contexto, as condutas médicas devem estar delineadas de acordo com o restante da equipe, mas sempre considerando o que for mais confortável para o paciente e que consiga promover maiores benefícios para ele, o agressor e todos os demais envolvidos (RATHKE, 2021b).

Atuação do fisioterapeuta no cuidado ao idoso em situação de violência

A atuação desse profissional elencadas nessa diretriz são fundamentadas em um protocolo intitulado “Protocolo fisioterapêutico de atendimento à pessoa idosa em situação de violência” desenvolvido por Dias (2020), vinculado ao GEPEFO.

Se a identificação da situação de violência foi por outro profissional da saúde, é importante que seja realizado o encaminhamento para a consulta fisioterápica e intervenção desse profissional, no entanto, o fisioterapeuta também deve possuir conhecimentos e habilidades para realizar a identificação desse fenômeno e envolver a equipe multiprofissional na promoção do cuidado a esse idoso (DIAS, 2020).

No tocante às intervenções que integram um plano terapêutico e de reabilitação do idoso, o fisioterapeuta tem o papel de (DIAS *et al.*, 2021):

- Manutenção e recuperação da independência e autocuidado desse idoso, em prol de prevenir o declínio funcional;
- Planejamento e implementação de atividades funcionais de acordo com a limitação de cada idoso, buscando a retomada de locomoção caso seja possível;
- Avaliar a residência do idoso quando possível, recomendando ajustes para promover uma melhor adaptação desse indivíduo a sua moradia, a fim de propiciar uma autoconfiança física;
- Promover medidas de conservação de energia com dispositivos auxiliares por meio avaliação, prescrição, adequação e treinamento de Tecnologias Assistivas (TA);
- Adotar medidas que previnam o retraimento social por meio de uma recuperação funcional máxima.

O foco da atuação do fisioterapeuta por meio dessas intervenções é proporcionar o maior tempo de independência por parte desse idoso, bem como prevenir a perda da autonomia e outros declínios provenientes das situações de violência (DIAS, 2020). No entanto, algumas

dessas condutas irão ser iniciadas apenas posteriormente a melhoria do seu quadro clínico, a depender da gravidade do ato violento (DIAS, 2020).

Planejar e inserir no plano de cuidados exercícios de força e multicomponentes, em que é realizado o treinamento de força juntamente com outros exercícios de equilíbrio, aeróbico e alongamento são métodos eficazes para diminuição dos impactos na funcionalidade do idoso. Além disso, é observado que essas condutas minimizam a sarcopenia, promovem a manutenção do equilíbrio, desempenho cardiorrespiratório e flexibilidade, promovendo benefícios no desempenho das atividades cotidianas (DIAS, 2020).

As TA aqui citadas dizem respeito às próteses, órteses e meios auxiliares de marcha como muletas, bengalas e andadores, que podem auxiliar na transferência desse idoso e evitar progressão das deformidades. Além disso, possibilita que o idoso consiga se reinserir na sociedade, diminuindo o impacto em sua qualidade de vida. Deste modo, as TA permitem que o idoso mantenha a sua autonomia, minimizem maiores danos e impactos durante o processo de envelhecer. A portaria MS/SAS nº 661, de 02 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), define que é competência do fisioterapeuta a prescrição das TA e abrange a forma de atuação desse profissional frente ao idoso em situação de violência (DIAS, 2020).

Atuação do enfermeiro no cuidado ao idoso em situação de violência

O enfermeiro se responsabiliza pelo cuidado ofertado por toda a sua equipe, sendo necessário que o profissional organize as diferentes atribuições durante esse processo de assistência prestada ao idoso vítima de violência. Desse modo, a atribuição de gestor deverá ser exercida em *prol* de uma organização cuidado e do serviço.

Será realizada pelo enfermeiro a consulta de enfermagem para sistematizar a assistência, de modo que seguirá as 5 etapas do Processo de Enfermagem (PE): histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. Realizar a aplicação PE possibilita maior qualidade ao cuidado prestado, sendo fundamental para identificação dos sinais, sintomas e comportamentos sugestivos de violência, de modo que o enfermeiro irá desenvolver um pensamento crítico sobre a relação dos achados com a história relatada pelo idoso, familiares e/ou cuidador (GOMES, 2014).

No que se refere aos diagnósticos, planejamento e implementação, os quais incluem os resultados e intervenções de enfermagem, estes estão sendo desenvolvidos e validados para posterior construção de um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) por Brandão e Souto (2022), produto este vinculado ao

GEPEFO. Tais produções se aplicam a assistência ao idoso vítima de violência, sendo desenvolvidos a luz da Teoria de Cuidados de Enfermagem Forense de Virgínia Lynch.

O enfermeiro irá realizar a classificação de risco respeitando a privacidade da vítima, fornecer orientações aos envolvidos sobre a dinâmica de atendimento do serviço, encaminhar para atendimento médico de acordo com a prioridade, observar a relação da vítima com os demais familiares e/ou cuidadores, realizar os cuidados mediante a necessidade do idoso, realizar a notificação da situação, registrar todas as condutas e informações de forma detalhada no prontuário e atuar em conjunto com a equipe multiprofissional na elaboração do plano de cuidados (RIO DE JANEIRO, 2020).

Além disso, a equipe de enfermagem irá intervir de acordo com as necessidades da vítima, seus familiares e o agressor, avaliando a presença de lesões e descrever todas as características de forma detalhada no prontuário, supervisionar as visitas e se necessário restringir o contato com a vítima em caso de suspeita de mais de um agressor, orientar para que o acompanhante seja paciente e afetivo com o idoso, explicar todos os cuidados que serão realizados e realizar o encaminhamento para a rede especializada conforme a necessidade dos envolvidos (BRASIL, 2009).

Deste modo, a inserção desses profissionais no cenário hospitalar será de grande valia para atuar em conjunto aos demais profissionais e compor a equipe multiprofissional no cuidado ao idoso em situação de violência (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; KELLER *et al.*, 2019; MCNAMEE; MURPHY, 2006; DIAS, 2020; ROSE *et al.*, 2018; ROSEN *et al.*, 2018a; PLASSA *et al.*, 2018b; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; BOLSONI; WARMLING; FAUST, 2018; RIO DE JANEIRO, 2020; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010; SOCIAL WELFARE DEPARTAMENT ELDERLY BRANCH, 2021).

Atuação do enfermeiro forense no cuidado ao idoso em situação de violência

Uma área da enfermagem que está em crescente no Brasil e possui habilidades específicas para intervir nas situações de traumas, violência e mortes é a Enfermagem Forense (EF). Nesse contexto, destaca-se que a área foi reconhecida como especialidade da enfermagem em 2011 pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com a resolução de nº 389 (COFEN, 2011), sendo regulamentada em 2017 com a resolução de nº 556 (COFEN, 2017).

Desenvolvido por Souto (2022), um livro intitulado de “Enfermagem Forense no Brasil: competências técnicas e áreas de atuação” contempla em seu conteúdo as diferentes áreas que

o enfermeiro forense pode atuar e como desempenhar essas atribuições nos diferentes contextos de assistência à saúde, fortalecendo o entendimento sobre o seu papel na área forense.

A formação da EF possibilita maior capacitação no rastreo, manejo e intervenção aos indivíduos em situação de violência em qualquer serviço de saúde. Nesse sentido, os campos de atuação da EF se expandem cada vez mais, de modo que esse profissional pode exercer atividades específicas, tais como (SOUTO, 2022):

- Examinar a vítima de violência sexual;
- Desempenhar o papel de investigador;
- Se vincular a médicos forenses no departamento legal;
- Atuar como consultor em aspectos forenses e legais;
- Intervir e prestar consultorias na enfermagem forense psiquiátrica;
- Investigação da morte;
- Situações de trauma, asfixia e intoxicação;
- Violência intrafamiliar;
- Desastre em massa;
- Pós-morte.

As áreas de atuação contempladas na resolução do COFEN (2017) que permitem a atuação no Brasil se apresentam de modo mais específico, integrando as seguintes áreas:

- Violência sexual;
- Violência psiquiátrica;
- Sistema prisional;
- Pós morte;
- Perícia, assistência técnica e consultoria;
- Coleta, recolha e preservação de vestígios;
- Desastre em massa;
- Maus-tratos, traumas e diversas formas de violência.

Além disso, a atuação do enfermeiro forense se dá nos três níveis de atuação, intervindo nos seguintes tipos de prevenção (GOMES, 2014):

- Primária – contemplando ações que previnam a violência de acontecer, bem como traumas e mortes; propor recomendações de saúde pública e segurança que busquem promover a cultura de paz;

- Secundária – engloba a detecção e intervenção da violência de forma precoce; identificar indicadores de violência que possibilitam a atuação de um médico-legal; aconselhamento; institucionalização de idosos a fim de evitar a morte;
- Terciária – inclui evitar o agravamento das consequências da violência; aumentar a qualidade de vida desses indivíduos; serviços de reabilitação; promover segurança a vítima.

É fundamental compreender quais são as competências do enfermeiro forense e como elas se aplicam no contexto hospitalar, de modo que suas atribuições gerais que se aplicam a este cenário são referentes a (COFEN, 2017):

- Desenvolver planos de cuidados aos envolvidos nas situações de maus-tratos, violência sexual, traumas e outros tipos de violência;
- Realizar o acolhimento as vítimas de violência sexual, traumas e outra tipologia de violência, definindo as prioridades e ações de intervenção;
- Avaliar a situação e contribuir com o processo judicial;
- Detectar lesões que estejam relacionadas aos maus-tratos, violência sexual, traumas e qualquer forma de violência;
- Identificar as situações de violência, potenciais vítimas e desenvolver diagnósticos de enfermagem para esse fenômeno;
- Implementar a proteção dos direitos humanos e garantia legal dos envolvidos;
- Esquematizar as prioridades, implementar e supervisionar os sistemas de resposta de saúde;
- Contribuir no desenvolvimento de estudos na área;
- Promover o trabalho multiprofissional;
- Executar as funções de perito judicial;
- Rever, avaliar e compreender registros clínicos e outros materiais relacionados a enfermagem;
- Aplicar o PE na assistência a população;
- Esquematizar as prioridades e direcionar planos terapêuticos para assistência ao agressor;
- Preservar e garantir a segurança do local para realizar a coleta e recolha de vestígios;

- Seguir protocolos de atuação ou diretrizes legalmente desenvolvidos nos serviços para a assistência forense.

No tocante ao PE, a etapa de histórico de enfermagem é fundamental para obtenção das informações resultante da anamnese e exame físico, de modo que deverá incluir dados sobre as questões socioeconômicas, utilização de medicamentos e dosagens adequadas, doenças pregressas, antecedentes cirúrgicos, possíveis alergias, dados antropométricos, estilo de vida, dados antropométricos, humor, interação, risco de quedas, presença de dor, sinais vitais, hábitos de higiene, entre outros (COREN, 2020).

Essa etapa de obtenção de dados irá subsidiar a elaboração dos diagnósticos de enfermagem para a violência e que se apliquem para o caso avaliado. Nesse sentido, as demais etapas irão ser fundamentadas de acordo com os diagnósticos elencados, de modo que as intervenções irão ser implementadas e avaliadas quanto ao alcance do que foi planejado como melhorias para todos os envolvidos (COREN, 2020).

Nesse sentido, a coleta de evidências está integrada a essa etapa e é uma atribuição que deve ser realizada pelo enfermeiro forense, devido as habilidades e competências que esse profissional possui. Os materiais obtidos por meio da coleta poderão servir posteriormente como prova material em processo judicial (SOUTO, 2022).

É fundamental o seguimento da cadeia de custódia para promover a preservação desse vestígio, assegurando que os profissionais que entrem em contato com esse material sigam os protocolos de trabalho adequados para sua avaliação, de modo que o uso de produtos químicos e equipamentos não prejudiquem posteriores análises que venham a ser realizadas se houver necessidade (SOUTO, 2022).

Os materiais que se configuram como vestígios podem ser (GOMES, 2014):

- Natureza biológica como sangue, cabelos, pelos, sémen, vômito, urina, saliva, entre outros;
- Vestígios físicos como roupas, sapatos, brincos, piercing, óculos e outros materiais;
- Vestígios de natureza balísticas que são as impressões digitais, resíduos de disparo, fibras ou outros objetos que estejam relacionados;
- Vestígios de natureza toxicológica como medicamentos ou venenos, sendo necessário recolher também os recipientes sejam de vidros ou de plásticos;

- Vestígios de marcas de ferramentas e calçados, tais como marcas de chaves de fenda, alicates, pés de cabra, entre outros;
- Vestígios de natureza química como resíduos pós-explosão, acelerante de combustão, ácidos, bases.

A avaliação desses vestígios vai depender de acordo com os recursos disponíveis para realizar a análise desses materiais, no entanto, os itens essenciais para execução dessa etapa são uma fonte de luz adequada para possibilitar uma melhor visualização dos vestígios, pastas de moldagem apropriadas, equipamento fotográfico para realização de fotografia de modo mais preciso possível (SOUTO, 2022). Além disso, destaca-se que é necessário pedir autorização ao idoso para esse registro, conforme termo apresentado no Apêndice D.

O armazenamento dos vestígios deve ocorrer utilizando uma folha de papel para cada vestígio, sendo posteriormente embaladas em envelopes de papel e preenchido com todas as informações da vítima (nome, sexo, idade, situação em que chegou no serviço hospitalar, data/hora da admissão). Ainda, se houver necessidade, pode ser realizado cortes nas peças de roupas, desde que preserve os eventuais cortes realizados inicialmente pelo agressor (GOMES, 2014).

Em casos de violência sexual, o enfermeiro forense deverá enfatizar o olhar clínico contemplando as queixas apresentadas pela vítima, mas também considerar o registro das informações quanto a menarca, ciclo menstrual, data da última menstruação, utilização de métodos contraceptivos, relação sexual consentida ou não, investigar se houve ejaculação, histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISF) ou problemas genitais e realização de higiene após o abuso sexual (SOUTO, 2022).

O registro dos achados deve contemplar todas as características referentes ao tamanho, localização, cor e odor, sendo fundamental preencher as lesões no diagrama corporal para possibilitar a representação do corpo de modo bidimensional, conforme exibido no instrumento do Apêndice C (GOMES, 2014).

Atuação do técnico de enfermagem no cuidado ao idoso em situação de violência

Toda a equipe de enfermagem irá prestar assistência ao idoso em situação de violência, desempenhando diferentes funções de acordo com as suas atribuições. Nesse sentido, o profissional poderá intervir desde o acolhimento ao acompanhamento posterior à alta hospitalar (BORN *et al.*, 2010; RIO DE JANEIRO, 2020; SOCIAL WELFARE DEPARTMENT ELDERLY BRANCH, 2021).

O técnico de enfermagem deverá se responsabilizar pelo monitoramento dos sinais vitais da vítima, mudança de decúbito a cada 2 horas, observar os fatores que aumentam a exposição desse indivíduo ao risco de quedas seguindo as recomendações dos protocolos de segurança do paciente, evitar manipular em excesso as áreas atingidas, realizar juntamente com o enfermeiro o curativo nas áreas que já foram examinadas e coletados os vestígios, ofertar apoio e suporte para a vítima e todos os envolvidos, ser empático durante toda a sua assistência (BRASIL, 2009; RIO DE JANEIRO, 2020).

Além disso, o técnico poderá ter a responsabilidade de estar à frente na pré-classificação durante o acolhimento, estabelecer como prioridades para o atendimento de enfermagem os casos suspeitos ou confirmados, dar seguimento a classificação de risco juntamente com o enfermeiro a depender da rotina do serviço, realizar a administração dos medicamentos de acordo com a prescrição médica e protocolos de profilaxia e se integrar, acompanhar a vítima durante a ida ao IML se houver necessidade e participar das reuniões clínicas com os demais membros da equipe de saúde (BRASIL, 2009, RIO DE JANEIRO, 2020).

Atuação do assistente social no cuidado ao idoso em situação de violência

O assistente social se configura como o profissional habilitado para lidar com as políticas públicas e os demais programas do governo que objetivam garantir os direitos dos idosos em qualquer situação, inclusive na vivência da violência. Este profissional também é responsável por possibilitar que o idoso se sinta como parte que integra a sociedade e que ainda é um ser humano que possui utilidade (PEREIRA, 2019).

Durante a sua assistência, o assistente social deverá realizar o estudo de caso de cada vítima, possibilitando analisar quais encaminhamentos serão adequados para manter a segurança do idoso e a continuidade da sua assistência em saúde. Essas condutas possuem a finalidade de garantir a efetividade dos direitos sociais desses indivíduos, enfatizando aqueles que se apresentam em condições de vulnerabilidade social como é o caso do idoso em situação de violência.

Os maiores documentos que asseguram os direitos dos idosos são o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006) foram fruto da mobilização social referente à participação desses profissionais. Nesse sentido, o assistente social será o agente que garantirá o direito do idoso em não ser objeto de qualquer tipo de violência, discriminação, crueldade e opressão (BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; RIO DE JANEIRO, 2020; DEPARTMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010). Sua

conduta não está vinculada apenas a denúncia da violência ou condenação do agressor, mas também a conscientização e integração da rede de apoio ao idoso.

Em contrapartida, para possibilitar que o assistente social execute as suas atribuições, é necessário discutir a forma como os outros profissionais definem a atuação do assistente social ao idoso vítima de violência, sendo fundamental que esse entendimento esteja relacionado para além da notificação do ocorrido e encaminhamento para os outros serviços de proteção a vítima (RENAULT, 2012).

É fundamental considerar que o manejo do assistente social ao idoso em situação de violência é tão imprescindível quanto a assistência médica, de enfermagem ou psicológica, objetivando viabilizar o alcance dos direitos e não somente os cuidados a lesões ou ferimentos físicos. Assim, as condutas desses profissionais devem contemplar os seguintes aspectos (BRASIL, 1993; (PEREIRA; ROSA, 2018):

- Desenvolver, implementar e analisar políticas sociais juntamente as esferas responsáveis;
- Construir, organizar, efetivar e avaliar as ações e programas que estejam contemplados na atuação do serviço social;
- Realizar os devidos encaminhamentos para os serviços de proteção ao idoso;
- Se envolver com os demais profissionais na elaboração do plano de intervenção aos idosos em situação de violência;
- Avaliar o risco social;
- Fornecer orientação social ao indivíduo, família e comunidade.

Evidencia-se que o assistente social possui um compromisso para promover a justiça social, apresentando como objeto de trabalho os aspectos sociais, desenvolvendo e implementando estratégias para o enfrentamento das desigualdades sociais e iniquidades em saúde. Sendo assim, o seu trabalho contempla todas as questões sociais que se apresentam na população, assim como o fenômeno da violência (SILVA *et al.*, 2021).

O serviço social deverá conhecer a história de violência vivenciada pela vítima, acolher o idoso e sua família, identificar o apoio familiar, verificar a existência de abuso de substância química entre as pessoas que convivem com o idoso, identificar demanda social trazida pelo idoso, encaminhar para atendimento psicológico e psiquiátrica individual, informar os recursos de apoio da comunidade, realizar a notificação e reforçar a importância de atendimento médico e psicológico (BRASIL, 2009; SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999).

Ademais, o assistente social deverá esclarecer o idoso quanto aos recursos da instituição para continuidade do tratamento, utilizar genograma para avaliação da dinâmica familiar, mapear potenciais riscos, auxiliar no processo de reorganização da vida após a violência, articular a rede de proteção e capacitar os profissionais para atendimento (RIO DE JANEIRO, 2020).

Atuação do psicólogo no cuidado ao idoso em situação de violência

O psicólogo possui um papel essencial na intervenção em prol de minimizar as consequências da violência para o idoso, agressor, cuidador e familiares, uma vez que a sua atuação não fica restrita a vítima (MCNAMEE; MURPHY, 2006; NOVO, 2016; CHAIMOWICZ, 2013; BRASIL, 2007; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; UBIRATÃ, 2018; SOCIAL WELFARE DEPARTMENT ELDERLY BRANCH, 2021).

