



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL  
EM GERONTOLOGIA**



**CESAR AUGUSTO DE FREITAS E  
RATHKE**

**PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENDIMENTO MÉDICO  
HOSPITALAR À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

**JOÃO  
PESSOA/PB2021**

**Catálogo na publicação Seção de  
Catálogo e Classificação**

R234p Rathke, Cesar Augusto de Freitas e.

Protocolo clínico de atendimento médico hospitalar à  
pessoa idosa em situação de violência / Cesar Augusto  
de Freitas e Rathke. - João Pessoa, 2021.

179 f. : il.

Orientação: Rafaella Queiroga Souto.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Gerontologia - Maus-tratos ao idoso. 2. Idoso -  
Violência. 3. Médicos. 4. Protocolo clínico. 5.  
Serviços hospitalares. I. Souto, Rafaella Queiroga. II.  
Título.

UFPB/BC

CDU 613.98-058.68(043)

CESAR AUGUSTO DE FREITAS E RATHKE

**PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENDIMENTO MÉDICO  
HOSPITALAR À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE  
VIOLÊNCIA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Área de Concentração: Gerontologia.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas na Atenção à Saúde e Envelhecimento.

Orientadora: Profa. Dra. Rafaella Queiroga Souto.

João Pessoa/PB

2021

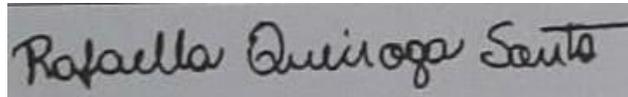
CESAR AUGUSTO DE FREITAS E RATHKE

**PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENDIMENTO MÉDICO  
HOSPITALAR À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE  
VIOLÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia  
(Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para obtenção de  
Título de Mestre em Gerontologia.

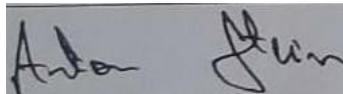
Aprovada em 12 de novembro de 2021.

**COMISSÃO JULGADORA**



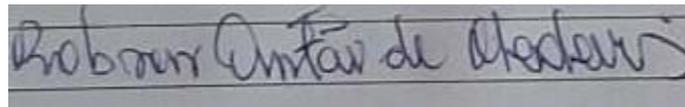
---

Profa. Dra. Rafaella Queiroga Souto  
Presidente da Banca (Orientadora)  
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB



---

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein  
Membro Externo Titular  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre



---

Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros  
Membro Interno Titular  
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB

À minha esposa Luisiane, por todo amor,  
companheirismo e  
apoio. À nossa filha Elisa, fonte  
permanente de motivação para minha  
evolução profissional  
e pessoal.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora, Prof. Dra. Rafaella Queiroga Souto, pelo suporte e orientação nesse retorno à vida acadêmica, compartilhando seu conhecimento e sua vasta experiência em produção científica.

Agradeço à enfermeira doutora Gabriela Maria Cavalcanti Costa e à enfermeira doutoranda Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro pelo auxílio inestimável na revisão deste trabalho.

A todos os professores do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia pelos conhecimentos compartilhados.

Aos meus colegas de mestrado pelo convívio agradável e fraterno e pela grande troca de conhecimentos e experiências. Agradecimento especial à colega Cícera Patrícia Daniel Montenegro pelo suporte contínuo ao longo desse processo.

Aos meus colegas do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Forense - GEPEFO. À Secretária do Curso, pela cooperação.

Aos colegas médicos geriatras pela presteza e pela inestimável colaboração com os resultados deste trabalho ao avaliarem o produto desta dissertação.

Gostaria de registrar também o meu reconhecimento à minha família, pois sem o apoio deles seria muito difícil vencer esse desafio.

Enfim, a todos os que contribuíram de alguma forma para a realização desta pesquisa.

“Devemos aprender durante toda a vida,  
sem imaginar que a sabedoria vem com  
a velhice.”

Platão

RATHKE, Cesar Augusto de Freitas e. **Protocolo clínico de atendimento médico hospitalar à pessoa idosa em situação de violência.** 2020. 179 f. (Dissertação) Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2021.

## RESUMO

**Introdução:** o crescimento absoluto e relativo da população idosa, associado às mudanças na estrutura e nas funções da família e às transformações sociais, tem levado ao aumento da violência contra a pessoa idosa. Os médicos de serviços hospitalares estão em situação privilegiada para detectar e acompanhar os casos. Todavia, há poucos estudos avaliando as competências dos médicos hospitalares diante deste fenômeno, e não existem protocolos nacionais sobre o atendimento hospitalar a pessoas idosas em situação de violência. **Objetivos:** avaliar as competências dos médicos hospitalares diante de pessoas idosas vítimas de violência; propor e validar o conteúdo de um protocolo clínico médico-hospitalar direcionado ao atendimento à pessoa idosa em situação de violência. **Método:** foi realizada uma revisão de escopo e, em seguida, conduzido um estudo metodológico para a elaboração e validação de protocolo clínico de atendimento médico. A revisão de escopo envolveu pesquisa em bases de dados/ bibliotecas/ buscadores e na literatura cinzenta sobre as competências dos médicos de serviços hospitalares diante de casos de violência à pessoa idosa. Para a elaboração do protocolo clínico foram utilizados, além dos estudos obtidos na revisão, guias de elaboração de protocolos; bem como protocolos e diretrizes publicados, estudos científicos e publicações de entidades governamentais e profissionais sobre o tema. A validação do protocolo seguiu o guia *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II* (AGREE II), envolvendo 23 itens distribuídos em 6 domínios e uma avaliação global final, com a recomendação ou não do protocolo. As notas obtidas foram convertidas em percentuais de adequabilidade segundo fórmula do instrumento. Sete juízes especialistas (médicos geriatras com atuação em hospital) realizaram a avaliação em setembro de 2021. **Resultados:** a revisão de escopo revelou falta de conhecimento, com reflexos diretos nas habilidades e atitudes destes profissionais, resultando em não percepção ou omissão em situações de violência ao idoso. A prática médica focada em questões clínicas e em serviços despreparados e desprovidos de protocolos de atuação acentuam essa problemática, o que motivou ao desenvolvimento de um protocolo para subsidiar esse enfrentamento. Na validação, os percentuais obtidos em cada domínio foram superiores ao ponto de corte para se considerar o conteúdo válido, de alta qualidade. Todos os avaliadores recomendaram a utilização deste protocolo. **Discussão:** objetivando atender às solicitações dos juízes e aprimorar o protocolo, foram realizadas modificações nos itens: objetivos (item 1), busca de evidências (item 7), limitações das evidências (item 9), atualização do protocolo (item 14), facilidade de acesso às recomendações-chave (item 17). **Considerações finais:** o protocolo desenvolvido teve conteúdo considerado válido pelos juízes especialistas, os quais recomendaram sua aplicação prática. Pretende-se que este protocolo auxilie o profissional e os serviços pelo estabelecimento de processos organizados e condutas padronizadas baseadas em evidências, colaborando para uma redução efetiva desse grave problema de saúde pública.

**Descritores:** Maus-Tratos ao Idoso. Idoso. Médicos. Protocolos. Serviços Hospitalares.

RATHKE, Cesar Augusto de Freitas e. **Medical protocol for hospital care for elderly people in situations of violence**. 2020. 179 p. (Dissertation) Professional Master's Program in Gerontology - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2021.

## ABSTRACT

**Introduction:** the absolute and relative growth of the elderly population, associated with changes in the structure and functions of the family and social changes, has led to an increase in violence against the elderly. Hospital service physicians are in a privileged position to detect and monitor cases. However, there are few studies evaluating the competencies of hospital doctors in face of this phenomenon, and there are no national protocols on hospital care for the hospital care of elderly people in situations of violence. **Objectives:** to assess the competences of hospital doctors facing elderly victims of violence; to propose and validate the content of a medical-hospital clinical protocol aimed at assisting elderly people in situations of violence. **Method:** a scope review was carried out and then a methodological study was carried out for the development and validation of a clinical protocol for medical care. The scope review involved research in databases/libraries/searchers and in gray literature on the competences of hospital services physicians in cases of violence against the elderly people. For the elaboration of the clinical protocol, in addition to the studies obtained in the review, guidelines for the elaboration of protocols were used; as well as published protocols and guidelines, scientific studies and publications by government and professional entities on the subject. The protocol validation followed the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) guide, involving 23 items distributed in 6 domains and a final global evaluation, with the recommendation or not of the protocol. The grades obtained were converted into adequacy percentages according to the instrument's formula. Seven specialist judges (geriatricians working in hospitals) performed the assessment in September 2021. **Results:** the scope review revealed a lack of knowledge, with direct effects on the skills and attitudes of these professionals, resulting in non-perception or omission in situations of violence against the elderly. The medical practice focused on clinical issues and on unprepared services without working protocols accentuate this problem, which motivated the development of a protocol to support this confrontation. In validation, the percentages obtained in each domain were higher than the cutoff point to consider valid, high-quality content. All evaluators recommended the use of this protocol. **Discussion:** aiming to meet the judges' requests and improve the protocol, modifications were made in the items: objectives (item 1), search for evidence (item 7), evidence limitations (item 9), protocol update (item 14), easy access to key recommendations (item 17). **Final considerations:** the developed protocol had content considered valid by the expert judges, who recommended its practical application. It is intended that this protocol helps professionals and services by establishing organized processes and standardized evidence-based approaches, contributing to an effective reduction of this serious public health problem.

**Keywords:** Elder Abuse. Aged. Doctors. Protocols. Hospital Services

RATHKE, Cesar Augusto de Freitas e. **Protocolo médico de atención hospitalaria a personas mayores en situaciones de violencia**. 2020. 179 h. (Disertación) Programa de Maestría Profesional en Gerontología - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2021.

## RESUMEN

**Introducción:** el crecimiento absoluto y relativo de la población anciana, asociado a cambios en la estructura y funciones de la familia y transformaciones sociales, ha provocado un aumento de la violencia contra las personas mayores. Los médicos del servicio hospitalario se encuentran en una posición privilegiada para detectar y monitorear casos. Sin embargo, existen pocos estudios que evalúen las competencias de los médicos hospitalarios ante este fenómeno, y no existen protocolos nacionales de atención hospitalaria para personas mayores en situación de violencia. **Objetivos:** evaluar las competencias de los médicos hospitalarios frente a ancianos víctimas de violencia; proponer y validar el contenido de un protocolo clínico médico-hospitalario dirigido a la atención de personas mayores en situaciones de violencia. **Método:** se realizó una revisión de escopo y, en secuencia, se realizó un estudio metodológico para el desarrollo y validación de un protocolo clínico para la atención médica. La revisión del alcance involucró la investigación en bases de datos / bibliotecas / buscadores y en literatura gris sobre las competencias de los médicos en los servicios hospitalarios en casos de violencia contra las personas mayores. Para la elaboración del protocolo clínico, además de los estudios obtenidos en la revisión, se utilizaron guías para la elaboración de protocolos; así como protocolos y guías publicados, estudios científicos y publicaciones de entidades gubernamentales y profesionales en la materia. La validación del protocolo siguió la guía Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II), que consta de 23 ítems distribuidos en 6 dominios y una evaluación global final, con la recomendación o no del protocolo. Las calificaciones obtenidas se convirtieron en porcentajes de adecuación según la fórmula del instrumento. Siete jueces especialistas (geriatras que trabajan en hospitales) realizaron la evaluación en septiembre de 2021. **Discusión:** con el objetivo de atender las solicitudes de los jueces y mejorar el protocolo, se realizaron modificaciones en los ítems: objetivos (ítem 1), búsqueda de evidencia (ítem 7), limitaciones de la evidencia (ítem 9), actualización del protocolo (ítem 14), facilidad acceso a recomendaciones clave (ítem 17). **Consideraciones finales:** el protocolo desarrollado tuvo contenido considerado válido por los jueces expertos, quienes recomendaron su aplicación práctica. Se pretende que este protocolo ayude a los profesionales y servicios mediante el establecimiento de procesos organizados y comportamientos estandarizados basados en la evidencia, contribuyendo a una reducción efectiva de este grave problema de salud pública.

**Keywords:** Maltrato a los ancianos. Anciano. Doctores. Protocolos. Servicios hospitalarios

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Percentuais de adequabilidade do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência segundo cada domínio avaliado pelo instrumento AGREE II. ....	69
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pontuação da avaliação do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência pelo domínio 1 do instrumento AGREE II. ....	60
Tabela 2 - Pontuação da avaliação do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência pelo domínio 2 do instrumento AGREE II. ....	61
Tabela 3 - Pontuação da avaliação do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência pelo domínio 3 do instrumento AGREE II. ....	63
Tabela 4 - Pontuação da avaliação do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência pelo domínio 4 do instrumento AGREE II. ....	65
Tabela 5 - Pontuação da avaliação do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência pelo domínio 5 do instrumento AGREE II. ....	67
Tabela 6 - Pontuação da avaliação do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência pelo domínio 6 do instrumento AGREE II. ....	68

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características dos estudos incluídos na revisão de escopo sobre as competências dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência. ....	32
Quadro 2 - Conhecimentos dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência nos estudos incluídos na revisão de escopo. ....	33
Quadro 3 - Habilidades dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência nos estudos incluídos na revisão de escopo. ....	35
Quadro 4 - Atitudes dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência nos estudos incluídos na revisão de escopo. ....	36
Quadro 5 - Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados/ bibliotecas/ buscadores e literatura cinzenta incluídos na revisão de escopo sobre as competências dos médicos hospitalares diante de casos de violência contra a pessoa idosa. ....	49
Quadro 6 – Perfil dos juízes especialistas geriatras avaliadores do protocolo de atenção hospitalar à pessoa idosa em situação de violência.....	59
Quadro 7 - Pontuação global do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência segundo cada juiz especialista. ....	70

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma das etapas do estudo.....	47
Figura 2 - Fluxograma de busca e seleção dos estudos sobre as competências dos médicos hospitalares diante de casos de VCPI.....	51
Figura 3 - Cálculo da porcentagem total por domínio no instrumento AGREE II.....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGREE II	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II</i>
BDTD	Base Digital de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCS	Centro de Ciências de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CDSR	<i>Cochrane Directory of Systematic Reviews</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
MDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PMPG	Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyzes</i>
RCAAP	Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SDH	Secretaria de Direitos Humanos
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
VCPI	Violência Contra a Pessoa Idosa

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	17
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	19
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	25
2.1. Violência contra a pessoa idosa	25
2.2. Evidências científicas sobre as competências dos médicos hospitalares diante ___ de idosos em situação de violência	31
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b>	47
3.1. Tipo de estudo	47
3.2. Etapas do estudo	47
3.3. População e Amostra	54
3.4. Instrumentos e Procedimentos e para coleta dos dados	55
3.5. Análise dos dados	55
3.6. Aspectos éticos	57
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	59
4.1. Resultados e discussão centrados na pesquisa	59
4.2. Apresentação do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência	71
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	73
<b>REFERÊNCIAS</b>	74
<b>APÊNDICES</b>	80
<b>ANEXOS</b>	163

## APRESENTAÇÃO

Esta dissertação faz parte da linha de pesquisa “Políticas e práticas na atenção à saúde e envelhecimento” do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia (PMPG) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

A preocupação com a temática abordada neste trabalho advém da progressão deste fenômeno em virtude do grande crescimento relativo e absoluto da população idosa, agregando sua vulnerabilidade a um cenário de mudanças na estrutura e nas funções da família e de transformações sociais, traduzido no expressivo aumento da violência contra a pessoa idosa sob as mais diferentes formas.

Nessa realidade, onde os maus-tratos ao idoso são frequentes, perturbadores e pouco diagnosticados, o contato do idoso com a equipe médica, independentemente do motivo, é oportunidade única para detecção e abordagem inicial. As vítimas de violência não necessariamente consultam com frequência maior do que a média da faixa etária na atenção primária, mas provavelmente o farão em serviços hospitalares ou em ambulatórios de especialidades.

Os médicos, seja por formação centrada em diagnósticos e tratamentos de enfermidades clínicas, seja por rotina de serviço focada no uso racional do tempo para atender múltiplos casos, onde questões “familiares” ou “sociais” são encaminhadas a outros profissionais, costumam ser dos que menos diagnosticam e relatam casos de maus-tratos. Valores pessoais e desconhecimento colaboram fortemente para esse cenário, o qual salienta a grande necessidade de sensibilização e capacitação desta categoria profissional.

Essa temática tem sido constantemente abordada e desenvolvida entre médicos de atenção primária. Entre seus pares do meio hospitalar, todavia, há poucos estudos, e as ferramentas de abordagem disponíveis não são validadas no contexto hospitalar. Da mesma forma, não há instrumentos desenvolvidos para os médicos hospitalares em nosso país. Embora relatar um caso de suspeita de abuso não desperte a mesma atenção de uma intervenção clínica que salva uma vida, pode ser a única ação que alivia o sofrimento e pode interromper um ciclo de violência.

Além da anamnese e do exame físico decorrentes da condição que levou à busca por atendimento, há o natural e essencial estabelecimento do vínculo médico-paciente desde o primeiro contato. Essa relação se estende aos familiares, cuidadores e demais

acompanhantes, permitindo tanto a obtenção de informações relevantes quanto a observação da interação entre os presentes, onde os comportamentos e sentimentos podem indicar variadas formas de abuso ou sugerir investigações posteriores. Serviços hospitalares podem proporcionar as condições necessárias para a avaliação do caso, como sigilo, privacidade, exames complementares e abordagem multidisciplinar.

O abuso de idosos não é apenas uma questão de saúde, mas também social, legal e ética. Todos os profissionais de saúde são parte integrante de uma equipe maior de profissionais aliados em prol do bem-estar do idoso. Os médicos têm um papel importante na determinação de descobertas de abuso e negligência, relatando suspeitas de casos e descobrindo barreiras e apoios na detecção e gestão de casos de abuso de idosos, além de poderem articular de forma abrangente o cuidado dos casos.

Constitui-se, portanto, oportunidade ímpar para elaboração de um produto de grande utilidade e único em nosso meio. A possibilidade de incrementar a abordagem de temática tão presente e, paradoxalmente, pouco abordada na prática profissional cotidiana, traz reflexões importantes e demandas de novas perspectivas de abordagens que precisam ser difundidas e incorporadas com brevidade à prática clínica nos serviços de atendimento médico hospitalar que atendem pessoas idosas.

A atuação como médico em Medicina de Família e Comunidade, atendendo famílias carentes em periferias, e em Psiquiatria, atendendo em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), trouxe a percepção dessa triste realidade do envelhecer, gerando o desejo incessante de contribuir para a progressiva mudança em olhar e atitudes diante dessa população dentro de uma perspectiva centrada na promoção e proteção da saúde no sentido mais amplo aos nossos idosos. Portanto, poder contribuir efetivamente com o melhor manejo dos casos de maus-tratos aos idosos é uma autêntica forma de realização profissional enquanto médico, filho e neto de idosos ciente da urgência em aprimorarmos para o combate a essa problemática.

## 1 INTRODUÇÃO

O percentual representado pelos idosos na população vem crescendo rapidamente. A Divisão de População da Organização das Nações Unidas (ONU) apurou que o grupo populacional de 60 anos ou mais era de 202 milhões em 1950, superou 900 milhões em 2015 e passará para 2 bilhões em 2050. Em termos relativos, estima-se que a proporção de idosos na população mundial alcançará quase 12% do total em 2030, superará os 16% em 2050 e poderá aproximar de 23% até 2100 (ONU, 2019).

No Brasil, prevê-se um aumento ainda mais rápido, em que o número de idosos de 60 anos ou mais em 1950 correspondia a 2,6 milhões (4,9% do total da população) e alcançará 29,9 milhões em 2020 (14%) (ONU, 2019). Segundo as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), essa população poderá corresponder a 32,2% em 2060, perfazendo cerca de 73 milhões de idosos no país (IBGE, 2019).

Entretanto, esse crescimento populacional que reflete a maior expectativa de vida não foi acompanhado por uma evolução equivalente nas relações entre os diferentes ciclos da vida e no papel do Estado enquanto agente organizador e protetor. Do ponto de vista social, a visão sobre a velhice e o envelhecer é carregada de preconceitos, considerando essa fase da vida como sinônimo de aposentadoria, adoecimentos e limitações. Essas representações sociais da velhice relacionam predominantemente a perdas, numa conotação negativa que afeta o idoso, suas relações pessoais e sociais e os cuidados a ele prestados (CRUZ, 2011), revestindo de complexidade o entendimento amplo dessa realidade.

Essa visão negativa do envelhecimento no imaginário popular, numa sociedade que sustenta a ideia de que o indivíduo vale pelo que produz e ganha, idosos fora do mercado de trabalho e recebendo baixos valores de aposentadoria acabam sendo considerados inúteis (MINAYO, 2014). Desse modo, as limitações físicas, mentais e psicológicas já eventualmente enfrentadas são somadas a essa imagem de indivíduos doentes, dependentes e frágeis, sem relevância social, que se manifestam tanto na sociedade quanto na esfera familiar. Essa conotação negativa da velhice afeta o idoso, suas relações pessoais e sociais e os cuidados a ele prestados (CRUZ, 2011).

Além do estigma e das perdas vivenciadas, as transformações progressivas ocorridas na composição e na dinâmica das famílias, por pressão de necessidades socioeconômicas e consequente adoção de novos estilos de vida, também impactam no desamparo aos idosos. Esse processo acarretou redução do convívio intrafamiliar e

rupturas nas relações intergeracionais, afetando negativamente os vínculos afetivos e facilitando a ocorrência de situações de violência (ONU, 2018; MINAYO, 2014). Essa associação do crescimento da população idosa com as mudanças na estrutura e nas funções da família e às transformações sociais, tem se traduzido no aumento da violência contra a pessoa idosa - VCPI (MALLET et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a VCPI como um “ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada, ocorrendo em qualquer relacionamento em que haja expectativa de confiança que causa danos ou sofrimento a uma pessoa idosa”, prejudicando sua integridade física e emocional e impedindo o desempenho de seu papel social (WHO, 2002a). Esse conceito salienta que esta violência decorre da quebra dos vínculos de confiança dos idosos em relação às pessoas e às instituições (MICHELETTI et al., 2011).

São múltiplos os tipos de violência que os vitimam, envolvendo abusos e maus tratos de ordem física, emocional, financeira, sexual, bem como abandono, negligência e autonegligência, em quaisquer ambientes (SÃO PAULO, 2013; BRASIL, 2014). Por conseguinte, a violência contra os idosos também se constitui em importante problema de saúde pública, pois permeia todos os aspectos de saúde e demanda o desenvolvimento e a implementação de ações dos órgãos ligados ao sistema de saúde que viabilizem a prevenção e o enfrentamento da questão (MINAYO, 2005; RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A VCPI resulta em consequências negativas às vítimas, que se estendem muito além dos danos óbvios (LACHS; PILLEMER, 2015), como risco aumentado de consultas por maior variedade de motivos, de institucionalização, de hospitalização e de morte (NOVA ZELÂNDIA, 2007; BRASIL, 2014; LACHS; PILLEMER, 2015; ALVES; SERRÃO, 2018),

além de maiores taxas de depressão, ansiedade e outros sofrimentos mentais (LACHS; PILLEMER, 2015). É, portanto, causa importante de sofrimento psicossocial, morbidades e mortalidade prematura nesta população.

A questão é, portanto, multifatorial, revestida de complexidade e, usualmente, subnotificada (ALVES; SERRÃO, 2018). A maioria dos casos é intrafamiliar, sendo dois terços cometidos por filhos e cônjuges das vítimas, o que leva o idoso até a defender o agressor diante da dependência, do medo de represália e da iminência de tornar pública uma situação privada (BERZINS; WATANABE, 2005; ALVES; SERRÃO, 2018).

Levantamento da OMS (2014) mostrou uma média global de 6% dos idosos

tendo sofrido agressões, sendo o percentual amplamente variável entre os países desenvolvidos (entre 0,8% na Espanha a 32% na Bélgica). No Brasil, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), revelaram que, em 2009 (primeiro ano disponível no atual sistema) foram notificados 1.973 casos de violência contra a pessoa idosa. Em 2012, foram notificados 8.891 casos. Em 2015, foram 14.230 notificações, número que saltou para 23.702 em 2019 (6,37% de todas as violências interpessoais e autoprovocadas), totalizando 116.429 notificações no período de 2009 a 2018 (BRASIL, 2019a).

O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MDH), por meio do Disque 100 “Módulo Idoso do Disque Direitos Humanos”, serviço que recebe, analisa e encaminha denúncias de violações de direitos humanos, incluindo pessoas idosas, revela que o número total de denúncias no país saltou de 8.224 em 2010 para 37.454 em 2018, sendo as principais violências a Negligência (79,54%), o Abuso Financeiro e Econômico/Violência Patrimonial (41,7%) e a Violência Física (26,49%) (BRASIL, 2019b). Tal panorama evidencia a natureza multidimensional do problema e a concomitância de diversas formas de violências num mesmo indivíduo (LACHS; PILLEMER, 2004; ACIERNO, 2010; FIGUEIREDO, 2016), fato demonstrado pela soma dos percentuais das violências superar os 100%.

Os números da violência ao idoso podem ser ainda maiores dada a subnotificação, tornando o problema ainda mais inquietante. A falta de detecção e de notificação decorre de diversos fatores e, no Brasil, estudo realizado no Rio de Janeiro sobre atendimento às vítimas enfatizou que apenas um pequeno percentual de serviços de saúde realiza a notificação desses agravos, notadamente pela dificuldade dos profissionais em identificar casos e por falta de orientações por parte das instituições sobre os procedimentos para a abordagem (RIBEIRO et al., 2012).

A parcela da mortalidade da população idosa que advém da violência é, lamentavelmente, substancial. Segundo Minayo (2014), é a sexta causa, com crescimento progressivo evidente nas estatísticas de notificações. De acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) em 2012 ocorreram 25.700 óbitos em idosos decorrentes de causas externas (acidentes e violências). Já em 2019, esse número aumentou para 34.439 casos, perfazendo 3,8% do total de óbitos em indivíduos maiores de 60 anos e representando um crescimento de 30,13% em seis anos (BRASIL, 2019c). Estes dados representam apenas parte dessa importante problemática, uma vez que o SIM registra somente a mortalidade do sistema de saúde.