Atuar na compreensão da violência por parte dos envolvidos é importante para realização da detecção precoce, haja vista, o psicólogo pode desempenhar um papel importante na obtenção de evidências que não estejam tão claras e que o idoso possua receio de falar, possibilitando uma avaliação minuciosa essencial para a confirmação da violência. Além disso, esse profissional apresenta as habilidades necessárias para entender as diferentes versões do ocorrido que foram apresentadas pelo idoso e os demais (MCNAMEE; MURPHY, 2006; NOVO, 2016; CHAIMOWICZ, 2013; A22; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; UBIRATÃ, 2018; SOCIAL WELFARE DEPARTMENT ELDERLY BRANCH, 2021).

No tocante ao idoso, o psicólogo deverá considerar a avaliação dos seguintes aspectos na identificação da violência (BRASIL, 2007; PEREIRA; ROSA, 2018):

- Presença de demência no idoso;
- Declínio cognitivo;
- Surgimento de transtornos mentais;
- Nível de consciência.

Além do mais, é papel do psicólogo fornecer o suporte durante a assistência hospitalar, visando minimizar os danos mentais da violência para a vítima e todas as pessoas afetadas. Esse suporte deverá ser fornecido por meio da demonstração de apoio, suporte, confiança e segurança por parte do psicólogo e dos demais membros da equipe (MCNAMEE; MURPHY, 2006; NOVO, 2016; CHAIMOWICZ, 2013; A22; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; RIO DE

JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; UBIRATÃ, 2018; SOCIAL WELFARE DEPARTMENT ELDERLY BRANCH, 2021).

O psicólogo realizará a entrevista para avaliar a dimensão do sofrimento psíquico, conhecer a história de vida do idoso, identificar os sentimentos predominantes, avaliar o grau de desorganização da vida social, avaliar os distúrbios de sono, avaliar o estado emocional geral, notificar, encaminhar para avaliação psiquiátrica, fornecer atestado psicológico, participar de reuniões do estudo de caso (RIO DE JANEIRO, 2020; BRASIL, 2009).

A avaliação do psicólogo deverá considerar a análise inicial dos sentimentos do idoso no momento, bem como esquematize os diagnósticos de transtornos mentais junto com o psiquiatra e opte por realização de psicoterapia individual e em grupo (BRASIL, 2009).

No que diz respeito ao suporte fornecido a família, esse profissional poderá intervir fornecendo apoio e elaborando um plano de cuidados que apresente diferentes medidas de enfrentamento da situação pelos familiares, de modo que esses indivíduos consigam também ser uma fonte de apoio para o idoso (PEREIRA; ROSA, 2018).

É imprescindível também que o psicólogo compreenda a situação vivenciada pelo agressor, possibilitando que o mesmo compreenda que o ato cometido se configura como violência e permita o entendimento quanto ao motivo que pode ter levado a agressão (BRASIL, 2007; BORN *et al.*, 2010).

Atuação do nutricionista no cuidado ao idoso em situação de violência

O nutricionista desempenha um importante papel na avaliação dos aspectos considerados fisiológicos e naturais referentes ao processo de envelhecer, sendo capaz de realizar um comparativo com fatores que podem se configurar como consequências dos atos violentos. Diante disso, o nutricionista também é um profissional que deve compor a equipe no cuidado ao idoso em situação de violência (MCNAMEE; MURPHY, 2006; CHAIMOWICZ, 2013).

Essa avaliação irá fornecer suporte para a confirmação da suspeita por parte dos demais profissionais, bem como para iniciar essa investigação caso os outros membros da equipe não tenham se atentado. Além disso, os prejuízos nutricionais apresentados por esse idoso poderão se caracterizar como fatores que influenciam na tomada de decisão quanto à internação desse indivíduo (MCNAMEE; MURPHY, 2006; CHAIMOWICZ, 2013).

De acordo com o tipo de violência, haverá de forma mais evidentes prejuízos nutricionais, tais como a negligência e violência autoprovocada. Isso não significa que as consequências provenientes dos outros tipos de violência não possam interferir na alimentação

equilibrada e nos níveis adequados de nutrientes no organismo desse idoso (MCNAMEE; MURPHY, 2006; CHAIMOWICZ, 2013).

Assim, o nutricionista poderá atuar realizando as seguintes ações (MCNAMEE; MURPHY, 2006; CHAIMOWICZ, 2013):

- Realizar uma triagem nutricional na admissão do idoso;
- Monitoramento da situação alimentar e nutricional desse indivíduo;
- Elencar os diagnósticos nutricionais;
- Prescrever a dietética adequada e específica para o idoso mediante as suas necessidades;
- Planejar ações que objetivem a adoção de práticas alimentares saudáveis;
- Prevenção de distúrbios nutricionais;
- Elaborar cardápios de acordo com as preferências alimentares da maioria dos indivíduos que estejam internados;
- Avaliar a evolução dietética e nutricional desse indivíduo;
- Solicitar exames para acompanhamento nutricional;
- Supervisionar o processo de distribuição das refeições;
- Investigar de forma contínua a aceitação alimentar por parte dos pacientes internados;
- Organizar o processo de limpeza e descontaminação dos alimentos;
- Fiscalizar o armazenamento e manipulação desses produtos;
- Implementar a adoção de boas práticas para controle de vetores nos ambientes de preparos das refeições;
- Realizar ações de educação nutricional que envolvam o idoso, seu cuidador e a família.

A avaliação do nutricionista consistirá na solicitação de exames e verificação das seguintes medidas:

- Antropometria;
- Massa corporal;
- Estatura;
- Estimativas;
- Circunferências (braço, abdome; quadril, panturrilha, dobras cutâneas;
- Força de preensão manual;

- Velocidade da marcha;
- Níveis de albumina.

Compreendendo que o idoso poderá ficar internado durante um quantitativo de dias pequenos para progresso na avaliação nutricional, é importante que o profissional oriente o idoso a continuidade desse tratamento e acompanhamento a nível ambulatorial, sempre apresentando os exames realizados e as condutas para que o profissional que esteja a frente dessa continuidade do cuidado consiga entender como se apresenta a evolução nutricional desse indivíduo (MCNAMEE; MURPHY, 2006; CHAIMOWICZ, 2013; BRANDÃO *et al.*, 2021b).

Além disso, o profissional que continue acompanhando o idoso deverá também considerar as seguintes condutas (MCNAMEE; MURPHY, 2006; CHAIMOWICZ, 2013):

- Respeito aos hábitos culturais e familiares;
- Entender e respeitar as preferências alimentares, sempre articulando para realizar trocas que o idoso consiga aceitar bem;
- Considerar as receitas caseiras realizadas por esse indivíduo e sua família;
- Ponderar a participação do idoso a festividades e eventos, em que o planejamento alimentar poderá não ser seguido;
- Planejar a prescrição dietética considerando o funcionamento do sistema digestório desse idoso;
- Promover conforto e segurança durante esse processo é fundamental para o seguimento das instruções fornecidas.

Portanto, as condutas do nutricionista são pautadas na reabilitação desse idoso em relação às consequências da violência, para que este indivíduo consiga enfrentar os danos provenientes desse fenômeno minimizando e prevenindo os prejuízos, de modo que o equilíbrio nutricional é um fator imprescindível para esse enfrentamento (MCNAMEE; MURPHY, 2006; CHAIMOWICZ, 2013).

Atuação do fonoaudiólogo no cuidado ao idoso em situação de violência

O fonoaudiólogo poderá integrar a equipe multiprofissional, independente das intervenções estarem ou não relacionadas a consequências que fazem parte do seu escopo profissional. Entretanto, em situações em que ocorre comprometimento da fala interferindo na comunicação desse indivíduo, é fundamental que o fonoaudiólogo forneça assistência (CHAIMOWICZ, 2013; BORN *et al.*, 2010).

Diante da situação de violência, o idoso pode se sentir desconfortável, amedrontado e/ou paralisado com receio que esse fenômeno volte a acontecer, interferindo na sua capacidade fala e articulação das ideias. Nesse sentido, é fundamental que o fonoaudiólogo realize uma avaliação aprofundada para identificar as causas que ocasionam esse comprometimento e direcionar sua intervenção sobre elas (CHAIMOWICZ, 2013; BORN *et al.*, 2010).

Além disso, nos casos em que a violência ocasiona distúrbios como Acidente Vascular Cerebral, é necessário a assistência do fonoaudiólogo para intervir no comprometimento de linguagem e disfagia que podem estar presentes no idoso. Ademais, os idosos que possuem demência também podem apresentar alterações nos aspectos cognitivos e linguísticos (PROCÓPIO *et al.*, 2021).

Assim, é fundamental contar com a assistência do fonoaudiólogo nos casos de suspeita de violência, para que este possa elaborar um plano de ações contemplando todos os aspectos aqui citados, prevenindo maiores danos para o idoso em sua deglutição e comunicação. Se for necessário, deverá ser fornecido um acompanhamento contínuo a esses indivíduos, fornecendo orientações e encaminhando para outros serviços para promover mais qualidade de vida para os idosos (CHAIMOWICZ, 2013; BORN *et al.*, 2010).

Atuação do radiologista no cuidado ao idoso em situação de violência

Durante a assistência ao idoso, frequentemente são prescritos exames laboratoriais e de imagem como Ultrassonografia e Raio X, havendo necessidade também será necessário exames de tomografias e ressonâncias magnéticas. Nesse sentido, o radiologista ao realizar o exame poderá ser o profissional que vai possuir mais tempo em contato sozinho com a vítima (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021).

Esse momento é fundamental para conseguir obter relatos do idoso acerca da violência, sendo imprescindível fornecer apoio, segurança e conforto para ela durante esse momento. Ainda, esses profissionais são capacitados para identificar padrões de fratura ou outros sinais que evidenciem a violência (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021).

É importante analisar os achados radiológicos que estão relacionados a possíveis traumas não acidentais, observando também se a vítima apresenta lesões novas ou apenas achados que são antigos e já vivenciam o processo de cicatrização (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021).

Atuação do terapeuta ocupacional no cuidado ao idoso em situação de violência

As atribuições do terapeuta ocupacional diante do idoso em situação de violência será colaborar na elaboração do plano de cuidados juntamente com os demais membros da equipe multiprofissional. No entanto, diante das funções desse profissional, este deverá acolher, tratar e reabilitar a vítima, buscando estimular a melhora no desempenho dos papéis ocupacionais, atividades cotidianas e de autocuidado (BRASIL, 2009).

As atividades desenvolvidas pelo profissional irão promover o resgate das potencialidades e das funções psíquicas e cognitivas, que podem ter sofrido interferência da violência e ocasionado consequências nesses aspectos (BRASIL, 2009). Além disso, o profissional poderá apoiar os profissionais que forem realizar visita clínica, avaliando os fatores que podem aumentar o risco de quedas para a população idosa no ambiente hospitalar (PEREIRA; ROSA, 2018).

A reabilitação é uma etapa fundamental para minimizar os impactos na qualidade de vida desses indivíduos, possibilitando a continuidade e/ou retorno a execução das atividades cotidianas que possam ter sido prejudicadas devido as consequências da violência. O terapeuta poderá articular a sua assistência também com o fisioterapeuta, a fim de que as medidas de reabilitação possam estar integradas e alcancem maior efetividade na redução dos danos para os idosos (BRASIL, 2009).

Atuação do farmacêutico no cuidado ao idoso em situação de violência

O farmacêutico deverá se responsabilizar pela assistência farmacêutica em todos os seus aspectos, participando na elaboração do plano de cuidados com toda a equipe multiprofissional e ofertando suporte ao médico na combinação de medicamentos e suas possíveis interações medicamentosas (OLIVEIRA et al., 2022b; PEREIRA; ROSA, 2018).

Esse profissional deverá avaliar como a utilização de medicamentos para tratamento das consequências da violência irá agravar a condição clínica do idoso devido aos efeitos colaterais dos fármacos ou nos prejuízos funcionais, cognitivos e sociais que podem estar relacionados a medicalização, ponderando os benefícios e malefícios quanto a sua utilização (PEREIRA; ROSA, 2018).

Além disso, o farmacêutico será o profissional que possui maior conhecimento quanto aos medicamentos disponíveis no serviço e que pode se articular com o profissional médico no ajuste quanto a prescrição realizada, a fim de optar por fármacos que venham a trazer menores danos ao idoso (RIO DE JANEIRO, 2020).

Ademais, a organização quanto armazenamento no que diz respeito ao local, prazo de validade, condições de conservação, disponibilidade, abastecimento, distribuição e dispensa

dos medicamentos são fatores que o profissional irá precisar se responsabilizar e estará a frente na avaliação desses aspectos (PEREIRA; ROSA, 2018).

Além disso, as orientações quanto ao uso correto das medicações, possíveis ocorrências de efeitos adversos, uso de medicações sem realizar o fracionamento delas e necessidade de acompanhamento do tratamento (RIO DE JANEIRO, 2020). Por fim, sensibilizar a equipe quanto ao cumprimento dos protocolos de profilaxia é fundamental para prevenir maiores agravos para a vítima (RIO DE JANEIRO, 2020).

Atuação do bucomaxilo no cuidado ao idoso em situação de violência

A equipe de saúde bucal também poderá ser envolvida para contribuir no plano de cuidados para a vítima em situação de violência, de modo que o bucomaxilo será de fundamental importância para avaliar lesões bucais sugestivas de violência, diferenciando daquilo que é normal de acontecer na fase do envelhecimento e os aspectos que fogem desse padrão que estão relacionados ao trauma (BORN *et al.*, 2010; PEREIRA; ROSA, 2018).

Em caso de violência autoprovocada, sexual, negligência, abandono, o profissional poderá avaliar a presença dos seguintes sinais (BORN *et al.*, 2010; UBIRATÃ, 2018; PEREIRA; ROSA, 2018):

- Presença de cáries em excesso;
- Má higiene bucal;
- Frênulo lingual rasgado;
- Petéquias nos palatos;
- Presença de doenças;
- Lesões buco-maxilo-faciais;
- Traumas dental.

Além do mais, durante a assistência desse profissional, será possível construir um vínculo com o idoso a depender da sua condição clínica, a fim de conseguir realizar perguntas e obter informações que os demais profissionais podem não ter conseguido alcançar durante a sua consulta. Sendo assim, é fundamental que a equipe de saúde bucal esteja integrada aos demais membros para que esse compartilhamento de informações seja efetivado (BORN *et al.*, 2010; RIO DE JANEIRO, 2020; UBIRATÃ, 2018).

Sendo assim, a consulta odontológica ao idoso em situação de violência irá contemplar a identificação, procedimentos odontológicos, orientação e acompanhamento da evolução das

lesões, sendo imprescindível para minimizar as consequências da violência (BORN *et al.*, 2010; UBIRATÃ, 2018).

Atuação da segurança pública no cuidado ao idoso em situação de violência

Em algumas situações, a denúncia da violência ocorre diretamente nos serviços de segurança pública, refletindo a importância do conhecimento sobre o fenômeno para proceder de forma adequada nessas situações. Essa denúncia pode acontecer nos casos de situações suspeitas por vizinhos, pessoas próximas e até terceiros que observem uma situação desconfortável e que indique essa suspeita, pois, assim, os profissionais da segurança pública irão seguir na investigação (PLASSA, 2018a; UBIRATÃ, 2018).

Nas situações de denúncia por terceiros, o profissional da segurança pública deverá iniciar a investigação para confirmação ou descarte da possibilidade de violência contra o idoso, uma vez que não agir também é estar sendo conivente com o ocorrido (PLASSA, 2018a; A22). Deste modo, o quanto antes for identificada a violência, mais rápido o profissional irá realizar o encaminhamento do idoso e avaliação do possível agressor (PLASSA, 2018a; UBIRATÃ, 2018).

O atendimento sendo iniciado pela esfera policial deverá contemplar aspectos como um apoio à vítima por meio da orientação sobre os recursos locais que podem lhe ajudar. Além disso, em caso de a acusação for realizada, deverá fornecer atualizações sobre o processo na justiça para a vítima, realizar orientação sobre as declarações de impacto das vítimas, restituição e benefícios financeiros e encaminhar para os serviços de saúde mental (CANADÁ, 2016).

A polícia deverá apoiar a vítima na preparação do tribunal em casa nos casos de problemas com mobilidade; transporte para o tribunal, aumento das pausas durante o testemunho e se o idoso for diabético garantir que eles tenham alimentos adequados para manter nível de açúcar. Durante a situação de violência, o policial deverá entrar na residência para avaliar o bem-estar do idoso, separar as partes, auxiliar na obtenção de assistência médica, preservar e apreender as provas, documentar a relação entre o acusado e a vítima fazendo anotações detalhadas e realizar uma avaliação do ambiente quanto a sinais de negligência (CANADÁ, 2016).

Por fim, elaborar um relatório de ocorrência detalhado independentemente de haver acusação ou alegação do crime, fotografar o ambiente no momento inicial e também em 2 a 3 dias após, localizar e prender o agressor, apreender provas do agressor, avaliar relatórios policiais anteriores, obter uma declaração das testemunhas, apreender todas as armas utilizadas, verificar o registro para utilização de armas de fogo caso possua, elaborar um pedido de ordem

de proteção de emergência e acionar os serviços de referência para assistência e acompanhamento a vítima (CANADÁ, 2016).

O profissional deverá estar habilitado e capacitado para identificar os sinais, sintomas e comportamentos que indiquem a presença de violência, haja vista, poderá realizar uma avaliação e encaminhamentos de forma precoce e prevenir que as consequências do ato violento se apresentem de forma mais grave (CANADÁ, 2016).

Em caso de dúvida sobre serem situações que precisam ser encaminhadas ou não para o hospital, é recomendado que seja feito esse direcionamento e lá os profissionais irão avaliar a permanência do idoso, caso haja necessidade. O ideal é que os profissionais da segurança tenham o suporte dos da saúde para contactar nessas situações (CANADÁ, 2016).

Outra questão que pode variar é em relação ao funcionamento da regulação em cada município, de modo que o profissional terá o apoio desse setor para direcionar qual o hospital mais perto e que consiga receber esse idoso, como também se será possível direcionar esse indivíduo de forma direta sem precisar ir antes para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (BOMBA; 2006; BARRETO *et al.*, 2019; ROSEN *et al.*, 2018a; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; RIO DE JANEIRO, 2020; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016).

Alguns fatores dificultam a disponibilidade do profissional da segurança em realizar avaliações mais aprofundadas, haja vista, as demandas que surgem nas delegacias são altas e muitas vezes além do que o quantitativo de recursos humanos tem capacidade de intervir. No entanto, mesmo diante dessa situação, é necessário que o profissional seja sensibilizado quanto a violência e suas prováveis consequências, sendo possível compreender a relevância do seu papel de proteger o cidadão dentro desse contexto (CANADÁ, 2016).

As principais funções desses profissionais são (CANADÁ, 2016):

- O registro dos boletins de ocorrência;
- Acionar a equipe de investigação;
- Anotações dos principais aspectos observados;
- Realizar fotografias sem modificar o local do crime;
- Investigação aprofundada dos casos;
- Realizadas as medidas cabíveis para o agressor;
- Encaminhamento para o setor saúde.

Uma recomendação que pode auxiliar no melhor atendimento a essas situações é a construção de delegacias especializadas em atendimento ao idoso em situação de violência,

possibilitando que o serviço direcione os seus atendimentos e o excesso de demandas não interfira na falta de recursos humanos para intervir nesses casos. Além disso, haverá uma equipe muito mais preparada para enfrentar essas situações (CANADÁ, 2016).

Outro fator de destaque é que esses profissionais podem atuar não somente nos casos da violência já instalada, como também em ações de orientação para prevenir o surgimento da violência. Essas ações podem ser direcionadas para melhorar a percepção da violência por parte dos idosos, familiares e cuidadores (CANADÁ, 2016).

Ademais, é fundamental que os profissionais da segurança se mantenham atualizados, realizando cursos e capacitações que fortaleçam esse atendimento às vítimas. Portanto, a articulação com o setor saúde é essencial para que o idoso seja avaliado pelos profissionais, inicie o processo de reabilitação, buscando minimizar os danos causados pela violência e prevenindo que o episódio violento não volte a acontecer (CANADÁ, 2016).

Atuação dos profissionais do âmbito jurídico no cuidado ao idoso em situação de violência

Os profissionais que atuam no setor jurídico têm papel importante na defesa dos direitos dos idosos de acordo com as legislações disponíveis para essa finalidade. O desconhecimento por parte dos idosos quanto aos seus direitos é um problema que pode refletir na alta prevalência da violência, uma vez que as pessoas ao redor do idoso se aproveitam dessa falta de informação para cometer atos violentos (FONSECA *et al.*, 2012; RIBEIRO; SOUZA; VALADARES, 2012).

O principal documento que apresenta de forma detalhada os direitos dos idosos é o Estatuto do Idoso, sendo uma das principais resoluções que subsidiam as condutas do poder jurídico. O Estatuto foi criado em 2003, com o objetivo de esclarecer os aspectos em que o idoso deverá ser respeitado, bem como a responsabilidade dos familiares e do estado no fornecimento de ações essenciais para esse indivíduo (BRASIL, 2003).

O descumprimento das leis deve ser avaliado pelo setor jurídico para que as pessoas envolvidas recebam as punições adequadas. Outras esferas podem ser solicitadas sempre que houver necessidade, em prol de um atendimento completo ao idoso em situação de violência (FONSECA *et al.*, 2012).

Independente do ato violento ter existido ou não, o não fornecimento de cuidados básicos para o idoso pode interferir na sua qualidade de vida e no declínio funcional e cognitivo desse indivíduo, tornando-o mais dependente de outras pessoas e mais vulnerável a sofrer violência (FONSECA *et al.*, 2012; RIBEIRO; SOUZA; VALADARES, 2012).

Além disso, a atuação desses profissionais também está relacionada aos aspectos de como será a punição das pessoas envolvidas, bem como a avaliação quanto ao período dessa punição. Em paralelo, o setor saúde estará à frente dos cuidados necessários para esse indivíduo, realizando também o acompanhamento posterior ao ato violento (CANADÁ, 2016).

Em caso dos idosos que não possuem capacidade para decidir sobre suas condutas, o responsável deverá responder em prol do melhor para a vítima. No entanto, a dificuldade pode ser encontrar algum familiar de confiança que não esteja envolvido no ato violento, pois o responsável pode estar sendo o agressor. Ainda, é necessário envolver a administração do hospital e também os serviços jurídicos (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021).

Atuação multiprofissional no cuidado a violência

Durante o atendimento multiprofissional ao idoso em situação de violência, é fundamental refletir que a vítima está inserida em um contexto familiar, social e institucional, sendo importante destacar que o planejamento de ações deve levar isso em consideração para que essas medidas sejam eficazes (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; KELLER *et al.*, 2019; MCNAMEE; MURPHY, 2006; DIAS, 2020; ROSE *et al.*, 2018; ROSEN *et al.*, 2018a; PLASSA *et al.*, 2018b; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; BOLSONI; WARMLING; FAUST, 2018; RIO DE JANEIRO, 2020; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010; SOCIAL WELFARE DEPARTAMENT ELDERLY BRANCH, 2021). Assim, a relação familiar pode se configurar como uma forte rede de apoio e suporte para esse indivíduo (APTA, 2014).

Nesse sentido, a equipe deve realizar a investigação conforme recomendado nos tópicos anteriores e elencar soluções sem julgar a culpabilidade da vítima (BOMBA; 2006; CHAIMOWICZ, 2013; LONDRINA, 2016; GOIÁS, 2019; SANTA CATARINA, 2021; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; BLUNDELL, 2017). É imprescindível também que a equipe compreenda que o objetivo do cuidado a essa vítima é de proteger o idoso de novos atos violentos e de promover melhorias em sua qualidade de vida (LONG; SIPPEL; SPITZNAGLE, 2005).

Dentre as medidas a serem implementadas, será necessário fornecer suporte a toda a rede sociofamiliar desse idoso, contemplando também o agressor para que ele seja capaz de compreender a sua atitude e as consequências para aquele indivíduo (SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; MCNAMEE; MURPHY, 2006; CHAIMOWICZ, 2013; DIAS *et al.*, 2021; BRASIL, 2009; ELDER ABUSE PREVENTION UNIT, 2010). Além disso, é

importante também o acompanhamento contínuo da equipe com as pessoas envolvidas (APTA, 2014).

Os profissionais envolvidos nessa abordagem variam de serviço para serviço e diverge entre as recomendações dos manuais, contemplando em sua maioria o assistente social e psicólogo, envolvendo os serviços de delegacia do idoso e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; DONG, 2014; ROSE *et al.*, 2018; MURAR; CORTIANO; OLIVEIRA, 2012; BORN *et al.*, 2010; LONDRINA, 2016; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; GOIÁS, 2019; RIO DE JANEIRO, 2020; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; ABA, 2020; SOCIAL WELFARE DEPARTAMENT ELDERLY BRANCH, 2021). No entanto, a abordagem especificada aqui na diretriz será abrangendo todos os profissionais e todos os serviços que a vítima poderá ser encaminhada durante essa assistência.

A atuação integrada de todos os profissionais possibilita que sejam implementadas as seguintes ações (RATHKE; COSTA; SOUTO, 2021):

- Articular a maior rede de suporte possível ao idoso, família e/ou cuidadores;
- Ofertar apoio psicológico aos envolvidos;
- Avaliar o relacionamento entre o idoso, familiares e cuidador;
- Orientar o idoso quanto aos seus direitos e sobre benefícios que podem ser adquiridos para subsidiar a continuidade da assistência;
- Intervir sobre o agressor de acordo com as suas necessidades;
- Promover os cuidados de saúde referentes a medicamentos, consultas, exames e procedimentos;
- Garantir a segurança da vítima, realizando restrição de visitas se houver necessidade;
- Encaminhar o idoso para as redes de proteção e de saúde fundamentais para a oferta de um cuidado integral.

Além dos aspectos citados, a abordagem a situação de violência deve envolver a ética profissional, com base no respeito e consideração ao ser humano, apoiando as condutas no compromisso e responsabilidade aos princípios morais envolvidos e nas consequências de cada decisão tomada (BRASIL, 2007).

Sendo assim, os profissionais devem seguir algumas condutas durante a assistência prestada à vítima e ao agressor, sendo elas (BRASIL, 2007):

- Promover o equilíbrio entre proteger a vítima e respeitar sua autonomia;
- Analisar o risco de morte da vítima e a existência de complicações graves que requerem uma intervenção urgente;
- Não esquecer que a ocorrência de um ato violento é um indício do surgimento de novos episódios, portanto, não deve ser deixada de lado;
- Explicar para o agressor que quanto mais ele cooperar, mais fácil será para solucionar o problema;
- Registrar detalhadamente todas as informações fornecidas pelos envolvidos;
- Respeitar o idoso e obter sua confiança;
- Garantir a confidencialidade;
- Respeitar as decisões do idoso;
- Em caso de resistência a intervenção, é fundamental que o profissional oriente o idoso os aspectos envolvidos em sua recusa;
- Promover um ambiente em que a vítima consiga expressar suas emoções;
- Entender que a existência de uma equipe interdisciplinar não anula a responsabilidade individual de cada profissional;
- Desenvolver em equipe um plano de intervenção que contemple as condições físicas, emocionais, sociais e familiares do idoso.

Os profissionais deverão desde o início informar o desejo de ajudar na situação em que o idoso está vivenciando, sendo imprescindível estabelecer um vínculo de confiança com a vítima, para evitar o constrangimento com a situação que está vivenciando e possuir dificuldade de referir os acontecimentos (BRASIL, 2007; BORN *et al.*, 2010; LONDRINA, 2016; BELO HORIZONTE, 2015; BOLSONI; WARMLING; FAUST, 2018; SANTA CATARINA, 2021; ABA, 2020). Assim, é fundamental demonstrar respeito à vítima e conquistar sua confiança (SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; DONG, 2014; KELLER *et al.*, 2019; PLASSA *et al.*, 2018b; SANTA CATARINA, 2021; ELDER ABUSE PREVENTION UNIT, 2010; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010).

Como forma de ter a confiança do idoso, é fundamental assegurar a confidencialidade das informações que estão sendo referidas, principalmente devido ao maior risco de violência que o idoso irá encontrar por relatar o acontecimento aos profissionais. Além disso, o profissional deverá respeitar as decisões do idoso mesmo não estando de acordo (SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; DONG, 2014; KELLER *et al.*, 2019; PLASSA *et al.*, 2018a;

SANTA CATARINA, 2021; ELDER ABUSE PREVENTION UNIT, 2010; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010).

Em casos de resistir às intervenções propostas pelos profissionais, é fundamental que seja estimulado ao idoso a reflexão de que este acontecimento pode ter fim se ele optar por seguir adiante no processo de investigação. O profissional deverá entender que a depender de quem for o agressor, o idoso irá ter medo das consequências que ele irá enfrentar, principalmente se este for um filho ou neto (BRASIL, 2007).

É importante também que o profissional observe o comportamento e a comunicação verbal e não verbal entre a vítima e o agressor, de modo que ele poderá dificultar a interação do profissional com o idoso, se recusando a se retirar do espaço em que será realizada a avaliação, não deixando os dois em hipótese alguma sozinhos em um local (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; BRASIL, 2007).

Buscando possibilitar a articulação com as outras esferas e com os serviços de proteção ao idoso, é fundamental que o serviço de saúde busque realizar uma pactuação com os locais para realizar um encaminhamento e compreender o papel de cada local. É importante também orientar ao idoso a função de cada serviço em que ele será encaminhado, a fim de garantir que o idoso de fato seja acompanhado (RATHKE *et al.*, 2021).

Realizar um acompanhamento contínuo possibilita que os profissionais identifiquem a necessidade de reaplicar os instrumentos de avaliação multidimensional de acordo com cada situação. Essa continuidade de assistência ao idoso deve ser realizada não somente para a situação de violência, mas também as consequências adquiridas provenientes da violência, tais como as doenças crônicas, fragilidade, declínio cognitivo, transtornos mentais e outros que surgirem (RATHKE *et al.*, 2021a).

O seguimento dessa diretriz por todos os membros da equipe multiprofissional de cada serviço permite uma adequação da identificação e assistência, diminuindo a subnotificação dos casos e deficiências no rastreio, manejo e cuidados ofertados. A qualificação dos profissionais nessas etapas possibilita a busca por promover melhor qualidade de vida a população idosa (SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; DONG, 2014; KELLER *et al.*, 2019; PLASSA *et al.*, 2018; SANTA CATARINA, 2021; ELDER ABUSE PREVENTION UNIT, 2010; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010).

ACOMPANHAMENTO

Após a alta hospitalar, é fundamental que o idoso conte com um acompanhamento contínuo para monitorar as consequências advindas da violência, bem como prevenir que outras venham a surgir. Essa etapa permite que sejam realizadas avaliações contínuas quanto a eficácia das condutas adotadas, a fim de intervir modificando-as de acordo com a necessidade do idoso (DIAS *et al.*, 2021; A22; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; GOIÁS, 2019; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016). Recomenda-se que a avaliação multidimensional do idoso seja realizada em todas as consultas, reajustando o plano de cuidados com toda a equipe para alcançar melhores resultados para esse indivíduo (JOSHI; FLAHERTY, 2005; SWAGERTY; TAKAHASHI; EVANS, 1999; KELLER *et al.*, 2019; ALSHABASY *et al.*, 2020; NOVO, 2016; DIAS *et al.*, 2021; ROSE *et al.*, 2018; PLASSA *et al.*, 2018a; A22; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2015; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; ABA, 2020; ELDER ABUSE PREVENTION UNIT, 2010; BLUNDELL, 2017; DEPARTAMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT, 2010).

Sendo assim, para promover a continuidade do cuidado é recomendado que o idoso saia do ambiente hospitalar já com os seguintes encaminhamentos (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; MCNAMEE; MURPHY, 2006; BRASIL, 2007; 2009; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; GLASGOW; FANSLOW, 2006; SOCIAL WELFARE DEPARTMENT ELDERLY BRANCH, 2021):

- Consulta com a equipe médica e de enfermagem da Unidade de Saúde da Família (USF);
- Retorno para atendimento ambulatorial se houver;
- Encaminhamento para os serviços de proteção;
- Solicitação de exames para ser realizado posteriormente e comparado com os que foram realizados durante a internação;
- Articulação com os serviços de saúde mental para buscar minimizar os traumas para esses indivíduos.

O acompanhamento por parte da USF permite que sejam realizadas visitas domiciliares para avaliação das condições de moradia que o idoso vive, se está sofrendo abandono por parte dos familiares, disponibilidade de alimentos e materiais de higiene, condições do local de descanso desse indivíduo e os vínculos que ele apresenta com vizinhos e pessoas que residem

próximo. Além disso, poderá ser realizada a busca ativa dos idosos que não frequentaram as consultas marcadas com os profissionais (ALARCON *et al.*, 2021b).

ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

As redes de proteção, apoio, segurança e defesa dos direitos dos idosos são serviços que devem estar articulados com o hospital para garantir a segurança do idoso após a alta hospitalar, possibilitar a prevenção de novos ciclos da violência, permitir um acompanhamento no serviço especializado, ter a USF monitorando a evolução desse indivíduo e intervindo nos agravos que interferem na qualidade de vida desse idoso (BRASIL, 2006; PLASSA, 2018b; ROSEN *et al.*, 2018b).

A investigação quanto ao agressor irá ocorrer para promover assistência à saúde desse indivíduo, contemplando os cuidados de saúde mental de acordo com a sua necessidade e devido a sobrecarga que esse indivíduo pode apresentar. Além disso, a segurança pública irá intervir para que o agressor fique em um local em que não coloque a vítima em risco, juntamente com o Ministério Público para avaliar as punições referentes a violência cometida (BOMBA; 2006; PLASSA, 2018a; BARRETO *et al.*, 2019, NOVO, 2016, ROSEN *et al.*, 2018b; BRASIL, 2007; BORN *et al.*, 2010; GOIÁS, 2019; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; UBIRATÃ, 2018; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016).

Se configuram como serviços de referência para proteção e apoio do idoso os seguintes estabelecimentos: CREAS, CRAS, Conselho do Idoso, Secretaria do Idoso, Centro do Idoso e demais serviços que possuam outra nomenclatura e que tenha essa finalidade (BOMBA; 2006; PLASSA, 2018a; BARRETO *et al.*, 2019; ROSEN *et al.*, 2018b; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; GOIÁS, 2019; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; UBIRATÃ, 2018; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016). O hospital deverá se articular com esses serviços para que na alta hospitalar o idoso já saia do serviço com o encaminhamento para esses serviços, possibilitando que em caso de descontinuidade da atenção o local já entre em contato com o idoso (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; MCNAMEE; MURPHY, 2006; BRASIL, 2007; 2009; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; GLASGOW; FANSLOW, 2006; SOCIAL WELFARE DEPARTAMENT ELDERLY BRANCH, 2021).

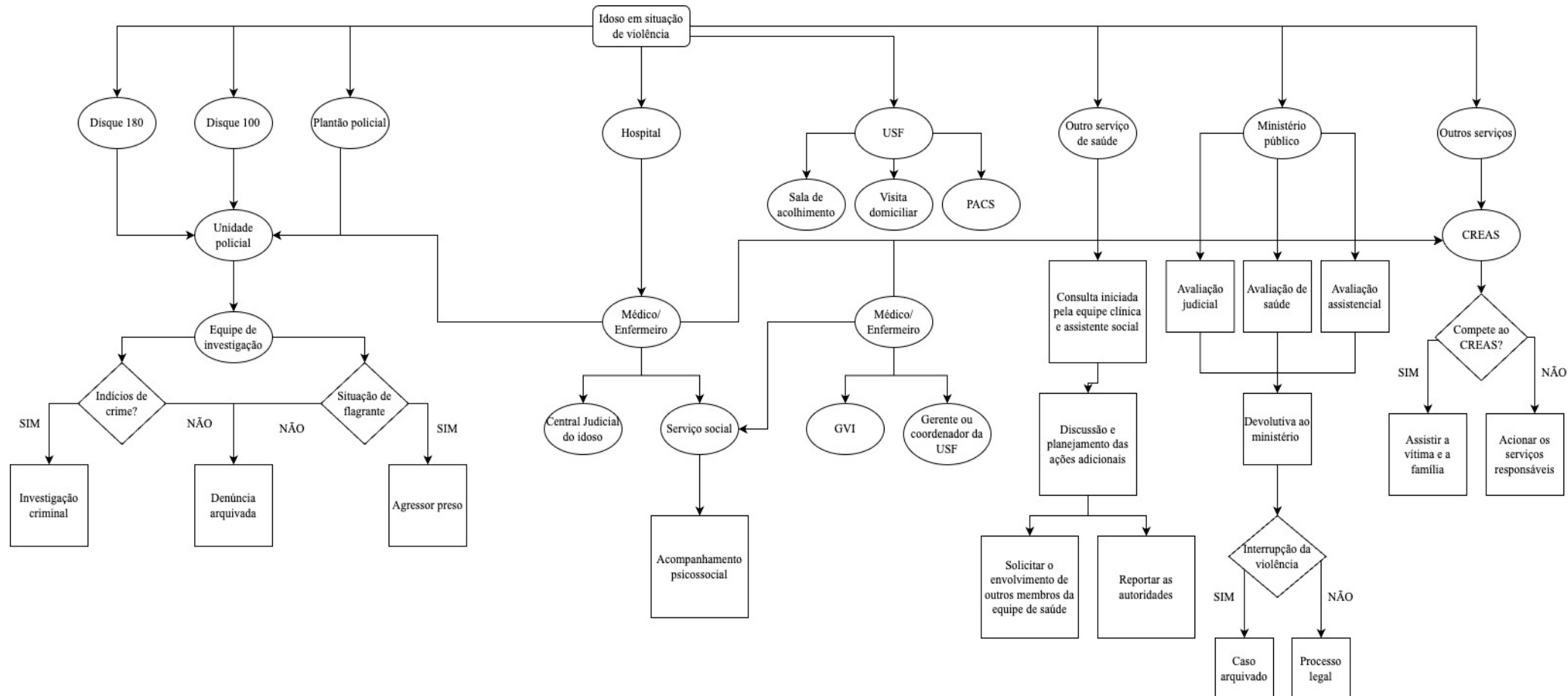
O CREAS e o CRAS poderão avaliar a vulnerabilidade que esse indivíduo se encontra e articular o fornecimento de benefícios que possibilitem o idoso se recupere dessa situação sem outros prejuízos, além de orientar quais são os seus direitos e como as pessoas ao seu redor devem agir para respeitá-lo (BOMBA; 2006; PLASSA, 2018a; BARRETO *et al.*, 2019; ROSEN *et al.*, 2018b; BORN *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; GOIÁS, 2019; RIO DE JANEIRO, 2020; SANTA CATARINA, 2021; UBIRATÃ, 2018; TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD, 2016). Nesse sentido, observa-se que a orientação permite o empoderamento dos idosos quanto ao conhecimento dos seus direitos, do que se configura como violência e outros

aspectos de acordo com as suas necessidades (DALY; BUTCHER, 2018; DIAS, 2020; DIAS *et al.*, 2021; GOIÁS, 2019; GLASGOW; FANSLOW, 2006).