Não obstante ser pouco reconhecida e notificada, a VCPI também carece de abordagem oficial visando a estratégias de enfrentamento. Conforme apontado pelo Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência, dois terços dos países afirmaram não dispor de serviços de proteção a adultos destinados ao atendimento de idosos vulneráveis (OMS, 2014). Esse é o resultado da cultura dominante na sociedade moderna, que prioriza o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas direcionadas a crianças e jovens, mas que necessita superar preconceitos, investir em formação de profissionais competentes para lidar com seus idosos e estruturar essa assistência (BRASIL, 2014a). Tal contexto torna particularmente desafiador o enfrentamento da questão.

A resposta mais promissora à natureza complexa dos casos de VCPI tem sido a capacitação de equipes multiprofissionais para a abordagem dos casos (LACHS; PILLEMER, 2015). Um time composto por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, advogados e participantes da comunidade atuando de forma coordenada constituem a melhor abordagem prática na assistência às vítimas (RIZZO et al., 2015). Os profissionais de saúde, tanto pelo contato com vítimas, cuidadores e familiares de uma maneira que possibilita detecção, abordagem, medidas preventivas e cuidado continuado, quanto pela grande responsabilidade que possuem e que assumem diante dos casos evidenciados, devem ser adequadamente capacitados para viabilizar aos idosos cuidados, orientação e a tomada das medidas protetivas necessárias contra a violência constatada (MICHELETTI et al., 2011; RIO GRANDE DO SUL, 2016; OLIVEIRA et al., 2018).

Sendo a violência ao idoso frequente, impactante e pouco diagnosticada, o contato do idoso com a equipe médica, independentemente do motivo, é oportunidade importantíssima para detecção e abordagem inicial. A consulta médica numa unidade hospitalar pode ser a única oportunidade na qual um idoso socialmente isolado pode ser avaliado fora do domicílio (DONG; SIMON, 2013; ROSEN et al., 2018).

Adicionalmente, há evidências de que pessoas idosas vítimas de violência e negligência têm menor probabilidade de receber atendimento em Atenção Primária do que outros idosos e, provavelmente, receberão cuidados hospitalares, geralmente de emergência, com maior frequência (DONG; SIMON, 2013). E, no cenário hospitalar, estarão em contato com profissionais em condições de observar, dialogar e examinar, muitas vezes a melhor oportunidade para o diagnóstico (ROSEN et al., 2018).

A relação de vínculo médico-paciente se estende aos familiares, cuidadores e

demais acompanhantes. Isso permite tanto a obtenção de informações relevantes quanto a observação da interação entre os presentes, em que os comportamentos e sentimentos podem indicar variadas formas de abuso ou sugerir investigações posteriores (LACHS; PILLEMER, 2015).

A atuação do médico não se restringe ao diagnóstico e ao manejo de efeitos físicos da violência. Cabe ao profissional participar da organização da abordagem multiprofissional, sensibilizar o serviço para abraçar a questão e encaminhar para o tratamento das repercussões e a devida responsabilização dos causadores (inclusive do ponto de vista legal, auxiliado pelo Serviço Social e pela administração do serviço) (DONG; SIMON, 2013). O Estatuto do Idoso reforçou o dever de notificação dos casos pelos serviços de saúde ao tornar esse ato compulsório, com comunicação mandatória à autoridade competente – polícia, Ministério Público, Conselho da Pessoa Idosa (BRASIL, 2003).

No entanto, a literatura aponta que poucos médicos perguntam sobre abuso, tanto em atenção primária quanto hospitalar (KENNEDY et al., 2005; TAYLOR et al., 2006; WAGENAAR et al., 2010; SCHMEIDEL et al., 2012; MYDIN et al., 2017). Também voltavam sua prática à abordagem de questões clínicas, sem priorizar a pesquisa de maus-tratos, algo mais natural e mais fácil do que lidar com questões legais e sociais (O'BRIEN, 2010; SCHMEIDEL et al., 2012; MYDIN et al., 2017).

O tempo curto e a necessidade imposta do uso racional deste, internalizada na prática, também foi apontado como barreira à abordagem na clínica médica (SCHMEIDEL et al., 2012; MYDIN et al., 2017; ROSEN et al., 2018). Abordar casos de abuso tem impacto nos valores pessoais e profissionais dos médicos (MYDIN et al., 2017). O processo de pesquisa para identificação oportuna dos sinais sugestivos da ocorrência de alguma forma de abuso é fundamental, e o médico se encontra em posição privilegiada para fazê-lo (DONG; SIMON, 2013; ROSEN et al., 2018).

Desse modo, a proposta deste estudo consistiu na elaboração de um protocolo clínico de atendimento hospitalar ao idoso em situação de violência, levando em conta a imensa capacidade latente do médico de intervir de forma abrangente em todo o processo de manejo dos cenários de abuso, envolvendo prevenção, detecção, notificação, articulação do cuidado, manejo e cuidado continuado.

A oferta de uma ferramenta que oportunize sistematização e orientação de pesquisa e manejo dos casos capacita o médico a realizar de fato o enfrentamento assertivo e efetivo deste grave problema de saúde pública. Não há instrumentos

desenvolvidos e validados com esse fim em nosso país, tampouco estudos de implementação de rotinas próprias de serviços ou utilização de ferramentas internacionais adaptadas à nossa realidade.

Nessa perspectiva, houve a possibilidade de proporcionar um instrumento inovador, com utilidade prática indiscutível para os médicos de serviços hospitalares que atendem cotidianamente pacientes idosos. Um protocolo adequado à realidade e acessível oferece embasamento e sistematização para as condutas necessárias à complexidade inerente às situações de violência, permitindo dirimir as repercussões desse sério agravo.

A partir da problemática explicitada e da visível importância do produto proposto, o presente estudo se norteou pelo seguinte questionamento: como deve atuar o médico hospitalar diante de situação de violência contra uma pessoa idosa?

Nesse cenário, o objetivo do estudo consistiu em propor e validar um protocolo clínicomédico voltado à pessoa idosa em situação de violência atendida em hospital.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

O aumento da longevidade é celebrado como conquista que evidencia de forma inequívoca o progresso da sociedade humana. No entanto, com a extensão da sobrevida dos indivíduos se avolumam de desafios em termos de adaptação cultural, organização social, formulação de políticas públicas e oferta de ações de promoção e proteção à saúde nesse crescente segmento da população (MIRANDA et al., 2016).

As diferentes formas de violência sempre fizeram parte da história como aspecto da relação de poder entre os grupos mais fortes e aqueles denominados mais fracos, como o dos idosos (ARAÚJO; LOBO FILHO, 2009). A visão social sobre a velhice repleta de preconceitos, considera essa fase da vida como sinônimo de aposentadoria, adoecimentos e limitações e tem uma conotação negativa que afeta não apenas o idoso, mas os cuidados a ele prestados (CRUZ, 2011).

A VCPI, apesar de ser um problema desde a origem da humanidade, foi inicialmente descrita na literatura médica somente em 1975, num estudo inglês sobre o fenômeno denominado na época como *granny-battering* (espancamento de avós) (BAKER, 1975), e numa carta ao *British Medical Journal* conclamando médicos e demais profissionais envolvidos com o cuidado ao idoso para atentarem ao problema (BURNSTON, 1975). Muitas tentativas iniciais de definir o espectro clínico e traçar estratégias efetivas de intervenção esbarraram na natureza anedótica do fenômeno ou falharam em termos epidemiológicos (LACHS; PILLEMER, 2015). Na última década, felizmente, houve muitos avanços na qualidade de pesquisas sobre VCPI úteis aos clínicos que cuidam dessa população e de suas famílias (LACHS; PILLEMER, 2015), e que embasaram ações governamentais e de organizações internacionais em todo mundo (MINAYO, 2014). No entanto, a discussão acerca do tema não tem o mesmo destaque daquelas que versam sobre VCPI de outros ciclos de vida, mesmo tendo se passado décadas de estudos, políticas e programas.

Em nosso país, os debates iniciaram efetivamente apenas no início dos anos 2000, coincidindo com a percepção do aumento da população idosa e da participação social desta em todos os campos, que vinha sendo cada vez mais apoiada por crescente número de instituições, organizações e movimentos sociais. A ação de todos esses atores

colaborou para a movimentação política que resultou em programas e legislações fundamentais à promoção da saúde e à proteção da população idosa: a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), o Estatuto do Idoso – que tramitou no Congresso Nacional por sete anos até ser sancionado - (BRASIL, 2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006).

O Estatuto do Idoso, no artigo 10, determina que “é obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis” (BRASIL, 2003).

O artigo 19 do estatuto ressalta para os profissionais envolvidos com o cuidado à pessoa idosa que os “casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos são objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como devem ser obrigatoriamente comunicados por eles aos órgãos competentes”. Já o artigo 57 estabelece como infração administrativa, com pena de multa, a falta de comunicação do profissional de saúde à autoridade competente dos casos de crime contra a pessoa idosa (BRASIL, 2003).

A Lei 12.461, de 26 de julho de 2011, reformula o artigo 19 do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003), enfatizando a obrigatoriedade da notificação dos profissionais de saúde, tanto de instituições públicas quanto de privadas, às autoridades de saúde quando constatarem casos de suspeita ou confirmação de VCPI, bem como a sua comunicação aos seguintes órgãos: Autoridade Policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 2011).

No que tange à promoção e proteção da saúde dos idosos como diretriz governamental, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa traz diretrizes abrangentes, salientando: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e estímulo à participação e fortalecimento do controle social. Especificamente em relação aos maus-tratos ao idoso, defende o esforço contínuo para viabilizar e realizar ações de combate às violências doméstica e institucional contra a população idosa, com envolvimento interinstitucional (BRASIL, 2006). Nessa realidade de crescimento da população idosa acompanhado de incremento das diferentes formas de violência contra ela, é importante perceber que, na extrema diversidade presente

neste grupo etário, há fenômenos importantes que colaboram para esse cenário.

Os idosos hoje contribuem com a maior parte da renda familiar em 53% dos domicílios brasileiros (no Nordeste isso ocorre em 62,5% dos lares), seja com trabalho remunerado, aposentadoria ou benefício de prestação continuada. E são lares cada vez mais transgeracionais: a elevada expectativa de vida e as mudanças socioeconômicas podem resultar na convivência de até quatro gerações, um universo estimado em dez milhões de residências (BRASIL, 2014).

Fica, portanto, um ambiente repleto de múltiplas demandas, muitos membros da família com compromissos externos, diferenças gerando toda sorte de conflitos, e a falta de condições de renda e espaço físico na residência. Essa miríade de dificuldades resulta, com frequência, num paradoxo: apesar de residir com muitas pessoas, sofrer abandono e solidão. A maior parte das violências ao idoso ocorrem no lar, em uma forma invisível à sociedade e de difícil diagnóstico (BRASIL, 2014).

Por muito tempo se debateu sobre a classificação dos tipos de violência contra o idoso. Na última década emergiu a classificação atual, que divide o fenômeno da VCPI em cinco tipos: física, voltada a causar dor ou dano físico; psicológica ou verbal, causando sofrimento e danos emocionais; sexual, abrangendo quaisquer tipos de contato sexual não consensual; financeira, envolvendo expropriação de dinheiro ou posses; e negligência, onde há falha em prover o necessário às necessidades de um idoso dependente (LACHS; PILLEMER, 2015).

Os abusos físicos são a forma mais visível de violência contra o idoso. Podem ser empurrões, tapas, beliscões, agressões com armas e outros objetos, causando lesões, dor e podendo levar à incapacidades ou à morte da vítima. Também pode envolver confinar ou restringir a pessoa de forma inadequada. Podem ser constantes, sem marcas, sendo quase invisível, percebido apenas por pessoas sensíveis à busca e detecção desse tipo de agravo. Ocorre mais frequentemente na própria casa ou em casa de familiares, vindo a seguir a rua e as instituições de cuidado e abrigo à população idosa, como serviços de saúde e ILPI (BRASIL, 2014; MINAYO, 2014).

Podem existir também outros sinais de possível abuso físico: depressão; medo e paranoia; desconforto, ansiedade ou completo silêncio (ou estupor/ catatonia) na presença de pessoas em particular; riscos visíveis, contusões, cortes, inchaços ou queimaduras; e explicações vagas ou ilógicas para lesões (CANADÁ, 2013).

É comum o idoso vítima de agressões se calar sobre o que sofre, por vezes se

isolando para evitar que a situação seja percebida por outrem, perpetuando a situação e intensificando o sofrimento físico e mental. A incidência comprovada no mundo inteiro é que de 5% a 10% dos idosos sofrem violência física, visível ou invisível (WHO, 2002).

A violência psicológica é perpetrada por agressões verbais ou gestuais, impedimentos ou omissões e distanciamentos que traduzem menosprezo, desprezo, preconceito e discriminação, resultando em importante sofrimento mental manifesto como tristeza, apatia, isolamento. Exemplos incluem utilizar palavras ou ações que inferiorizam o idoso; desconsiderar seus desejos; não respeitar seus pertences ou animais de estimação; ameaçar; tratá-lo como criança; remover o poder de decisão indevidamente; humilhar, intimidar e xingar; invadir a privacidade, entre muitas outras (BARCELOS; MADUREIRA, 2013; BRASIL, 2014a; MINAYO, 2014).

O sofrimento mental provocado por esse tipo de violência contribui para processos depressivos e autodestrutivos, podendo resultar em ideações suicidas e tentativas, as quais podem ser bem-sucedidas. É comumente reconhecida por idosos como a pior forma de abuso, pois gera danos emocionais graves e persistentes, que não se curam como feridas físicas. Os mais suscetíveis são os mais pobres ou com elevado grau de dependência (MINAYO, 2014).

Violência sexual é qualquer ato ou jogo sexual dirigido a outra pessoa sem o pleno conhecimento e consentimento, em relações homo ou heterossexuais, objetivando estimular ou utilizar a vítima para obter excitação ou satisfação sexual através de práticas eróticas e pornográficas impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. A maioria dos casos (95%) envolve idosos com déficit cognitivo abrangendo pelo menos dois dos três domínios (tempo, espaço e pessoa), principalmente se houver dificuldade para deambular (MINAYO, 2014). Inclui tanto coagir através da força, truques, ameaças ou outros meios para atividades sexuais indesejadas, como contato sexual onde a pessoa não pode conceder consentimento.

Os tipos mais comuns são beijos forçados, atos sexuais de quaisquer tipos não consentidos e bolinação. Uma forma comum e pouco discutida é o controle, a restrição da sexualidade da pessoa idosa por parte de cuidadores, familiares e funcionários de ILPI, por estes considerarem os idosos assexuados. Tais atitudes repressivas tolgem a possibilidade da pessoa idosa poder desfrutar de uma vida afetiva saudável, aqui incluído o exercício da sua sexualidade (BRASIL, 2014).

A violência financeira e patrimonial consiste na utilização indevida e ilegal de recursos financeiros e patrimoniais de idosos, consentido ou não por eles, que resulta em

um ganho monetário ou pessoal para o agressor (pessoa ou instituição) ou uma perda para o idoso. (BRASIL, 2014). Essa violência ocorre em todos os níveis socioeconômicos, etnias e religiões e, apesar da literatura mostrar maior prevalência no gênero masculino ou não apontar diferenças entre gêneros, muitas vezes o sexo feminino aparece com maior prevalência na investigação indireta de casos específicos de violência física contra a mulher, frequentemente mais denunciados em relação aos outros tipos (SANTOS, 2018).

É fundamental salientar que são consideradas formas de violência financeira não utilizar o dinheiro do idoso segundo suas vontades e necessidades; colocar o idoso indevidamente em trabalho remunerado para obter dinheiro extra para a casa; fazê-lo cuidar de filhos ou netos para economizar com cuidadores; recusar-se a sair da casa da pessoa idosa quando solicitado para manter ganhos pessoais, compartilhando da moradia sem a justa participação nos custos e tarefas; expulsar o idoso do espaço físico e social do seu lar (confinando em cômodo restrito, por exemplo); aumentos abusivos em prestações de serviços, como planos de saúde; empréstimos e compras facilitadas por bancos e lojas objetivando cooptar idosos a adquirir os bens sob supostas vantagens; demora nos trâmites de aposentadorias e pensões; dentre outras formas de coação ou manipulação (MINAYO, 2014; SANTOS, 2019).

A negligência é outro aspecto importante envolvendo menosprezo e desamparo de pessoas idosas, e é definida como uma falha em suprir as necessidades do idoso, intencional ou não. É cometida inclusive por órgãos públicos, na medida em que não cumprem com suas obrigações na promoção e proteção da saúde dessa população, como na oferta de serviços de saúde e na fiscalização de abrigos e clínicas. O desleixo e a incompetência dos órgãos públicos nesses aspectos resultam na perpetuação de desassistência e violências institucionais como as vistas em muitas ILPI (MINAYO, 2014).

Os idosos mais dependentes são as maiores vítimas de negligências, tanto em seus lares quanto em ILPI, abrangendo por exemplo cuidado pessoal e corporal, cuidados médicos e administração de medicamentos (BRASIL, 2014; MINAYO, 2014). A pessoa idosa também pode se auto negligenciar, maltratar a si mesma. Os primeiros sinais são isolamento, recusa de autocuidados como banho e alimentação, não tomar medicamentos, e pode envolver ideação suicida. Tais atitudes autodestrutivas têm ligação com maus-tratos sofridos, como desvalorização, abandono e violência física (BRASIL, 2014; MINAYO, 2014).

O abandono é das formas mais frequentes e cruéis de VCPI, e se mostra sob várias formas, ocorrendo tanto em domicílio quanto no nível institucional. Apesar do crescente desenvolvimento de formas mais saudáveis de lidar com a velhice, ainda se vê idosos abandonados pelas famílias em hospitais, ILPI e nos próprios domicílios. É a expressão da segregação física ou simbólica do idoso, como privação da vida social e familiar (SOUZA; SOUZA, 2007).

Inúmeras situações se caracterizam como abandono, tais como: retirar a pessoa idosa da sua casa contra sua vontade; trocar seu lugar na própria residência a favor dos mais jovens, como por exemplo, colocá-la num quatinho nos fundos da casa privando-a do convívio com outros membros da família e das relações familiares; conduzi-la a uma ILPI contra a sua vontade, deixando a essas entidades o domínio sobre sua vida, sua vontade, sua saúde e seu direito de ir e vir; deixá-la sem assistência quando dela necessita, antecipando sua imobilidade, anulando sua personalidade ou promovendo seu adoecimento e morte (BRASIL, 2014; MINAYO, 2014).

A real dimensão das várias violências acima descritas segue não completamente conhecida pelos diversos obstáculos à detecção, como a omissão por parte das vítimas e o fato de, frequentemente, a sociedade e os próprios idosos as “naturalizam” e não as percebem como violências, o que gera considerável subnotificação dos casos nos serviços que atendem as pessoas idosas (BARCELOS; MADUREIRA, 2013). As diferentes formas de violência costumam se manifestar de modo cumulativo e, principalmente nos mais frágeis e dependentes, amiúde combinam abusos físicos, psicológicos, econômico-financeiros e negligências (BRASIL, 2014).

A abordagem de uma questão complexa, multifacetada como é a violência contra a população idosa, demanda um trabalho interdisciplinar, um olhar ampliado. É preciso atuar em várias dimensões, abrangendo as famílias, as instituições e o Estado (MINAYO, 2014). A vítima está inserida num contexto familiar, social e institucional, e intervenções sem levar em conta essa realidade serão ineficazes. É preciso ter a clara noção de que o principal objetivo ao longo de toda a intervenção é proteger a qualidade de vida do idoso, tentando preservar vínculos familiares (BARCELOS; MADUREIRA, 2013).

Atenção especial deve ser dada aos idosos dependentes dos pontos de vista financeiro/econômico, físico e mental, uma vez que são as principais vítimas. Acima de tudo, dar suporte às famílias que abrigam idosos vulneráveis para que possam prestar os cuidados adequados os quais merecem (MINAYO, 2014).

Sendo os dados estatísticos disponíveis apenas a ponta do iceberg numa cultura de conflitos intergeracionais e de dificuldades socioculturais, assistenciais, de saúde e de segurança que a população idosa precisa enfrentar (MINAYO, 2014), fica evidente a necessidade de desenvolver estratégias efetivas de detecção, prevenção e intervenção. É a ação pela garantia de cuidados e apoio adequados, não apenas para evitar a revitimização, mas para reduzir as consequências físicas e psicossociais (ALVES; SERRÃO, 2018).

Intervenções eficazes passam, necessariamente, pela capacitação dos profissionais de saúde, que deverão estar preparados e vigilantes para identificar os casos e tomar as providências cabíveis (BARCELOS; MADUREIRA, 2013). Nessa lógica, em locais onde não há uma rotina específica para casos de abuso contra o idoso, desenvolver um protocolo é o primeiro passo para desenvolver uma política sólida e holística para abordar a violência ao idoso. Ele fornece diretrizes para a atuação da equipe, auxilia a gestão para lidar com obstáculos e fornece uma base de conduta aceitável para proteger a todos (AUSTRÁLIA, 2010).

## **2.2 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE AS COMPETÊNCIAS DOS MÉDICOS HOSPITALARES DIANTE DE PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Uma revisão de escopo foi conduzida para dar embasamento ao conteúdo do protocolo de atendimento e teve como objetivo explorar as competências dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência. Após a busca e aplicação dos critérios de seleção, seis estudos foram selecionados.

Um estudo foi procedente da Itália, dois da Turquia, um de Israel, um do Canadá e um da Irlanda, produzidos no período de 2007 a 2018, todos publicados em revistas médicas. No que se refere às características metodológicas, os estudos selecionados nesta revisão são todos quantitativos descritivos, e utilizaram amostragem por conveniência.

Quanto às categorias profissionais abordadas, apenas em dois estudos (33%) o Médico foi o único profissional abordado, enquanto 6 estudos (50%) incluíram o Enfermeiro. Outros profissionais como o Assistente Social e o Técnico de Enfermagem foram considerados em dois estudos (33%). Esses dados e os objetivos dos estudos podem ser observados no Quadro 1.

Quadro 1. Características dos estudos incluídos na revisão de escopo sobre as competências dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência. João Pessoa, PB, 2021

<b>Autores, ano de publicação, tipo de estudo</b>	<b>Formação do autor principal, país</b>	<b>Participantes ou Amostra</b>	<b>Categoria(s) profissional(is) abordada(s)</b>	<b>Objetivo(s) do estudo</b>
Corbi et al., 2019, estudo comparativo descritivo	Médica, Itália	Amostra (n=98; 37 médicos)	Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem	Estabelecer o nível de consciência e percepção de abuso ao idoso por trabalhadores da saúde, e entender se eles foram aptos a identificar e relatar apropriadamente o abuso, também a identificar os sinais físicos de abuso e Negligência
Eraslan et al., 2018, estudo quantitativo descritivo	Médica, Turquia	Amostra (n=524 médicos)	Médicos clínicos, especialistas e residentes	Avaliar as perspectivas dos médicos sobre abuso e negligência de idosos e para entender seus conhecimentos e abordagens, para aumentar a conscientização sobre o assunto, e para identificar o abuso e oferecer possíveis soluções
Caines et al., 2017, estudo descritivo	Médico, Canadá	Amostra (n=125 médicos)	Médicos	Examinar a profundidade do conhecimento ea abordagem dos médicos de emergência do Canadá sobre abuso de idosos
Almogue et al., 2010, estudo comparativo descritivo	Médica, Israel	Amostra (n=157, 57 médicos)	Enfermeiros e médicos	Avaliar o nível de conhecimento e atitudes de médicos e enfermeiras quanto ao abuso de idosos em Israel, comparando médicos e enfermeiros e analisando os resultados de acordo com local de trabalho, especialização e experiência profissional e geriátrica
Kennelly et al., 2007, estudo comparativo descritivo	Médico, Irlanda	Amostra (n=39; 20 médicos)	Médicos e assistentes sociais da Medicina	Avaliar a consciência dos profissionais de saúde acerca do abuso ao idoso
Mandiracioglu et al., 2006, estudo comparativo descritivo	Médica, Turquia	Amostra (n=125, 69 médicos)	Médicos, enfermeiros e outros especialidades	Avaliar a definição de abuso ao idoso, nível de conhecimento, atitudes e práticas do pessoal dos serviços médicos de emergência

Fonte: elaborado pelo autor.

As competências dos médicos nos estudos envolveram conhecimentos gerais sobre o tema e a abordagem, além de treinamento específico; habilidades de detecção e manejo, bem como experiência com casos; e atitudes diante de casos reais ou

hipotéticos, enfatizando a realização da denúncia dos casos e barreiras identificadas.

O Quadro 2 traz a descrição da competência “Conhecimentos” dos médicos diante da VCPI avaliada nos estudos incluídos.

Quadro 2. Conhecimentos dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violências estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2021.

Estudos	Conhecimentos dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência
Corbi et al., 2019 <sup>15</sup> , Itália	Todos cientes de que muitos idosos são vítimas de abuso, e 93,8% da amostra colocou maus-tratos ao idoso como violação de direitos humanos. Do total, 44,7% conheciam os procedimentos-padrão para denúncia e abordagem, e 40% dos médicos não acreditavam que negligência era uma forma de maus-tratos.
Eraslan et al., 2018 <sup>16</sup> , Turquia	Treinamento específico foi recebido por 14,9% dos médicos. O grupo treinado denunciou mais do que o não treinado ( $p<0,001$ ) e revelou maior taxa de constatação de casos de abuso ( $p=0,04$ ), mais frequentemente se sentiam aptos sobre o tema ( $p<0,001$ ) e definiam idosos como maiores de 65 anos ( $p=0,02$ ). Também definiram a velhice como um período de dependência/necessidade com menor frequência do que o grupo não treinado ( $p=0,02$ ). Os médicos das instituições públicas tinham maior formação sobre o assunto ( $p=0,004$ ) e maiores taxas de comunicação de casos ( $p=0,005$ ) do que os do setor privado.
Caines et al., 2017 <sup>17</sup> , Canadá	Sessenta e oito por cento dos médicos se sentiam aptos a denunciar casos suspeitos de abuso doméstico, e 63% nos institucionais. Quanto ao treinamento específico, 35% não completaram, e 83% sentiam que o treinamento foi insuficiente, além de 77% não estarem cientes de todos os serviços comunitários disponíveis para as vítimas de abuso e suas famílias. Metade relatou que os seus serviços não dispunham de protocolo escrito para abordar casos de abuso, e 39% estavam incertos se havia protocolo em seus serviços.
Almogue et al., 2010 <sup>18</sup> , Israel	Os médicos não tiveram diferenças por tipo de serviço (hospital geral ou geriátrico). Um total de 43% dos profissionais sabia que os idosos poderiam receber assistência estatal se necessário, e 14% sabiam que não havia penalidade possível se o caso não fosse denunciado. Houve correlação entre o conhecimento sobre o assunto e o relativo às leis e protocolos importantes ( $p=0,006$ ).
Kennelly et al., 2007 <sup>19</sup> , Irlanda	Um total de 45% dos médicos nunca ouviu o termo maus-tratos ao idoso (elder abuse), e 30% leram algum material técnico a respeito, enquanto 85% sentiam que o abuso era comum e subnotificado. Nenhum médico recebeu treinamento formal, e apenas um conhecia <i>guidelines</i> para esse manejo.
Mandiracioglu et al., 2006 <sup>20</sup> , Turquia	Dos médicos, 75% acreditavam que o abuso ao idoso não era comum na Turquia. Os escores obtidos foram elevados em entendimento de fatores de risco, intermediários em conhecimento e atitude diante dos casos e em diagnóstico, e baixos em saber suas obrigações legais frente aos casos. Vinte e quatro por cento nunca receberam treinamento.

Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto ao saber teórico geral sobre o tema, três trabalhos constaram baixos níveis de conhecimento por parte dos médicos. Kennelly et al. (2007) evidenciaram que 45% dos profissionais relataram nunca ter ouvido o termo maus-tratos ao idoso, e apenas 30% leram material técnico a respeito. Em outro estudo, os médicos obtiveram escores apenas intermediários em conhecimento (MANDIRACIOGLU et al., 2006). Somente 43% sabiam que a vítima poderia receber ajuda estatal se necessário, e apenas 14% tinham ciência de que não haveria penalidade para os agressores caso não houvesse denúncia (ALMOGUE et al., 2010).

Dois estudos avaliaram o saber a respeito dos procedimentos para reportar casos, obtendo percentuais pouco melhores. Corbi et al. (2019) constataram que apenas 44,7% dos médicos estavam cientes dos procedimentos para abordagem e denúncia. Noutro estudo, a maioria dos médicos se sentia apta a denunciar casos domésticos (68%) e institucionais (63%)(CAINES et al., 2017).

Aspecto considerado central na aquisição de conhecimento para enfrentar o problema, ter recebido treinamento específico para manejar casos de abuso ao idoso foi medido por quatro estudos, revelando números preocupantes. Em um, apenas 14,9% receberam treinamento específico (ERASLAN et al., 2018), enquanto outro apontou um percentual de apenas 24% de médicos treinados (MANDIRACIOGLU et al., 2006). O estudo irlandês apontou que nenhum médico recebeu treinamento formal (KENNELLY et al., 2007). Caines et al. evidenciaram que 35% não completaram treinamento sobre abuso ao idoso, e 83% sentiam que o treinamento foi insuficiente.

Comparando os médicos que receberam o treinamento específico com aqueles que não tiveram, um estudo destacou que aqueles que receberam denunciaram mais do que os não treinados ( $p < 0,001$ ), com maior taxa de constatação de casos de abuso ( $p = 0,04$ ), e mais frequentemente se sentiam aptos a abordar o tema ( $p < 0,001$ ) (ERASLAN et al., 2018).

Um estudo comparou profissionais de instituições públicas e privadas, revelando que os médicos das instituições públicas tinham maior formação sobre o assunto ( $p = 0,004$ ), com maiores taxas de comunicação de casos ( $p = 0,005$ ). Outro estudo demonstrou que os médicos de hospitais universitários tiveram desempenho superior ao dos particulares (MANDIRACIOGLU et al., 2006). O estudo de Almogue et al., no entanto, não revelou diferenças entre médicos de hospitais gerais e de hospitais geriátricos.

Quanto à experiência com casos, em dois estudos (33,3%) a maioria dos médicos

nunca havia atendido um caso de abuso ou negligência. (ERASLAN et al., 2018; CORBI et al., 2019). Já no estudo irlandês (KENNELLY et al., 2007), 65% dos médicos disseram ter tratado pelo menos um caso suspeito de abuso no último ano. No estudo de Caines et al., 78% suspeitaram de casos em suas carreiras.

O Quadro 3 traz a descrição da competência “Habilidades” dos médicos diante da VCPI avaliada nos estudos.

Quadro 3. Habilidades dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2021.

Estudos	Habilidades dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência
Corbi et al., 2019, Itália	Como potenciais sinais de abuso, os médicos indicaram com maior frequência achados físicos como queimaduras, contusões, abrasões e estágios variados de cura de machucados e fraturas. Toda negligência pessoal era uma forma de abuso para 60 % dos médicos, e 48,7% suspeitaram de abuso menos de 3 vezes na carreira.
Eraslan et al., 2018, Turquia	Testemunharam casos em suas práticas 45% dos médicos. Foram capazes de suspeitar de maus-tratos mais frequentemente diante de achados físicos ligados à aparência do idoso (91,4%), como cuidados inadequados em cabelos, unhas, boca e higiene corporal; comunicação entre idoso e familiares/cuidadores problemática foi a menos apontada, com apenas 56,8%. Os tipos de abuso mais frequentemente encontrados foram negligência (37,4%), emocional (25,1%), financeiro (22,2%), físico (15,7%) e sexual (1,1%).
Caines et al., 2017, Canadá	Quanto à percepção de casos, 85% consideraram que o abuso ocorria às vezes, e 78% suspeitaram de casos em suas carreiras (73% nos últimos 5 anos, e 45% nos últimos 12 meses). O tipo de abuso considerado mais comum foi negligência, seguido pelo financeiro.
Kennelly et al., 2007, Irlanda	Quanto à experiência, 65% haviam deparado com pelo menos um caso suspeito no último ano.
Mandiracioglu et al., 2006, Turquia	Metade da amostra não saberia o que fazer diante de um caso. Os médicos tiveram escores baixos em realizar anamnese e exame físico focados no diagnóstico de abuso, e em saber suas obrigações legais frente aos casos. Os fatores de risco menos identificados estavam ligados aos abusos sexual e financeiro.

Fonte: elaborado pelo autor.

As situações que mais levaram os médicos a suspeitarem de abuso foram levantadas em dois estudos. Um revelou que achados físicos ligados à aparência do idoso foram os principais indícios que levaram a suspeitar de maus-tratos para 91,4%,

como cuidados inadequados em cabelos, unhas, boca e higiene corporal. No outro extremo, a comunicação entre idoso e familiares/cuidadores restrita ao básico foi a menos apontada, com apenas 56,8% (ERASLAN et al., 2018). O outro também destacou achados físicos, como queimaduras, contusões, abrasões e estágios variados de cura de machucados e fraturas (CORBI et al., 2019).

O Quadro 4 traz a descrição da competência “Atitudes” dos médicos diante da VCPI avaliada nos estudos.

Quadro 4. Atitudes dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2021.

Estudos	Conhecimentos dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência
Corbi et al., 2019, Itália	Tanto em casos suspeitos quanto em testemunhados, os médicos nem reportaram às autoridades, nem avisaram às agências de proteção - 22,4% dos médicos testemunharam abusos 1-3 vezes durante a carreira, mas nunca relataram às autoridades, apesar de 88,2% considerarem um dever denunciar abusos.
Eraslan et al., 2018, Turquia	90,6% dos médicos afirmaram que tinha obrigação de notificar as autoridades. 24,3% dos médicos que encontraram abuso e negligência denunciaram às autoridades. O principal motivo para não denunciar (62,3%) foi a preocupação que o idoso poderia sofrer ainda mais danos após a denúncia, enquanto 49% consideraram insuficientes os recursos oferecidos pelo governo para abordar a questão, e 35,2% pensaram que iam se desgastar com o processo legal. Diante de casos confirmados, 55,1% afirmaram ter relatado casos à polícia sem informar à família, 23,1% atenderam ao desejo do idoso, e 17,5% falaram à família advertindo acerca da denúncia posterior à polícia em reincidência. Quando a mesma pergunta foi repetida para negligência em idosos, 24,8% afirmaram que relataram aos serviços sociais, 21,3% informaram as agências policiais e 19,5% consultaram a equipe multiprofissional.
Caines et al., 2017, Canadá	Quanto à realização de pesquisa de VCPI, os médicos “sempre” ou “frequentemente” perguntaram diretamente sobre abuso em 44% das suspeitas, e 64% não reportaram casos suspeitos, mas 83% consideraram responsabilidade médica denunciar.
Almogue et al., 2010, Israel	Do total, 79% apontaram que era sua responsabilidade reportar casos de abuso; e 88,5% concordaram que todos os profissionais de saúde têm uma responsabilidade legal de denunciar. Houve tendência geral de neutralidade em relação ao abuso de idosos: diante da alegação de que apenas as intervenções da autoridade legal impedirão o abuso de idosos, as opiniões foram neutras. Houve discordância quanto à afirmação de que colocar a vítima de abuso em um lar de idosos contra sua vontade é uma intervenção efetiva. Quarenta e um por cento consideraram que denunciar abuso tornaria o agressor mais irritado. Vinte e oito por cento concordaram que os familiares assumiriam que foi um membro da equipe o

	denunciante e 59% dos respondentes tinham certeza de que, se, denunciassem, sua relação com o paciente não seria prejudicada. Já 30% sentiam-se certos de que as vítimas geralmente negariam o abuso. As principais razões apontadas para não reportar os casos foram o desejo de não se envolver legalmente, a negação do abuso pela vítima, o não reconhecimento do abuso na consulta, falta de clareza na definição de caso de abuso ou negligência e incerteza sobre como proceder à denúncia.
Kennelly et al., 2007, Irlanda	A conduta usual apontada foi procurar o conselho de colegas seniores ao gerenciar casos suspeitos de abuso, e 46% se sentiriam desconfortáveis usando o rótulo de “abuso de idosos”.
Mandiracioglu et al., 2006, Turquia	Tiveram escores baixos em disposição para reportar. A maioria considerava uma inaceitável invasão perguntar sobre abuso e que isso afetaria a relação profissional-paciente.

Fonte: elaborado pelo autor.

No que tange às atitudes, todos os estudos relataram considerações dos médicos sobre diversos aspectos ligados ao tema. As opiniões dos profissionais sobre determinadas condutas no manejo de situações de abuso apareceram em um estudo que englobou médicos e enfermeiros enfatizando conhecimentos e atitudes. Neste, as opiniões foram neutras diante da alegação de que apenas as intervenções da autoridade legal impediriam o abuso de idosos. A colocação de vítimas de abuso em lares para idosos foi vista como benéfica desde que voluntária - houve opiniões conflitantes quanto à institucionalização compulsória. A maioria achou útil para uma pessoa idosa obter ordem de restrição contra um agressor (ALMOGUE et al., 2010). Neste estudo, 41% consideraram que denunciar abuso tornaria o agressor mais irritado, e 28% concordaram que as famílias de vítimas consideraram que foi um membro da equipe quem denunciou o abuso. Cerca de 30% sentiam-se certos de que as vítimas geralmente negariam o abuso (ALMOGUE et al., 2010).

Chama a atenção que não houve unanimidade quanto a ser responsabilidade do médico denunciar casos de VCPI nos quatro estudos que avaliaram esse aspecto (ALMOGUE et al., 2010; CAINES et al., 2017; ERASLAN et al., 2018; CORBI et al., 2019). Os percentuais variaram de 79% (ALMOGUE et al., 2010) a 90% (ERASLAN et al., 2018).

O efeito da denúncia do caso na relação médico-paciente com a vítima foi considerado negativo em um estudo (MANDIRACIOGLU, 2006), com a maioria dos médicos considerando uma inaceitável invasão perguntar sobre abuso. Já no estudo israelense, 59% tinham certeza de que sua relação com o paciente não seria prejudicada

(ALMOGUE et al., 2010).

Ao contrário do encontrado nos demais estudos, 75% dos médicos do estudo de Mandiracioglu et al. (2006) acreditavam que o abuso ao idoso não era comum na Turquia. No estudo irlandês, embora 85% dos médicos considerassem o abuso comum e subnotificado, 46% se sentiam desconfortáveis ao empregar o rótulo de mau-trato ao idoso (KENNELLY et al., 2007).

A pesquisa de maus-tratos ao idoso quando houve suspeita foi abordada por apenas um estudo, em que os médicos “sempre” ou “frequentemente” perguntaram diretamente sobre abuso em apenas 44% das vezes em que suspeitaram de abuso (CAINES et al., 2017).

No que se refere à comunicação dos casos de abuso constatados, os médicos não os denunciaram em 75% dos estudos. Um estudo mostrou que os profissionais não reportaram casos suspeitos ou testemunhados nem às autoridades, nem às agências regulatórias (CORBI et al., 2019). Em outro, apenas 24,3% dos médicos denunciaram casos de abuso e negligência às autoridades, apesar de 45% terem testemunhado (ERASLAN et al., 2018), achado semelhante ao do trabalho de Caines et al. Outro trabalho relatou tendência geral de neutralidade diante dos casos, mas não especificou percentuais ou categorias profissionais (ALMOGUE et al., 2010). Outro estudo revelou que os médicos obtiveram escores baixos em disposição para reportar e para saber suas obrigações diante dos casos (MANDIRACIOGLU, 2006).

Na investigação das razões para os médicos não comunicarem os casos, um estudo detalhou os motivos da não comunicação, com a possibilidade dos profissionais marcarem mais de uma razão para não fazê-lo. Neste sobressai a preocupação com a possibilidade do idoso sofrer mais danos (62,3%), enquanto que 49% consideraram insuficientes os recursos disponibilizados pelo governo para gerenciar a questão, e 35,2% pensaram que iam se desgastar com o processo da denúncia (ERASLAN et al., 2018). Outro estudo apontou o desejo de não se envolver legalmente, a negação do abuso pela vítima, o não reconhecimento do abuso na consulta, falta de clareza na definição de caso de abuso ou negligência e incerteza sobre como proceder à denúncia (CORBI et al., 2019).

As ações específicas dos médicos diante de casos de abuso contra idosos foram elencadas por estudo onde 55,1% dos médicos afirmaram ter relatado casos à polícia sem informar a família, enquanto 23,1% falaram com o idoso e atenderam ao seu desejo, e 17,5% falaram à família advertindo acerca da denúncia posterior à polícia em

reincidência (ERASLAN et al., 2018). Noutro estudo, os profissionais de saúde relataram procurar costumeiramente o aconselhamento de colegas mais experientes para gerenciar os casos identificados (KENNELLY et al., 2007).

Em termos de abordagem nos casos de negligência, um estudo apontou que, em 24,8% das respostas, os médicos afirmaram que eles relataram esses casos aos serviços sociais, 21,3% informaram as agências policiais e 19,5% consultaram equipe multiprofissional (ERASLAN et al., 2018). Nenhum outro estudo explorou especificamente as atitudes frente a casos de negligência.

Os resultados tornaram evidentes as deficiências nas competências necessárias aos médicos hospitalares para o devido enfrentamento da VCPI. Falta de conhecimento sobre o assunto e sua abordagem, treinamento específico ausente ou insuficiente, pouca valorização de problemas de comunicação e relacionamento entre o idoso e seus responsáveis, pesquisa de casos na minoria das situações suspeitas e denúncias poucas ou nulas sobressaíram dentre os problemas constatados.

O abuso ao idoso representa claramente uma questão importante de saúde pública (LACHS; PILLEMER, 2015; CAINES et al., 2017; CORBI et al., 2019) e, diante desse crescimento, é esperado que o número de vulneráveis a abuso, negligência e exploração aumente. Recentemente, Yon et al. estimaram a prevalência global do abuso ao idoso em 15,7%, um em cada 6 adultos acima de 65 anos (YON, 2018). Entretanto, estudo realizado pela universidade Cornell e pelo *New York City Department of Aging* revelou que apenas um em cada 24 casos é reportado (LACHS; BERMAN, 2011).

Com a crescente ênfase dada à qualidade de vida do idoso, é fundamental abordar rotineiramente nos serviços hospitalares as situações de violência a essa população, de forma objetiva e abrangente, englobando a pesquisa de evidências da ocorrência, medidas iniciais, acompanhamento, encaminhamentos devidos para proteção e cuidados de longo prazo e a prevenção de reincidência (LACHS; PILLEMER, 2015). O processo de pesquisa para identificação oportuna dos sinais sugestivos da ocorrência de alguma forma de abuso é fundamental, e o médico está em posição privilegiada para fazê-lo (DONG; SIMON, 2013; ROSEN, 2018).

Serviços médicos hospitalares desempenham papel crucial para detecção e manejo de casos de abuso, negligência ou exploração de idosos, pois costumam ser o primeiro serviço com retaguarda médica acessado por essa população (DONG; SIMON, 2013; LACHS; PILLEMER, 2015; ROSEN et al., 2018; CORBI et al., 2019), e podem proporcionar as condições necessárias para a avaliação do caso, como sigilo, privacidade

e abordagem multidisciplinar.

Além da anamnese e do exame físico decorrentes da condição que levou à busca por atendimento, há o natural e essencial estabelecimento do vínculo médico-paciente desde o primeiro contato. Essa relação se estende aos familiares, cuidadores e demais acompanhantes, permitindo tanto a obtenção de informações relevantes quanto a observação da interação entre os presentes, onde os comportamentos e sentimentos podem indicar variadas formas de abuso ou sugerir investigações posteriores (LACHS; PILLEMER, 2015).

O conceito de competências foi desenvolvido nos anos 1970 sob a ótica da Administração. Na Saúde, são consideradas como conhecimentos, habilidades e atitudes exigidos dos recursos humanos de saúde nas diferentes áreas de prática, para resolver os problemas de saúde de forma eficiente e eficaz (CONEJERO et al., 2017). Esses três aspectos são usualmente conhecidos pelo acrônimo CHA. O conhecimento é o saber teórico, usualmente tácito, restrito à mente do profissional e adquirido com escolaridade, experiência e facilitadores. A habilidade é o saber fazer (colocar em prática o conhecimento adquirido), que depende de treino e experiência. A atitude é querer fazer, o ato de implantar o saber e a prática, fazer acontecer (MADRUGA, 2019).

Diante de problema complexo e prevalente, os médicos precisam desenvolver competências essenciais (conhecimento, interesse e efetiva pesquisa de casos, capacidade de identificação e manejo) para poderem auxiliar os envolvidos por meio de educação, prevenção e intervenção. O desenvolvimento de competências essenciais assegura a obtenção de conhecimentos sólidos sobre o problema e o desenvolvimento de habilidades e confiança para atuar com pacientes, familiares/cuidadores, colegas e sistemas de saúde no enfrentamento dos casos de violência e abuso (AMBUEL et al., 2011).

O *Institute of Medicine*, organização sem fins lucrativos ligada à Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos, chamou a atenção em 2002 para a questão da formação médica sobre violência e abuso. O relatório salientou a necessidade das instituições proporcionarem competências de identificação e manejo de situações de violência a serem abordadas nos currículos profissionais de saúde, estratégias de ensino efetivas e abordagem visando à obtenção de mudanças efetivas e sustentadas de comportamento entre profissionais de saúde (COHN et al., 2002).

Ainda que algum progresso tenha sido obtido ao longo do tempo na abordagem dos maus-tratos ao idoso, a educação e o treinamento sobre o assunto seguem com

enorme variabilidade e amplitude em segundo plano, tanto nas escolas de saúde quanto nas práticas profissionais e no sistema de saúde (AMBUEL et al., 2011). Faz-se necessário, portanto, o investimento no desenvolvimento das competências necessárias aos médicos para o enfrentamento da questão.

Competências podem ser definidas como os requisitos para o sucesso na resolução de um problema, a mobilização de ensinamentos e aprendizados com esse fim (FIA, 2020). Segundo o sociólogo suíço Pierre Perrenould, competência engloba um conjunto de coisas utilizadas com criatividade para atender a uma demanda (FIA, 2020).

A falta de conhecimento dos médicos hospitalares a respeito do assunto foi exposta pelos estudos, tanto em termos de conhecimentos gerais (MANDIRACIOGLU et al., 2006; KENNELLY et al., 2007; ALMOGUE et al., 2010) quanto a respeito dos procedimentos necessários à abordagem dos casos (CAINES et al., 2017; CORBI et al., 2019). Esta é, provavelmente, uma das principais razões para o baixo número de diagnósticos e notificações de casos, bem como para a atitude frequentemente neutra sobre essa questão (ALMOGUE et al., 2010). Avaliações realizadas com médicos da atenção primária endossam essa constatação (KENNEDY et al., 2007; O'BRIEN et al., 2010; SCHMEIDEL et al. 2012).

Tal desconhecimento revela a desinformação dos profissionais sobre tão importante e prevalente problema de saúde pública. E esse cenário de falta de conhecimento é reforçado por constatações como apenas 44,7% dos médicos conhecerem procedimentos de abordagem e denúncia (CORBI et al., 2019) e pelos baixos percentuais de médicos que receberam treinamento específico (MANDIRACIOGLU et al., 2006; ERASLAN et al., 2018). Além disso, Caines et al. (2017) constataram que 35% dos médicos avaliados não completaram o treinamento, e que 83% sentiam que este havia sido insuficiente.

Uma pesquisa evidenciou que negligência não foi considerada mau-tratos por 40% daquela amostra (CORBI et al., 2019). Da mesma forma, revelaram-se percepções e opiniões conflitantes acerca do tema, da legislação pertinente e de condutas possíveis revelaram flagrante falta de conhecimento sobre o assunto (ALMOGUE et al., 2010).

A falta de treinamento específico também foi evidenciada pelos estudos com médicos de família e considerada determinante para a insegurança dos médicos em detectar e notificar casos (KENNEDY et al., 2005; SCHMEIDEL et al., 2012; MYDIN et al., 2017). Na revisão realizada por Cooper et al. se considerou que a maioria dos profissionais desconhece que a maior parte dos casos não se apresenta com danos graves

(COOPER et al., 2009).

A capacitação traz uma consciência natural acerca do abuso ao idoso, com uma maior sensibilidade em relação a ele (ERASLAN et al., 2018). O nível de consciência e percepção dos médicos ainda é muito baixo, principalmente em relação a como reportar (CORBI et al, 2019). Mais educação e treinamento para os médicos através dos programas de residência médica e de oportunidades de educação médica continuada serão essenciais ao avanço na abordagem adequada do abuso ao idoso. No entanto, costuma haver falta de recursos para abordar esse problema adequadamente (CAINES et al., 2017).

Atividades educacionais envolvendo grupos com ensino prático cara-a-cara podem aumentar o conhecimento dos médicos (COOPER et al., 2009). Faltam estudos para avaliar diretamente o quanto a detecção e o manejo poderiam melhorar, mas há achados de associação de treinamentos de reforço e maiores taxas de denúncia de casos (COOPER et al, 2009; HOOVER, 2014)

Ao comparar os médicos que receberam treinamento específico sobre maus-tratos ao idoso com aqueles que não o tiveram, um estudo destacou que aqueles que receberam treinamento detectaram e denunciaram mais casos, além de se sentirem mais aptos a abordar a questão, com diferença estatisticamente significativa. (ERASLAN et al., 2018). Não há estudos mostrando efetivamente que médicos treinados detectam e abordam melhor casos de abuso (COOPER et al., 2009; HOOVER et al., 2014; ROSEN et al., 2018).

No entanto, outros estudos também evidenciam que houve mais denúncias em serviços onde houve treinamento, mas não comprovação de que ocorreram, de fato, mais diagnósticos de abusos (COOPER et at., 2009; HOOVER et al., 2014). Convém salientar que treinar profissionais para identificar sinais de maus-tratos é mais complexo do que ensinar os procedimentos burocráticos de denúncia e encaminhamento (COOPER et al., 2009).

Serviços comunitários que oferecem suporte às vítimas e suas famílias são essenciais diante da magnitude do problema. Estudos evidenciaram que a maioria dos médicos de serviços hospitalares de emergência não tinham ciência dos serviços disponíveis. Tais achados sublinham aspectos reconhecidamente importantes como a existência de protocolos de abordagem e de equipes multidisciplinares para garantir cuidado, assistência e suporte legal adequados, abrangentes e oportunos (CAINES et al., 2017).

Quanto à experiência com casos, os percentuais de médicos que atenderam ou suspeitaram de quadros de maus-tratos ao idoso variaram de 22,4% a 78%. Tais números, associados à falta de conhecimento supracitada, trazem o questionamento sobre se falta de experiência em termos de casuística não reflete, na verdade, falta de detecção de casos e barreiras a esse processo. Tal indagação encontra eco na baixa notificação de casos de abuso suspeitados demonstrada em dois estudos (CAINES, 2017; ERASLAN et al., 2018) e na ausência de notificações, apesar da suspeição, em outro (CORBI et al., 2019), a despeito da obrigação ética e legal de fazê-lo.

Diante da elevada frequência de casos, principalmente em indivíduos doentes física e mentalmente (COOPER et al., 2008), e pelos estudos terem avaliado profissionais que atuam em serviços de referência em nível hospitalar, esperava-se que os médicos avaliados tivessem encontrado diversos casos ao longo da carreira, o que não ocorreu. Essa constatação se repete na atenção primária, onde a proximidade com vítimas e famílias por serviços que são portas de entrada acessíveis e bastante utilizadas não resulta em diagnósticos e abordagens na mesma proporção (PLATTS-MILLS et al., 2014; SMYDIN et al., 2017).

É importante ressaltar que nem todos os casos apresentaram todos os critérios de um protocolo ou guideline para serem constatados e abordados, o que colabora ainda mais para que muito poucos sejam reportados (COOPER et al., 2009).

Abordando os achados e situações que despertaram nos médicos a suspeita de abuso, o estudo de Eraslan et al. (2018) revelou que cuidados inadequados gerais (unhas, cabelos, boca, higiene) foram os mais apontados. Por outro lado, problemas visíveis na comunicação entre o idoso e familiares/cuidadores foi a menos apontada. Muitas demandas sociais e emocionais são negligenciadas pela objetividade demandada pelo tempo, o que acaba limitando a comunicação entre o médico e os demais entes (LACHS; PILLEMER, 2015; ROSEN et al., 2018).

Todos os estudos exploraram visões dos médicos hospitalares a respeito de diferentes aspectos do tema. Opiniões conflitantes e tendência à neutralidade predominaram, sem pesquisadas razões. Estudos em atenção primária tiveram resultados semelhantes, atribuídos a influências de valores pessoais ou profissionais (TAYLOR et al., 2006; SCHMEIDEL et al., 2012; MYDIN et al., 2017). Médicos de família tendem a acreditar que outros profissionais como assistentes sociais teriam mais chance de deparar com casos e, se os médicos constatassem situações suspeitas, passariam ao serviço social o manejo e a investigação, por verem esses profissionais como os peritos no assunto

(SCHMEIDEL et al., 2012).