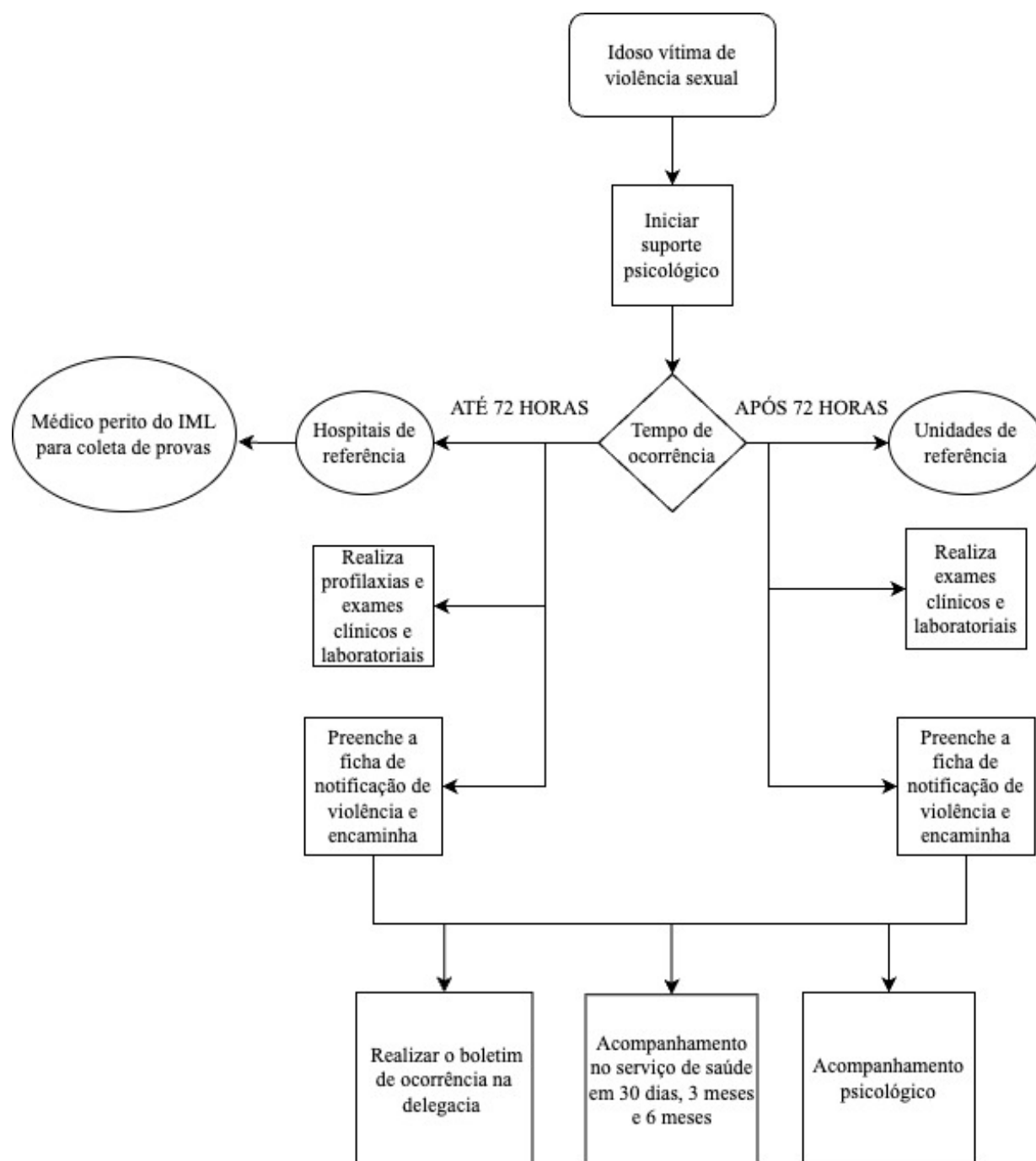
Diante desse contexto, é fundamental o conhecimento por parte dos profissionais sobre esses serviços e como se configura essa articulação em cada município, a fim de que os encaminhamentos possam ser efetivados e ocorra a continuidade da assistência multiprofissional para todos os envolvidos (CIMINO-FIALLOS; ROSEN, 2021; MCNAMEE; MURPHY, 2006; BRASIL, 2007; 2009; WEST METRO ELDER PREVENTION NETWORK, 2019; GLASGOW; FANSLOW, 2006; SOCIAL WELFARE DEPARTMENT ELDERLY BRANCH, 2021). Assim, deve ser acionado os órgãos competentes e as redes de apoio disponíveis em cada município, de acordo com o Fluxograma 1.

FLUXOGRAMAS

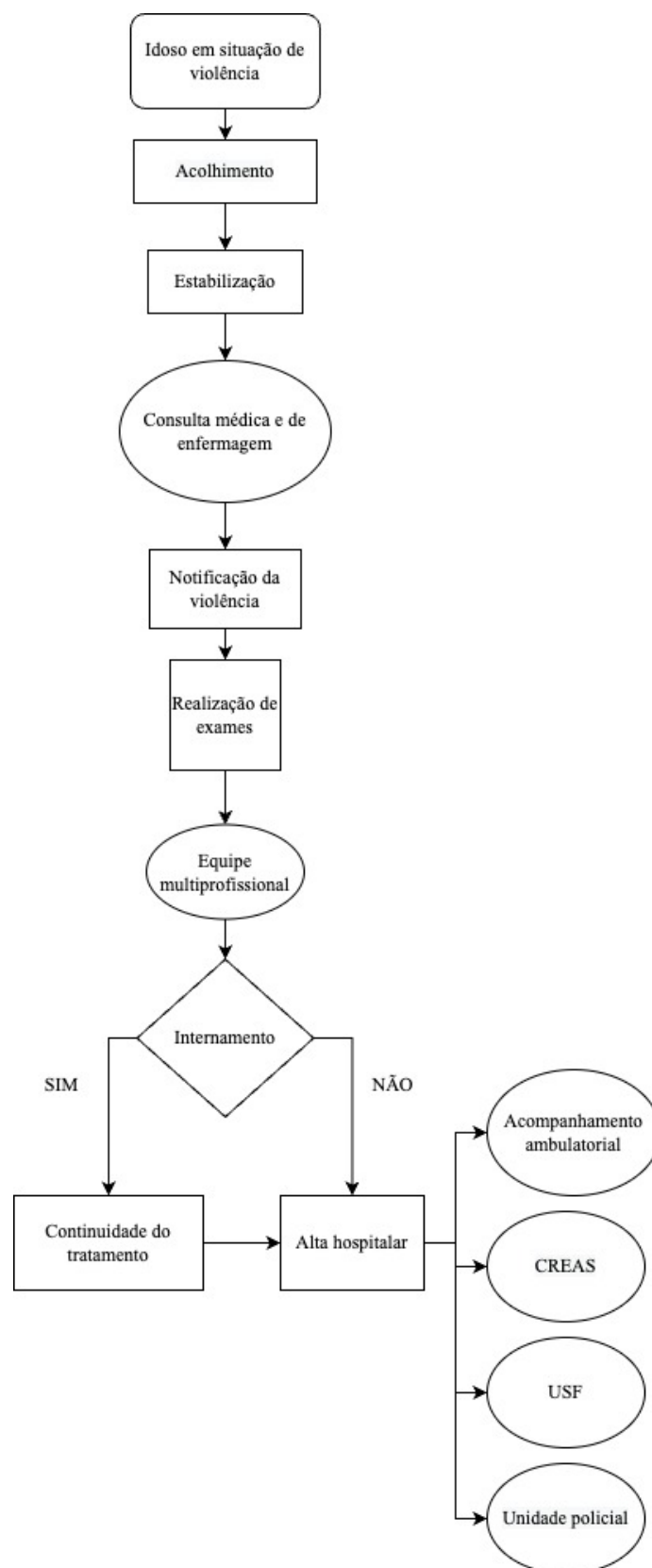
Fluxograma 1 – Percurso percorrido pela pessoa idosa em situação de violência. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.



Fluxograma 2 – Atendimento ao idoso vítima de violência sexual. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.



Fluxograma 3 – Atendimento multiprofissional no contexto hospitalar ao idoso em situação de violência. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.



ANEXOS

ANEXO A

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma ☐			
	2 Agravado/doença			3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
Notificação de Surto	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito	19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar		
Dados de Residência	20 UF	21 Município de Residência	Código (IBGE)	22 Distrito
	23 Bairro		24 Logradouro (rua, avenida,...)	
	25 Número		26 Complemento (apto., casa, ...)	
	27 Geo campo 1		28 Geo campo 2	
	29 Ponto de Referência		30 CEP	
	31 (DDD) Telefone		32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
Notificante	33 País (se residente fora do Brasil)			
	Município/Unidade de Saúde			
Notificante	Nome		Função	Assinatura
	Notificação		Sinan NET	SVS 17/07/2006

DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01 Data da coleta da 1ª amostra da sorologia	02 Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra	03 Especificar tipo de exame :	
	04 Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	05 Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	06 Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	07 Data do início do exatema	08 Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	09 Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	10 Resultado da bacterioscopia :		
	11 O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	12 Data da última dose tomada	13 Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	14 Data da hospitalização
	15 UF	16 Município do hospital Código (IBGE)	17 Nome do hospital Código	
Notificação Surto	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação 1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____			
Local prov. infecção	19 Local provável de infecção (classificação provisória) País: _____ UF Município: _____ Distrito : _____ Bairro: _____			

Dados Complementares/ Notificação

SVS 17/07/2006

Anexo B

INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO ENTRE OS CUIDADORES.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI)

PERGUNTAS	RESPOSTAS		
SOBRECARGA EMOCIONAL			
Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
IMPLICAÇÕES NA VIDA PESSOAL			
Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Sente que a vida lhe pregou uma partida?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa (o)?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por cuidar do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
SOBRECARGA FINANCEIRA			
Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
REACÇÕES A EXIGÊNCIAS			
Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu	(1) Não/nunca	(3) Às vezes	(5) Sempre

familiar?	(2) Raramente	(4) Quase sempre	(99) NR
Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
MECANISMO DE EFICÁCIA E DE CONTROLE			
Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
SUPORTE FAMILIAR			
A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
SATISFAÇÃO COM O PAPEL FAMILIAR			
Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR
Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	(1) Não/nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre (99) NR

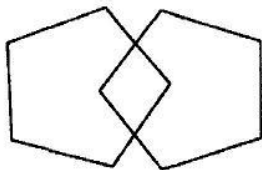
INVENTÁRIO DE SOBRECARGA DO CUIDADOR FORMAL: ZARIT BURDEN INTERVIEW (ZBI)
--

PERGUNTAS	RESPOSTAS			
O sr/sra sente que X pede mais ajuda do que realmente necessita?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra sente que por causa do tempo que gasta com X não tem tempo suficiente para si mesmo?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra se sente estressado por ter que cuidar de X, além de ter suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra se sente envergonhado com o comportamento de X?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra se sente irritado(a) quando X está por perto?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra sente que X afeta negativamente seus relacionamentos com amigos e outros membros da família?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra teme pelo futuro de X?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra sente que X depende do sr/sra?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra se sente tenso(a) quando X está por perto?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com X?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra sente que não tem tanta privacidade quanto gostaria?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra sente que sua vida social tem sido prejudicada por causa de X?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra não se sente à vontade para receber visitas em casa por causa de X?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra sente que X espera que o(a) sr/sra cuide dele(a), como se fosse a única pessoa de quem ele(a) possa depender?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
Sente que o sr/sra não tem dinheiro suficiente para cuidar de X, levando-se em conta suas outras despesas?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra se sente incapaz de cuidar de X por muito mais tempo?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra sente que perdeu o controle de sua vida, a partir da doença de X?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra gostaria que outra pessoa passasse a cuidar de X?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra sente dúvida em relação ao que fazer com X?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra sente que deveria fazer por X mais do que faz?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	
O sr/sra sente que poderia cuidar melhor de X?	(0) Nunca (1) Raramente	(2) Algumas vezes (3) Frequentemente	(4) Sempre (99) NR	

ANEXO C

INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO ENTRE OS IDOSOS.

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Que dia é hoje?	(0) Errado (1) Certo
Em que mês estamos?	(0) Errado (1) Certo
Em que ano estamos?	(0) Errado (1) Certo
Em que dia da semana estamos?	(0) Errado (1) Certo
Que horas são agora aproximadamente?	(0) Errado (1) Certo
Em que local nós estamos?	(0) Errado (1) Certo
Que local é este aqui?	(0) Errado (1) Certo
Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	(0) Errado (1) Certo
Em que cidade nós estamos?	(0) Errado (1) Certo
Em que estado nós estamos?	(0) Errado (1) Certo
Carro	(0) Errado (1) Certo
Vaso	(0) Errado (1) Certo
Tijolo	(0) Errado (1) Certo
Gostaria que o (a) senhor (a) me dissesse quanto é:	
100-7	(0) Errado (1) Certo
93-7	(0) Errado (1) Certo
86-7	(0) Errado (1) Certo
79-7	(0) Errado (1) Certo
O/a senhor/a consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco?	
Carro	(0) Errado (1) Certo
Vaso	(0) Errado (1) Certo
Tijolo	(0) Errado (1) Certo
Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome.	(0) Errado (1) Certo
Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome.	(0) Errado (1) Certo
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".	(0) Errado (1) Certo
Pega a folha com a mão correta	(0) Errado (1) Certo
Dobre corretamente	(0) Errado (1) Certo
Coloque no chão	(0) Errado (1) Certo
Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: FECHE OS OLHOS	(0) Errado (1) Certo
Gostaria que o/a senhor/a escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande.	(0) Errado (1) Certo
Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos. 	(0) Errado (1) Certo

CONFLICT TACTICS SCALES FORM R (CTS-1)

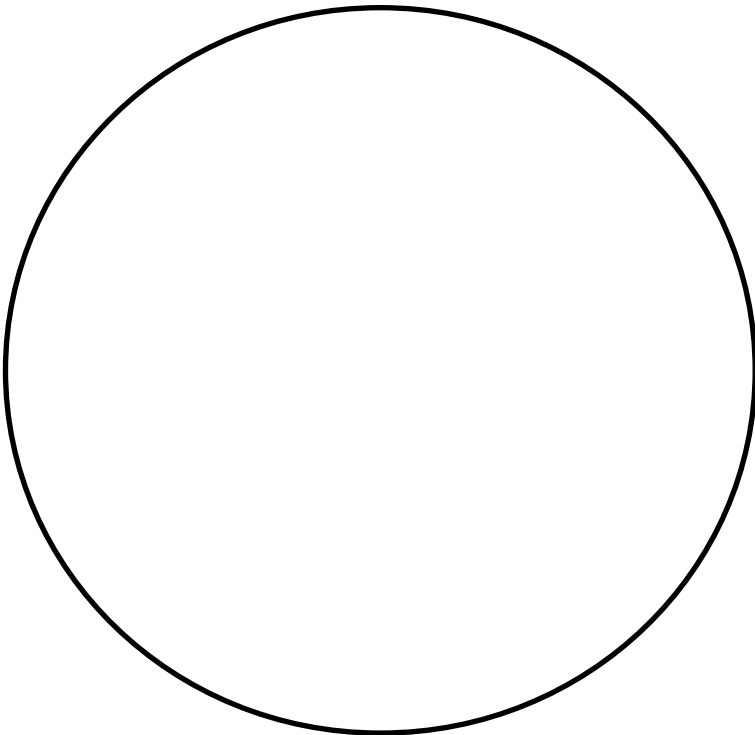
PERGUNTAS	RESPOSTAS	
Ele(a) discutiu o problema calmamente?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) procurou conseguir informações para conhecer melhor o seu modo de pensar?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) trouxe, ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) xingou ou insultou?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) ficou emburrado. Não falou mais do assunto?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) retirou-se do quarto, da casa ou da área?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) chorou?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) fez ou disse coisas só para irritar?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) ameaçou bater ou jogar coisas em o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) jogou coisas sobre o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) empurrou ou agarrou o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) deu tapa ou bofetada em o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) chutou, mordeu ou deu murro em o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) bateu ou tentou bater em o (a) senhor (a) com objetos?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) espancou o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) queimou; estrangulou ou sufocou o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS

Ele(a) ameaçou o (a) senhor (a) com faca ou arma?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
Ele(a) usou faca ou arma contra o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS

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

PERGUNTA	RESPOSTAS
O(a) senhor(a) tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico?	(0) Sim (1) Não
O(a) senhor(a) está ajudando a sustentar alguém?	(0) Não (1) Sim
O(a) senhor(a) muitas vezes se sente triste ou só?	(0) Não (1) Sim
Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como o(a) senhor(a) deve viver ou onde deve morar?	(0) Não (1) Sim
O(a) senhor(a) se sente desconfortável com alguém da sua família?	(0) Não (1) Sim
O(a) senhor(a) é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?	(0) Sim (1) Não
O(a) senhor(a) sente que ninguém quer o senhor(a) por perto?	(0) Não (1) Sim
Alguém da sua família bebe muito?	(0) Não (1) Sim
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?	(0) Não (1) Sim
Alguém já obrigou o(a) senhor(a) a fazer coisas que o(a) senhor(a) não queria fazer?	(0) Não (1) Sim
Alguém já pegou coisas que pertencem a o(a) senhor(a) sem o seu consentimento?	(0) Não (1) Sim
O(a) senhor(a) confia na maioria das pessoas da sua família?	(0) Sim (1) Não
Alguém lhe diz que o(a) senhor(a) causa muitos problemas?	(0) Não (1) Sim
Em casa, o(a) senhor(a) tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer?	(0) Sim (1) Não
Alguém próximo ao(a) senhor(a) tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?	(0) Não (1) Sim

ESCALA DE FRAGILIDADE EDMONTON

PERGUNTAS	RESPOSTAS
	(0) A – Aprovado (todos os ponteiros e números estão corretos, não há adições ou duplicidades) (1) B – Reprovado por pequenos erros (todos os ponteiros e números estão presentes, mas os ponteiros tem o mesmo tamanho) (2) C – Reprovado por grandes erros (os números não estão na sequência correta e apresentam-se amontoados, não utilizar os ponteiros) (98) NA (99) NR/NS
Quantas vezes o senhor (a) foi internado no ano passado?	(0) A - 0 (98) NA (1) B - 1 a 2 vezes (99) NR/NS (2) C - mais do que 2 vezes
De um modo geral, como o senhor (a) descreveria sua saúde?	(0) A – Excelente/muito boa/boa (98) NA (1) B - Regular (99) NR/NS (2) C – Ruim
O senhor (a) precisa de ajuda para preparar as refeições?	(0) Não (98) NA (1) Sim (99) NR/NS
O senhor (a) precisa de ajuda para preparar utilizar um transporte?	(0) Não (98) NA (1) Sim (99) NR/NS
O senhor (a) precisa de ajuda para realizar os serviços de casa?	(0) Não (98) NA (1) Sim (99) NR/NS
O senhor (a) precisa de ajuda para lidar com dinheiro?	(0) Não (98) NA (1) Sim (99) NR/NS
O senhor (a) precisa de ajuda para realizar compras?	(0) Não (98) NA (1) Sim (99) NR/NS
O senhor (a) precisa de ajuda para telefonar?	(0) Não (98) NA (1) Sim (99) NR/NS
O senhor (a) precisa de ajuda para lavar roupas?	(0) Não (98) NA (1) Sim (99) NR/NS
O senhor (a) precisa de ajuda para tomar remédios?	(0) Não (98) NA (1) Sim (99) NR/NS
ENTREVISTADOR:	
Da questão C4 a C11, quantas atividades o entrevistado relatou precisar de ajuda?	(0) A – 0-1 (98) NA (1) B – 2-4 (99) NR/NS (2) C – 5-8

O senhor (a) pode contar com alguém que seja capaz e queira lhe ajudar quando você necessita de ajuda?	(0) A - Sempre (1) B - Algumas vezes (2) C - Nunca	(98) NA (99) NR/NS
O senhor (a) usa cinco ou mais tipos de remédios prescritos de modo regular?	(0) A - Não (1) B - Sim	(98) NA (99) NR/NS
Algumas vezes o senhor (a) esquece de tomar os remédios prescritos?	(0) A - Não (1) B - Sim	(98) NA (99) NR/NS
O senhor (a) tem perdido peso recentemente de modo que suas roupas tenham ficado mais folgadas?	(0) A - Não (1) B - Sim	(98) NA (99) NR/NS
O senhor (a) sente-se triste ou deprimido frequentemente?	(0) A - Não (1) B - Sim	(98) NA (99) NR/NS
O senhor (a) tem problema de perder urina sem querer?	(0) Sim (1) Não	(98) NA (99) NR/NS
Eu gostaria que o senhor (a) sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser “vá”, levante-se e caminhe em passo normal até a marca no chão (aproximadamente 3 metros), retorne até a cadeira e sente-se”.	(0) A – 0 a 10 segundos (1) B – 11 a 20 segundos (2) C – Mais de 20 segundos	(98) NA (99) NR/NS
Anotar o tempo total:		

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

PERGUNTAS	RESPOSTAS
O senhor (a) está basicamente satisfeito com a sua vida?	(0) Sim (1) Não
O senhor (a) deixou muito dos seus interesses e atividades?	(0) Não (1) Sim
O senhor (a) sente que sua vida está vazia?	(0) Não (1) Sim
O senhor (a) se aborrece com frequência?	(0) Não (1) Sim
O senhor (a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) Sim (1) Não
O senhor (a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(0) Não (1) Sim
O senhor (a) se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) Sim (1) Não
O senhor (a) sente que sua situação não tem saída?	(0) Não (1) Sim
O senhor (a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(0) Não (1) Sim
O senhor (a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(0) Não (1) Sim
O senhor (a) acha maravilhoso estar vivo?	(0) Sim (1) Não
O senhor (a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(0) Não (1) Sim
O senhor (a) se sente cheio de energia?	(0) Sim (1) Não
O senhor (a) acha que sua situação é sem esperanças?	(0) Não (1) Sim
O senhor (a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o (a) senhor (a)?	(0) Não (1) Sim

WHOQOL – OLD

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
As seguintes questões perguntam sobre o quanto o (a) senhor (a) tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.		
Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos	(4) Bastante (5) Extremamente
Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos	(4) Bastante (5) Extremamente
Quanta liberdade o (a) senhor (a) tem de tomar as suas próprias decisões?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos	(4) Bastante (5) Extremamente
Até que ponto o (a) senhor (a) sente que controla o seu futuro?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos	(4) Bastante (5) Extremamente
O quanto o (a) senhor (a) sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos	(4) Bastante (5) Extremamente
Quão preocupado o (a) senhor (a) está com a maneira pela qual irá morrer?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos	(4) Bastante (5) Extremamente
O quanto o (a) senhor (a) tem medo de não poder controlar a sua morte?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos	(4) Bastante (5) Extremamente
O quanto o (a) senhor (a) tem medo de morrer?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos	(4) Bastante (5) Extremamente
O quanto o (a) senhor (a) teme sofrer dor antes de morrer?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos	(4) Bastante (5) Extremamente
As seguintes questões perguntam sobre quão completamente o (a) senhor (a) fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.		
Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio	(4) Muito (5) Completamente
Até que ponto o (a) senhor (a) consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio	(4) Muito (5) Completamente
Até que ponto o (a) senhor (a) está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio	(4) Muito (5) Completamente
O quanto o (a) senhor (a) sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio	(4) Muito (5) Completamente
Até que ponto o (a) senhor (a) sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio	(4) Muito (5) Completamente

As seguintes questões pedem a o (a) senhor (a) que diga o quanto o (a) senhor (a) se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.			
Há alguma coisa em sua aparência que faz o (a) senhor (a) não se sentir bem?	(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito	(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	
Quão satisfeito o (a) senhor (a) está com a maneira com a qual o (a) senhor (a) usa o seu tempo?	(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito	(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	
Quão satisfeito o (a) senhor (a) está com o seu nível de atividade?	(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito	(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	
Quão satisfeito o (a) senhor (a) está com as oportunidades que o (a) senhor (a) tem para participar de atividades da comunidade?	(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito	(4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	
Quão feliz o (a) senhor (a) está com as coisas que o (a) senhor (a) pode esperar daqui para frente?	(1) Muito infeliz (2) Infeliz (3) Nem feliz nem infeliz	(4) Feliz (5) Muito feliz	
Como o (a) senhor (a) avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem boa	(4) Boa (5) Muito boa	
As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que o (a) senhor (a) possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual o (a) senhor (a) pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.			
Até que ponto o (a) senhor (a) tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos	(4) Bastante (5) Extremamente	
Até que ponto o (a) senhor (a) sente amor em sua vida?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos	(4) Bastante (5) Extremamente	
Até que ponto o (a) senhor (a) tem oportunidades para amar?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos	(4) Bastante (5) Extremamente	
Até que ponto o (a) senhor (a) tem oportunidades para ser amado?	(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos	(4) Bastante (5) Extremamente	

Atividade Avançadas da Vida Diária

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
Fazer visitas na casa de outras pessoas	(1) Nunca fez (2) Parou de fazer	(3) Ainda faz (99) NR/NS
Receber visitas em casa	(1) Nunca fez (2) Parou de fazer	(3) Ainda faz (99) NR/NS
Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião	(1) Nunca fez (2) Parou de fazer	(3) Ainda faz (99) NR/NS
Participar de reuniões sociais, festas ou bailes.	(1) Nunca fez (2) Parou de fazer	(3) Ainda faz (99) NR/NS
Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema.	(1) Nunca fez (2) Parou de fazer	(3) Ainda faz (99) NR/NS
Dirigir automóvel	(1) Nunca fez (2) Parou de fazer	(3) Ainda faz (99) NR/NS
Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade	(1) Nunca fez (2) Parou de fazer	(3) Ainda faz (99) NR/NS
Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou do país	(1) Nunca fez (2) Parou de fazer	(3) Ainda faz (99) NR/NS
Fazer trabalho voluntário	(1) Nunca fez (2) Parou de fazer	(3) Ainda faz (99) NR/NS
Fazer trabalho remunerado	(1) Nunca fez (2) Parou de fazer	(3) Ainda faz (99) NR/NS
Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas.	(1) Nunca fez (2) Parou de fazer	(3) Ainda faz (99) NR/NS
Participar de Universidade Aberta à Terceira Idade ou de algum curso de atualização	(1) Nunca fez (2) Parou de fazer	(3) Ainda faz (99) NR/NS
Participar de centro e ou grupos de convivência exclusivos para idosos	(1) Nunca fez (2) Parou de fazer	(3) Ainda faz (99) NR/NS

Atividades Instrumentais da Vida Diária
--

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Usar o telefone	(1) I: É capaz de discar os números e atender sem ajuda? (2) A: É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números? (3) D: É incapaz de usar o telefone? (não consegue nem atender e nem discar) (99) NR/NS
Uso de transporte	(1) I: É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda? (2) A: É capaz de usar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho? (3) D: É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi? (99) NR/NS
Fazer compras	(1) I: É capaz de fazer todas as compras sem ajuda? (2) A: É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda? (3) D: É incapaz de fazer compras? (99) NR/NS
Preparo de alimentos	(1) I: Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda? (2) A: É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda? (3) D: É incapaz de preparar qualquer refeição? (99) NR/NS
Tarefas domésticas	(1) I: É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda? (2) A: É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves? (3) D: É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico? (99) NR/NS
Uso de medicação	(1) I: É capaz de usar medicação de maneira correta sem ajuda? (2) A: É capaz de usar medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda? (3) D: É incapaz de tomar medicação sem ajuda? (99) NR/NS
Manejo do dinheiro	(1) I: É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda? (2) A: Necessita de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades? (3) D: É incapaz de realizar estas atividades? (99) NR/NS

Atividades Básicas da Vida Diária
--

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)	(1) I: Não recebe ajuda (entra e sai da banheira se esse for o modo habitual de tomar banho). (2) A: Recebe ajuda para lavar apenas 1 parte corpo (por ex. costas ou perna). (3) D: Recebe ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo ou não toma banho sozinho. (99) NR/NS
Vestir-se (pega as roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive órteses e próteses, quando forem utilizadas e veste-se completamente sem ajuda)	(1) I: Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda. (2) A: Pega roupas e veste-se completamente sem ajuda, exceto para amarrar sapatos. (3) D: Recebe ajuda para pegar as roupas e vestir-se ou permanece total ou parcialmente sem roupas. (99) NR/NS
Usar o vaso sanitário	(1) I: Ida ao banheiro ou local equivalente, se limpa e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos de apoio, como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-os de manhã) (2) A: Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite. (3) D: Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas (99) NR/NS
Transferência	(1) I: Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) (2) A: Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda (3) D: Não sai da cama (99) NR/NS
Controle esfíncteriano	(1) I: Controla inteiramente o cocô e o xixi (2) A: Tem “acidentes” ocasionais (3) D: Necessita de ajuda para manter o controle da evacuação e da micção; usa cateter ou é incontinente (99) NR/NS
Alimenta-se	(1) I: Alimenta-se sem ajuda (2) A: Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar ou passar manteiga no pão (3) D: Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente por meio de cateteres ou fluidos intravenosos (99) NR/NS

ESCALA DE RESILIÊNCIA

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
Quando o(a) senhor(a) faz planos, o senhor os leva até o fim.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) costuma lidar com os seus problemas de uma forma ou de outra.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) é capaz de depender de si mesmo mais do que de qualquer outra pessoa.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
Manter interesse nas coisas é importante para o(a) senhor(a).	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) pode estar por sua conta se o(a) senhor(a) precisar.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) sente orgulho de ter realizado coisas em sua vida.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) costuma aceitar as coisas sem muitas preocupações.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) é amigo de si mesmo.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) sente que pode lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente

O(a) senhor(a) é determinado	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) raramente pensa sobre o objetivo das coisas.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) faz as coisas um dia de cada vez.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) pode enfrentar tempos difíceis porque já experimentou dificuldades antes.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) é disciplinado.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) mantém interesse nas coisas.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) normalmente pode achar motivos para rir.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
Sua crença em si mesmo o leva a atravessar tempos difíceis.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
Em uma emergência, o(a) senhor(a) é uma pessoa com quem as pessoas podem contar.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) pode geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
Às vezes o(a) senhor(a) se obriga a fazer coisas querendo ou não.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito

	(3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(7) Concordo totalmente
Sua vida tem sentido.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) não insiste em coisas sobre as quais o(a) senhor(a) não possa fazer nada.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
Quando o(a) senhor(a) está numa situação difícil, o(a) senhor(a) normalmente acha uma saída.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
O(a) senhor(a) tem energia suficiente para fazer o que tem que fazer.	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente
Tudo bem se há pessoas que não gostam do senhor (a).	(1) Discordo totalmente (2) Discordo muito (3) Discordo pouco (4) Não concordo nem discordo	(5) Concordo pouco (6) Concordo muito (7) Concordo totalmente

ESCALA DE APOIO SOCIAL

PERGUNTAS	RESPOSTAS		
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para levá-lo ao médico?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se o (a) senhor (a) não puder prepará-las?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por o (a) senhor (a)?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém que o (a) senhor (a) ame e que faça o (a) senhor (a) se sentir querido?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para ouvi-lo, quando o (a) senhor (a) precisar falar?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de o (a) senhor (a) ou sobre seus problemas?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para dar bons conselhos em situações de crise?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém de quem o (a) senhor (a) realmente quer conselhos?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre
Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém com quem relaxar?	(1) Nunca (2) Raramente	(3) Às vezes (4) Quase sempre	(5) Sempre

APÊNDICES

APÊNDICE A

**DESCRIÇÃO DOS TERMOS CORRESPONDENTES A ESTRATÉGIA DE
BUSCA DA REVISÃO DE ESCOPO**

1ª etapa			
Mnemônico	DECS	MeSH	Palavras-chave
População – idosos (pessoas com 60 anos ou mais)	Idoso	Aged	-
Conceito – fluxogramas e protocolos de atendimento multiprofissional	Fluxograma; Protocolo.	Workflow; Clinical Protocols; Practice Guideline.	-
Contexto – situações de violência em pessoas idosas	Violência Contra a Pessoa Idosa; Abuso de idosos.	Elder Abuse.	-
Estratégia de busca inicial			
Idoso AND Fluxograma OR Protocolo AND “Violência Contra a Pessoa Idosa” OR “Abuso de Idosos”			
Aged AND Workflow OR “Clinical Protocols” OR “Practice Guideline” AND “Elder Abuse”			
2ª etapa			
Mnemônico	DECS	MeSH	Palavras-chave
População – idosos (pessoas com 60 anos ou mais)	Idoso	Aged; Older Adults.	-
Conceito – fluxogramas e protocolos de atendimento multiprofissional	Fluxograma; Protocolo; Protocolos clínicos.	Workflow; Referral and Consultation; Clinical Protocols; Practice Guideline.	Fluxo.
Contexto – situações de violência em pessoas idosas	Violência Contra a Pessoa Idosa; Maus-Tratos ao Idoso; Abuso de Idosos.	Violence; Elder Abuse; Mistreatment.	-
Estratégia de busca final			
Idoso AND Fluxograma OR Fluxo OR Protocolo OR “Protocolos Clínicos” AND “Violência Contra a Pessoa Idosa” OR “Maus-Tratos ao Idoso” OR “Abuso de Idosos”.			
Aged OR “Older Adults” AND Workflow OR “Referral and Consultation” OR “Clinical Protocols” OR “Practice Guideline” AND “Elder Abuse” OR Mistreatment.			

APÊNDICE B

Declaração de potenciais conflitos de interesses

Declaro que eu, Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro, ou qualquer pessoa diretamente relacionada a mim, não aceitei de nenhuma instituição ou organização que possa ser beneficiada ou prejudicada pelas minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologia: reembolso por comparecimento a eventos técnicos científicos (congressos, simpósios, oficinas, entre outros); honorários por apresentação, conferência ou palestra; honorários para organizar atividade de ensino ou desenvolvimento técnico-científico; honorários para consultoria.

Declaro ainda que eu, ou qualquer pessoa diretamente relacionada a mim, não prestei serviço e não possuo apólices/ações em uma instituição ou organização que possa de alguma forma ser beneficiada ou prejudicada pelos resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não atuei como perito judicial sobre algum assunto ligado às minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não tenho nenhum interesse conflitante com as minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo algum relacionamento íntimo ou conflituoso com pessoas cujos interesses possam ser afetados pelos resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo ligação ou rivalidade acadêmica com alguém cujos interesses possam ser afetados pelos resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo profunda convicção pessoal ou religiosa que possa influenciar os resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; e não participo de partido político, organização não-governamental ou outro grupo de interesse que possam influenciar os resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias.

João Pessoa, 03/10/2022.



Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro

Declaração de potenciais conflitos de interesses

Declaro que eu, Rafaella Queiroga Souto, ou qualquer pessoa diretamente relacionada a mim, não aceitei de nenhuma instituição ou organização que possa ser beneficiada ou prejudicada pelas minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologia: reembolso por comparecimento a eventos técnicos científicos (congressos, simpósios, oficinas, entre outros); honorários por apresentação, conferência ou palestra; honorários para organizar atividade de ensino ou desenvolvimento técnico-científico; honorários para consultoria.

Declaro ainda que eu, ou qualquer pessoa diretamente relacionada a mim, não prestei serviço e não possuo apólices/ações em uma instituição ou organização que possa de alguma forma ser beneficiada ou prejudicada pelos resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não atuei como perito judicial sobre algum assunto ligado às minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não tenho nenhum interesse conflitante com as minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo algum relacionamento íntimo ou conflituoso com pessoas cujos interesses possam ser afetados pelos resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo ligação ou rivalidade acadêmica com alguém cujos interesses possam ser afetados pelos resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo profunda convicção pessoal ou religiosa que possa influenciar os resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; e não participo de partido político, organização não-governamental ou outro grupo de interesse que possam influenciar os resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias.

João Pessoa, 03/10/2022.



Rafaella Queiroga Souto

APÊNDICE C**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DA PESSOA IDOSA
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Data: _____

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Arranjo de moradia: _____ Nº de filhos: _____

Renda da pessoa idosa(R\$): _____ Renda Familiar (R\$): _____

Endereço: _____

Nome do(s) Cuidador(es): _____

Relação do(s) Cuidador(es) com a pessoa idosa: _____

Nome do responsável: _____

• GRAU DE URGÊNCIA

- É uma emergência (necessita de resposta imediata do profissional e/ou serviço de proteção ou polícia)? Existe uma situação ameaçadora da vida ou um alto nível de risco para saúde ou segurança?

- É uma situação não emergencial (potencial para violência que requer acompanhamento adicional, investigação e avaliação pelo serviço de saúde ou de proteção a longo prazo)?

• ESTADO MENTAL

- Escore do MEEM: _____

• AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

- Escore ABVD: _____

- Escore AIVD: _____

- Escore AAVD: _____

- **AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS**

- Escore do MOS: _____

- **NÍVEL DE FRAGILIDADE**

- Escore do EFS: _____

- **SINTOMAS DEPRESSIVOS**

- Escore do EDG: _____

- **QUALIDADE DE VIDA**

- Escore do WHOQOL-OLD: _____

- **NÍVEL DE RESILIÊNCIA DO IDOSO**

- Escore da Escala de Resiliência: _____

- **APOIO SOCIAL**

- Escore da Escala Apoio Social: _____

- **SITUAÇÃO DE MORADIA E CUIDADO**

- Quem são os membros da família e cuidadores? Onde eles vivem? Obtenha endereços e números de telefone.

- A pessoa idosa mora com o cuidador? Sozinho? Com outros? Como é obtido o acesso a sua casa?

- Com que frequência a pessoa idosa vê o cuidador?

- **SOBRECARGA DO CUIDADOR**

- Escore do QASCI: _____

- Escore do ZBI: _____

- **SERVIÇOS DE SUPORTE**

- A pessoa idosa tem amigos disponíveis para assistência e suporte? Obter nomes e números de telefone.

- Obter o nome da Unidade de Saúde da Família mais próximo a sua residência.

- Quais outros serviços estão trabalhando com essa pessoa idosa e/ou família? Obter os locais e pessoas para contato.

- **SITUAÇÃO FINANCEIRA**

- Quanto ganha a pessoa idosa? Ele(a) é preocupado(a) ou confuso(a) com suas finanças?

- A pessoa idosa deu procuração a alguém? Ele(a) está sob uma tutela?

- A pessoa idosa está sendo pressionado a fazer/alterar uma vontade?