Também voltavam sua prática à abordagem de questões clínicas, sem priorizar a pesquisa de maus-tratos, algo mais natural e mais fácil do que lidar com questões legais e sociais (O'BRIEN et al., 2010; SCHMEIDEL et al., 2012; MYDIN et al., 2017). O tempo curto e a necessidade imposta do uso racional deste, internalizada na prática, também foi apontado como barreira à abordagem na clínica (SCHMEIDEL et al., 2012; MYDIN et al., 2017; ROSEN et al., 2018). Abordar casos de abuso tem impacto nos valores pessoais e profissionais dos médicos (MYDIN et al., 2017)

Dadas a formação técnica, a experiência clínica e a posição privilegiada dos médicos hospitalares para encontrar maus-tratos a idosos, chama a atenção que, embora haja o reconhecimento da responsabilidade do médico em denunciar casos, não houve unanimidade nos quatro estudos que avaliaram esse aspecto (ALMOGUE et al., 2010; CAINES et al., 2017; ERASLAN et al., 2018; CORBI et al., 2019). Os percentuais variaram de 79% (ALMOGUE et al., 2010) a 90% (ERASLAN et al., 2018), o que também reflete deficiências de formação e a prática voltada às questões clínicas.

Os estudos das atitudes dos médicos evidenciaram as barreiras à notificação dos casos com as quais os profissionais deparam diante da obrigatoriedade de reportar, que resultam em obstáculos à abordagem em si, impedindo tanto o manejo global necessário da situação quanto a busca da cessação da violência (RODRIGUEZ et al., 2006; O'BRIEN, 2010; SCHMEIDEL et al., 2012; MYDIN et al., 2017). Nesse ínterim, os profissionais precisam estar totalmente seguros antes de reportar um caso, o que pode denotar insegurança decorrente da falta de conhecimento e reduz ainda mais a proporção de casos denunciados (ALMOGUE, 2009; COOPER, 2009).

A obrigatoriedade de informar às autoridades competentes os casos suspeitos e confirmados de abuso está prevista no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), o qual também determina que a não comunicação do fato por parte do profissional de saúde assistente é uma infração administrativa passível de multa. Os trabalhadores da saúde devem considerar as denúncias legais uma exceção à confidencialidade com o paciente, e sua importância vem da necessidade de investigar crimes, identificar responsáveis e manter a saúde das vítimas, sem manter quaisquer informações confidenciais (ERASLAN et al., 2018). Os médicos hospitalares são majoritariamente conscientes da responsabilidade de denunciar os maus-tratos, ainda que não totalmente cientes de que é uma questão social (CORBI et al., 2019).

Os resultados também apontaram que poucos médicos perguntam sobre abuso,

constatação semelhante à de estudos realizados com médicos de atenção primária (KENNEDY et al., 2005; TAYLOR et al., 2006; WAGENAAR et al., 2010; SCHMEIDEL et al., 2012; MYDIN et al., 2017). Médicos de família também enfatizaram que, sem poder provar que a suspeita procedia, não reportavam os casos (KENNEDY et al., 2005; SCHMEIDEL et al., 2012; MYDIN et al., 2017).

Conforme revelou a revisão sistemática, os médicos norte-americanos que o fizeram eram mais propensos a detectar e reportar os casos, corroborando as evidências de que o questionamento de idosos e cuidadores a respeito de maus-tratos ser, provavelmente, a estratégia isolada mais efetiva para detecção (COOPER et al., 2009). No entanto, fica claro que os médicos não estão familiarizados com identificação, manejo, protocolos, legislação e encaminhamento (KENNEDY et al., 2005; ERASLAN et al., 2018).

As barreiras também se manifestam no que se refere à comunicação dos casos de abuso constatados, onde a neutralidade predominou, inclusive com amostra onde nenhum caso foi reportado, sob forma nenhuma (CORBI et al., 2019). Em outro, poucos casos constatados foram denunciados (ERASLAN et al., 2018). O estudo de Mandiracioglu et al. (2006) revelou que os médicos obtiveram escores baixos em disposição para reportar e para saber suas obrigações diante dos casos.

Valores pessoais aparecem como barreiras à abordagem. No estudo de Almogue et al. (2010), por exemplo, 41% consideraram que denunciar tornaria o agressor mais irritado, e 28% acreditavam que as famílias de vítimas consideraram que foi um membro da equipe quem denunciou o abuso, e 30% sentiam-se certos de que as vítimas geralmente negariam o abuso. Corbi et al. (2019) apontaram, ainda, o desejo de não se envolver legalmente, a negação do abuso pela vítima. O efeito da denúncia do caso na relação médico-paciente com a vítima foi considerado negativo em outro estudo (MANDIRACIOGLU, 2006), com a maioria dos médicos considerando uma inaceitável invasão perguntar sobre abuso.

Tais percepções também são explicitadas em outros níveis de atenção, com similares dificuldades e temores, e impedem os médicos de definir como situações de maus-tratos idosos com sinais de abuso ou negligência (O'BRIEN et al., 2010; WAGENAAR et al., 2010; MYDIN et al., 2017).

Apenas um estudo (ERASLAN et al., 2018) abordou atitudes e barreiras diante de casos de negligência ao idoso. A subestimação da negligência pode decorrer do senso comum de que a percepção de maus-tratos ao idoso é algo incerto, baseado em sinais

físicos (CORBI et al., 2019). Achados do exame físico podem servir como sinais de alerta para o médico atentar à possibilidade de maus-tratos, mas não devem ser considerados diagnósticos sem as informações circunstanciais que corroboram o fato (LACHS; PILLEMER, 2015) e onde, com frequência, se constata negligência.

Os achados dos estudos permitiram constatar lacunas importantes de conhecimento, percepções equivocadas por parte de alguns profissionais, além de falta de tradução do conhecimento em melhores atitudes e habilidades, bem como de atitudes e habilidades após treinamento. As barreiras permeiam os três aspectos da competência e se inter-relacionam, apontando necessidades de conscientização, treinamento e instrumentalização dos médicos hospitalares. Muitos serviços não dispõem de protocolos escritos para abordagem de casos suspeitos (CAINES et al., 2017).

Além de enfatizar a necessidade de educação, os resultados mostraram que, quando os médicos avaliados suspeitaram ou constataram casos de maus-tratos, raramente agiram de acordo. As campanhas de conscientização, tão em voga na mídia e no meio acadêmico, e preconizadas pelo MS, devem atingir também os médicos, sensibilizando-os à detecção e ao manejo, e incentivando-os ao constante aprimoramento na abordagem.

As condutas práticas dos médicos diante dos casos de abuso, com o exercício de um papel de articulador do cuidado, o devido manejo das repercussões da VCPI e a colaboração para a responsabilização dos causadores não foram abordadas pelos estudos. Além disso, as amostras pequenas, com baixas taxas de resposta e questionários por vezes pouco abrangentes diante da complexidade do tema comprometem a acurácia dos achados dos estudos selecionados em retratar fielmente a realidade. Tais fatos, associados ao pequeno número de artigos encontrado e à inexistência de trabalhos nacionais com essa temática, constituem limitações deste à extrapolação dos resultados para nossa realidade, sem deixar de elucidar fatos de extrema relevância a esse enfrentamento.

Fica nítida a necessidade de mais estudos para elucidar tais aspectos e viabilizar o estabelecimento de estratégias baseadas em evidência para capacitação profissional ampla e o desenvolvimento ou refinamento de instrumentos de abordagem e avaliação de casos, bem como de sua incorporação à prática clínica.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo metodológico visando a propor e validar um protocolo médico para abordagem da pessoa idosa em situação de violência no atendimento médico hospitalar.

Esse tipo de estudo trata do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas de pesquisa. Possibilita elaborar um instrumento confiável, preciso e aplicável por outrem. O processo de elaboração de novos instrumentos dessa natureza demanda métodos definidos de obtenção e organização de dados, assim como a condução de pesquisas com o adequado rigor (POLIT; BECK, 2011).

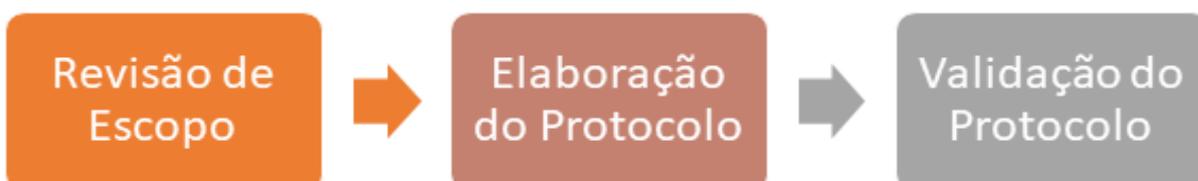
A validação do instrumento verifica a capacidade deste medir precisamente o fenômeno a ser estudado, considerando-o válido quando ele consegue realmente avaliar seu objetivo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; JÚNIOR; MATSUDA, 2012). Em relação a protocolos, a avaliação de sua qualidade deve incluir, além do conteúdo das recomendações, a avaliação criteriosa acerca do método de elaboração e dos elementos ligados à sua aplicação dentro da finalidade proposta (AGREE, 2017).

Uma vez que a qualidade do protocolo determina seu potencial benefício (AGREE, 2017), foi realizada a validação do protocolo médico direcionado à pessoa idosa vítima de violência atendida em nível hospitalar, realizada por juízes especialistas médicos geriatras.

#### 3.2 Etapas do estudo

O estudo foi conduzido em três etapas, como demonstrado no fluxograma a seguir:

**Figura 1.** Fluxograma das etapas do estudo



Fonte: elaborado pelo autor, 2021

### 3.2.1 Revisão de Escopo sobre a competências dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência

Trata-se de uma revisão de escopo da literatura com análise da informação sobre o atendimento médico em serviços hospitalares a idosos vítimas de violência, conforme o método proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI). Este tipo de estudo permite mapear os principais conceitos, elucidar áreas de pesquisa e identificar lacunas do conhecimento (PETERS et al., 2020).

Na elaboração desta revisão foi seguido o protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis - Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). A adoção desta estratégia busca agregar confiabilidade à revisão pelo refinamento do processo de análise e relato dos estudos incluídos (TRICCO et al., 2018).

Foram incluídos os estudos que atenderam à temática em questão (conhecimentos, atitudes e habilidades dos médicos hospitalares sobre VCPI), abrangendo artigos científicos (quantitativos, qualitativos e mistos) e literatura cinzenta (dissertações e teses, guias médicos, textos de especialistas e legislação médicos ou relacionados à violência contra o idoso); nos idiomas inglês, português ou espanhol; publicados de 01 de outubro de 2003 a 20 de março de 2020 - limite definido por ser imediatamente posterior à promulgação do Estatuto do Idoso, ocorrida em 2003.

Excluí-se os estudos que: não definiram claramente como idosos pessoas de 60 anos ou mais; que não abordaram a temática em estudo; revisões integrativas ou sistemáticas; resenhas, comentários; estudos inacessíveis na íntegra, tanto por meio eletrônico quanto impresso; e os que não obedeceram aos princípios da conduta ética.

A busca sistemática foi realizada nas bases/plataformas de dados Medline; Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Embase; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); e *Web of Science*. A busca de literatura cinzenta e estudos não publicados incluiu: Base Digital de Teses e Dissertações (BDTD), *OpenGrey*, *OpenThesis*, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Portal de Teses e Dissertações da CAPES, *DART-Europe E-theses Portal* e *Theses Canada Portal* (catálogos Aurora e Voilà). Adicionalmente foi utilizada a estratégia de busca Bola de Neve (*Snowball*), por meio da pesquisa nas referências dos artigos selecionados para esta revisão (GREENHALGH; PEACOCK, 2005).

A definição dos indexadores e palavras-chave seguiu a estratégia PCC, acrônimo para População (P), Conceito (C) e Contexto (C) (PETERS et al., 2020); sendo P (médicos de serviços hospitalares), C (conhecimentos, atitudes e habilidades dos médicos hospitalares sobre VCPI) e C (idosos vítimas de violência atendidos em serviços hospitalares), com posterior pesquisa de descritores no MeSH (Medical Subject Headings) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

Os descritores e palavras-chave utilizados, combinados com os operadores booleanos OR, AND e NOT para aplicação nas bases e devidamente traduzidos, foram os seguintes: Physicians, Médicos, Atitude, Attitude, Conhecimento, Knowledge, Behavior, Atendimento Médico, Cuidados Médicos, Medical Care, Serviços Hospitalares, Hospital Services, Hospital, Hospitalists, Médicos Hospitalares, Maus-Tratos ao Idoso, Elder Abuse, Physical Abuse, Elder Neglect, Aged Abuse, Elder Mistreatment.

A aplicação das estratégias de busca em cada conjunto de bases pesquisado está resumida no quadro 5:

Quadro 5. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados/bibliotecas/busca e literatura cinzenta incluídos na revisão de escopo sobre as competências dos médicos hospitalares diante de casos de VCPI. João Pessoa, PB, 2021.

Bases de Dados/ Literatura Cinzenta	Estratégias de Busca
BVS (BIREME)	(tw:(maus-tratos ao idoso)) AND (tw:(médicos)) AND (tw:(hospital)) AND (tw:(conhecimentos OR atitudes OR habilidades OR conduta médica))
PubMed Central: PMC	((elder abuse[Title/Abstract] OR elder neglect[Title/Abstract] OR aged abuse[Title/Abstract]) AND (physicians[Title/Abstract] OR doctors[Title/Abstract] OR hospitalists[Title/Abstract] OR medical staff, hospital[Title/Abstract])) AND (attitude[Title/Abstract] OR knowledge[Title/Abstract] OR behavior[Title/Abstract] OR practice[Title/Abstract] OR management[Title/Abstract] OR approach[Title/Abstract] OR treatment[Title/Abstract])
Web of Science Coleção Principal	AB=(“elder abuse”) AND AB=(Knowledge OR Attitude OR Ability) AND AB=(Hospital OR "Medical Staff, Hospital" OR Hospitalist) AND AB=(Physicians OR Doctors)
Scopus (Elsevier)	TITLE-ABS-KEY (( "elder abuse" ) AND (knowledge OR attitude OR ability) AND (hospital OR "Medical Staff, Hospital" OR hospitalist) AND (physicians OR doctors))

EMBASE (Elsevier)	(('elder abuse':ti,ab,kw OR 'elder neglect':ti,ab,kw OR 'aged abuse':ti,ab,kw) AND physician:ti,ab,kw AND 'medical staff':ti,ab,kw OR hospital:ti,ab,kw) AND attitude:ti,ab,kw AND (elder:ti OR older:ti OR aged:ti) AND [2004-2020]/py
CINAHL (EBSCO)	(elder abuse or elder mistreatment or elder neglect) AND (physicians or doctors or clinicians) AND hospital AND (attitudes or perceptions or behavior or knowledge)
BDTD	(Resumo Português:maus-tratos ao idoso E Resumo Português:médicos E Resumo Português:hospital)
OpenGrey	(elder abuse OR aged abuse OR elder neglect) AND (physicians OR doctors) AND hospital
OpenThesis	text((physicians OR doctors OR "medical care") AND hospital AND ("elder abuse" OR "elder neglect" OR "aged abuse"))
RCAAP	médicos AND (atitudes OR conhecimentos OR habilidades) hospital AND maus-tratos ao idoso
Portal de Teses e Dissertações da CAPES	("atendimento médico" OR "cuidados médicos" OR médicos) AND hospital AND ("maus-tratos ao idoso" OR "negligência ao idoso" OR violência contra o idoso")
DART	(physicians OR doctors OR "medical care") AND hospital AND ("elder abuse" OR "elder neglect" OR "aged abuse")
Library and Archives Canada (Theses CanadaPortal)	"physicians" AND hospital AND ("elder abuse" OR "aged abuse" OR "elder neglect" OR "physical abuse")

Fonte: elaborado pelo autor, 2021

A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas: uma triagem inicial, com a leitura do título e do resumo, e uma segunda triagem, com a leitura do texto completo, selecionando os artigos de acordo com os critérios supracitados.

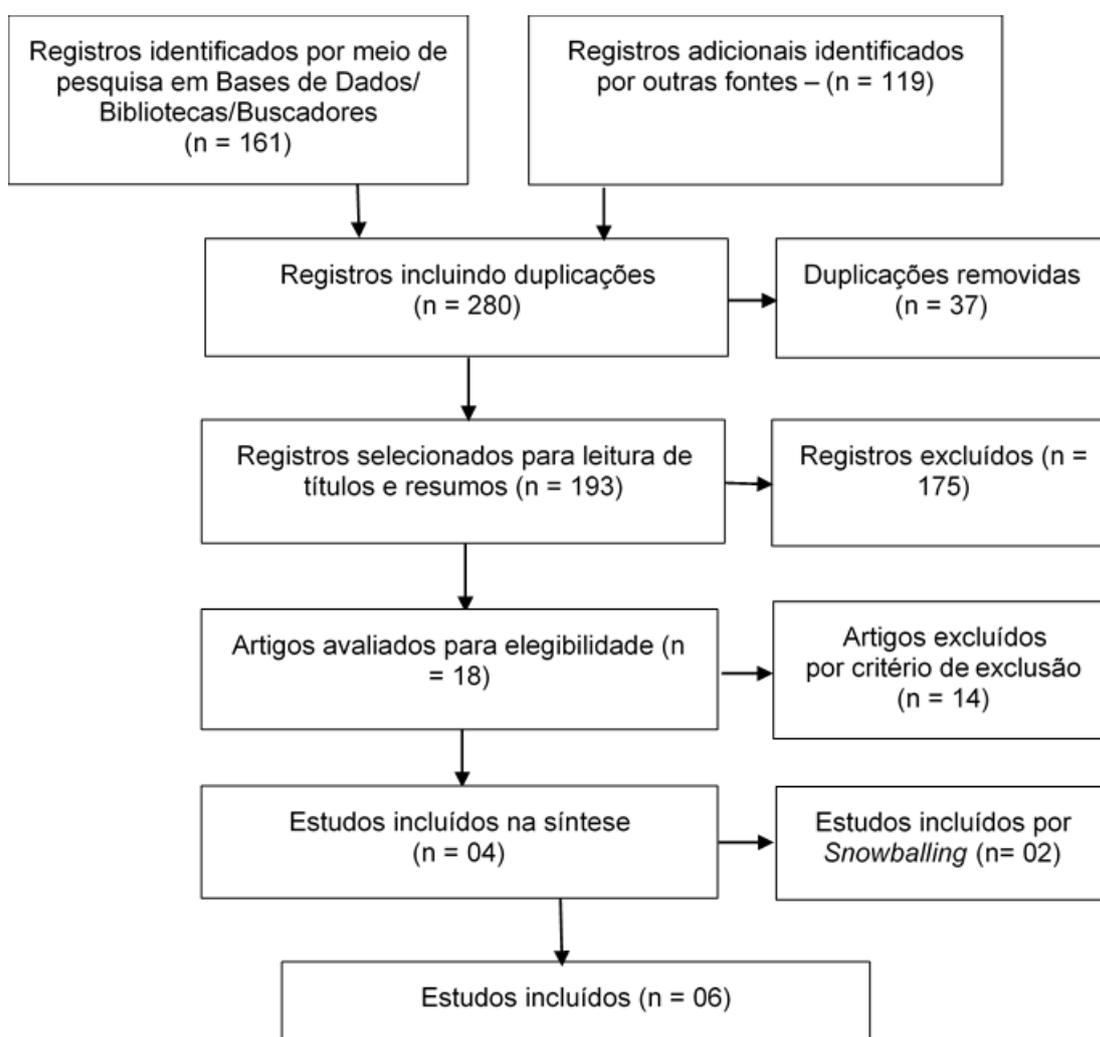
Selecionados os estudos, a extração dos dados ocorreu através de um instrumento desenvolvido pelo revisor, que reuniu as seguintes informações: título, autor(es), ano de publicação/país, objetivo, método, principais resultados referentes às competências dos médicos hospitalares sobre VCPI.

As buscas nas bases de dados revelaram 161 artigos, sendo 36 achados na BVS, 40 na PubMed, 2 na *Web of Science*, 16 na Scopus, 60 na EMBASE e 7 na CINAHL. Na pesquisa da literatura cinzenta foram encontrados 119 trabalhos, sendo 4 na BDTD, 61 na *OpenThesis*, 6 no Portal de Teses e Dissertações da CAPES e 32 no RCAAP. Nenhum material foi obtido nas bases *DART-Europe E-theses Portal*, *OpenGrey* e *Theses Canada Portal*.

Dos 280 registros encontrados, 37 estavam duplicados e foram excluídos,

restando 193 para leitura dos respectivos títulos e resumos. Esse processo levou à exclusão de 175 publicações por não se adequarem aos critérios de inclusão, e à pré-seleção de 18 trabalhos para leitura integral, onde 2 artigos foram obtidos pela estratégia *Snowballing*. Ao final restaram 06 trabalhos que se adequarem a este estudo. O resultado do processo de busca e seleção está descrito na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma de busca e seleção dos estudos sobre as competências dos médicos hospitalares diante de casos de VCPI. João Pessoa, PB, 2021.



**Fonte:** adaptado do PRISMA-ScR (TRICCO et al., 2018)

### 3.2.2 Elaboração do protocolo clínico de atendimento médico hospitalar à pessoa idosa em situação de violência

A partir da revisão de escopo foi identificada a necessidade de um instrumento

nacional para direcionar a abordagem dessa população vulnerável e numerosa, sendo elaborada a primeira versão do protocolo de abordagem dos médicos hospitalares à pessoa idosa vítima de violência.

Protocolos são guias sobre como uma atividade deveria ser feita (AUSTRÁLIA, 2010), e são orientados por diretrizes e fundamentados em estudos validados cientificamente (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Tais instrumentos envolvem recomendações desenvolvidas de modo sistemático com o intuito de dar suporte às tomadas de decisão em situações específicas em saúde. Além disso, são importantes no desenvolvimento de políticas de saúde e envolvem etapas típicas do processo de cuidado, como promoção de saúde e rastreio de doenças (AGREE, 2017). Ferramentas padronizadas de abordagem são cruciais para identificar as necessidades específicas de uma pessoa (FREEMAN et al., 2014)

Apesar da variedade de tipos de protocolos vista na literatura, estes podem ser divididos em clínicos ou de organização de serviços, ambos sendo considerados protocolos de cuidado à saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Protocolos de abordagem clínica informam os médicos sobre questões prioritárias que demandam intervenções específicas e investigação posterior onde for necessário, ao mesmo tempo em que equipam os clínicos com evidências para desenvolver um plano de cuidado específico para a pessoa atendida (FREEMAN et al., 2014).

Protocolos clínicos facilitam a disseminação de práticas de alto padrão e, para alcançarem seus objetivos, devem preencher requisitos equivalentes (MÉRY; SINGH, 2012). Portanto, não apenas devem ser baseados na melhor evidência disponível; todo o processo de elaboração (planejamento, desenvolvimento e atualização) deve seguir o mesmo nível de qualidade metodológica das evidências que o alicerçam (LATORRACA et al., 2018). Metodologias adequadas e estratégias precisas são importantes para o êxito na implantação das recomendações (AGREE, 2017).

O processo de elaboração deste protocolo seguiu as orientações de um guia australiano para protocolos em VCPI elaborado pela Unidade de Prevenção do Abuso ao Idoso do Departamento de Comunidades do governo de Queensland (AUSTRÁLIA, 2010). Como auxiliares na elaboração foram utilizados protocolos de atendimento médico ou multiprofissional direcionados a pessoas idosas em situação de violência, bem como outras ferramentas e orientações voltadas à abordagem de VCPI, buscados em artigos publicados em periódicos, teses de doutorado, dissertações de mestrado, monografias, publicações oficiais governamentais e de associações profissionais.

Segundo o guia australiano, protocolos são guias gerais sobre como e quando procedimentos devem ser feitos e, mesmo que um serviço não tenha uma política definida de abordagem, pode desenvolver protocolo pelo fato de todo serviço ter políticas que podem ser aplicadas a situações de violência (AUSTRÁLIA, 2010). Criar esse instrumento pode ser o primeiro e melhor passo no desenvolvimento de uma política forte e holística de atuação na VCPI.

A documentação do protocolo deve ter detalhamento suficiente para informar aos profissionais sobre os comportamentos e circunstâncias abarcadas pelo instrumento, mas ser suficientemente abrangente para permitir o uso do julgamento profissional no desempenho da avaliação. Na busca desse equilíbrio é fundamental evitar ambiguidade nas instruções (AUSTRÁLIA, 2010).

As diferentes formas de VCPI devem estar explicadas no protocolo de modo a viabilizar: identificar os sinais específicos de cada tipo; avaliar o relacionamento entre as partes envolvidas; determinar as informações a serem obtidas pela equipe; fornecer diretrizes para o processo decisório; e orientar a documentação e a denúncia da VCPI (AUSTRÁLIA, 2010).

A elaboração de um protocolo sobre VCPI tem quatro aspectos específicos que devem ser bem balanceados no processo: as necessidades do idoso vitimado, o objeto de interesse; as necessidades do membro da equipe que está respondendo ou identificando o problema; a necessidade de a instituição atender às responsabilidades com o paciente, com a equipe e com a organização como um todo; e o perpetrador da VCPI. Qualquer resposta à VCPI deve ser holística (AUSTRÁLIA, 2010).

O protocolo para VCPI deve ter informações detalhadas para viabilizar sua aplicação em quaisquer situações; diretrizes para os profissionais desempenharem suas funções segundo as etapas que a equipe deve seguir para lidar com a questão; informações aos gestores sobre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais nessa atuação; e a normatização de condutas visando à proteção de pacientes, profissionais e instituições. Também deve incluir uma lista de outros documentos que a equipe precisa conhecer durante a utilização do protocolo (AUSTRÁLIA, 2010).

A concepção deste protocolo seguiu, em termos de conteúdo, as orientações do guia do MS para elaboração do escopo de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT). Essa obra visa a auxiliar as áreas técnicas do MS na construção de documento estruturado que oriente a elaboração de PCDT (BRASIL, 2019d). A estruturação foi complementada e definida por meio do emprego do instrumento *Appraisal of Guidelines*

*for Research and Evaluation* (AGREE II), que propicia uma estratégia metodológica rigorosa e clara para desenvolver diretrizes, explicitando quais informações devem ser relatadas e como fazê-lo e, fundamentalmente, como avaliar a qualidade do protocolo (AGREE II, 2017).

### 3.2.3 Validação do protocolo médico de atendimento à pessoa idosa em situação de violência

Nesta etapa, juízes especialistas realizaram a avaliação da primeira versão do instrumento desenvolvido, feita no mês de agosto de 2021.