- **RASTREIO/IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA**

- Escore CTS-1: _____

- Escore H-S/EAST: _____

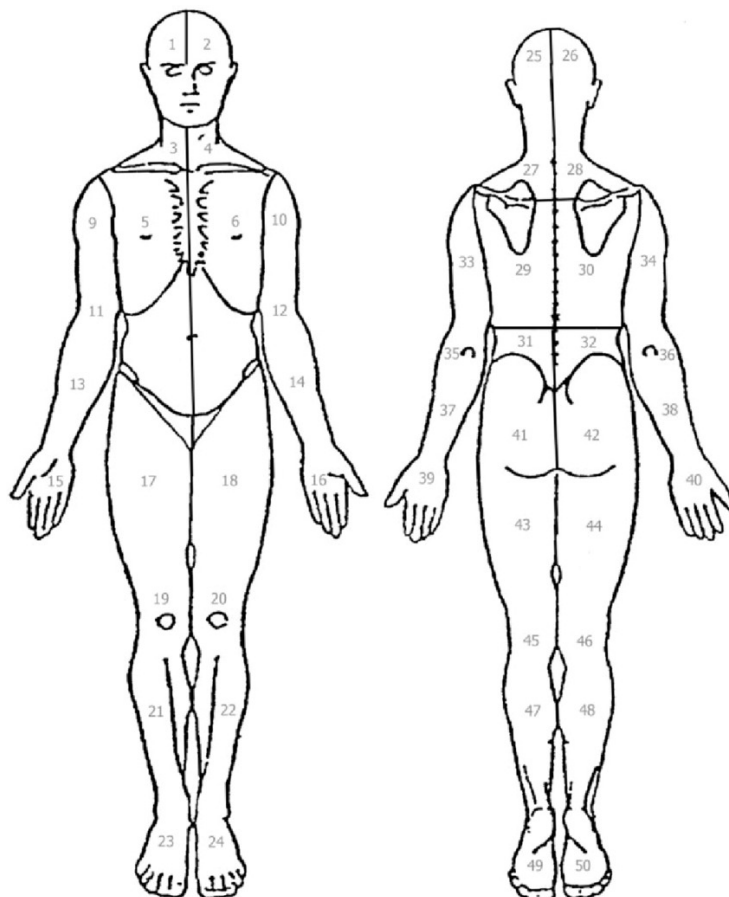
- **REGISTRO DAS LESÕES FÍSICAS**

- Descrição das lesões (natureza e extensão):

- Explicação do paciente sobre as lesões:

- Explicação do cuidador sobre as lesões:

- Assinale as lesões no diagrama corporal:



- Fotografias:

Consente em ser fotografado? () Sim () Não - **Preencher o termo de consentimento**

Fotografias (coloridas):

**ABORDAGEM:**

- () Rastreamento/Triagem
- () Violência confirmada
- () Violência suspeita – seguimento na avaliação para confirmação

TIPO DE VIOLÊNCIA IDENTIFICADA:

- () Física
- () Violência autoprovoçada
- () Psicológica
- () Sexual
- () Financeira
- () Negligência
- () Abandono

- **NOTIFICAÇÃO**

- Necessário denúncia? () Não () Sim – **Consultar serviços de denúncia**

- A suspeita/confirmação foi notificada? () Não () Sim – **Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada**

- **INTERVENÇÃO**

- O que a pessoa idosa deseja?

- Como ele(a) vê a situação de violência e a oferta de ajuda?

- Quais profissionais compõe a equipe multiprofissional do serviço que irá intervir na situação de violência em que a pessoa idosa vivencia?

- **ENCAMINHAMENTO**

- Quais serviços a pessoa idosa percorreu para chegar até o local de atendimento?

- Quais serviços você irá encaminhar para que a pessoa idosa receba um cuidado integral?

- **OBSERVAÇÕES DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO ATENDIMENTO**

- Contemple aqui as observações que você enquanto profissional destaca como necessária para o acompanhamento da situação por parte da equipe, os achados que você encontrou e que são significativos para o caso.

- Descreva o planejamento do atendimento multiprofissional e como ele será executado pela equipe.

Assinatura dos profissionais envolvidos no cuidado ao idoso em situação de violência

APÊNDICE D**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REGISTRO
FOTOGRAFICO**

Por este instrumento eu, _____, RG nº _____, autorizo, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o profissional _____, da instituição _____ a realizar registros fotográficos de lesões suspeitas de violência encontradas em meu corpo enquanto eu estiver em atendimento neste serviço.

Fui informado(a) que as imagens serão armazenadas em envelope identificado e lacrado, devidamente armazenado, com o único objetivo de, se necessário, servirem de evidências aos órgãos legais de proteção à pessoa idosa.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido e a qualquer tempo, desde que o material já não tenha sido analisado pelas autoridades como parte de processo investigativo.

_____, ____/____/____.

Local e data

Assinatura

REFERÊNCIAS

ABA. **Introduction to ABA Section on Dispute Resolution Task Force Elder Abuse and Neglect Screening Guidelines for Mediators.** 2020. Available from: <https://www.americanbar.org/content/dam/aba/administrative/law_aging/2020-elder-abuse-screening-tool-abadr-section.pdf>

ALARCON, Miriam Fernanda Sanches *et al.* Evidências acerca do agressor em casos de violência contra o idoso: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 33, 2019.

ALARCON, Miriam Fernanda Sanches *et al.* Violência contra a pessoa idosa: percepções das equipes da atenção básica à saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, 2021.

ALMEIDA, Vitória de Cássia Félix de; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, p. 202-210, 2005.

ALSHABASY, Shrien *et al.* Connecting Models of Care to Address Elder Mistreatment. **Generations**, v. 44, n. 1, p. 26-32, 2020.

ARAÚJO, Gleicy Karine Nascimento de *et al.* Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 312-318, 2019.

BARBOSA, Bruno Rossi *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3317-3325, 2014.

BARRETO, Adriana Maria Moreira Alexandre. **Construção de um fluxograma para identificação e notificação de violência e maus-tratos contra a pessoa idosa.** 2019. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Guia de atendimento à Pessoa Idosa em situação de violência.** Belo Horizonte, 2015.

BERTOLUCCI, Paulo HF *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01-07, 1994.

BEZERRA, Patricia Araújo; NUNES, José Walter; MOURA, Leides Barroso de Azevedo. Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

BLUNDELL, Barbara. **Elder Abuse Protocol: Guidelines for Action.** 2017.

BOLSONI, Carolina Carvalho; WARMLING, Deise; FAUST, Sabrina Blasius. **Atenção à pessoa idosa em situação de violência doméstica.** 2018.

BOMBA, Patricia A. Use of a single page elder abuse assessment and management tool: A practical clinician's approach to identifying elder mistreatment. **Journal of gerontological social work**, v. 46, n. 3-4, p. 103-122, 2006.

BORN, Tomiko *et al.* **Cuidar melhor e evitar violência: manual do cuidador da pessoa idosa**. 2010.

BRANDÃO, Bárbara Maria Lopes da Silva *et al.* Risco de violência e capacidade funcional de idosos hospitalizados: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021a.

BRANDÃO, Wesley Ferreira de Moraes *et al.* Violência entre idosos comunitários e sua relação com o estado nutricional e características sociodemográficas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021b.

BRASIL. **Caderno de violência contra a pessoa idosa**. Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo, 2007.

BRASIL. **Lei Federal Nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003**. Estatuto do idoso. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

BRASIL. **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal** [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2009. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20197%20Anexo.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, v. 19, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 661, de 2 de dezembro de 2010**. Diário Oficial da União, Brasília, 3 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: caderno de atenção básica nº 19**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. 2006.

BUSNELLO, Grasielle Fatima *et al.* Tipos de violência no trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021.

CANADÁ. **Elder Abuse Guidelines**. Canada, 2016. Available from: <https://open.alberta.ca/dataset/6c35ec93-824e-4770-8fd1-91f44d2c229e/resource/55675cdc-4e8b-4367-9a24-a5d2e9f6da6f/download/2016-ea-police-guidelines-final-april-2016.pdf>

CECCON, Roger Flores *et al.* Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 17-26, 2021.

CFESS. Conselho federal de serviço social. **Código de ética do assistente social**. Brasília: CFESS, 1993.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG: 2013. 167 p.

CIMINO-FIALLOS, Nicole; ROSEN, Tony. Elder Abuse—A Guide to Diagnosis and Management in the Emergency Department. **Emergency Medicine Clinics**, v. 39, n. 2, p. 405-417, 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 556, de 23 de agosto de 2017. **Regulamenta a atividade do Enfermeiro Forense no Brasil, e dá outras providências**. Brasília; 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº556/2017, de 23 de agosto de 2017. **Regulamenta a atividade do enfermeiro forense no Brasil**. COFEN; 2017.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. 06 de junho de 2011. **Enfermagem forense: uma possibilidade para a profissão**. COREN; 2011.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. **Protocolo de enfermagem na atenção à saúde do idoso**. Mato Grosso: COREN; 2020.

CORTEZ, Antônio Carlos Leal *et al.* Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 5, 2019.

COSTA, Fabrício Ramalho da *et al.* Qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, p. 24-34, 2018.

CUNHA, Rayrane Iris Melo da *et al.* Perfil epidemiológico das denúncias de violência contra a pessoa idosa no Rio Grande do Norte, Brasil (2018-2019). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 2021.

DALY, Jeanette M.; BUTCHER, Howard K. Evidence-based practice guideline: elder abuse prevention. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 44, n. 7, p. 21-30, 2018.

DEPARTMENT OF SOCIAL DEVELOPMENT. **Protocol on Management of Elder Abuse**. 2010. Available from: <<https://social.un.org/ageing-working-group/documents/Protocol%20on%20abuse%20document%20-Aligned%202010%20-Final%20copy.pdf>>

DIAS, Adriana Luna Pinto *et al.* Intervenções fisioterapêuticas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência: uma revisão de escopo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 2021.

DIAS, Adriana Luna Pinto *et al.* **Protocolo fisioterapêutico de atendimento à pessoa idosa em situação de violência**. 2020. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

DONG, Xinqi. Elder abuse: Research, practice, and health policy. The 2012 GSA Maxwell Pollack award lecture. **The Gerontologist**, v. 54, n. 2, p. 153-162, 2014.

ELDER ABUSE PREVENTION UNIT. **A Guide for Elder Abuse Protocols**. Queensland, 2010. Available from: <https://www.eapu.com.au/uploads/EAPU_general_resources/EA_Protocols_FEB_2012-EAPU.pdf>

FAERSTEIN, Eduardo *et al.* Pré-testes de um questionário multidimensional autopreenchível: a experiência do Estudo Pró-Saúde UERJ. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, p. 117-130, 1999.

FERREIRA, Fátima *et al.* Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**, Vol 3, Nº2, 2010, v. 3, p. 13-19, 2010.

FIGUEIRA, Olivia *et al.* A luta contra o envelhecimento, uma análise na perspectiva bioética. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e56210112254-e56210112254, 2021.

FONSECA, Rita *et al.* Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública. **Revista portuguesa de saúde pública**, v. 30, n. 2, p. 149-162, 2012.

FRANZOI, Mariana André Honorato *et al.* Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3653-3661, 2016.

GLASGOW, K.; FANSLOW, J. L. **Family violence intervention guidelines: Elder abuse and neglect**. Wellington: Ministry of Health, 2006.

GOIÁS. Secretaria Estadual de Saúde. **Rede Intersetorial de Atenção às Pessoas em Situação de Violências: Guia orientador para gestores**. Goiás, 2019.

GOMES, Albino. **Enfermagem forense**. Lisboa: Lidel, 2014.

Gomes CS, Pirkle CM, Zunzunegui MV, Taurino Guedes D, Fernandes De Souza Barbosa J, Hwang P, *et al.* Frailty and life course violence: the international mobility in aging study. **Arch Gerontol Geriatr**. 2018;76:26-33.

GOMES, Gabriela Carneiro *et al.* Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1035-1046, 2021.

GUERRA, Magda *et al.* Detecção de violência contra a pessoa idosa no Serviço de Urgência: o papel do Enfermeiro. **Journal of Aging & Innovation**, v. 10, n. 1, p. 83-107, 2021.

HASSELMANN, Maria Helena; REICHENHEIM, Michael E. Cross-cultural adaptation of the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1) used to assess marital violence: semantic and measurement equivalence. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 1083-1093, 2003.

HAWES, Catherine; KIMBELL, Anne-Marie. **Detecting, addressing, and preventing elder abuse in residential care facilities**. School of Rural Public Health, Texas A & M Health Science Center, 2010.

HIRSCH, Calvin H.; STRATTON, Sara; LOEWY, Roberta. The primary care of elder mistreatment. **Western journal of medicine**, v. 170, n. 6, p. 353, 1999.

JOSHI, Seema; FLAHERTY, Joseph H. Elder abuse and neglect in long-term care. **Clinics in geriatric medicine**, v. 21, n. 2, p. 333-354, 2005.

KATZ, Sidney *et al.* Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **Jama**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KELLER, E. *et al.* European council of legal medicine (ECLM) guidelines for the examination of suspected elder abuse. **International journal of legal medicine**, v. 133, n. 1, p. 317-322, 2019.

LAWTON, M. P. Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. **Psychopharmacol Bull**, v. 24, p. 785-787, 1988.

LIMA, Isabel Vitor de Souza; PALMEIRA, Cátia Suelly; MACEDO, Tássia Teles Santana de. Violência contra a pessoa idosa na região Nordeste do Brasil no período de 2012 a 2018. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 10, n. 2, p. 252-261, 2021.

LONDRINA. Secretaria Municipal da Saúde de Londrina. **Protocolo de atendimento as pessoas em situação de violência interpessoal/autoprovoçada**. Londrina, 2016.

LONG, Toby M.; SIPPEL, Kirsten; SPITZNAGLE, Theresa Monaco. Guidelines for recognizing and providing care for victims of domestic violence. **American Physical Therapy Association**, 2005.

LOPES, Emmanuel Dias de Sousa *et al.* Violência contra a pessoa idosa no município de Campinas, São Paulo, nos últimos 11 anos: uma análise temporal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 2021.

MACHADO, Daniel Rodrigues *et al.* Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1119-1128, 2020a.

MACHADO, Juliana Costa *et al.* Violência doméstica como tema transversal na formação profissional da área de saúde. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e152973917-e152973917, 2020b.

MATOS, Neuza Moreira de *et al.* Perfil do agressor de pessoas idosas atendidas em um centro de referência em geriatria e gerontologia do Distrito Federal, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, 2020.

MCNAMEE, Catherine C.; MURPHY, Mary B. Elder abuse in the United States. **National Institute of Justice Journal**, v. 255, p. 16-20, 2006.

MELEIRO, Maria Luiza de Andrade Picanço *et al.* Os desafios da rede de proteção no enfrentamento à violência contra a pessoa idosa em Manaus, Amazonas, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 2021.

MONTEIRO, Edilene Araújo; MAZIN, Suleimy Cristina; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: validação para o Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, p. 421-428, 2015.

MORAES, Claudia Leite de *et al.* Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4177-4184, 2020.

MURAR, Hedi Martha Soeder; CORTIANO, Simone; OLIVEIRA, Cassandra de. Protocolo da rede de atenção e proteção à pessoa idosa em situação de risco para a violência. In: **Protocolo da rede de atenção e proteção à pessoa idosa em situação de risco para a violência**. 2012.

NOVO, Rosa *et al.* **Violência contra a pessoa idosa no contexto familiar. Guia de apoio aos profissionais na identificação e sinalização**. 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/14270>

OLIVEIRA, Emanuela *et al.* Diagnóstico situacional do território de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Maria Lúcia Gregório, em Divinópolis-MG. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e10111326249-e10111326249, 2022a.

OLIVEIRA, Alan Maicon de *et al.* Protocolo da implantação do cuidado farmacêutico na geriatria: estratégia para segurança na assistência à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022b.

OLIVEIRA, Eduardo Moreira de *et al.* Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. **Psico-USF**, v. 20, p. 109-120, 2015.

OLIVEIRA, Anderson Silva. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019.

PEDROSO, Alisilvia Leão; DUARTE JÚNIOR, Seldon Rodrigues; OLIVEIRA, Nathália França de. Profile of older people victims of domestic violence in an integrated center for protection and defense of rights in times of pandemic. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 2021.

PEPLAU, H. **Teoria de relações interpessoais na enfermagem**. 1952.

PEREIRA, Adriane Miró Vianna Benke; ROSA, Amélia Cristina Dalazuana Souza. **Linha guia da saúde do idoso**. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná-Secretaria de Superintendência de Atenção à Saúde. Curitiba: SESA, 2018.

PEREIRA, Daiane Maria. A atuação do Assistente Social frente à violência contra o idoso. **Humanidades em Perspectivas**, v. 7, n. 3, 2019.

PERSEGUINO, Marcelo Geovane; OKUNO, Meiry Fernanda Pinto; HORTA, Ana Lúcia de Moraes. Vulnerabilidade e qualidade de vida de pessoas idosas em diferentes situações de atenção familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2021.

PESCE, Renata P. *et al.* Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. **Cadernos de saude publica**, v. 21, p. 436-448, 2005.

PETERS, Micah DJ *et al.* Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. **JBIM evidence synthesis**, v. 20, n. 4, p. 953-968, 2022.

PLASSA, Bruna Oliveira *et al.* Fluxograma descritor no atendimento à pessoa idosa vítima de violência: uma perspectiva interdisciplinar. **Escola Anna Nery**, v. 22, 2018a.

PLASSA, Bruna Oliveira. **Fluxo de atendimento intersetorial no atendimento à pessoa idosa vítima de violência**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde e Envelhecimento) – Faculdade de Medicina de Marília, Universidade de Marília, Marília, 2018b.

PROCÓPIO, Gabriel Brito *et al.* A qualidade de vida em idosos institucionalizados após acidente vascular cerebral. **Journal of Nursing UFPE**, v. 15, n. 2, 2021.

RATHKE, Cesar Augusto de Freitas; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti; SOUTO, Rafaella Queiroga. Competências dos médicos no atendimento a idosos em situação de violência: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 2021a.

RATHKE, Cesar Augusto de Freitas. **Protocolo clínico de atendimento médico hospitalar**. 2021. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021b.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; PAIXÃO JR, Carlos Montes; MORAES, Claudia Leite. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1801-1813, 2008.

RENAULT, Ana Carolina Nunes. **Violência contra o idoso: o papel atual do assistente social no atendimento das demandas em casos de violência contra o idoso no hospital regional do Paranoá**. 2012. Trabalho de Conclusão do Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SOUZA, Edinilsa Ramos de; VALADARES, Fabiana Castelo. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 1167-1177, 2012.

RIBEIRO, Maria de Nazaré de Souza et al. Evidências científicas da prática da violência contra a pessoa idosa: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021a.

RIBEIRO, Dayane Akinara Toledo *et al.* Vulnerabilidade, violência familiar e institucionalização: narrativas de idosos e profissionais em centro de acolhimento social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021b.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Protocolo de atendimento as pessoas em situação de violência**. Rio de Janeiro, 2020.

RODRIGUES, Ana Lúcia Aquilas. **Impacto de um programa de exercícios no local de trabalho sobre o nível de atividade física e o estágio de prontidão para a mudança de comportamento**. 2009. Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia Experimental) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani *et al.* Análise espacial da violência contra idosos em um município brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

ROLFSON, Darryl B. *et al.* Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age and ageing**, v. 35, n. 5, p. 526-529, 2006.

ROSEN, Tony *et al.* Identifying and initiating intervention for elder abuse and neglect in the emergency department. **Clinics in geriatric medicine**, v. 34, n. 3, p. 435-451, 2018.

ROSEN, Tony *et al.* Improving quality of care in hospitals for victims of elder mistreatment: Development of the vulnerable elder protection team. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 44, n. 3, p. 164-171, 2018a.

ROSEN, Tony *et al.* Improving quality of care in hospitals for victims of elder mistreatment: Development of the vulnerable elder protection team. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 44, n. 3, p. 164-171, 2018b.

SANTA CATARINA. Ministério Público de Santa Catarina. **Protocolo de rede intersetorial de atenção à pessoa idosa em situação de violência no estado de Santa Catarina**. Santa Catarina, 2021.

SANTOS, Jiovana de Souza *et al.* Cuidado de enfermagem forense ao idoso em situações de violência: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

SANTOS, Julimara Gomes dos *et al.* Sintomas de idosos e recursos funcionais de idosos um Centro-Dia Geriátrico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, p. 102-106, 2012.