Foi utilizado um formulário eletrônico desenvolvido através do aplicativo de pesquisas por meio eletrônico *Google Forms*, enviado aos juízes especialistas após o aceite inicial. O formulário desenvolvido continha: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); instruções sobre o processo de validação de utilizando o instrumento AGREE II (manual do instrumento e uma versão resumida deste elaborada pelo pesquisador); questões sobre o perfil profissional do juiz especialista; e os itens a avaliar seguindo a estrutura do AGREE II.

## 3.3 População e amostra

A população de juízes especialistas foi composta por médicos especialistas na área de Geriatria, com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) na área no Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado de atuação e experiência de, pelo menos, um ano em atendimento hospitalar de idosos. Todos estavam filiados à Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

A tarefa dos juízes especialistas foi avaliar a adequabilidade dos itens do protocolo em relação a cada item abordado, segundo o instrumento AGREE II. Este recomenda que o protocolo seja avaliado por, no mínimo, dois juízes, recomendando quatro a fim de aumentar a confiabilidade da avaliação (AGREE, 2017). Os autores Alexandre e Colucci (2011) sugerem de seis a vinte juízes, elenco composto por, no mínimo, três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados para participar.

A seleção dos juízes ocorreu por consulta à SBGG, onde foram selecionados médicos com o RQE em Geriatria. Posteriormente, foi feita pesquisa na Plataforma Lattes do Currículo Lattes de pesquisadores, que se encontram disponíveis no portal do

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para comprovação dos critérios de formação e experiência requeridos.

A seleção inicial incluiu 21 profissionais aos quais foi enviada carta-convite por correio eletrônico explicando o estudo e questionando acerca do interesse do profissional em participar. Destes, catorze aceitaram o convite, e receberam por correio eletrônico o formulário eletrônico elaborado no *Google Forms* onde confirmaram o aceite após o texto do TCLE (APÊNDICE A), juntamente com o protocolo (APÊNDICE B) e o manual do AGREE II (AGREE, 2017). Foi estabelecido na mensagem o prazo de 20 dias corridos para devolução das avaliações, levando em conta o cronograma da pesquisa.

Desse grupo inicial houve duas desistências e sete avaliações enviadas dentro do prazo estabelecido, todas incluídas na amostra.

### **3.4 Instrumentos e Procedimentos para coleta dos dados**

Os juízes participantes receberam por correio eletrônico o protocolo proposto, o manual do instrumento AGREE II e o *link* para acessar formulário eletrônico no *Google Forms* composto por: TCLE; questões referentes ao perfil profissional dos juízes especialistas; instruções sobre a utilização do instrumento AGREE II; e os itens de avaliação deste.

A caracterização da amostra de juízes especialistas foi estabelecida por questionário desenvolvido pelo autor, perguntando sobre: idade, sexo, procedência, formação, experiência profissional em Geriatria, produção científica na área, experiência prévia em validações de protocolos e diretrizes.

Na avaliação do conteúdo do protocolo foi utilizado o instrumento AGREE II (ANEXO A), desenvolvido com o intuito de analisar a variabilidade na qualidade das diretrizes. Avalia o rigor metodológico e a transparência do desenvolvimento de protocolos, assim como a qualidade das diretrizes desenvolvidas, tanto para versões originais como para atualizações de diretrizes já existentes (AGREE, 2017).

O AGREE II é uma ferramenta genérica, podendo ser aplicado a diretrizes relacionadas a qualquer doença ou qualquer etapa do cuidado em saúde, incluindo aspectos relacionados à promoção da saúde, saúde pública, rastreamento, diagnóstico, tratamento e intervenções. É direcionado, portanto, à melhoria da atenção à saúde, e é adequado tanto a diretrizes apresentadas em papel quanto àquelas em formato eletrônico

(AGREE, 2017).

É composto por 23 itens organizados em seis domínios, seguidos por dois itens de classificação geral. Cada domínio abrange uma dimensão de qualidade do protocolo, definida da seguinte forma: o domínio 1 (Escopo e Finalidade) se refere ao objetivo geral da diretriz, às questões específicas de saúde e à população-alvo (itens 1 a 3); o domínio 2 (Envolvimento das partes interessadas) avalia em que medida a diretriz foi desenvolvida pelas partes interessadas adequadas e representa a visão dos usuários pretendidos (itens 4 a 6); o domínio 3 (Rigor do Desenvolvimento) busca descrever o processo utilizado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a atualização destas (itens 7 a 14); o domínio 4 (Clareza da Apresentação) aborda a linguagem, a estrutura e o formato da diretriz (itens 15 a 17); o domínio 5 (Aplicabilidade) elenca os prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação, as estratégias para aprimorar a aplicação, assim como a alocação de recursos relacionados à utilização da diretriz (itens 18 a 21); e o domínio 6 (Independência Editorial) diz respeito à formulação das recomendações, evitando vieses oriundos de conflitos de interesse (itens 22 a 23). A avaliação global aborda a determinação da qualidade geral da diretriz e se a mesma pode ser recomendada para utilização na prática (AGREE, 2017).

Cada item supracitado é estruturado em uma escala do tipo Likert de 7 pontos (de 1 – discordo totalmente - a 7 – concordo totalmente). O escore 1 deve ser dado na ausência de quaisquer informações relevantes para o item em questão ou se o conceito é pouco desenvolvido. O Escore 7 deve ser dado quando a qualidade da informação é excelente. Pontuações entre 2 e 6 são atribuídas quando o item não atende integralmente ao pré-requisito estabelecido, onde a pontuação considera a integridade e qualidade do quesito avaliado. Dessa forma, as pontuações se relacionam a quanto os critérios são contemplados e as considerações, abordadas (AGREE, 2017).

Finalizada a apreciação dos 23 itens, os juízes efetuam duas avaliações gerais da diretriz. A avaliação global exige que o especialista julgue a qualidade do protocolo, igualmente em uma escala Likert de 7 pontos (de 1 – qualidade mais baixa possível - a 7 – qualidade mais alta possível), considerando o processo de avaliação. Adicionalmente, o avaliador deve informar se recomenda ou não o uso do protocolo, optando por uma das três indicações: “Sim”; “Sim, com modificações”; ou “Não” (AGREE, 2017).

### 3.5 Análise dos Dados

A análise dos dados obedeceu ao proposto pelo AGREE II, calculando uma pontuação para cada um dos seis domínios avaliados pelo instrumento.

A pontuação de cada domínio é independente e representada sob a forma de um percentual cujo cálculo envolve a soma das pontuações de todos os itens do domínio. Obtém-se, então, o percentual que esse valor representa em relação à pontuação máxima possível no domínio avaliado por meio da fórmula representada na figura 3.

**Figura 3** - Cálculo da porcentagem total por domínio no instrumento AGREE II.

$$\frac{\text{pontuação obtida}^1 - \text{pontuação mínima}^2}{\text{pontuação máxima}^3 - \text{pontuação mínima}} \times 100$$

<sup>1</sup> Pontuação obtida: soma das pontuações dos itens do domínio.

<sup>2</sup> Pontuação mínima = 1 (discordo totalmente) x número de itens no domínio x número de avaliadores

<sup>3</sup> Pontuação máxima = 7 (concordo totalmente) x número de itens no domínio x número de avaliadores

**Fonte:** adaptado de AGREE (2017)

O AGREE II não define um ponto de corte para considerar uma diretriz válida, nem padrões de pontuação para separar diretrizes por sua qualidade (AGREE, 2017). Dessa forma, foi utilizado um ponto de corte arbitrário de 75% da pontuação máxima para considerar o protocolo válido em cada domínio, tendo por base a adoção desse critério por outros autores nacionais (SOUZA et al., 2018; BRILHANTE, 2019). Em todos os domínios, mesmo naqueles onde a pontuação demonstrou a validade do protocolo, as considerações dos juízes especialistas foram consideradas para o aprimoramento da ferramenta.

### 3.6 Aspectos Éticos

O estudo foi desenvolvido respeitando os princípios da Bioética e dos Direitos Universais, em conformidade com as Diretrizes e Normas Reguladoras dispostas na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do MS nº 466, de 12 de dezembro de

2012, a qual regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 2013).

Este trabalho está vinculado ao projeto universal “Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado”, de autoria da orientadora, Profª Dra. Rafaella Queiroga Souto e aprovado pelo CEP da UFPB sob o parecer 3.709.600 (ANEXO C). O projeto universal recebeu financiamento do Conselho Nacional de Ensino e Pesquisa (CNPq) a partir do edital universal nº 28/2018, sob o processo nº 424604-2018-3.

Sendo uma pesquisa envolvendo seres humanos, todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e receberam o protocolo proposto, podendo retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo; e, concordando, assinaram o TCLE disponibilizado via formulário eletrônico do *Google Forms*® (APÊNDICE B). Foram esclarecidos por este documento os riscos mínimos desta pesquisa aos participantes (os quais apenas avaliaram o produto deste trabalho), seus benefícios para a prática profissional, os procedimentos de coleta de dados, a garantia de sigilo e anonimato, a liberdade para desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo e a utilização dos dados exclusivamente para fins acadêmicos. O pesquisador salientou sua disponibilidade para quaisquer esclarecimentos.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Resultados e discussão sobre os dados obtidos na etapa de validação do protocolo clínico atendimento médico hospitalar à pessoa idosa em situação de violência

O processo de validação contou com a participação de 7 juízes especialistas geriatras, identificados como J1, J2, J3, J4, J5, J6 e J7. O perfil destes está descrito no quadro 6.

Quadro 6 - Perfil dos juízes especialistas geriatras avaliadores do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência.

Juiz	Idade	Sexo	Cidade/estado	Formação	Experiência profissional	Experiência em Geriatria	Atividade profissional
J1	40	F	João Pessoa/PB	Mestrado	11-15 anos	6-10 anos	Assistência/docência
J2	37	F	João Pessoa/PB	Especialização	11-15 anos	6-10 anos	Assistência
J3	45	F	Curitiba/PR	Mestrado	16-20 anos	6-10 anos	Assistência/docência
J4	41	F	João Pessoa/PB	Mestrado	11-15 anos	11-15 anos	Assistência/docência
J5	67	M	Porto Alegre/RS	Mestrado	acima de 20 anos	acima de 20 anos	Assistência/docência
J6	32	F	São Paulo/SP	Especialização	6-10 anos	1-5 anos	Assistência/docência
J7	32	F	João Pessoa/PB	Especialização	6-10 anos	1-5 anos	Assistência

Constata-se que os juízes especialistas possuem a experiência na área requerida para a execução de sua avaliação, a qual consiste em determinar se os itens avaliados realmente se referem ao propósito do protocolo elaborado. Quanto ao número de juízes, ponto controverso na literatura, considera-se como pontos fundamentais as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). No presente estudo se obteve número superior ao mínimo recomendado como adequado pelo AGREE II, quatro juízes.

Quanto ao local de atuação, predominaram os profissionais da Paraíba, apesar de terem sido contatados geriatras de dez estados brasileiros. Considera-se casualidade, uma vez que os autores não conhecem os médicos que enviaram suas avaliações.

O tempo de experiência profissional declarado por 5 dos 7 especialistas foi de pelo menos 11 anos, e a experiência específica em Geriatria, de 6 anos ou mais. Um dos profissionais tinha mais de 20 anos de carreira médica e de exercício da Geriatria. Quatro dos cinco juízes possuíam mestrado na área e atuavam também como docentes, o que enriqueceu sua colaboração na validação. Todos os juízes publicaram artigos em Geriatria, e quatro apontaram experiência prévia com validação de protocolo assistencial.

Quanto à avaliação do protocolo por meio do instrumento AGREE II, procedeu-se à descrição de cada domínio com seus respectivos itens sob a forma de tabelas, com os escores atribuídos por cada juiz e os totais (por item e geral).

O domínio 1 (Escopo e Finalidade) se relaciona aos objetivos do protocolo, às questões de saúde cobertas por este e à população-alvo, correspondendo aos itens 1 a 3 (AGREE, 2017). Neste, o primeiro item se relaciona à repercussão do protocolo na saúde do seu público-alvo e da sociedade, avaliando se estão bem definidos aspectos como objetivos, intervenção(ões) em saúde realizada(s), desfecho(s) ou resultado(s) esperado(s) e o público específico ao qual se destina a ferramenta. O segundo item verifica se as questões de saúde abarcadas estão claramente definidas em aspectos-chave como público-alvo, intervenção(ões), desfecho(s) e contexto de realização das ações em saúde. O terceiro item analisa a descrição precisa da população-alvo da ferramenta, incluindo faixa etária, sexo e características clínicas (AGREE, 2017).

A avaliação deste domínio obteve adequabilidade de 91,3%, com uma pontuação total de 136, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Pontuação da avaliação do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência pelo domínio 1 do instrumento AGREE II - Escopo e Finalidade. João Pessoa, PB, 2021.

<b>DOMÍNIO 1 – Escopo e Finalidade</b>	<b>J1</b>	<b>J2</b>	<b>J3</b>	<b>J4</b>	<b>J5</b>	<b>J6</b>	<b>J7</b>	<b>TOTAL</b>
1. O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s)	5	7	6	7	6	7	7	<b>45</b>
2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s)	5	6	7	6	7	7	7	<b>45</b>
3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina está especificamente descrita	6	6	7	6	7	7	7	<b>46</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>136</b>

Fonte: elaborado pelo autor.

Neste domínio J1 colocou ter dúvidas se o protocolo era claramente destinado aos médicos devido ao grande volume de informações a obter, sem apontar falhas a corrigir neste domínio. J2 considerou o texto direcionado ao público idoso mais frágil e dependente, e não à população idosa em geral. Uma vez que o protocolo deixa claro que pode ser utilizado de acordo com as demandas de cada situação, sem a necessidade de uma avaliação completa em todos os casos de VCPI, e que se aplica a todo idoso com suspeita de maus-tratos, tais considerações não resultaram em modificações textuais. J3 ponderou que o objetivo geral ficou muito amplo por abordar vários enfoques, o que deveria ser descrito em objetivos específicos. Diante desta avaliação, os objetivos do protocolo foram revisados. Os demais juízes não comentaram este domínio.

O domínio 2 (Envolvimento das partes interessadas) aborda se o desenvolvimento contou com profissionais adequados a esse fim e se representa a visão da população-alvo, por meio dos itens 4 a 6 (AGREE, 2017). Na tabela 2 se verifica os resultados obtidos na avaliação deste domínio.

Tabela 2 - Pontuação da avaliação do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência pelo domínio 2 do instrumento AGREE II – Envolvimento das partes interessadas. João Pessoa, PB, 2021.

<b>DOMÍNIO 2 – Envolvimento das partes interessadas</b>	<b>J1</b>	<b>J2</b>	<b>J3</b>	<b>J4</b>	<b>J5</b>	<b>J6</b>	<b>J7</b>	<b>TOTAL</b>
4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes	3	6	7	7	6	7	4	<b>40</b>
5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc)	3	7	5	7	7	7	7	<b>43</b>
6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos	7	7	7	7	7	7	7	<b>49</b>
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>132</b>

**Fonte:** elaborado pelo autor.

O item 4 se relaciona aos profissionais envolvidos diretamente no desenvolvimento do protocolo a qualquer tempo, incluindo a composição da equipe e a formação dos integrantes, excluindo os revisores externos e representantes do público-alvo (AGREE, 2017). Aqui J1 e J7 consideraram necessário incluir uma equipe

multiprofissional no desenvolvimento, pontuando com notas 3 e 4, respectivamente. J4 sugeriu a inclusão de profissionais atuantes na área da Gerontologia, como assistentes sociais e fisioterapeutas.

Os autores esclareceram que, em virtude de ser este protocolo o produto de um mestrado profissional, considera-se que sua elaboração envolve o mestrando e o professor orientador, sem inclusão de outros profissionais nessa ação. Tal fato não impede, contudo, que atualizações subsequentes e o emprego prático deste instrumento resultem na inclusão de outros profissionais e, inclusive, na extensão do seu escopo aos demais níveis de atenção à saúde da população idosa.

No item 5 são avaliadas as informações sobre como as opiniões e preferências da população-alvo sobre as ações em saúde a serem executadas foram obtidas e consideradas na formulação da diretriz. Neste trabalho, conforme previsto no AGREE II, buscou-se na revisão da literatura conhecer experiências, preferências e valores da população-alvo contextualizados na questão da VCPI. Neste item J1 salientou que, apesar de se ter utilizado boas referências para este fim, faltou uma pesquisa direta com a população-alvo nesse desenvolvimento, pontuando o item com a nota 3. J2 elogiou o uso de fontes nacionais e internacionais para obteresse fim.

O item 6 verifica se o público-alvo está claramente definido e se o profissional conseguiu distingui-lo prontamente, estabelecendo se o protocolo é relevante e pertinente àquela situação (AGREE, 2017). De modo a destacar essa informação para os profissionais médicos, esta foi colocada no tópico específico “usuários-alvo”, e este item foi pontuado por todos os juízes coma nota máxima, sem comentários.

Pela tabela 2 se pode observar que este domínio obteve adequabilidade de 88,1%, com uma pontuação total de 132.

O domínio 3 avalia o processo de coleta e síntese das evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva atualização dessas, abarcando os itens 7 a 14 (AGREE, 2017). Este domínio explicita o rigor metodológico da busca das evidências e da formulação do protocolo, além da revisão pré-publicação e da forma como se darão as atualizações do documento. Observa-se a pontuação deste item na tabela 3.

Tabela 3 - Pontuação da avaliação do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência pelo domínio 3 do instrumento AGREE II – Rigor do desenvolvimento. João Pessoa, PB, 2021.

<b>DOMÍNIO 3 – Rigor do desenvolvimento</b>	<b>J1</b>	<b>J2</b>	<b>J3</b>	<b>J4</b>	<b>J5</b>	<b>J6</b>	<b>J7</b>	<b>TOTAL</b>
7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências	5	7	6	7	6	7	7	<b>45</b>
8. Os critérios de seleção da evidência estão claramente descritos	5	7	7	7	7	7	6	<b>46</b>
9. Os pontos fortes e limitações do conjunto de evidências estão claramente descritos	5	6	7	7	7	7	6	<b>45</b>
10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos	5	7	6	7	7	6	6	<b>44</b>
11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações	6	7	6	7	7	6	7	<b>46</b>
12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte	6	7	6	7	7	6	7	<b>46</b>
13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação	7	7	7	7	7	7	7	<b>49</b>
14. O procedimento para a atualização da diretriz está disponível	5	5	7	7	7	6	7	<b>44</b>
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>53</b>	<b>52</b>	<b>56</b>	<b>55</b>	<b>52</b>	<b>53</b>	<b>365</b>

**Fonte:** elaborado pelo autor.

Os itens 7 e 8 abordam a metodologia de obtenção das evidências, explicitando aspectos como as bases e termos utilizados, critérios de inclusão e exclusão empregados, a abrangência e a adequabilidade da busca à questão de saúde, bem como sua replicabilidade (AGREE, 2017). No item 7, J5 recomendou verificar métodos na área da assistência social de âmbito familiar como o Apgar familiar, que avalia a funcionalidade da família. Tal ferramenta foi adicionada ao protocolo. J7 comentou que foi realizada revisão de escopo complementada por busca específica de protocolos, diretrizes e orientações para elaboração, conferindo a nota máxima. O item 8 não foi comentado pelos especialistas.

O item 9 avalia os pontos fortes e as limitações das evidências. Sendo a base deste protocolo uma revisão de escopo, a busca por evidências priorizou englobar a produção científica sobre o assunto estudado (PETERS et al., 2020), à qual foi adicionada busca por protocolos, diretrizes, ferramentas de avaliação e guias de elaboração de protocolos. Dessa forma, não foi individualizada a análise dos estudos incluídos. Esta explicação está presente na descrição da metodologia do protocolo. Neste item, J2 recomendou aprofundar a pesquisa em relação à avaliação cognitiva dos idosos, visando a tentar estabelecer graus de comprometimento na abordagem mediante o uso do protocolo. Diante desta recomendação, o tema foi reformulado e ampliado, com a ressalva de que a decisão final depende da avaliação global do médico assistente de cada caso em particular, uma vez que a cognição pode estar afetada de forma diferente em cada área, e o impacto disso na avaliação e na abordagem da VCPI só poderá ser mensurado mediante a análise global do caso.

O item 10 verifica se as recomendações contam com metodologia de formulação clara. Aqui 3 dos 5 juízes deram pontuação máxima, e nenhum fez comentários ou sugestões. O item 11 analisa se foram considerados na elaboração das recomendações os benefícios, os efeitos colaterais e os riscos à saúde, com reflexões e ponderações acerca desses aspectos (AGREE, 2017). Os benefícios advindos do emprego deste protocolo foram ressaltados na seção “Prevenção”, incluindo os benefícios à pessoa idosa, a quem cuida desta, à família e a sociedade e reforçando a importância da rede de apoio e dos recursos sociais disponíveis, bem como a importância do desenvolvimento constante desses meios de suporte. As seções “Intervenção” e “Acompanhamento” reforçam os impactos positivos das medidas sugeridas.

Os efeitos colaterais e os riscos à saúde, muitas vezes correlacionados, foram abordados sempre que considerados oportunos à preservação da saúde e da segurança da pessoa idosa. Os procedimentos relacionados à identificação da VCPI, à exploração dos achados, à avaliação do funcionamento familiar, à notificação e denúncia, às intervenções necessárias e ao acompanhamento do caso carregam riscos de novas violências à pessoa idosa e podem incluir os envolvidos na abordagem e denúncia da situação de VCPI. As precauções necessárias à abordagem foram reforçadas em todas as recomendações. Os juízes pontuaram este item com nota mínima de 6, sendo que quatro concederam a nota máxima.

Visando ao reforço dos objetivos e da importância deste protocolo convém salientar que, apesar de estudos desenvolvidos pela Comissão Econômica para a

América Latina e o Caribe (Cepal) mostrarem que o Brasil e o México são os países que se destacam com maior grau de institucionalização das políticas sociais (FRANCO et al., 2010), sendo o Brasil considerado um dos países que efetiva os acordos internacionais em matéria de envelhecimento (ROMERO et al., 2019), constatamos inúmeras deficiências práticas dos serviços de proteção à pessoa idosa, a escassez de regulamentações técnicas e o frágil amparo legal e institucional aos profissionais ligados diretamente ao enfrentamento dessa questão (ROCHA et al., 2018). Dessa forma, proteger a vítima e os profissionais envolvidos no manejo da VCPI se torna um desafio ainda maior. Este cenário de insegurança contribui sobremaneira para a elevada subnotificação dos casos em função do medo de sofrer violências e retaliações.

Como forma de proteger e incentivar os profissionais envolvidos foi colocada na seção “Notificação e denúncia” a orientação do Ministério da Saúde para que os campos relativos ao profissional notificador (nome, assinatura e função) sejam completados pela gestão local, inclusive usando carimbo institucional. A identificação fica sendo, portanto, a do serviço de saúde notificador (BRASIL, 2016).

A ligação entre as recomendações do protocolo e as evidências de suporte às mesmas foi verificada pelo item 12. Neste item J7 elogiou o fato de as recomendações seguirem as referências mais importantes sobre o assunto. A nota mínima conferida foi 6, e quatro juízes concederam a nota máxima.

O item 13 investiga se o protocolo foi revisado por especialistas antes de sua publicação. Todos os juízes atribuíram a pontuação máxima, entendendo que este era justamente o procedimento em andamento. J7 citou a revisão prévia do protocolo por geriatra. O item 14 analisa se há procedimento para atualização no documento. J2 sugeriu mais clareza sobre a atualização do protocolo, sugestão acatada pelos autores. A adequabilidade obtida neste domínio foi de 92%, com uma pontuação total de 365.

O domínio 4 avalia a clareza da apresentação levando em conta linguagem, estrutura e formato do documento, abrangendo os itens 15 a 17 (AGREE, 2017). A tabela 4 exibe a pontuação da avaliação do protocolo neste domínio.

Tabela 4 - Pontuação da avaliação do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência pelo domínio 4 do instrumento AGREE II – Clareza da apresentação. João Pessoa, PB, 2021.

<b>DOMÍNIO 4 – Clareza da apresentação</b>	<b>J1</b>	<b>J2</b>	<b>J3</b>	<b>J4</b>	<b>J5</b>	<b>J6</b>	<b>J7</b>	<b>TOTAL</b>
15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade	5	7	5	7	7	7	7	<b>45</b>
16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problemas de saúde estão claramente apresentadas	6	6	6	7	5	7	7	<b>44</b>
17. As recomendações-chave são facilmente identificadas	5	7	6	7	7	6	6	<b>44</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>133</b>

Fonte: elaborado pelo autor.

O item 15 aborda especificidade e inexistência de ambiguidades nas informações oferecidas pelo protocolo (AGREE, 2017). J1 e J3 atribuíram a nota 5 sem comentar. Os outros juízes concederam a nota máxima. O item seguinte investiga se as abordagens sugeridas estão apresentadas de forma clara (AGREE, 2017). J2 frisou que as opções se mostraram claras, porém como abordar quando houver um maior comprometimento cognitivo do idoso não foi totalmente esclarecedor, um reforço do que este juiz especialista havia comentado no item 9. Lá houve solicitação de orientação acerca do estabelecimento de graus de comprometimento; aqui, de orientações mais específicas sobre o que fazer diante da constatação de idosos cognitivamente mais prejudicados. Complementando o que foi realizado na avaliação cognitiva, na seção “Intervenção” foram colocadas orientações adicionais de procedimento em tais situações. J5 atribuiu a nota mais baixa desse item (5), sem comentar.

No item 17 é verificado se as principais recomendações são facilmente identificadas ao se utilizar o protocolo (AGREE, 2017). J6 sugeriu a colocação de um quadro rápido com os passos da avaliação. J7 fez sugestão semelhante, propondo colocar tabela com os principais pontos das abordagens. Foi incluído um fluxograma com os principais passos da abordagem.

De acordo com a tabela 4, observa-se que a adequabilidade obtida na avaliação deste domínio foi de 88,9%, com uma pontuação total de 133.

O domínio 5 avalia a aplicabilidade do protocolo ao verificar, pelos itens 18 a 21, se fatores facilitadores e barreiras à aplicação do mesmo estão nele descritas, se há orientações sobre a aplicação das recomendações e as implicações dos custos envolvidos, e se estão expressos critérios para o monitoramento do instrumento

(AGREE, 2017). Na tabela 5 está descrita a pontuação da avaliação do protocolo neste domínio.

Tabela 5 - Pontuação da avaliação do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência pelo domínio 5 do instrumento AGREE II – Aplicabilidade. João Pessoa, PB, 2021.

<b>DOMÍNIO 5 – Aplicabilidade</b>	<b>J1</b>	<b>J2</b>	<b>J3</b>	<b>J4</b>	<b>J5</b>	<b>J6</b>	<b>J7</b>	<b>TOTAL</b>
18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras à sua aplicação	4	5	6	7	7	7	4	<b>40</b>
19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática	4	7	7	7	6	7	7	<b>45</b>
20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações	4	7	5	7	7	7	7	<b>44</b>
21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria	5	6	5	7	7	6	6	<b>42</b>
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>171</b>

Fonte: elaborado pelo autor.

Neste domínio ocorreu a maior variação na pontuação. O item 18, direcionado à descrição de facilitadores e barreiras à efetiva aplicação das recomendações, recebeu nota 4 de J1 e J7, sem informações dos motivos. J2 considerou que faltaram dados mais robustos sobre as barreiras à aplicação, conferindo nota 5. J4, J5 e J6 atribuíram a nota máxima. As barreiras estão descritas oportunamente por todo o protocolo, nas seções “Identificação” (com parágrafo destinado especificamente ao tema), “Entrevista”, “Implementação”, “Notificação e denúncia” e “Acompanhamento”. Diante da pontuação obtida, aplicou-se o termo “barreira” nas seções onde não estava explícito a fim de evidenciar essa informação.

É importante destacar que barreiras à abordagem de violências são, frequentemente, decorrentes dos riscos envolvidos na investigação, na abordagem e no acompanhamento dos casos. Desse modo, conforme destacado no domínio 3 (e na seção “Notificação e denúncia” do protocolo em análise), os riscos inibem tanto vítimas quanto profissionais envolvidos no manejo do caso diante do temor de revide por parte do agressor, pois há múltiplas deficiências nos processos de identificação e manejo e na rede de proteção às vítimas e aos denunciantes (ROCHA et al., 2018).

No item 19, que pontua sobre orientações e recursos que facilitem a aplicação prática das recomendações, J5 atribui nota 6, e 5 dos 7 juízes avaliaram com nota máxima. J1 avaliou com nota 4, sem justificar. Com relação ao item 20 (implicações decorrentes dos recursos para implementação), J4 atribui a nota 4 e J3 deu nota 5, ambos sem fundamentar a avaliação. Os demais juízes determinaram pontuação máxima. No item 21 (critérios explícitos de monitorização e auditoria), J1 e J3 concederam nota 5 e os demais, nota 7. J5 pontuou que monitoramento e auditoria são pertinentes em diretrizes, não havendo necessidade de se avaliar tal aspecto num protocolo. Os demais juízes não comentaram o item ou sua avaliação.

Nota-se que, apesar da pontuação variar entre 4 e 7, atingiu 171 pontos, resultando num percentual de adequabilidade neste domínio de 85,1%; portanto, sem prejuízos à avaliação.

O domínio 6 avalia se houve vieses na elaboração do documento decorrentes da influência de órgão financiador (item 22) ou de conflitos de interesse da equipe desenvolvedora (item 23) (AGREE, 2017). A tabela 5 descreve a pontuação da avaliação do protocolo neste domínio.

Tabela 6 - Pontuação da avaliação do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência pelo domínio 6 do instrumento AGREE II – Independência editorial. João Pessoa, PB, 2021.

<b>DOMÍNIO 6 – Independência editorial</b>	<b>J1</b>	<b>J2</b>	<b>J3</b>	<b>J4</b>	<b>J5</b>	<b>J6</b>	<b>J7</b>	<b>TOTAL</b>
22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz	7	7	7	7	7	7	7	<b>49</b>
23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz	7	7	7	7	7	7	7	<b>49</b>
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>98</b>						

Fonte: elaborado pelo autor.

No protocolo foi salientado que, apesar da pesquisa fazer parte de um projeto guarda-chuva financiado pelo CNPq, os processos de elaboração e validação do produto em análise não contaram com financiamentos. Da mesma forma, as declarações de

ausência de conflitos de interesse dos autores foram colocadas no apêndice 4, onde foram descartados reembolsos, honorários ou quaisquer outras formas de recebimento de vantagens ou valores decorrentes de eventos, representação ou atividades que pudessem suscitar conflitos dessa natureza.

Assim sendo, neste domínio os itens receberam a nota máxima, perfazendo 100% de adequabilidade, e sem comentários dos juízes. O conteúdo correspondente aos itens avaliados foi, portanto, mantido sem alterações.

Finalizada a avaliação de cada domínio é possível contrapor as pontuações desses para se obter uma comparação dos percentuais de adequabilidade entre os domínios avaliados. O gráfico 1 demonstra essa comparação.

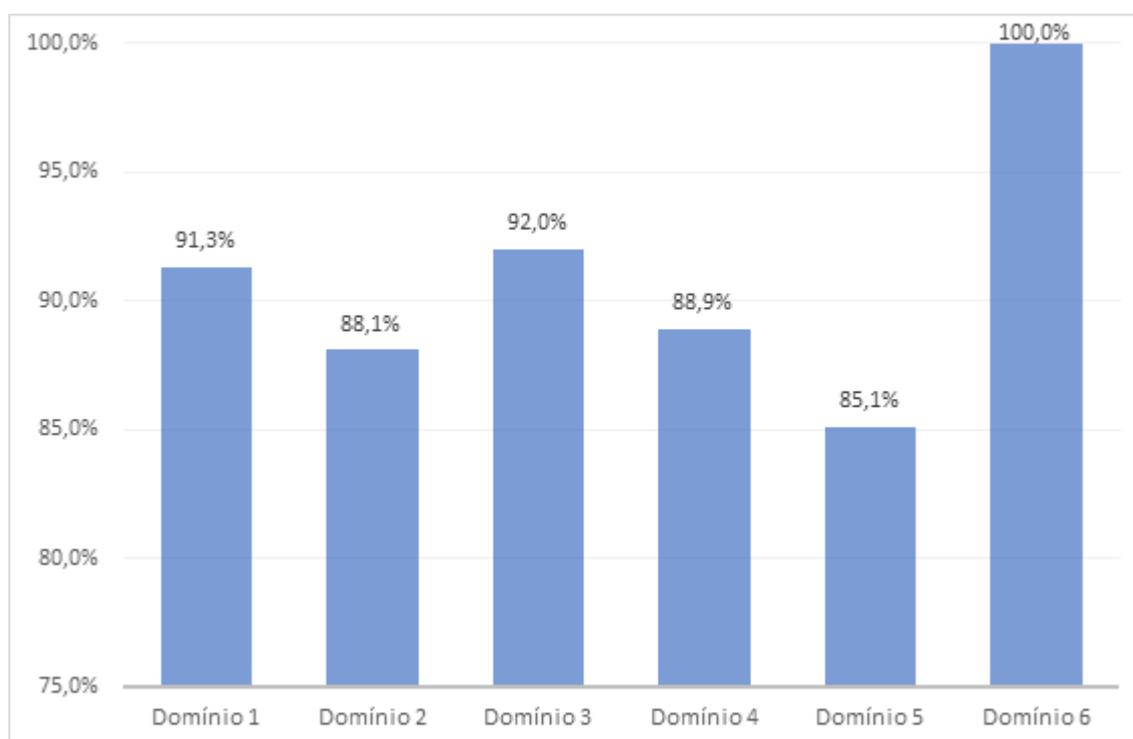


Gráfico 1 – Percentuais de adequabilidade do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência segundo cada domínio avaliado pelo instrumento AGREE II. João Pessoa, PB, 2021.

**Fonte:** elaborado pelo autor

Observa-se, em ordem decrescente de percentuais de adequabilidade atingidos, que o domínio 6 (independência editorial) obteve a maior pontuação, com 100% de cumprimento das exigências dos itens avaliados, seguido pelo domínio 3 (rigor do

desenvolvimento), com 92%; domínio 1 (escopo e finalidade), com 91,3%; domínio 4 (clareza da apresentação), com 88,9%; domínio 2 (envolvimento das partes interessadas), com 88,1%; e domínio 5 (aplicabilidade), com 85,1%.

O sistema de pontuação do AGREE II é subjetivo, o que impede a comparação direta entre as avaliações dos especialistas dentro de cada item dos domínios, e não inclui critério final que estabeleça se a diretriz avaliada é, de fato, válida metodologicamente (RONSONI et al., 2015). Estudo realizado na Espanha para avaliar a qualidade das diretrizes clínicas espanholas para Doença de Alzheimer e outras demências propôs uma categorização dos percentuais de adequabilidade obtidos por um protocolo clínico para avaliar sua qualidade: 25% ou menos é apontado como muito percentual muito baixo; entre 25% e 50%, baixo; de 50% a 75%, alto; e superior a 75%, muito alto, indicando alta qualidade (PARRA-ANGUITA et al., 2016). Constatou-se que, neste estudo, todos os domínios superaram o percentual mínimo de adequabilidade definido para a validação desse protocolo clínico na visão dos juízes especialistas, de 75%.

A avaliação global do instrumento AGREE II consiste numa pontuação atribuída pelos juízes para a qualidade do protocolo como um todo. A pontuação atribuída pelos juízes segundo sua avaliação global está descrita no quadro 6.

Quadro 7 – Pontuação global do protocolo médico de atendimento hospitalar à pessoa idosa em situação de violência segundo cada juiz especialista. João Pessoa, PB, 2021.

Juiz especialista	Pontuação global
J1	5
J2	6
J3	5
J4	7
J5	6
J6	7
J7	7

**Fonte:** elaborado pelo autor

Nessa avaliação geral, três juízes (42,8%) concederam a nota máxima ao protocolo clínico, julgando sua qualidade a mais alta possível. Dois juízes (28,6%) atribuíram a nota 6, e os dois restantes, a nota 5.

Realizada a avaliação global do protocolo, cada juiz deve expor seu posicionamento quanto à recomendação da utilização do protocolo, respondendo “sim”, “sim, com modificações”, ou “não” (AGREE, 2017). Cinco juízes (71,4%) responderam “sim”, e dois juízes (28,6%), “sim, com modificações”. J1 comentou que recomendou modificações por entender que os profissionais médicos lidarão com situações clínicas agudas ou agudizadas, inviabilizando o emprego de questionários extensos, mais adequados a serviços ambulatoriais com equipes multiprofissionais. J3 sugeriu maior detalhamento na avaliação de pacientes com comprometimento cognitivo por entender que é a maior dificuldade na abordagem, e tornar a avaliação da funcionalidade mais sucinta e objetiva. J5 solicitou incluir na avaliação a pesquisados medicamentos em uso. J4 e J6 elogiaram a qualidade e a utilidade do protocolo.

Conforme salientado nas modificações solicitadas pelos juízes em itens específicos da avaliação, as alterações propostas foram apreciadas e implementadas pelos autores.

#### 4.2 Apresentação do protocolo clínico de atendimento médico à pessoa idosa vítima de violência

O protocolo desenvolvido está estruturado em apresentação, introdução, objetivos, usuários-alvo, população-alvo, métodos, abordagens incluídas (prevenção, diagnóstico, implementação, acompanhamento), referências, apêndices e anexos.

A apresentação descreve a conjuntura da pessoa idosa e da VCPI, substanciando a necessidade e a relevância do protocolo. A introdução segue esta linha e reforça aspectos fundamentais ligados à abordagem dessa problemática. Os objetivos apresentam as finalidades do instrumento. Os usuários-alvo são aqueles que farão uso da ferramenta, e a população-alvo consiste naqueles auxiliados pelo emprego do protocolo. Os métodos descrevem a obtenção de evidências e o processo de elaboração do protocolo, além da atualização periódica do instrumento.

Nas abordagens incluídas, a **prevenção** engloba educação em saúde (para o idoso e para cuidadores e familiares), fatores ligados à VCPI, estresse do cuidador (avaliação e manejo), recursos sociais e comunitários, independência funcional (avaliação) e

rastreamento. O **diagnóstico** envolve identificação dos casos (barreiras à identificação, aspectos importantes a se observar, tipos de VCPI), a avaliação (aspectos gerais importantes, entrevista e exame físico, ferramentas úteis), e notificação e denúncia. A **intervenção** detalha as questões ligadas à pessoa idosa e ao agressor, e orienta a abordagem incluindo planejamento, equipe multiprofissional, rede de suporte e serviços de apoio. O **acompanhamento** reforça a abrangência e o detalhamento do seguimento, a reavaliação periódica dos achados de VCPI e a assistência integral à saúde da pessoa idosa para além dos maus-tratos.

Os apêndices trazem a ficha de avaliação dos casos de VCPI, informações e documentos adicionais relevantes ao método e à abordagem da VCPI, além da declaração de potenciais conflitos de interesse dos autores e um fluxograma da abordagem a casos de VCPI. Os anexos, por sua vez, incluem instrumentos auxiliares importantes para a avaliação e o seguimento dos casos, além da ficha de notificação de violências.

A versão final do protocolo se encontra no apêndice C deste trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação e o produto resultante foram desenvolvidos diante da inexistência de protocolos nacionais voltados à abordagem médica da VCPI no contexto hospitalar. Os médicos hospitalares que atendem idosos lidam com as mais variadas situações, do seguimento ambulatorial ao manejo de urgências e emergências. No entanto, a revisão de escopo sobre as competências dos médicos hospitalares evidenciou inúmeras dificuldades e barreiras a esse enfrentamento.

Nessa perspectiva, o protocolo oferece apoio imprescindível no manejo da complexidade da VCPI num cenário que é, frequentemente, a melhor - ou única - oportunidade de abordagem. Foi, então, elaborado um protocolo abordando a VCPI desde a suspeita até o seguimento após abordagem e manejo, o qual foi avaliado por médico geriatra previamente ao seu processo de validação. Este foi realizado por sete juízes especialistas, cujas recomendações foram apreciadas e acatadas pelos autores.

Pretende-se que este documento forneça o conhecimento e as orientações necessárias ao profissional médico hospitalar para um atendimento humanizado, eficiente e integral, amparado nas evidências. Também se almeja que os serviços de saúde se beneficiem com o estabelecimento de processos organizados, condutas padronizadas, construção de redes de apoio às vítimas e incentivos à atuação intersetorial. No sentido amplo, espera-se colaborar para uma redução efetiva dos impactos desse grave problema.

Enfatiza-se a necessidade de realização de atualizações regulares desse protocolo, buscando seguir o progresso do conhecimento técnico-científico a fim de continuar oferecendo recomendações embasadas nas evidências mais recentes. Atualizações vindouras serão oportunidades para sanar imperfeições apontadas na validação, inclusive envolvendo a incorporação à equipe de elaboração profissionais de outras áreas de atenção à saúde relevantes na atuação face à complexidade da VCPI. Da mesma forma, a extensão do emprego desse documento a outros níveis de atenção à saúde poderá ser viabilizada e será de grande valia na atenção à saúde da pessoa idosa.

Recomenda-se, ainda, estudos para mensurar as repercussões da implementação deste protocolo na atenção à VCPI, avaliando sua aplicabilidade prática e subsidiando ajustes para o aprimoramento do instrumento, além de fomentar o desenvolvimento da abordagem da VCPI no meio médico. Dessa forma, a evolução na atenção à VCPI proporcionará ganhos extraordinários na melhoria global da saúde da pessoa idosa.

## REFERÊNCIAS

AMBUEL, B. et al. Competencies Needed by Health Professionals for Addressing Exposure to Violence and Abuse in Patient Care, **Academy on Violence and Abuse**, 2011.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALVES, C. S.; SERRÃO, C. Fatores de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa: revisão sistemática. **Pan American Journal of Aging Research (PAJAR)**, v. 6, n. 2, p. 58-71, 2018.

AGREE Next Steps Consortium. **Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) II**. The AGREE II Instrument. 2017. Disponível em <http://www.agreetrust.org>. Acesso em: 20/04/2020.

ALVES, C. S.; SERRÃO, C. Fatores de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa: revisão sistemática. **Pan American Journal of Aging Research (PAJAR)**, v. 6 n. 2 p. 58-71, 2018.

ALMOGUE, A. et al. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 51, n. 1, p. 86-91, 2010.

ARAÚJO L. F., LOBO FILHO J. G. Análise psicossocial da violência contra idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica** [Internet]. v. 22, n. 1, p. 153-60, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/20.pdf>. Acesso em: 20/04/2020.

AUSTRÁLIA. Queensland Government. Department of Communities. A Guide for Elder Abuse Protocols Developed for Community Service Organizations. **Uniting Care Community's Elder Abuse Prevention Unit**. Older Persons Program of The Uniting Care Community. Brisbane, 2010.

BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S. Violência contra o idoso. In: CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2 ed. NESCON, UFMG, Belo Horizonte, 2013.

BAKER, A. A. Granny-battering. **Modern Geriatrics**, v. 5, p. 20-24, 1975.

BERZINS, M. A.V. S.; WATANABE, H. A. W. Violência contra idosos: do invisível ao visível. CORTE, B. et al.(orgs.). **Velhice, envelhecimento, complex (idade)**. São Paulo: Vetor, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2003.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006: Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, 2006.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.461, de 26 de Julho de 2011. **Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde . Diário Oficial da União**, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. **Diário Oficial União**, 13 jun 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de Enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIVA - Instrutivo. Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada**. Brasília, 2016. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovo cada\\_2ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovo cada_2ed.pdf). Acesso em 04/05/2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net**.

Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências. 2019a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 12/08/21.

\_\_\_\_\_. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Disque 100 - Balanço Geral de Denúncia - Pessoa Idosa - Nacional**; Período: 2011 a 2019. 2019b. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/ouvidoria/balanco-disque-100>. Acesso em 20/03/2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE). **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. Óbitos por Causas Externas – Brasil. Óbitos Por Residência segundo Região Faixa Etária: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais. 2019c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em: 11/08/2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_elaboracao\\_protocolos\\_delimitacao\\_escopo\\_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf). Acesso em 20/03/2020.

BURSTON, G. R. Granny-battering. **British Medical Journal**, v. 3, p. 592, 1975.

CAINES, J. et al. Identifying Elder Abuse in the Emergency Department: Results from a Structured Physician Survey in Canada. **Journal of Family Medicine and Community Health**. v. 4, n. 8, p. 1134-1140, 2017.

CORBI, G. et al. Elder abuse: perception and knowledge of the phenomenon by healthcare workers from two Italian hospitals. **Internal and Emergency Medicine**, v. 14, n. 4, p. 549-555, 2019.

COHN, F. et al. Confronting chronic neglect: The education and training of health professionals on family violence. Washington, DC: **National Academy Press**, Institute of Medicine, 2002.

CONEJERO, J. S. et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 34, p. 47-53, 2013.

COOPER, C. et al. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. **Age and ageing**, v. 37, n. 2, p. 151-160, 2008.

CRUZ, R. C.; FERREIRA, M. A. Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 144-151, 2011.

DONG, X.; SIMON, M. A. Association between elder abuse and use of ED: findings from the Chicago Health and Aging Project. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 31, p. 693-698, 2013.

ERASLAN, B. S. et al. A study on physicians' perspectives on elder abuse and neglect. **Turkish Journal of Geriatrics-Turk Geriatri Dergisi**, v. 21, n. 2, p. 157-165, 2018.

FRANCO, R., PARDO, M.S. Institucionalidad Social en América Latina. Cepal. Organización das Nações Unidas, 2010. Disponível em <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/3767>. Acesso em 08/09/2021.

FREEMAN, Shannon et al. Care planning needs of palliative home care clients: Development of the interRAI palliative care assessment clinical assessment protocols (CAPs). **BMC Palliative Care**, v. 13, n. 1, p. 1-13, 2014.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO (FIA). **Competências Comportamentais: o que são, importância e como desenvolver**. 18 de maio de 2020. Disponível em: <https://fia.com.br/blog/competencias-comportamentais/>. Acesso em 20/05/2020.

GREENHALGH, T; PEACOCK, R. Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. **British Medical Journal**, v. 331, n. 5, p. 1064-1065, 2005.

HOOVER, R.M. et al. Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. **American Family Physician**, v. 89, n. 6, p. 453-460, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm\\_source=portal&utm\\_medium=popclock&utm\\_campaign=novo\\_popclock](https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock). Acesso em: 08/08/2020.

KENNEDY, R. D. et al. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. **Family Medicine-kansas City-**, v. 37, n. 7, p. 481, 2005.

KENNELLY, S. et al. Elder abuse: knowledge, skills, and attitudes of healthcareworkers. **Irish medical journal**, v. 100, n. 1, p. 326, 2007.

LACHS, M. S.; BERMAN, J. Under the Radar: New York State Elder Abuse Prevalence Study, Self-reported Relevance and Documented Case Surveys. **New York City Dept for the Aging**, 2011.

LACHS, M.S.; PILLEMER, K.A. Elder abuse. **Lancet**. v. 364, p. 1263–1267, 2004.

LACHS, M.S.; PILLEMER, K.A. Elder abuse. **New England Journal of Medicine**, v. 373,n. 20, p. 1947-1956, 2015.

LATORRACA, C. O. C. et al. AGREE II - Uma ferramenta para avaliar a qualidade e o relato de guidelines: Estudo descritivo. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 23, n. 4, p. 141-6, 2018

MADRUGA, R. **Um novo significado de competência**. Plataforma Melhor RH. 2019. Disponível em: <https://melhorrh.com.br/um-novo-significado-de-competencia/>. Acesso em 03 de março de 2020.

MANDIRACIOGLU, A. et al. Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 43, n. 2, p. 267-276, 2006.

MALLET, S. M. et al. Violência contra idosos: um grande desafio do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, n. Supl 8, p. S408-S413, 2016.

MÉRY, D.; SINGH, N. K. Medical protocol diagnosis using formal methods. In: **International Symposium on Foundations of Health Informatics Engineering and Systems**. Springer, Berlin, Heidelberg, 2011. p. 1-20.

MICHELETTI, A. L. N. S. et al. Produção científica sobre violência contra o idoso nas bases Scielo e Lilacs. **Psicólogo em Formação**. v. 15, n. 15, p. 51-68, 2011.

MIRANDA G. M. D. et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** v. 19, n. 3, p.507-519, 2016.

MINAYO, M. C. de S. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 5ª. ed., 2005. Disponível em: [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_livros/18.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/18.pdf). Acesso em: 02/06/2020.

\_\_\_\_\_. Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. **Mais 60: Estudos sobre Envelhecimento**, v. 25, n. 60, p. 10-27, 2014.

MYDIN, F. H. M. et al. The effectiveness of educational intervention in improving primary health-care service providers' knowledge, identification, and management of elder abuse and neglect: A systematic review. **Trauma, Violence, & Abuse**,v.22, n.4, p. 944-960, 2019.

NOVA ZELÂNDIA. Ministry of Health. Family Violence Intervention Guidelines: Elder

Abuse and Neglect. 2007. Disponível em: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/family-violence-guideliens-elder-abuse-neglect.pdf>. Acesso em: 17/08/2020.

O'BRIEN, J. G. et al. Elder abuse and neglect: a survey of irish general practitioners. **Journal of Elder Abuse & Neglect**, v. 26, n. 3, p. 291-299, 2014.

OLIVEIRA, B. G. et al. Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. **Revista Bioética**, v. 26, n.3, p. 403-411, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **World Population Prospects 2019: Highlights**. Department of Economic and Social Affairs Population Division. United Nations. New York, 2019. Disponível em: [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/29369/wpp2019.highlights\\_embargoed.version\\_07june2019.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/29369/wpp2019.highlights_embargoed.version_07june2019.fr.pdf). Acesso em 20/09/2020.

PARRA-ANGUITA L. et al. Calidad de las guías de práctica clínica españolas sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. **Revista Espanola de Salud Pública** [Internet].v. 90, p. e30005, 2016.Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272016000100204&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100204&lng=es). Acesso em 09/05/2021.

PETERS, M. D. J. et al. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**. The Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/> . Acesso em 02/08/2020.

PLATTS-MILLS, T.F. et al. Emergency physician identification of a cluster of elder abuse in nursing home residents. **Annals of Emergency Medicine**, v. 64, p. 99–100, 2014.

ROMERO, D. E. et al. Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. Fundação Oswaldo Cruz/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 13, n. 1, p. 134-157, 2019. Disponível em: <https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/issue/view/88>. Acesso em 08/05/2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. **Enfrentamento da Violência contra Pessoa Idosa na Saúde: Orientações para Gestores e Profissionais de Saúde**. Porto Alegre, 2016.

RIZZO, V.; BURNES, D.; CHAIFY, A. A Systematic Evaluation of a Multidisciplinary Social Work– Lawyer Elder Mistreatment Intervention Model. Social Work Faculty Scholarship. 2015. Disponível em: [https://orb.binghamton.edu/social\\_work\\_fac/6](https://orb.binghamton.edu/social_work_fac/6). Acesso em 20/07/2021.

ROCHA, R. C. et al. Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais - Brasil: análise de denúncias e notificações. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 4, p. 81-94, 2018.

RONSONI, R. D. M. et al. Avaliação de oito Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde por meio do instrumento AGREE II: um estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, n.6, p. 1157-1162, 2015.

ROSEN, T. 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.

SANTOS, A. M. R. et al. Violência financeiro-patrimonial contra idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 343-351, 2019.

SÃO PAULO. **Manual de Segurança e Direitos da Pessoa Idosa**. Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual Hospital Amigo do Idoso. Governo do Estado de São Paulo. São Paulo, 2013.

SCHMEIDEL, A. N. et al. Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. **Journal of Elder Abuse & Neglect**, v. 24, n.1, p. 17-36, 2012.

SOUZA, E. R.; SOUZA, A. C. Violência contra a Pessoa Idosa: o desrespeito à sabedoria e à experiência. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da Violência na Saúde** [online]. p. 187-204. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/7yzzw/epub/njaine-9788575415887.epub>. Acesso em: 08/08/2020.

SOUZA, L. R. de et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 23, n.2, p.140-149, 2015.

TAYLOR, D. K. et al. Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians. **Journal of the National Medical Association**, v. 98, n. 3, p. 403-404, 2006.

TRICCO, A.C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

WAGENAAR, D. B. et al. Primary care physicians and elder abuse: current attitudes and practices. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 110, n. 12, p. 703, 2010.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. 1 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.

WHITTEMORE, R. et al. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Missing voices: views of older persons on elder abuse**. Genebra: WHO/INPEA, 2002.

\_\_\_\_\_. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014**. Traduzido pelo Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. 2014.

YON, Y. et al. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. **The European Journal of Public Health**, v. 29, n. 1, p. 67-74, 2018.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### CARTA-CONVITE A(O) JUIZ(A) ESPECIALISTA

Prezado(a) colega,

Eu, César Augusto de Freitas e Rathke, médico psiquiatra discente do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), estou desenvolvendo um estudo cujo produto se intitula “Protocolo clínico de atendimento médico hospitalar à pessoa idosa em situação de violência”, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> 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 Pesquisado Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da UFPB, sob número de parecer 3.709.600.