SANTOS, Rafael da Costa *et al.* Fatores associados a sintomas depressivos e cognição em idosos (as) vítimas de violência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020a.

SANTOS, Renata Clemente dos *et al.* Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos no pronto atendimento. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020b.

SANTOS, Wallison Pereira dos *et al.* Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 2, 2019.

SILVA, Maria Amélia G. da *et al.* Aspectos biopsicossociais de idosos em situação de vulnerabilidade social: uma revisão da literatura. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 24, p. 375-383, 2021.

SILVA, Tarciso Feijó da *et al.* O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 249-260, 2018.

SOARES, Jefferson da Silva *et al.* Avaliação do estado cognitivo e capacidade funcional em pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, p. 59240, 2021.

SOCIAL WELFARE DEPARTMENT ELDERLY BRANCH. **Procedural Guidelines for Handling Elder Abuse Cases.** 2021. Available from: <[https://www.swd.gov.hk/doc/family/Procedural%20Guidelines%20\(Elder%20Abuse\)%20\(Eng\)%20\(Mar%202013\).doc](https://www.swd.gov.hk/doc/family/Procedural%20Guidelines%20(Elder%20Abuse)%20(Eng)%20(Mar%202013).doc)>

SOUZA, Maria de Fátima Santana de *et al.* Contribuições da Atividade física no envelhecimento dos idosos. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e11310111537-e11310111537, 2021.

SOUTO, R. Q. **Enfermagem Forense no brasil: competências técnicas e áreas de atuação.** 1. ed. João Pessoa: Editora Creative, 2022.

SWAGERTY, Daniel L.; TAKAHASHI, Paul Y.; EVANS, Jonathan M. Elder mistreatment. **American family physician**, v. 59, n. 10, p. 2804, 1999.

TARANAKI DISTRICT HEALTH BOARD. **Violence Intervention Programme.** Taranaki, 2016. Available from: <<https://www.tdhb.org.nz/misc/documents/VIP%20Intimate%20Partner%20Violence%20Management%20Policy.pdf>>

UBIRATÃ. Secretaria Municipal de Saúde de Ubatã. **Protocolo da rede inter-setorial de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Risco para a Violência.** Ubatã, 2018.

WEST METRO ELDER ABUSE PREVENTION NETWORK. **Elder Abuse Prevention and Response Toolkit.** Victoria, 2019. Available from:

<<https://www.merrihealth.org.au/assets/Uploads/Merri-Health-Elder-Abuse-Prevention-Booklet-West-Final-Web.pdf>>

WHOQOL GROUP *et al.* The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Missing voices: views of older persons on elder abuse**. World Health Organization, 2002.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os objetivos propostos e os resultados alcançados no presente estudo, é possível evidenciar que a VCPI se configura como um problema de saúde pública que deve concentrar a atenção de todas as esferas da saúde, segurança pública e o sistema jurídico, em prol de evitar o acontecimento desse fenômeno.

Os materiais encontrados na revisão da literatura demonstram a existência, a nível internacional e nacional, de documentos que buscam apresentar orientações no cuidado em saúde ao público idoso em situação de violência. No entanto, os achados também trazem limitações quanto à ampliação das informações e dos profissionais de saúde contemplados em cada ferramenta.

Deste modo, a diretriz desenvolvida neste estudo busca fornecer recomendações para os profissionais que irão utilizá-la, de modo a direcionar o atendimento multiprofissional no cuidado aos idosos em situação de violência no contexto hospitalar. Esse material subsidia a implementação de uma assistência pautada em evidências científicas, promovendo a compreensão do fenômeno da violência para possibilitar o rastreio e intervenção de forma precoce.

Espera-se que a diretriz seja um recurso utilizado pelos profissionais durante a assistência à pessoa idosa, a fim de sanar as lacunas existentes no processo de formação desses mesmos profissionais, sejam aqueles que já atuam neste serviço ou daqueles que ainda estão na academia. Além disso, em prol da diminuição dos dados de prevalência do fenômeno, é imprescindível que os profissionais utilizem, em paralelo à sua assistência, as condutas de prevenção aqui delineadas. Nesse contexto, a oferta de um cuidado integral, equânime e holístico possibilita evitar ou minimizar os danos decorrentes do ato violento.

Ademais, almeja-se que outros pesquisadores se sintam motivados a unir esforços no enfrentamento desse fenômeno, por meio da realização de diferentes estudos para identificar o perfil das vítimas, agressores, fatores de risco e no desenvolvimento de materiais que fortaleça a assistência em saúde a essa população.

Portanto, espera-se que os dados aqui apresentados forneçam suporte para um direcionamento de profissionais e gestores na elaboração de políticas públicas que fortaleçam o SUS no combate a violência e na qualificação profissional daqueles que prestam serviços aos idosos.

8 FINANCIAMENTO

Esse material foi financiado pela Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), vinculada ao Ministério de Ensino Superior (MEC) do Brasil, a partir do Edital Universal Nº 28/2018 sob o processo Nº 424604-2018-3 e no Edital Interno de produtividade de nº 03/2020 da Universidade Federal da Paraíba sob o código do projeto: PVG13127-2020.

Além disso, o presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

AGREE II. **Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II. AGREE Next Steps Consortium.** The AGREE II instrument, 2017.

ALARCON, Miriam Fernanda Sanches et al. Violence against the elderly: a documentary study. **Rev Rene**, n. 20, p. 61, 2019.

ALENCAR JÚNIOR, Fernando de Oliveira; MORAES, José Rodrigo de. Prevalência e fatores associados à violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas, Brasil, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, 2018.

ANTEQUERA, Isabela Granado et al. Rastreamento de violência contra pessoas idosas: associação com estresse percebido e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2020.

ARAÚJO-MONTEIRO, Gleicy Karine Nascimento. **Determinantes sociais da violência contra idosos hospitalizados.** 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, 2020.

ARAÚJO, Gleicy Karine Nascimento de et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 312-318, 2019.

ARAÚJO, Karla Brandão de et al. Tecnologias educacionais e sociais de prevenção à violência contra a pessoa idosa: revisão integrativa da literatura. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 4, p. 103-121, 2020.

BATISTA, Rafaela Lopes; TEIXEIRA, Karla Maria Damiano. O cenário do mercado de trabalho para idosos e a violência sofrida. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 2021.

BEZERRA, Patricia Araújo; NUNES, José Walter; MOURA, Leides Barroso de Azevedo. Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

BRANDÃO, Bárbara Maria Lopes da Silva et al. Risco de violência e capacidade funcional de idosos hospitalizados: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

BRASIL. Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996. **Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso.** Diário Oficial da União: 2003.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.** Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/0.** 2 ed. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso.** Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Diário Oficial da União, 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Diário Oficial da União, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Diário Oficial da União, 2006.

Brasil. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa.** Brasília, 2005b.

BRONFENBRENNER, U. Toward an experimental ecology of human development. **American Psychologist**, n.32, p. 513-531, 1977.

CALHEIROS, Viviane Pinto et al. A Assistência de Enfermagem a Violência Física Contra o Idoso: uma revisão integrativa. **Revista Saúde-UNG-Ser**, v. 11, n. 1 ESP, p. 62, 2018.

CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal; COELHO, Maria José. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 279-284, 2010.

CÂMARA, Dênis do Nascimento Arruda et al. Violência na senescência: um fluxograma multiprofissional Violence in senescence: a multiprofessional flowchart. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 14940-14955, 2021.

COOPER, Claudia; LIVINGSTON, Gill. **Elder Abuse and Dementia.** In: Advances in Elder Abuse Research. Springer, Cham, 2020. p. 137-147.

CUNHA, Rayrane Iris Melo da et al. Perfil epidemiológico das denúncias de violência contra a pessoa idosa no Rio Grande do Norte, Brasil (2018-2019). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 2021.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

FIGUEIRA, Olivia *et al.* A luta contra o envelhecimento, uma análise na perspectiva bioética. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e56210112254-e56210112254, 2021.

FORNER, Fernanda Comerlato; ALVES, Cássia Ferrazza. Uma revisão de literatura sobre os fatores que contribuem para o envelhecimento ativo na atualidade. **Revista universo psi**, v. 1, n. 1, p. 150-174, 2020.

FREITAS, Jadna Mony Gregório; SAMPAIO, Kamille Ribeiro; MARTINS, Alissan Karine Lima. Validação do jogo educativo positivamente para prevenção do abuso de drogas por adolescentes escolares/Validation of the educational game positivamente for the prevention of drug abuse by school adolescents. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 21, 2022.

FREITAS, Maria Gabriela Costa de et al. Análise de instrumentos quantitativos na investigação da violência doméstica contra os idosos: uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 2386-2396, 2019.

GARBACCIO, Juliana Ladeira et al. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 724-732, 2018.

GOMES, Andréa Tayse de Lima et al. Tecnologias aplicadas à segurança do paciente: uma revisão bibliométrica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.

GOMES, Cristiano dos Santos et al. Frailty and life course violence: the international mobility in aging study. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 76, p. 26-33, 2018.

GUERRA, Magda et al. Detecção de violência contra a pessoa idosa no Serviço de Urgência: o papel do Enfermeiro. **Journal of Aging & Innovation**, v. 10, n. 1, p. 83-107, 2021.

LEITE, Yasmin Sendrete de Carvalho Oliveira et al. A utilização de podcasts para a conscientização sobre violência contra a pessoa idosa: relato de experiência. **Revista Extensão & Cidadania**, v. 8, n. 14, p. 303-315, 2020.

LIMA, Isabel Vitor de Souza; PALMEIRA, Cátia Suely; MACEDO, Tássia Teles Santana de. Violência contra a pessoa idosa na região Nordeste do Brasil no período de 2012 a 2018. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 10, n. 2, p. 252-261, 2021.

LOPES, Emmanuel Dias de Sousa *et al.* Violência contra a pessoa idosa no município de Campinas, São Paulo, nos últimos 11 anos: uma análise temporal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 2021.

LUNA, Aline Affonso et al. Construção e validação de material educativo com orientações pré-operatórias para o paciente adulto e idoso. **Global Academic Nursing Journal**, v. 3, n. 2, p. e251-e251, 2022.

MACHADO, Daniel Rodrigues et al. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1119-1128, 2020.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez. Um breve panorama sobre a violência contra idosos no Brasil. **Revista Longeviver**, 2019.

MARINHO, Manoel Vitor Martins; LOBATO, Diana da Costa. Validação de um instrumento para controle de cura sífilítica em puérperas e recém-nascidos. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 6, 2021.

MEGA, Tacila Pires et al. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no SUS: histórico, desafios e perspectivas. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 4, p. 3275-3285, 2015.

MELEIRO, Maria Luiza de Andrade Picanço et al. Violência social e violência contra a pessoa idosa: Duas faces da mesma essência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e11310514006-e11310514006, 2021.

MENDONÇA, Carolina Siqueira et al. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2247-2257, 2020.

MENEZES, José Nilson Rodrigues et al. A visão do idoso sobre o seu processo de envelhecimento. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 35, p. 8-12, 2018.

MERHY, Emerson E.; CHAKKOUR, Maurício. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde**. 1997.

MONTEIRO, Ricardo Eddy Gomes; COUTINHO, Diogenes José Gusmão. Uma breve revisão de literatura sobre os idosos, o envelhecimento e saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 2358-2368, 2020.

MORAES, Claudia Leite de *et al.* Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4177-4184, 2020.

MOREIRA, Wanderson Carneiro et al. Análise sobre as políticas públicas de enfrentamento a violência contra o idoso. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 4, 2016.

MOREIRA, Wanderson Carneiro et al. Formação de estudantes de Enfermagem para atenção integral ao idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, p. 186-193, 2018.

MORILLA, Jessica Leitão; MANSO, Maria Elisa Gonzalez. Violência contra a pessoa idosa- contribuições para o estudo do tema. **Revista Longeviver**, 2020.

OLIVEIRA, Kênnia Stephanie Moraes et al. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

PENHA, Ana Alinne Gomes da et al. Tecnologias na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 406-414, 2015.

PEREIRA, Susana Minchiguerre; MARCOMINI, Emilli Karine; PAULA, Nanci Verginia Kuster de. Estratificação de dependência e fragilidades: um olhar sobre os idosos institucionalizados. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. 609-623, 2020.

PETERS, Micah DJ et al. Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. **JBÍ evidence synthesis**, v. 20, n. 4, p. 953-968, 2022.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Artmed Editora, 2018.

POLTRONIERI, Bruno Costa; SOUZA, Edinilsa Ramos de; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2859-2870, 2019.

RAPOSO, Matheus Farias et al. Risco para violência e qualidade de vida entre idosos da comunidade: estudo transversal. **Rev Rene**, v. 22, p. 38, 2021.

RIBEIRO, Maria de Nazaré de Souza et al. Evidências científicas da prática da violência contra a pessoa idosa: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

ROCHA, Regina da Cunha et al. Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais- Brasil: análise de denúncias e notificações. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 81-94, 2018.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani et al. Análise espacial da violência contra idosos em um município brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

ROMERO, Dalia Elena et al. Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 1, 2019.

SABINO, Leidiane Minervina de Moraes de et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, v. 16, n. 2, p. 230-239, 2016.

SANTOS NETO, Carleone Vieira dos et al. Vulnerabilidades dos profissionais de enfermagem durante a notificação da violência: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 6, p. e10479-e10479, 2022.

SANTOS, Jiovana de Souza et al. Cuidado de enfermagem forense ao idoso em situações de violência: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

SANTOS, Paloma Arian dos et al. A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento. **Audiology-Communication Research**, v. 24, 2019.

SCHENKER, Miriam; COSTA, Daniella Harth da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1369-1380, 2019.

SILVA, Deisiane Serrano da et al. Senescência: percepções sobre este processo e a sua singularidade na vida de idosos que participam de um grupo de convivência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 3, p. e9975-e9975, 2022.

SILVA, Hudson Pacifico da; ELIAS, Flavia Tavares Silva. Incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde do Canadá e do Brasil: perspectivas para avanços nos processos de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

SOARES, Jefferson da Silva et al. Avaliação do estado cognitivo e capacidade funcional em pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, p. 59240, 2021.

SOUSA, Danúbia Jussana de et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 13, p. 321-328, 2010.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; MENDES, Tamires Carneiro de Oliveira. Violência contra a pessoa idosa no contexto de pandemia pelo novo coronavírus. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 2021.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2659-2668, 2010.

SOUZA, Elza Maria de; SILVA, Daiane Pereira Pires; BARROS, Alexandre Soares de. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1355-1368, 2021.

SOUZA, Maria de Fátima Santana de *et al.* Contribuições da Atividade física no envelhecimento dos idosos. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e11310111537-e11310111537, 2021.

TELLES, José Luiz. A construção das políticas públicas nos espaços democráticos de participação cidadã: a violência contra pessoas idosas na agenda do movimento social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2669-2671, 2010.

TORRES, Kellem Raquel Brandão de Oliveira et al. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

TRICCO, A.C., et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Ann Intern Med**, v. 169, n. 7, p. 467-73, 2018.

TRINTINAGLIA, Vanessa; BONAMIGO, Andrea Wander; AZAMBUJA, Marcelo Schenk de. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento Saudável na América Latina: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 35, p. 15-15, 2022.

VENTURA, Cristina de Fátima. Envelhecimento, qualidade de vida e bem-estar subjetivo: percepções de idosos participantes de um grupo social. **New Trends in Qualitative Research**, v. 3, p. 927-935, 2020.

VERAS, Renato Peixoto et al. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 10, p. 355-370, 2019.

WHO. World Health Organization. **Missing voices: views of older persons on elder abuse**. Genebra: WHO; 2002a.

WHO. World Health Organization. **Active ageing – a policy framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging**. Genebra: WHO; 2002b.

APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Prezado (a), Eu, Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro, discente do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), estou trabalhando na validação de uma diretriz que construímos durante o doutorado **“DIRETRIZ DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO HOSPITALIZADO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA”**, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Rafaella Queiroga Souto. Considerando a sua experiência na área de atendimento/serviço à pessoa idosa, venho, por meio deste e-mail, te convidar para participar da pesquisa na condição de especialista, referente a etapa de validação para conclusão da tese.

Caso aceite o convite para participação peço gentilmente que responda a esse e-mail confirmando a sua participação e em seguida enviarei o material contendo as instruções para a execução da validação.

Agradeço desde já pela atenção.

Cordialmente

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).

O(a) Senhor(a) está recebendo informações a respeito de uma pesquisa intitulada "Diretriz de atendimento multiprofissional ao idoso hospitalizado em situação de violência", que está sendo desenvolvida pela pesquisadora Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro, discente do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob orientação da Prof.^a Dr.^a Rafaella Queiroga Souto e vinculado ao projeto guarda-chuva denominado "Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado" de autoria da referida orientadora e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da UFPB, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB com o número de parecer 3.709.600 e do HUAL/UFCG parecer de nº 3.594.339.

Essa pesquisa tem por objetivo geral construir e validar diretriz atendimento multiprofissional ao idoso hospitalizado em situação de violência. Sendo assim, a diretriz desenvolvida busca qualificar o atendimento multiprofissional a esses indivíduos, buscando direcionar, padronizar e propor medidas a serem adotadas pelos profissionais.

A diretriz contempla o atendimento dos seguintes profissionais: Médico; Técnico de Enfermagem; Enfermeiro; Enfermeiro Forense; Assistente Social; Terapeuta Ocupacional; Fisioterapeuta; Farmacêutico; Bucomaxilo; Nutricionista; Fonoaudiólogo; Psicólogo; Radiologista; Profissionais da segurança pública; Profissionais do âmbito jurídico.

A pesquisa se justifica devido a ausência de diretrizes de atendimento específicas para o idoso em situação de violência no cenário hospitalar, interferindo na falta de padronização entre as condutas dos profissionais.

Uma das etapas da pesquisa é a validação do material desenvolvido, através da avaliação por juízes especialistas, com capacitação e/ou experiência na área de atendimento/serviço a pessoa idosa, motivo pelo qual o(a) senhor(a) foi selecionado como participante para o desenvolvimento dessa etapa da pesquisa.

A participação nessa pesquisa é voluntária, sem remuneração, e, portanto, não há obrigatoriedade em fornecer qualquer informação e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela(s) pesquisadora(s). Sua participação não lhe trará implicações legais e, caso decida não mais participar da pesquisa ou desistir a qualquer tempo, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo.

Os benefícios em participar deste estudo são no sentido de contribuir para evitar ou minimizar situações de violência que, infelizmente, são vivenciadas por muitos idosos.