O estudo propõe a elaboração e validação de um protocolo médico de atendimento à pessoa idosa em situação de violência. Esse documento visa fornecer embasamento e direcionamento para a melhor prática médica diante de situações de atendimento geriátrico onde se constata indícios de violência contra o paciente.

A elaboração do documento foi estimulada a partir de uma revisão de escopo sobre as competências dos médicos hospitalares diante de situações de violência contra a pessoa idosa. A partir desta revisão e da pesquisa específica sobre protocolos e diretrizes por meio de artigos em periódicos, publicações oficiais de órgãos governamentais e de associações profissionais ligadas à temática, juntamente com guias para estruturação de protocolos, foi desenvolvida a primeira versão do produto ora apresentado para sua apreciação.

Essa versão prévia necessita, como etapa necessária ao seu ciclo de desenvolvimento, da avaliação (validação) por grupo de juízes especialistas constituído por médicos geriatras atuantes no atendimento ambulatorial a idosos. Após esta avaliação inicial do protocolo ora em desenvolvimento, as considerações dos serão ponderadas, orientando os ajustes necessários visando ao alcance do índice de concordância esperado. Finalizada esta etapa crucial do processo de validação, teremos então construído a versão final deste protocolo.

Portanto, venho através deste convidá-lo(a) a prestar valiosa contribuição na validação deste produto, integrando o grupo de juízes especialistas. Agradeço de antemão o preenchimento do questionário de aceite, na expectativa de sua disponibilidade em contribuir e engrandecer este trabalho. Convém salientar que, dados os prazos de execução deste trabalho, a avaliação dos juízes deverá ser feita no prazo máximo de vinte dias.

Estarei à inteira disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Cordialmente,

**Cesar Augusto de Freitas e Rathke**

Médico Psiquiatra

Preceptor de Saúde Mental do Internato da Ciências Médicas da Paraíba/Afya

Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia (PMPG) –

UFPB

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a),

O(a) Senhor(a) está recebendo informações a respeito de uma pesquisa intitulada “Protocolo clínico de atendimento médico hospitalar à pessoa idosa em situação de violência”, que está sendo desenvolvida pelo pesquisador Cesar Augusto de Freitas e Rathke, discente do Curso de Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rafaella Queiroga Souto e vinculado ao projeto guarda-chuva denominado 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, sob número de parecer 3.709.600.

O estudo tem por objetivo a elaboração e validação de um protocolo médico de atendimento à pessoa idosa em situação de violência. Esse documento visa fornecer conhecimentos e conduzir para a melhor prática médica diante de situações de violência observadas em atendimentos de pessoas idosas. Uma das etapas da pesquisa é a validação do conteúdo do protocolo proposto através de análise por parte de um grupo de juízes especialistas constituído por médicos geriatras atuantes no atendimento ambulatorial a idosos. Por este motivo, 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 quaisquer informações 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 residem na contribuição para evitar ou minimizar situações de violência que, infelizmente, são vivenciadas por muitas pessoas idosas.

Considera-se que toda a pesquisa envolvendo seres humanos pode envolver riscos psicológicos, emocionais e sociais. O presente estudo não oferecerá riscos à sua saúde. No entanto, 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.

Salientamos que os resultados obtidos através dessa pesquisa serão utilizados exclusivamente para produções acadêmicas, apresentações em eventos e publicações em periódicos científicos nacionais e/ou internacionais. Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, sua identidade será mantida em completo sigilo e anonimato.

Caso necessite de maiores informações ou esclarecimentos sobre o presente estudo, durante ou após a sua participação, poderá entrar em contato:

Cesar Augusto de Freitas e Rathke – Instituto Paraibano de Envelhecimento (IPE) – Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, s/n – Castelo Branco, João Pessoa – PB. CEP: 58051-900. Telefone: (83) 99993-3040.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rafaella Queiroga Souto – Instituto Paraibano de Envelhecimento (IPE) – Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco, João Pessoa – PB. CEP: 58051-900. Telefone: (83)3209-8789.

Para participar da validação é necessário concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Você concorda com o referido termo e aceita participar da pesquisa? ( ) Concordo

( ) Não concordo

**APÊNDICE C**

**PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR À  
PESSOAIOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**



**PROTOCOLO CLÍNICO DE  
ATENDIMENTO MÉDICO  
HOSPITALAR À PESSOA IDOSA  
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Cesar Augusto de Freitas e Rathke  
Rafaella Queiroga Souto

## Autores

Cesar Augusto de Freitas e Rathke

Médico

Professor de Psiquiatria - Ciências Médicas Paraíba/Afya

Especialista em Medicina de Família e Comunidade - Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Especialista em Psiquiatria - Instituto Abuchaim (IA)

Título de Especialista em Psiquiatria - Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)

Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia - UFPB

E-mail: [cesar.rathke@gmail.com](mailto:cesar.rathke@gmail.com)

Rafaella Queiroga Souto

Enfermeira

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

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

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

Especialista em Enfermagem Forense (Abeforense), Enfermagem Gerontológica (ABEN), Saúde Coletiva e Saúde da Família (FIP)

Docente permanente do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia

- UFPB e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPB

E-mail: [rqs@academico.ufpb.br](mailto:rqs@academico.ufpb.br)

## SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO .....	05
	INTRODUÇÃO .....	07
	OBJETIVOS .....	09
	USUÁRIOS-ALVO .....	09
	POPULAÇÃO-ALVO .....	09
	MÉTODOS .....	09
	ABORDAGENS INCLUÍDAS .....	12
1	PREVENÇÃO .....	13
1.1	Educação em Saúde .....	13
1.1.1	Educação para o Idoso .....	13
1.1.2	Educação para o Cuidador/Familiar .....	14
1.2	Fatores Associados à VCPI .....	15
1.3	Estresse do Cuidador .....	17
1.3.1	Avaliação .....	17
1.3.2	Manejo .....	18
1.4	Recursos Sociais e Comunitários .....	19
1.5	Independência Funcional .....	20
1.6	Rastreamento .....	21
2	DIAGNÓSTICO .....	22
2.1	Identificação .....	22
2.1.1	Violência Física .....	24
2.1.2	Violência Psicológica .....	26
2.1.3	Violência Sexual .....	27
2.1.4	Violência Financeira .....	28
2.1.5	Negligência .....	29
2.1.6	Autonegligência .....	30
2.1.7	Abandono .....	30
2.2	Avaliação .....	31
2.2.1	Entrevista .....	32
2.2.2	Exame Físico .....	35
2.3	Notificação e Denúncia .....	36
3	INTERVENÇÃO .....	37
4	ACOMPANHAMENTO .....	39
	REFERÊNCIAS .....	42
	APÊNDICES .....	47
	APÊNDICE 1 – AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA .....	48

<b>APÊNDICE 2 – ESTRATÉGIAS DE BUSCA UTILIZADAS NA REVISÃO DE ESCOPO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DOS MÉDICOS HOSPITALARES DIANTE DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA .....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE 3 – INSTITUIÇÕES E SERVIÇOS PARA NOTIFICAÇÃO E DENÚNCIA</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE 4 – DECLARAÇÃO DE POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSE .....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE 5 – RECURSOS COMUNITÁRIOS PARA A PESSOA IDOSA NA PARAÍBA .....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REGISTRO FOTOGRÁFICO .....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE 7 – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI) .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO 2 – ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ZARIT (ZBI) .....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO 3 – ESCALA DE SUPORTE SOCIAL MEDICAL OUTCOMES STUDY (MOS) .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO 4 – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO 5 – HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE SCREENING TEST (H-S/ EAST) .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO 6 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO 7 – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) .....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO 8 – APGAR DE FAMÍLIA .....</b>	<b>78</b>

## APRESENTAÇÃO

A Violência Contra a Pessoa Idosa (VCPI) acomete todos os povos desde os primórdios da história, e vem despertando interesse da mídia e da comunidade científica de forma crescente nas últimas décadas. Seus efeitos perpassam todas as esferas da saúde das vítimas, tanto física quanto emocionalmente, constituindo grave problema de saúde pública que demanda o desenvolvimento de políticas, estratégias e ferramentas para preveni-la, combatê-la e mitigar suas repercussões (WHO, 2002; MINAYO, 2014).

Com a crescente ênfase dada à qualidade de vida do idoso, é fundamental abordar rotineiramente nos serviços hospitalares as situações de violência a essa população, de forma objetiva e abrangente, englobando a pesquisa de evidências da ocorrência, medidas iniciais, acompanhamento, encaminhamentos devidos para proteção e cuidados de longo prazo e a prevenção de reincidência (LACHS; PILLEMER, 2015).

Pessoas idosas idosas vítimas de VCPI têm maiores chances de serem atendidas em serviços de nível secundário do que no primário, muitas vezes em caráter de urgência e com maior frequência do que outros idosos (DONG; SIMON, 2013). Logo, serviços hospitalares possuem papel fundamental na detecção e manejo de casos de maus-tratos à pessoa idosa. Estando em ambiente hospitalar, poderão ser avaliados por profissionais em condições de constatar a VCPI, sendo aliada a única chance de um idoso distante do convívio social obter assistência fora do domicílio (LACHS; PILLEMER, 2015; ROSEN et al., 2018; CORBI et al., 2019).

Nesse ambiente pode ser possível contar com as condições necessárias para a avaliação do caso, como sigilo, privacidade e abordagem multidisciplinar. Dessa forma, o vínculo pode ser estendido aos acompanhantes da pessoa idosa, permitindo observar comportamentos e sentimentos que possam indicar ou revelar violências (LACHS; PILLEMER, 2015).

A atuação do médico não se limita à constatação e ao tratamento de violências físicas. Demanda envolvimento com a abordagem multiprofissional, a realização dos encaminhamentos necessários e a colaboração para a responsabilização dos agressores, além da prevenção de novos agravos e da promoção da saúde (DONG; SIMON, 2013; ROSEN et al., 2018).

A VCPI exige condutas amparadas nas melhores evidências e na sistematização de todos os passos necessários em função de sua complexidade. A disponibilização de um instrumento que ordene e dê suporte à tomada de

decisão diante dos casos capacita o médico ao manejo objetivo e resolutivo dos casos.

Inexistem tanto ferramentas elaboradas e validadas no Brasil quanto estudos nacionais abordando utilização de ferramentas estrangeiras ou avaliação de rotinas internas de serviços de saúde para essa abordagem. Diante desse contexto, este protocolo inovador adquire relevância como ferramenta de amparo à prática médica nos serviços hospitalares que atendem rotineiramente pessoas idosas, oferecendo apoio fundamental no embate contra esse grave problema de saúde pública.

## INTRODUÇÃO

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) caracteriza a VCPI como “qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico” e, no seu artigo 10, institui que “é obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis”.

A classificação atual dos tipos de VCPI, fruto de longa discussão, define cinco tipos principais de violência: física, destinada a gerar dor ou lesões; psicológica ou verbal, geradora de sofrimento e danos emocionais; sexual, que envolve todas as formas de contato sexual não consensual; financeira, onde há espoliação ou uso indevido de dinheiro ou posses; e negligência, caracterizada pela falha em proporcionar à pessoa idosa dependente o essencial às suas necessidades (LACHS; PILLEMER, 2015).

Todos os casos de VCPI, mesmo quando apenas suspeitos, devem ser notificados e denunciados. O artigo 19 do Estatuto do Idoso enfatiza que “casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos são objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como devem ser obrigatoriamente comunicados por eles aos órgãos competentes”. E o artigo 57 determina que se trata de infração administrativa a falta de comunicação do profissional de saúde à autoridade competente dos casos de crime contra a pessoa idosa, sob pena de multa (BRASIL, 2003).

Infelizmente é fato corriqueiro a pessoa idosa vítima de violência negar ou omitir o que padece, chegando ao ponto de se isolar socialmente para esconder essa realidade dos olhares alheios por culpa, vergonha ou dependência. Essa atitude prolonga o quadro e agrava o sofrimento físico e mental. Estima-se que 5% a 10% dos idosos do mundo sofram violência física, visível ou não (WHO, 2002).

Os vários obstáculos à detecção impedem o conhecimento preciso da magnitude das diferentes formas de VCPI. Destacam-se a omissão por parte das vítimas e a infeliz naturalização das violências, fenômeno social que influencia até os próprios idosos, os quais podem deixar de considerar atos danosos a eles como violências. O resultado é a notória subnotificação nos serviços que atendem pessoas idosas (BARCELOS; MADUREIRA, 2013). Como agravante, as diferentes formas de violência costumam se manifestar de modo

cumulativo e, principalmente nos mais frágeis e dependentes, muitas vezes combinam diferentes formas de abusos e negligências (BRASIL, 2014).

Abordar a VCPI é deparar com situações complexas, com inúmeras facetas, demandando um olhar abrangente proveniente de uma ação interdisciplinar que deve contemplar as vítimas, as famílias, as instituições e o Estado (MINAYO, 2014). Sem abordar integralmente a realidade da pessoa idosa não é possível empreender intervenções eficazes, pois o quadro envolve os cenários familiar, social e institucional, e tem como objetivo maior preservar a qualidade de vida do idoso, onde os vínculos são fundamentais (BARCELOS; MADUREIRA, 2013).

Os idosos dependentes dos pontos de vista financeiro/econômico, físico e mental são as principais vítimas. Precisam, portanto, de uma atenção diferenciada, que priorize o suporte às famílias que abrigam idosos com esse perfil, para que estas consigam as necessidades básicas deles (MINAYO, 2014).

Numa sociedade repleta de conflitos intergeracionais e de dificuldades socioculturais, assistenciais, de saúde e de segurança, os dados conhecidos sobre a VCPI pouco mostram as ameaças com as quais a população lida (MINAYO, 2014), contexto que reforça a necessidade de intervenções precisas e efetivas. É garantir suporte e cuidados apropriados visando a prevenir a revitimização e diminuir as repercussões físicas e psicossociais das violências (ALVES; SERRÃO, 2018).

Proporcionar as intervenções apropriadas requer profissionais de saúde competentes, o que só é obtido por capacitação que os tornem habilitados a uma postura vigilante para identificar os casos e preparados para realizar as intervenções necessárias (BARCELOS; MADUREIRA, 2013). Numa realidade onde serviços de saúde não costumam ter procedimentos definidos para casos de VCPI, desenvolver um protocolo é o primeiro passo para criar uma política sólida e holística de abordagem. Ele oferece recomendações e condutas para a equipe, auxilia a gestão diante de obstáculos e fornece uma linha de atuação visando à proteção de todos os envolvidos (AUSTRÁLIA, 2010).

## OBJETIVOS

Este documento busca difundir orientações e condutas direcionadas ao atendimento médico à pessoa idosa em situação de violência, abrangendo prevenção, diagnóstico, notificação e denúncia, plano de abordagem, recuperação e seguimento dessa população.

Almeja-se com essa iniciativa proporcionar ao profissional um guia que facilite e oportunize uma abordagem abrangente da VCPI, adaptável a diferentes situações e demandas, dentro do objetivo maior de promoção da qualidade de vida à pessoa idosa.

## USUÁRIOS-ALVO

Este protocolo destina-se a médicos especialistas em Geriatria e/ou envolvidos com o atendimento a pessoas idosas em sua prática profissional rotineira.

## POPULAÇÃO-ALVO

Este protocolo abrange ações médicas direcionadas a pessoas idosas em situação de violência, tanto confirmada quanto suspeita. Considera-se idosa neste protocolo pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, conforme o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

## MÉTODOS

A busca de evidências para embasar a construção deste protocolo utilizou uma revisão de escopo sobre as competências dos médicos hospitalares diante de casos de violência contra o idoso. Foi seguida a estratégia PCC, acrônimo para População (P), Conceito (C) e Contexto (C) (PETERS et al., 2017). Na definição dos indexadores e palavras-chave foram considerados P (médicos de serviços hospitalares), C (conhecimentos, atitudes e habilidades dos médicos hospitalares sobre VCPI) e C (idosos vítimas de violência atendidos em serviços hospitalares), com posterior pesquisa de descritores no MeSH (*Medical Subject Headings*) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

Finda a seleção dos estudos, realizou-se a extração de todas as informações relevantes acerca da abordagem médica a idosos em situação de violência, abrangendo prevenção, detecção, manejo, seguimento e denúncia. Ao

final restaram 06 trabalhos que se adequaram a este estudo (CORBI et al., 2019; ERASLAN et al., 2018; CAINES et al., 2017; ALMOGUE et al., 2010; KENNELLY et al., 2007; MANDIRACIOGLU et al., 2006).

Esta revisão abordou aspecto fundamental no enfrentamento das VCPI, de forma ainda inédita, uma vez que um aspecto-chave do atendimento hospitalar dos casos, a competência dos médicos, havia sido pouco explorado na produção científica sobre o tema. No entanto, tem como limitação o fato de não ter explorado ferramentas e protocolos para os aspectos específicos da abordagem (detecção, diagnóstico, manejo, denúncia). Diante disso, foi realizada busca por protocolos existentes, ferramentas de avaliação e acompanhamento, e orientações para elaboração de protocolos e diretrizes clínicas que abrangeu artigos publicados em periódicos e publicações oficiais governamentais e de associações profissionais, bem como artigos de referência nesta temática.

O processo de elaboração deste protocolo seguiu as orientações de um guia australiano para protocolos em VCPI elaborado pela Unidade de Prevenção do Abuso ao Idoso do Departamento de Comunidades do governo de Queensland (AUSTRÁLIA, 2010). Como auxiliares neste desenvolvimento foram utilizados protocolos de atendimento médico ou multiprofissional direcionados a idosos em situação de violência, bem como outras ferramentas e orientações voltadas à abordagem de VCPI (NOVA ZELÂNDIA, 2007; BRASIL, 2014a; CALIFÓRNIA, 2019; LACHS; PILLEMER, 2015).

A organização do protocolo seguiu as orientações do guia do Ministério da Saúde para elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (BRASIL, 2019a) e as recomendações do *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II* (AGREE II), orientador da estratégia metodológica tanto do desenvolvimento do protocolo quanto do seu processo de validação por especialistas (AGREE II, 2017).

A primeira versão deste protocolo contou com avaliação preliminar por médico geriatra. Os comentários e as correções sugeridas foram consideradas e resultaram na revisão do trabalho antes da submissão do mesmo à apreciação dos juízes especialistas.

É importante ressaltar que não houve financiamento para elaboração deste protocolo, bem como não existiram quaisquer conflitos de interesses dos autores na sua elaboração, conforme declaração presente no Apêndice 4.

Todo protocolo necessita de revisões e atualizações periódicas, o que é desejável não apenas pelo tempo decorrido da elaboração da versão atual, mas pelo maior interesse da sociedade e da academia pelo tema, com o

desenvolvimento de novas percepções e novos estudos. Os autores salientam a disponibilidade de contato para informar sobre disponibilidade de atualizações ou planos de fazê-las, oferecendo também evidências mais recentes sobre temas específicos abordados pelo protocolo.

## ABORDAGENS INCLUÍDAS

A abordagem médica dos casos de VCPI deve ser oportuna e ampla, englobando prevenção, diagnóstico, intervenção e seguimento, sendo descritas a seguir:

### PREVENÇÃO

- educação em saúde; fatores associados à ocorrência de VCPI; recursos sociais e comunitários; estresse do cuidador; independência funcional; rastreamento.

### DIAGNÓSTICO

- identificação; avaliação da natureza e da gravidade dos danos; circunstâncias da ocorrência e condições de vida; recorrência; notificação e denúncia.

### INTERVENÇÃO

- abordagens clínica, social, psicológica e legal; exames, tratamentos e encaminhamentos segundo as violências identificadas; aconselhamento preventivo.

### SEGUIMENTO

- acompanhamento continuado e multiprofissional.

## 1. PREVENÇÃO

Toda intervenção preventiva tem o potencial poder de evitar o dano ou minimizar suas repercussões. Além disso, no contexto da VCPI, pode estender seu benefício, a partir da pessoa idosa vitimada, às demais gerações, colaborando para melhorias no ambiente, na interação e nos hábitos de todos da família (BRASIL, 2014).

Os médicos, estando em situação privilegiada para a abordagem da questão (DONG; SIMON, 2013), podem promover uma série de medidas direcionadas à prevenção da VCPI e devem, portanto, estar preparados para tal.

O rol de intervenções preventivas ao alcance dos médicos compreende educação em saúde; abordagem dos fatores associados à ocorrência de VCPI; avaliação dos recursos sociais e comunitários; avaliação e manejo do estresse do cuidador; abordagem da independência funcional; e rastreamento de VCPI.

### 1.1 Educação em saúde

Esta deve abordar tanto o idoso avaliado como o cuidador e a família. Além disso, pode ser estendida à comunidade e à sociedade como um todo, dada a relevância do tema.

#### 1.1.1 Educação para o idoso

Boa parte dos idosos vítimas de alguma forma de violência não se percebem nesta condição por diversas razões ou não possuem meios de interromper as ocorrências, e a maioria não busca ajuda profissional espontaneamente.

Toda boa estratégia de enfrentamento implica conhecimento da situação e das possibilidades, o que se reveste de extrema relevância à pessoa idosa por proporcionar conhecimento dos seus direitos, de situações de risco e das formas mais frequentes de VCPI, contribuindo para a diminuição da sua incidência (BRASIL, 2014).

A educação à saúde direcionada ao idoso deve abordar:

- orientações acerca dos recursos sociais e comunitários disponíveis e como os acessar, salientando locais que oferecem orientação, abrigo,

proteção, atendimento (incluindo urgências) e assistência multidisciplinar;

- oferta de material didático informando sobre direitos, leis e instituições de proteção;
- estímulo à autonomia possível e ao autocuidado, enfatizando a administração de sua rotina, de suas necessidades e dos seus pertences, bem como a cautela necessária ao delegar algum desses aspectos a outrem;
- incentivo à atividade física regular;
- orientações ao idoso e ao cuidador/família sobre:
  - planejamento do cuidado, antevendo necessidades futuras e definido modo e responsável pela assistência;
  - fatores associados à VCPI, preferencialmente de maneira individualizada;
  - estimular a socialização do idoso por atividades como a manutenção dos vínculos de amizade; estímulo a ter com quem conversar sobre problemas ou pedir ajuda; amigos a quem possa realizar ou de quem possa receber visitas, e que possam ser parceiros de atividades físicas e/ou lúdicas;
  - participação em atividades de grupo da comunidade ou de instituições, inclusive cursos e atividades à distância, e de trabalhos voluntários (PARANÁ, 2016; SÃO PAULO, 2013).

### 1.1.2 Educação para o cuidador/familiar

O cuidado ao idoso, tanto formal quanto informal, é realizado amiúde por pessoas sem o devido preparo para tal, principalmente quando prestado por familiares. O desconhecimento sobre o processo do envelhecimento e as mudanças decorrentes faz o exercício do cuidado ser baseado em medidas intuitivas e informações leigas, além de predispor o cuidador a sofrimento diante das dificuldades. Esse cenário gera terreno fértil para múltiplas formas de VCPI que poderiam ser prevenidas ou amenizadas com medidas educativas para os envolvidos com o cuidado (LOPES, 2018; SÃO PAULO, 2013)

As orientações ao cuidador incluem:

- identificação de condições inadequadas de prestação de cuidados e possíveis soluções, incluindo identificação de sobrecarga e estresse autopercebido;

- detecção de fatores precipitantes ou potencializadores de comportamentos violentos, tanto abusivos quanto negligentes, e de formas de manejar o problema;
- potencialização da capacidade percebida do cuidador em lidar com as demandas do cuidado;
- oferta de treinamento específico ao cuidador de idosos com alto grau de dependência, abrangendo manejo de acamados e daqueles com dificuldades importantes de deambulação e alimentação;
- capacitação para as dificuldades específicas do caso abordado, incluindo o estímulo ao desenvolvimento e à manutenção do autocuidado;
- orientação sobre os aspectos fundamentais dos processos do envelhecimento, enfatizando o processo saúde-doença dos pontos de vista físico, emocional e comportamental (BRASIL, 2008; PARANÁ, 2016; SÃO PAULO, 2013).

## 1.2 Fatores associados à VCPI

Na abordagem de situações suspeitas é fundamental não concluir prematuramente que se está diante de um caso, uma vez que sintomas sugestivos podem ter outras causas (AUSTRÁLIA, 2010; CALIFÓRNIA, 2019; NOVA ZELÂNDIA, 2007; BRASIL 2014). Nesse contexto, o conhecimento e a pesquisa dos fatores associados à ocorrência de VCPI subsidia o processo avaliativo e o posterior manejo do caso.

Os principais fatores associados à VCPI são:

- Dependência: podem estar presentes diferentes formas e graus de dependência entre o idoso e o cuidador. O idoso pode temer perder o cuidador ou sofrer retaliações por conta da denúncia, ou ainda ser colocado numa Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A relação da díade pode ser de co-dependência ou simbiose. O cuidador pode depender da moradia ou da renda do idoso. A pessoa idosa pode ser cuidadora de um adulto ou idoso que demanda muitos cuidados ou abusa do cuidador por ser comprometido mental ou emocionalmente.
- Isolamento: ausência de pessoa que possa socorrer ou testemunhar os abusos; desconhecimento ou não uso de serviços sociais, de saúde ou comunitários; sem rede de apoio.
- Problemas físicos importantes: acentuada dependência e/ou grande sobrecarga do cuidador. Aqui se incluem deficiências em visão, audição ou fala.

- Problemas de saúde mental: não adesão a tratamentos; conflitos entre idoso e cuidador; alterações comportamentais incitando abusos por agressividade, não cooperação ou sobrecarga do cuidador; um idoso cuidador pode tanto assistir um portador de transtorno mental quanto sofrer de um. O cuidador pode ter transtornos mentais ou comportamentais.
- Família disfuncional ou com conflitos: questões não resolvidas; comportamentos aprendidos por violência intergeracional; continuação de violências por inversão de papéis ou vinganças; lutos.
- Família com dificuldades socioeconômicas importantes, como pobreza, problemas de moradia, desemprego. Questões sobre herança ou propriedade, principalmente nesse cenário, podem levar a controle e usurpação de finanças ou propriedades.
- Capacidade reduzida: tanto para reportar problemas quanto para ser crível, aumentando as possibilidades de sofrer violências; abuso do cuidador por alterações comportamentais; questões sobre determinar a capacidade ou o grau de incapacidade e agir de acordo.
- Estresse do cuidador: pode levar a abusos com ou sem intenção, diante do já citado. As condutas abusivas não devem ser automaticamente condenadas, precisando ser compreendidas para a abordagem adequada: o cuidador pode estar sofrendo abuso ou necessitando de informações e suporte. Pode ter sido obrigado pelas circunstâncias da assistência a mudar sua vida de forma significativa, gerando sofrimento. Cuidador único e/ou família não envolvida no cuidado devem chamar a atenção quando houver elevada demanda. Diante da sua máxima importância, está desenvolvido no próximo item deste protocolo.
- Cuidador enfrentando idoso resistente ao cuidado, agressivo ou que nitidamente demanda muito mais do que aquele consegue proporcionar. O responsável que alimenta expectativas irreais quanto ao comportamento do idoso, ou que costuma se referir negativamente a este.
- Adições: destacam-se álcool, medicamentos, drogas ilícitas e jogos. Podem atingir o idoso, o cuidador e/ou pessoas que coabitam.
- Barreiras culturais e linguísticas: os problemas acima citados podem ser exacerbados, com maior nível de isolamento e de dependência por conta de valores culturais, experiências de migração ou dificuldades de comunicação.