Considera-se que toda a pesquisa envolvendo seres humanos pode envolver riscos psicológicos, emocionais e sociais. Nesse sentido, o presente estudo não oferecerá riscos previstos à sua saúde, entretanto, pode causar-lhe desconforto e/ou inibição durante a leitura do documento e/ou

preenchimento do instrumento de coleta de dados. Caso isto ocorra, poderá ser realizada a interrupção da participação se assim desejar. Os procedimentos adotados obedecem aos critérios da ética em pesquisa com seres humanos, conforme determina a Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Todas as informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em veículos científicos, não havendo identificação dos voluntários, assegurando o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão armazenados em pastas de arquivo sob a responsabilidade da pesquisadora, pelo período mínimo de cinco anos.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

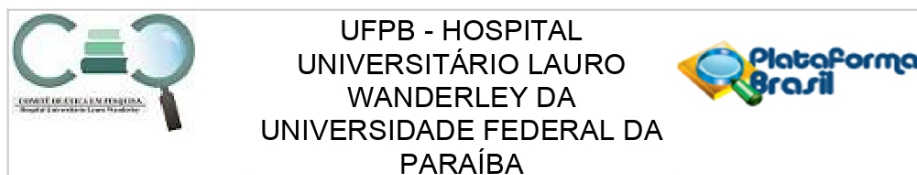
João Pessoa, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Rafaella Queiroga Souto Telefone: 3216-7229 ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br Campus I – Fone: 3216-7964.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: INSTRUMENTALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM FORENSE DIANTE DO CUIDADO AO IDOSO HOSPITALIZADO

Pesquisador: Rafaella Queiroga Souto

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 10179719.9.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

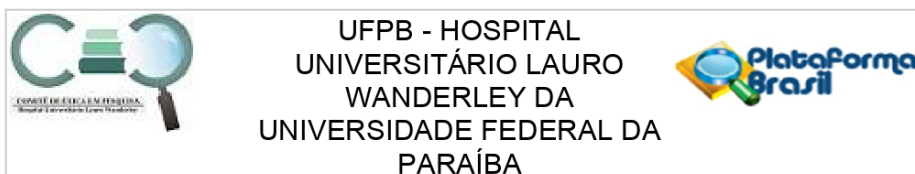
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.709.600

Apresentação do Projeto:

Quinta versão (emenda 3) de projeto aprovado através de parecer nº 3.445.490. Projeto vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Forense e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, tendo como pesquisadora responsável a Profª Drª. Rafaella Queiroga Souto, e como equipe de pesquisa: Gleicy Karine Nascimento de Araújo, Rafael da Costa Santo, Neyce de Matos Nascimento, Neyce de Matos Nascimento, Sandra Aparecida de Almeida, Anna Luiza Castro Gomes, Fabíola de Araújo Leite Medeiros, Selene Cordeiro Vasconcelos, Waglânia de Mendonça Faustino, Luana Rodrigues de Almeida, Maria de Fátima Iêda Barroso de Oliveira, Alan Dionizio Carneiro, Renata Clemente dos Santos e Freitas e Susanne Pinheiro Costa e Silva. Consiste em uma pesquisa com métodos mistos do tipo sequencial explanatório, na qual os dados qualitativos darão subsídio para a posterior coleta de dados quantitativos. A pesquisa será desenvolvida em dois hospitais universitários do estado da Paraíba: HULW/UFPB e o HUAC/UFCG, no período de 2019 a 2021. Os sujeitos da pesquisa serão idosos que frequentarem os setores que serão coletados os dados e enfermeiros dos respectivos setores. No HULW/UFPB os setores de coleta serão a Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva, Hemodiálise, Psicogeriatria e Ambulatório de Geriatria. Para o HUAC/CG, será realizada a coleta na Ala A Cirúrgica, Ala B Pneumo, Ala C Clínica feminina, Ala D Clínica masculina, Ala E

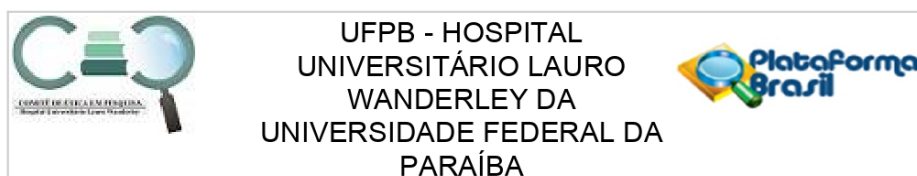
Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.709.600

Infecto, Ambulatório de Geriatria e Unidade de Terapia Intensiva. Na etapa de validação de instrumentos serão selecionados especialistas na área conforme informações colhidas pelo currículo lattes. A amostra será composta por 313 idosos e 117 enfermeiros, e seis juízes. O estudo será conduzido em diferentes etapas, e, para cada uma, será seguida uma metodologia específica, para atender aos objetivos propostos. Serão realizados estudos piloto com objetivo de avaliar o treinamento da equipe, realizar o cálculo amostral e ajustar os instrumentos de coleta de dados. Inicialmente será conduzida uma revisão sistemática do tipo escopo (scoping review) sob os moldes do Joanna Briggs Institute (JBI). Serão consultadas bases de dados que publicam revisões sistemáticas (PROSPERO, MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews e Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports) em busca de revisões pré-existentztes nesta temática. Diante da ausência de revisão com o objetivo de "Mapear o papel do enfermeiro forense no cuidado ao idoso vítima de violência", esta revisão será conduzida na tentativa de responder ao seguinte questionamento: Qual o papel da enfermagem forense no cuidado ao idoso hospitalizado em situação de violência? Serão utilizadas palavras-chave em combinação com descritores de assunto do MESH (Elder abuse; Forensic nurse; Violence; Nursing care) utilizando os booleanos AND e OR nas bases de dados: PubMed, Medline, Embase, Cinahal, Psycinfo, Bancos de teses e dissertações e Bases de literatura cinza serão definidas. Serão incluídos estudos publicados em inglês, português, espanhol e francês desde 1990 e que refiram o enfermeiro forense nos seus achados. A segunda etapa consistirá em pesquisa com métodos mistos do tipo convergente, (combinação de métodos quantitativos e qualitativos, concomitantes), e objetivará compreender a atuação do enfermeiro no ambiente hospitalar com o olhar da EF. Os instrumentos e procedimentos para a coleta de dados desta fase serão elaborados pela equipe de pesquisa de acordo com a realidade de cada serviço investigado e baseado na literatura científica. Após análise individual dos dados quantitativos e qualitativos, estes serão triangulados. A sub-fase quantitativa será um estudo descritivo do tipo transversal com o objetivo de descrever o perfil social, demográfico, econômico e de violência do idoso hospitalizado assim como do enfermeiro. Além disso buscará identificar os instrumentos utilizados nos hospitais 12 pelos enfermeiros que direta ou indiretamente auxiliem no cuidado ao idoso em situação de violência. Os dados quantitativos serão coletados por meio de instrumentos validados e instrumentos desenvolvidos pelos pesquisadores. Os dados serão digitados no SPSS e analisados por meio de estatística descritiva (frequência absoluta, relativa, média, desvio padrão, mínimo e máximo) e inferencial. A

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.709.600

escolha de alternativas paramétricas ou não-paramétricas para os testes estatísticos será feita com base na análise prévia da natureza das distribuições pelo teste 21 Kolmogorov Smirnov. O erro aceito para todas as medidas será correspondente a 5% com nível de significância de 95%. A sub-fase qualitativa, pretende conhecer a vivência do enfermeiro diante de situações de violência contra pessoa idosa, e o conhecimento do idoso sobre a violência e questões relacionadas. O seguimento desta fase será ancorado pela abordagem qualitativa sob a perspectiva da fenomenologia social de Alfred Schutz (SCHUTZ, 2003). A terceira e última etapa consistirá em construção e validação dos instrumentos para auxiliar o enfermeiro na prática profissional voltada ao atendimento à pessoa idosa em situação de violência. Para cada tipo de instrumento (instrumento de coleta de dados, protocolos, fluxogramas de atendimento) será construída uma metodologia específica que atenda às características do instrumento e do serviço onde o mesmo poderá ser utilizado. Esta etapa será constituída por estudo metodológico pautada no modelo de Pasquali (2013), o qual baseia-se na construção de três procedimentos que são denominados teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos). Vigência do projeto: agosto de 2019 a dezembro de 2021.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações da versão aprovada pelo parecer consubstanciado nº 3.445.490

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações da versão aprovada pelo parecer consubstanciado nº 3.445.490

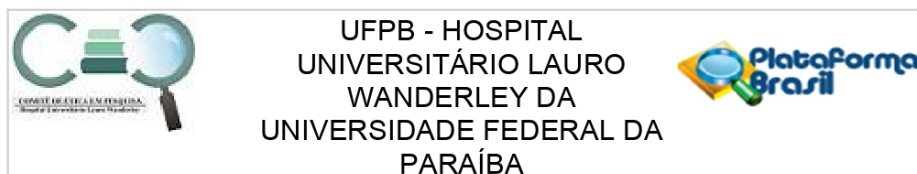
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Por ocasião da 3ª emenda do projeto em tela, os pesquisadores informam a inclusão no projeto da realização de grupos focais para a coleta de dados da etapa intitulada: Instrumentalização Da Enfermagem Forense Diante Do Cuidado Ao Idoso Hospitalizado. O grupo focal subsidiará, segundo os pesquisadores, a elaboração de instrumentos que captem informações sobre a prática da enfermagem forense na realidade dos enfermeiros participantes do estudo. O principal objetivo da utilização desta técnica de coleta de dados é a de extrair material empírico a partir da interação entre os participantes do grupo, afim de responder a alguns dos seus objetivos específicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Além dos Termos de apresentação listados no parecer consubstanciado nº 3.445.490, foram apresentados conteúdo descritivo da emenda, projeto na íntegra com destaque do conteúdo

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.709.600

objeto da emenda na descrição do método e na atualização do cronograma com a inserção das etapas de coleta de dados através de grupo focal. Destaca-se que não foi apresentado um Termo de Consentimento destinados aos enfermeiros que participarão do grupo focal contendo o conteúdo informativo e pertinente a este tipo de participação específica.

Recomendações:

Considerando a descrição de pendência devidamente especificadas neste parecer, recomendamos a correção desta, para dar encaminhamento a continuidade do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que, por ocasião da emenda, realizar-se-á um procedimento específico de coleta de dados (grupo focal) aos quais serão submetidos os participantes enfermeiros; que anteriormente a esta 3ª versão de emenda, este método de coleta de dados/material empírico não foi previsto pelo projeto e portanto as informações sobre a participação dos enfermeiros no grupo focal não está contemplado no TCLE dos juízes; será necessário apresentar Termo de Consentimento destinados aos enfermeiros que participarão do grupo focal, contendo o conteúdo informativo e pertinente a este tipo de participação.

Diante desta única pendência o pesquisador responsável foi informado e enviou o TCLE conforme solicitação, e o arquivo foi adicionado aos demais documentos do protocolo.

Considerando que a quinta versão do projeto (3ª emenda) está adequada aos preceitos da Resolução 466/2012 do CNS/MS, sou de parecer favorável a provação a sua aprovação.

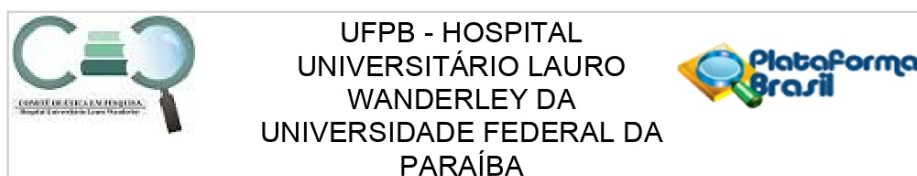
Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO da EMENDA ao protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 12 de novembro de 2019.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

. O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.709.600

O protocolo de pesquisa, segundo cronograma apresentado pelo pesquisador responsável, terá vigência até dez de 2022.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de Notificação, o Relatório parcial ou final ao CEP/HULW para apreciação e emissão da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_145761_2_E3.pdf	22/10/2019 12:00:06		Aceito
Outros	EmendaGF.pdf	22/10/2019 11:59:05	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoGF.pdf	22/10/2019 11:55:12	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	respostas.pdf	24/09/2019 11:15:43	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_modificado.pdf	24/09/2019 10:48:39	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_Pesquisador_alan.pdf	27/06/2019 22:43:21	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	carta_resposta_cep.pdf	27/06/2019 22:40:18	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO.pdf	21/06/2019 10:11:47	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JUI.pdf	21/06/2019 10:11:05	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_IDO.pdf	21/06/2019 10:10:57	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_ENF.pdf	21/06/2019 10:10:44	Rafaella Queiroga Souto	Aceito

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

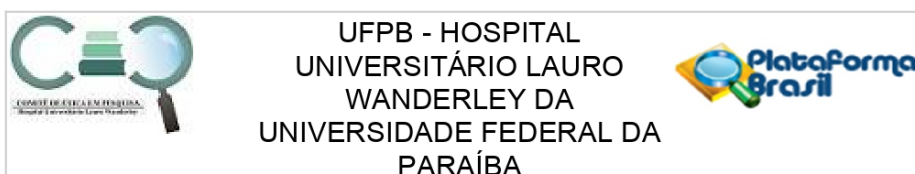
UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

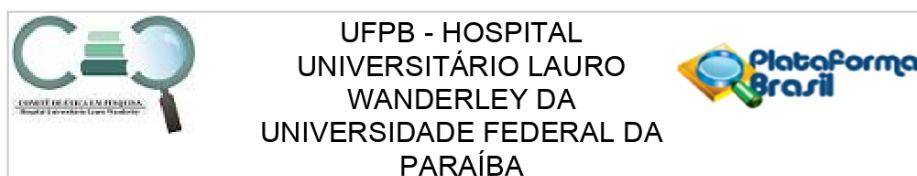
E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.709.600

Justificativa de Ausência	TCLE_ENF.pdf	21/06/2019 10:10:44	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Folha de Rosto	scan.pdf	21/06/2019 10:03:06	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_universal_CEP.pdf	06/05/2019 11:27:09	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	quali_enfermeiros.pdf	06/05/2019 11:23:31	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	quali_idosos.pdf	06/05/2019 11:22:56	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	Protocolo_enfermeiro.pdf	06/05/2019 11:22:32	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	Protocolo_idoso.pdf	06/05/2019 11:19:55	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_juizes.pdf	06/05/2019 11:19:13	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_idosos.pdf	06/05/2019 11:17:26	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_enfermeiro.pdf	06/05/2019 11:17:04	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	certidaoPPGenf.PDF	06/05/2019 11:10:17	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	cartaRespostaCEP.pdf	06/05/2019 11:09:43	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	Anuencia_Setorial_2.pdf	22/03/2019 21:22:35	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	Anuencia_Setorial_1.pdf	22/03/2019 21:22:17	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	anuenciaHUAC.pdf	22/03/2019 21:21:52	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia.PDF	22/03/2019 21:21:06	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Idosos_e_Enfermeiros.pdf	22/03/2019 21:20:38	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto.pdf	22/03/2019 21:20:24	Rafaella Queiroga Souto	Aceito

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.709.600

Investigador	projeto.pdf	22/03/2019 21:20:24	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
--------------	-------------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 18 de Novembro de 2019

Assinado por:

MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INSTRUMENTALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM FORENSE DIANTE DO CUIDADO AO IDOSO HOSPITALIZADO

Pesquisador: Rafaella Queiroga Souto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10179719.9.3001.5182

Instituição Proponente: Hospital Universitário Alcides Carneiro - Campina Grande/PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.594.339

Apresentação do Projeto:

Segundo o pesquisador a Enfermagem Forense é uma especialidade recentemente reconhecida no Brasil, deste modo, precisa ser instrumentalizada. Uma de suas competências é atuar na prevenção, detecção precoce e cuidado ao idoso em situação de violência. Objetivar-se-á instrumentalizar o enfermeiro que atua na rede hospitalar na perspectiva da enfermagem forense. O estudo ocorrerá nos hospitais universitários dos municípios de Campina Grande e de João Pessoa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Instrumentalizar o enfermeiro que atua nos serviços de saúde hospitalares sob a perspectiva da enfermagem forense e subsidiar a elaboração de políticas públicas locais, regionais e nacionais que regulamentem e normatizem a prática profissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador os riscos e benefícios da pesquisa serão:

Riscos:

Esta pesquisa oferecerá riscos mínimos aos seus participantes, principalmente relacionados ao

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG**



Continuação do Parecer: 3.594.339

desconforto que podem sentir ao responder aos questionários, as entrevistas e/ou participar das intervenções. Os participantes podem se sentir constrangidos. No intuito de minimizar qualquer possível constrangimento, os pesquisadores se comprometem a explicar detalhadamente todas as ações que serão realizadas, desde a aplicação dos questionários até a realização das intervenções propriamente ditas. Será oferecido aos participantes toda a segurança, respeito e privacidade possíveis. Os encontros serão realizados em dia, horário e local mais conveniente para os pesquisados. As entrevistas serão individuais e em local reservado e em curta duração. Os pesquisadores deixarão claro, desde o início que se o participante se sentir constrangido ou não queira responder a qualquer questionamento, poderá interromper sua participação em qualquer momento. Caso necessite de apoio psicológico e/ou emocional após ou durante sua participação, o participante poderá ser encaminhado para acompanhamento de profissionais habilitados na própria unidade de saúde onde a pesquisa será realizada ou em serviço de apoio especializado, o NASF.

Benefícios:

O presente estudo oferecerá benefícios diretos e indiretos aos participantes. A área da enfermagem possibilitará a instrumentalização profissional para detecção de idosos em situação de violência, além de lhes fornecer subsídios para tomada de decisões em casos confirmados. Os idosos (não apenas os participantes do presente estudo) serão beneficiados por lhes viabilizar maiores esclarecimentos sobre o fenômeno, receberão ferramentas de comunicação deste agravo a sua saúde e melhor assistência de enfermagem no combate a violência. Os conhecimentos compartilhados contribuirão com o desenvolvimento da enfermagem forense, além de despertar nos alunos envolvidos o desejo de se especializarem e/ou se capacitarem para o atendimento a demanda do idoso em situações de violência. Esta experiência poderá servir como exemplo para outras áreas do conhecimento ou para outros serviços, quando busca o fortalecimento da relação entre o ensino, o serviço e a comunidade por meio de uma pesquisa participativa e baseada nas necessidades dos participantes. Os conhecimentos compartilhados contribuirão com o desenvolvimento da enfermagem forense, além de despertar nos alunos envolvidos o desejo de se especializarem e/ou se capacitarem para o atendimento a demanda do idoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa denota relevância científica por buscar fomentar evidências científicas sobre a

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG**



Continuação do Parecer: 3.594.339

temática, fortalecendo esta área do conhecimento; fortalecer além da área de conhecimento, os programas de pós graduação e de graduação os quais os alunos e professores vinculados ao projeto estão alocados; capacitar os enfermeiros dos respectivos setores que participarão da pesquisa em relação ao manejo de casos de violência contra o idoso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados ao sistema os seguintes termos:

1. Folha de rosto
2. Projeto completo
3. TCLEs
4. Termo de anuência institucional
5. Termo dos pesquisadores
6. Instrumentos de coleta de dados
7. Termo de Anuência Institucional
8. Cronograma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem inadequações éticas para o início da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Liberado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1362257.pdf	18/09/2019 20:59:21		Aceito
Outros	respostas.pdf	18/09/2019 20:57:18	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	Protocol_enfermeiro.pdf	18/09/2019 20:44:05	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	Protocolo_Idosos.pdf	18/09/2019 20:41:44	Rafaella Queiroga Souto	Aceito

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG**



Continuação do Parecer: 3.594.339

Outros	cartaresposta.pdf	20/08/2019 15:47:47	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_universal_CEP.pdf	06/05/2019 11:27:09	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	quali_enfermeiros.pdf	06/05/2019 11:23:31	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	quali_idosos.pdf	06/05/2019 11:22:56	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	Protocolo_enfermeiro.pdf	06/05/2019 11:22:32	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	Protocolo_idoso.pdf	06/05/2019 11:19:55	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE__juizes.pdf	06/05/2019 11:19:13	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_idosos.pdf	06/05/2019 11:17:26	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_enfermeiro.pdf	06/05/2019 11:17:04	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	certidaoPPGenf.PDF	06/05/2019 11:10:17	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	cartaRespostaCEP.pdf	06/05/2019 11:09:43	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	Anuencia_Setorial_2.pdf	22/03/2019 21:22:35	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	Anuencia_Setorial_1.pdf	22/03/2019 21:22:17	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	anuenciaHUAC.pdf	22/03/2019 21:21:52	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia.PDF	22/03/2019 21:21:06	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Idodos_e_Enfermeiros.pdf	22/03/2019 21:20:38	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	22/03/2019 21:20:24	Rafaella Queiroga Souto	Aceito

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG



Continuação do Parecer: 3.594.339

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 24 de Setembro de 2019

Assinado por:

Andréia Oliveira Barros Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br