- Muitos acessos ao sistema de saúde, assim como muitas quedas e/ou ferimentos (AUSTRÁLIA, 2010; CALIFÓRNIA, 2019; NOVA ZELÂNDIA, 2007; BRASIL 2014).

### 1.3 Estresse do cuidador

#### 1.3.1 Avaliação

A prestação de cuidados pode gerar uma carga por vezes muito difícil de suportar. Isso torna o estresse do cuidador um dos principais fatores associados à VCPI. Diante das demandas e dificuldades da atividade, o cuidador se encontra vulnerável a elevado nível de pressão psíquica, com suas manifestações: cansaço, fadiga mental, sintomas depressivos e ansiosos, irritabilidade, problemas de foco e memória e até indiferença emocional. Tal realidade torna o exercício do cuidar uma atividade potencialmente geradora de problemas (SOUZA et al., 2015)

Na avaliação do estresse do cuidador se deve considerar:

- as dificuldades presentes no cuidado à pessoa idosa;
- a saúde mental do cuidador e sua capacidade de lidar com as pressões desse cuidado;
- ocorrência de isolamento social do cuidador em função da atividade;
- a ligação afetiva entre idoso e cuidador;
- os conhecimentos e habilidades do cuidador para o manejo das demandas daquela pessoa sob sua responsabilidade;
- os recursos disponíveis e acessíveis de apoio social que possam dar suporte na execução das atividades diárias, na obtenção dos atendimentos tipos de atendimento necessários (consultas, medicamentos, transporte, terapias), conhecimento e acesso a serviços comunitários e a informações sobre questões pessoais como aspectos legais e orientações financeiras e assistenciais.
- estratégias de enfrentamento para as situações de estresse no exercício do cuidado, incluindo capacitações, divisão do cuidado e avaliação da necessidade de institucionalização do idoso (PARANÁ, 2016; BRASIL, 2008; MINAYO, 2004).

O médico deve estar apto a identificar os aspectos importantes dessa avaliação, fazer os registros pertinentes, dar orientações para o manejo do estresse e da sobrecarga, bem como os devidos encaminhamentos.

Atendendo vítimas de VCPI, precisa ter conhecimento sobre serviços de apoio e recursos comunitários disponíveis, e avaliar os mesmos na constatação de estresse/ sobrecarga do cuidador: serviços de atenção domiciliar (públicos ou por plano de saúde); capacitações, cursos e grupos de apoio a cuidadores; oferta de atendimentos emergenciais; orientações para prevenir ou reduzir a fadiga e evitar, dessa forma, cometer violências (BRASIL, 2014).

Para a pesquisa do estresse do cuidador já podemos contar com instrumentos específicos validados para aplicação no Brasil: o Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) e a *Zarit Burden Interview Scale* (ZBI) ou Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, utilizável para avaliação de cuidadores informais (MONTEIRO et al., 2015; SCAZUFCA, 2002).

O QASCI (Anexo 1) é composto por 32 itens divididos em 7 dimensões. Cada item é avaliado por escala ordinal de 1 a 5 que quantifica como cada questão afeta o cuidador. O escore varia de 32 a 160 pontos e não há, entretanto, consenso na literatura sobre pontos de corte para determinar o nível de sobrecarga. Infere-se que valores maiores correspondem a situações de maior sobrecarga, e vice-versa (MONTEIRO et al., 2015). Os itens podem sugerir algum direcionamento no manejo.

A ZBI (Anexo 2) compreende 22 itens com 5 possibilidades de resposta para apontar os reveladores da sobrecarga. A pontuação vai de 0 a 88, considerando-se maior a sobrecarga percebida no cuidar quanto maior o escore (SCAZUFCA, 2002). Estudo português sugere a seguinte classificação: ausência de sobrecarga (escore inferior a 21 pontos), sobrecarga moderada (21 a 40 pontos), sobrecarga moderada a grave (41 a 60 pontos) e sobrecarga grave com escore igual ou superior a 61 pontos (FERREIRA et al., 2010).

### 1.3.2 Manejo

A sobrecarga do cuidador pode ter como abordagem básica inicial o compartilhamento do cuidar, a divisão do trabalho com a rede de apoio mais próxima: familiares, amigos, vizinhos, numa gestão compartilhada desse compromisso. Essa sinergia faculta ao cuidador seu próprio autocuidado, com relaxamento, repouso, cuidado da saúde, lazer (BRASIL, 2014; BRASIL, 2008).

A condução do cuidado a quem cuida implica nas ações abaixo:

- estimular a prática de atividades de lazer e relaxamento, inclusive com Práticas Integrativas e Complementares (PIC);
- incentivar a prática regular de exercícios físicos;

- utilizar grupos de familiares e cuidadores como espaços de trocas de experiências e obtenção de apoio e sentimento de pertencência e união por objetivos em comum (BRASIL, 2008);
- incentivar a capacitação, oportunizando se possível, principalmente nos casos em que o receptor de cuidados tem maior dependência funcional. O maior grau de dependência eleva o risco de VCPI (CALIFÓRNIA, 2019; LACHS; PILLEMER, 2015; AUSTRÁLIA, 2010; MINAYO, 2004).

#### 1.4 Recursos sociais e comunitários

O suporte social é imprescindível na prevenção e no manejo da VCPI, assim como nos casos de estresse do cuidador. As famílias com idosos dependentes necessitam de suporte formal e informal à prestação de cuidados, assim como de amparo governamental por meio de políticas públicas e instituições de apoio. Essas assistências auxiliam a prestação de cuidados pelas famílias, reduzindo a sobrecarga e o impacto desta sobre quem assiste a pessoa idosa (LOPES et al., 2018).

A redução da sobrecarga do cuidado trazida pela utilização dessas assistências colabora para a redução da VCPI. No Brasil, podemos citar como equipamentos sociais proporcionados por apoios institucionais: Centros de Convivência, Centros-Dia, Residências Coletivas e Serviços de Apoio aos Cuidadores Familiares (BRASIL, 2014). Dentre os recursos comunitários podemos enumerar serviços de transporte, creches geriátricas, recreação para idosos, grupos de convivência não ligados a órgãos governamentais (GUEDES et al., 2017).

Cada localidade tem a sua gama de recursos comunitários. Logo, a indicação e a utilização dependem da realidade local, demandando o conhecimento por parte do médico e da equipe dos recursos disponíveis na região (APÊNDICE 5).

A rede social e o suporte social são recursos cuja relevância aumenta no decorrer do envelhecimento (MAIA et al., 2016). A primeira se refere à estrutura da integração social, da rede de apoio, e a segunda, ao seu funcionamento (LUBBEN, 2006). A rede social do idoso pode ser composta por familiares, amigos, vizinhos e redes formais de ajuda (serviços de apoio social, grupos de ajuda mútua, entre outros).

Aspectos quantitativos da rede social, como o número de pessoas que podem providenciar suporte quando necessário e a frequência de contatos

sociais, são associados a depressão e isolamento quando resultam no mau funcionamento dessa rede (MAIA et al., 2016). Não contar com rede social resulta em maior risco de VCPI.

A avaliação da rede e do apoio sociais pode ser realizada pelo instrumento validado no Brasil *Social Support Survey of Medical Outcomes Study* (MOS) ou Escala de Apoio Social MOS-SSS (*Social Support Scale*) (ANEXO 3). Compreende 19 itens que avaliam 5 dimensões: material, afetiva, emocional, informação e interação social positiva, numa escala de 1 a 5 pontos (GRIEP et al., 2005). O total de pontos varia de 19 a 95 e, para avaliar o nível de apoio social, pode-se adotar um ponto de corte central, de modo que um escore entre 19 e 47 pontos representa baixo apoio social e um escore de 48 pontos ou mais, bom apoio social (GRIEP et al., 2003).

### 1.5 Independência Funcional

A maior necessidade de prestação de cuidados a um idoso dependente gera um maior risco de ocorrência de violência contra este (AUSTRÁLIA, 2010, CALIFORNIA, 2019, NOVA ZELÂNDIA, 2007; BRASIL, 2014). Portanto, a manutenção da capacidade funcional colabora duplamente para a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa, tanto pela preservação da autonomia quanto pela conseqüente redução da demanda por cuidados.

A abordagem inclui:

- avaliação do nível de independência da realização das atividades de vida diária em todos os atendimentos;
- abordagem das dificuldades encontradas, orientando paciente e cuidador e encaminhando para atendimento especializado das dificuldades encontradas quando necessário (fisioterapia, fonoaudiologia, enfermagem, terapia ocupacional, neurologia, ortopedia, entre outros);
- reforço a todos os envolvidos da importância da manutenção da autonomia para a qualidade de vida e prevenção do declínio cognitivo do idoso.

A avaliação pode ser feita por meio do instrumento Medida de Independência Funcional (MIF), o qual avalia a incapacidade de portadores de dificuldades funcionais de diferentes origens (ANEXO 4). Busca verificar quantitativamente a carga de cuidados exigida por uma pessoa dependente para realizar um conjunto de atividades usuais da vida diária, em seis dimensões: autocuidado, controle esfinteriano, mobilidade, locomoção,

comunicação e cognição social. A avaliação de cada atividade se dá por uma pontuação de 1 (dependência total na execução) a 7 (plena independência), gerando uma pontuação de 18 a 126 pontos (COHEN; MARINO, 2000; RIBERTO et al., 2004).

Os pontos de corte para a estimativa do grau de dependência são: 18 pontos significam dependência total (realiza menos de 25% das tarefas); 19 a 60 indicam dependência com assistência em até 50% das tarefas; 61 a 103 pontos apontam dependência com assistência em até 25% das tarefas; e de 104 a 126 pontos representam independência funcional (COHEN; MARINO, 2000).

A redução da capacidade é fluida e, geralmente, progride no decorrer de longo período, exigindo acompanhamento regular (AUSTRÁLIA, 2010). Quanto mais cedo for identificada e manejada de forma precisa e abrangente, numa lógica multiprofissional, maior o impacto positivo na qualidade de vida do idoso e daqueles envolvidos com seu cuidado.

#### 1.6 Rastreamento

Ao pesquisar violências no atendimento ao idoso é preciso ter em mente que a ocorrência pode ser intencional ou fruto de falta de conhecimento ou de capacidade do cuidador em lidar com a pessoa idosa. Também pode ser reflexo de uma família estressada ou um cuidador em sofrimento pessoal, de dificuldades para lidar com um idoso agressivo ou resistente ao cuidado, ou mesmo de problemas de relacionamento pais-filhos de longo tempo. Frequentemente, os abusos seguem pelo fato do profissional que atende falhar em considerar a possibilidade ou omitir essa parte da avaliação (CALIFÓRNIA, 2019).

O olhar atento para as possibilidades de ocorrência de VCPI deve ser atitude de todos os profissionais do serviço que trabalham com a pessoa idosa, atuando como uma rede interna de cuidado e proteção que amplia a capacidade de detecção e manejo dos casos.

Muitos são os indicadores da possibilidade de abuso, e alguns deles podem estar presentes sem a existência de violência. Podem aparecer isolados ou combinados, e evoluir em frequência ou gravidade, ou de uma forma para outra (NOVA ZELÂNDIA, 2007; CALIFÓRNIA, 2019).

Uma ferramenta útil para a pesquisa de VCPI é o *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST) (ANEXO 5), teste que busca por sinais tanto de suspeita (indiretos) quanto de presença (diretos) violência contra a pessoa idosa (HAWLEK; SENGSTOCK, 1986). Dessa forma, não aponta apenas sinais

específicos e evidentes de violência, mas permite constatar precocemente situações associadas, constituindo-se num instrumento apropriado para esse rastreio (REICHENHEIM; PAIXÃO JÚNIOR; MORAES, 2008).

As categorias do instrumento compreendem abusos físico e psicológico, violação de direitos, isolamento e abuso financeiro por terceiros. Além das questões relacionadas violência, o H-S/EAST pode ser utilizado para identificação de serviços dos quais os pacientes possam necessitar, como transporte, cuidados pessoais, ou aconselhamento. O instrumento auxilia na tomada de decisão sobre um aprofundamento na investigação ou encaminhamento do relato de abuso a um serviço de referência (NEALE et al., 1991). Estudos sugerem que um escore maior ou igual a 3 pode indicar risco aumentado de violência (REICHENHEIM; PAIXÃO JÚNIOR; MORAES, 2008).

Na consulta o médico deve ainda observar a qualidade do relacionamento do idoso com cuidadores, familiares ou outros responsáveis, pois falas e comportamentos manifestos na avaliação podem trazer elementos significativos para a suspeição de violência. Da mesma forma, deve incorporar na prática da anamnese e do exame físico a busca objetiva por sinais e sintomas das diversas formas de violência ao idoso: física, emocional, psicológica, sexual, financeira, negligência, abandono, isolamento (CALIFÓRNIA, 2019; CANADÁ 2013; NOVA ZELÂNDIA, 2007).

Além dessa internalização da pesquisa de VCPI na prática clínica, é fundamental atentar aos fatores associados à VCPI (item 1.2).

## 2. DIAGNÓSTICO

O médico deve estar sempre atento a quaisquer sinais e sintomas sugestivos da ocorrência de VCPI, colocando-se apto tanto à prevenção quanto à intervenção precoce e abrangente das múltiplas facetas do problema.

Utilizando os instrumentos de rastreamento e reunindo as informações numa ficha de avaliação de VCPI (Apêndice 1), pode estabelecer o diagnóstico, realizar as orientações, abordagens e encaminhamentos cabíveis, assim como preencher a ficha de notificação de violência interpessoal (Anexo 7). Consultando um fluxograma do processo (Apêndice 7), o médico tem a visão geral do processo de abordagem da VCPI, adaptando à situação em análise.

Todos os profissionais do serviço que participem da atenção aos pacientes podem fazer parte do processo de diagnóstico, oferecendo atenção e suporte, reforçando o vínculo, somando saberes e percepções distintas,

auxiliando na obtenção de informações, na aplicação das ferramentas e no preenchimento da ficha de avaliação. Se a instituição puder constituir uma equipe multiprofissional de atenção à saúde da pessoa idosa, ou mesmo um grupo com atuação mais focada em casos de VCPI, as condutas necessárias ganham objetividade, abrangência e eficiência, otimizando a aplicação deste protocolo dentro das necessidades de cada situação de VCPI.

### 2.1 Identificação

A identificação dos casos deve ser realizada durante a avaliação do idoso, demandando o reconhecimento dos fatores associados à VCPI (item 1.2). A constatação oportuna e abrangente da VCPI também exige conhecimento mais aprofundado das diferentes formas de violência e um olhar sensibilizado à proteção da pessoa idosa.

São múltiplas as barreiras à identificação da VCPI, que permeiam questões do médico como formação, valores pessoais, falta de conhecimento, temores, tempo exíguo para atendimento e treinamento voltado para o atendimento de questões clínicas com uso racional do tempo (O BRIEN, 2014; SCHMEIDEL et al., 2012). Quanto à pessoa idosa, a principal barreira é a negação da mesma, que defende e protege o agressor por várias razões como: medo deste ou do abalo às relações domiciliares, dependência, culpas ou pouca percepção dos problemas como formas de violência (ERASLAN et al., 2018; SCHMEIDEL et al., 2012).

O relacionamento entre idoso e cuidador/família e os comportamentos desses entes devem ser atentamente avaliados, pois podem trazer os primeiros indícios da presença de VCPI, corroborar suspeitas e influir nas decisões tomadas sobre a abordagem do caso. Observar situações como:

- Cuidador nitidamente sob estresse; demonstrando tristeza, raiva, frustração; culpando o idoso, acusando-o de agir deliberadamente para atrapalhar ou prejudicar (ex: incontinência seria proposital).
- Cuidador com dependência química; história de ter sofrido abuso ou aceitar violência como parte da vida; tendência a alterações comportamentais imprevisíveis; aparentando não entender as necessidades da pessoa idosa ou ter baixa capacidade de julgamento.
- Cuidadores ou familiares com explicações inverossímeis ou inconsistentes sobre ferimentos ou outros problemas observados, que tentam ocultar ou relativizar os danos, falar pelo idoso, dominar a consulta, impedir que a pessoa idosa seja avaliada isoladamente,

tangenciando o assunto ou se comportando de forma vitimista ou agressiva. Podem claramente impedir a tomada de decisões autônoma por parte da pessoa idosa.

- Familiares/cuidadores tratando a pessoa idosa com impaciência, intolerância, grosseria, críticas excessivas, manipulando por meio de ameaças (hospitalização, contenção mecânica ou procedimentos dolorosos, abandono, institucionalização, sanções no retorno ao domicílio).
- Familiares/cuidadores excessivamente críticos com profissionais ou serviços de saúde anteriormente acessados, com mudanças frequentes de prestadores.
- Idoso sem oportunidade de falar sobre si, ou sem poder ver ou interagir com outrem sem a presença do cuidador (possível abusador); demasiada submissão ou hesitação diante do cuidador, ao qual pode se referir com medo, inquietude, raiva ou ambivalência, ou com mudanças no comportamento diante dele.
- Idoso manifestando solidão, necessidades financeiras, baixa autoestima, narrativas contraditórias ou alterações comportamentais repentinas/recentes.
- Não adesão a tratamentos e medidas propostas, muitas vezes sem justificativa com o mesmo motivo em repetidos atendimentos, sem medidas para resolver a questão (AUSTRÁLIA, 2010; CALIFÓRNIA, 2019; NOVA ZELÂNDIA, 2007; PARANÁ, 2016).

### 2.1.1 Violência física

Os abusos físicos são a forma mais visível de violência contra o idoso. Podem ser empurrões, tapas, beliscões, agressões com armas e outros objetos, causando lesões, dor e podendo levar à incapacidades ou à morte da vítima. Também pode envolver confinar ou restringir a pessoa de forma inadequada. Podem ser constantes, sem marcas, sendo quase invisíveis, percebidos apenas por pessoas sensíveis à busca e detecção desse tipo de agravo. Ocorrem mais frequentemente na própria casa ou em casa de familiares, vindo a seguir a rua e as instituições de cuidado e abrigo à população idosa, como serviços de saúde e ILPI (MINAYO, 2014; BRASIL, 2014; CANADÁ, 2013).

Podem existir também outros sinais de possível abuso físico: depressão; medo e paranoia; desconforto, ansiedade ou completo silêncio (ou estupor/

catatonia) na presença de pessoas em particular; contusões, cortes, inchaços ou queimaduras; e explicações vagas ou ilógicas para lesões (CANADÁ, 2013). A incidência constatada no mundo varia de 5% a 10% dos idosos sofrendo violência física visível ou invisível (BRASIL, 2014). Das denúncias recebidas pelo “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos” as agressões físicas correspondem a 34% do total das queixas (BRASIL, 2019b).

Os achados abaixo não apenas sinalizam violência física, pois revelam aspectos importantes da condição geral do paciente (CALIFÓRNIA, 2019, CANADÁ, 2013, AUSTRÁLIA, 2010).

- Qualquer lesão incompatível com a explicação dada pelo idoso ou responsável pelo cuidado, independentemente do estado evolutivo.
- Ferimentos não adequadamente tratados. Falta de curativos ou pontos quando indicados. Evidências de fraturas mal manejadas/ repetidas.
- Marcas sugestivas de beliscões, arranhões, cortes, punturas ou lacerações.
- Hematomas, vergões ou alterações de coloração da pele suspeitas: bilaterais em membros, presença em diferentes estágios de evolução ao mesmo tempo, concentradas em áreas usualmente cobertas pelas roupas, ou que sugiram o formato do objeto causador (cinto, fio elétrico, corda). Hemorragias abaixo do couro cabeludo ou áreas de alopecia suspeitas.
- Queimaduras aparentemente causadas por cigarros, substâncias cáusticas, fricção de cordas/ correntes ou contato com outros objetos.
- Palidez, perda de peso, olhos e bochechas fundos, desidratação e/ou mal nutrição sem causa orgânica plausível.
- Roupas íntimas em mau estado ou com manchas (inclusive de sangue – violência sexual?).
- Lesões genitais e anais – examinar sempre que possível (violência sexual).
- Má higiene da pele ou das roupas.
- Sinais de isolamento e confinamento.

Lesões repetidas devem ser extensamente avaliadas e bem descritas, assim como uso frequente se serviços de saúde como a urgência/ emergência, possíveis indícios de violência física. Cicatrizes e achados de exames de imagem indicando ferimentos anteriores devem ser avaliados. Falta de dispositivos assistivos, móveis ou da satisfação de necessidades básicas como calor, frio, fome e sede indicam VCPI.

### 2.1.3 Violência psicológica

A violência psicológica é perpetrada por agressões verbais ou gestuais, impedimentos ou omissões e distanciamentos que traduzem menosprezo, desprezo, preconceito e discriminação, resultando em importante sofrimento mental manifesto como tristeza, apatia, isolamento. Exemplos incluem utilizar palavras ou ações que inferiorizam o idoso; desconsiderar seus desejos; não respeitar seus pertences ou animais de estimação; ameaçar (exemplo: dizer ao idoso que irá colocá-lo em um "lar", asilo); tratá-lo como criança; remover o poder de decisão indevidamente; humilhar, intimidar e xingar; invadir a privacidade, entre muitas outras (BRASIL, 2014; MINAYO, 2014; BARCELOS; MADUREIRA, 2013).

O sofrimento mental provocado por esse tipo de violência contribui para processos depressivos e autodestrutivos, podendo resultar em ideias suicidas e tentativas, as quais podem ser bem-sucedidas. É comumente reconhecida por idosos como a pior forma de abuso, pois gera danos emocionais graves e persistentes, que não se curam como feridas físicas. Os mais suscetíveis são os mais pobres ou com elevado grau de dependência (MINAYO, 2014).

O médico deve atentar principalmente aos comportamentos e sentimentos abaixo descritos.

- Cuidador: ameaças, formas de assédio, intimidação, pressões gerando sofrimento, coações por meio de força física; ignorar ou isolar o idoso, controlar excessivamente suas atividades, retirar o poder decisório quando o idoso ainda é apto, negar informação ao idoso, invadir privacidade.
- Idoso: medo (inclusive no olhar, evitando fitar o cuidador), agitação/confusão sem causa orgânica, ambivalência em relação ao cuidador/ a familiares, hesitação ao falar nestes; anseio por atenção e cuidado; desinteresse por si e pelo ambiente, desamparo e desesperança, hesitação em falar sobre o cuidador, mudanças de comportamento, oscilações de humor, choros inexplicáveis, comportamentos infantilizados (embalar-se, chupar dedos) ou auto agressivos (inclusive suicidas); não adesão aos tratamentos propostos; relatos de maus-tratos.

### 2.1.3 Violência sexual

Violência sexual é qualquer ato ou jogo sexual dirigido a outra pessoa sem o pleno conhecimento e consentimento, em relações homo ou heterossexuais, objetivando estimular ou utilizar a vítima para obter excitação ou satisfação sexual através de práticas eróticas e pornográficas impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. A maioria dos casos (95%) envolve idosos com déficit cognitivo, envolvendo pelo menos dois dos três domínios (tempo, espaço e pessoa), principalmente se houver dificuldade para deambular (MINAYO, 2014). Inclui tanto coagir através da força, truques, ameaças ou outros meios para atividades sexuais indesejadas, como contato sexual onde a pessoa não pode conceder consentimento (CANADÁ, 2013).

Os tipos mais comuns são beijos forçados, atos sexuais de quaisquer tipos não consentidos e bolinação. Uma forma comum e pouco discutida é o controle, a restrição da sexualidade da pessoa idosa por parte de cuidadores, familiares e funcionários de ILPI, por estes considerarem os idosos assexuados. Tais atitudes repressivas tolhem a possibilidade da pessoa idosa poder desfrutar de uma vida afetiva saudável, aqui incluído o exercício da sua sexualidade (BRASIL, 2014).

Os principais comportamentos e achados no idoso que devem chamar a atenção do médico são os seguintes (CALIFÓRNIA, 2019; PARANÁ, 2016; CANADÁ, 2013; NOVA ZELÂNDIA, 2007):

- Roupas íntimas em mau estado, com manchas ou sangue.
- Achados anogenitais: dor, lesões, prurido, hematomas, sangramentos, presença de sangue ou esperma secos.
- Contusões ou hematomas na região das mamas e na parte interna das coxas.
- Infecções sexualmente transmissíveis ou infecções genitais sem explicação.
- Medo de ser tocado ou de ir ao banheiro/ tomar banho.
- Relatos de comportamentos do cuidador ou de familiares/ frequentadores do domicílio ou lar: agressão sexual, estupro, exploração sexual, toques inapropriados, fotos íntimas sem permissão, assédios e voyerismo, insinuações ou coações com objetivo sexual, linguagem sexualmente inapropriada ou ofensiva.

#### 2.1.4 Violência financeira

A violência financeira e patrimonial consiste na utilização indevida e ilegal de recursos financeiros e patrimoniais de idosos, consentido ou não por eles, que resulta em um ganho monetário ou pessoal para o agressor (pessoa ou instituição) ou uma perda para o idoso. (BRASIL, 2014). Essa violência ocorre em todos os níveis socioeconômicos, etnias e religiões e, apesar da literatura mostrar maior prevalência no gênero masculino ou não apontar diferenças entre gêneros, muitas vezes o sexo feminino aparece com maior prevalência na investigação indireta de casos específicos de violência física contra a mulher, frequentemente mais denunciados em relação aos outros tipos (SANTOS, 2019).

São consideradas formas de violência financeira (CALIFÓRNIA, 2019; SANTOS, 2019; MINAYO, 2014; AUSTRÁLIA, 2010):

- Cuidador/ familiares: apropriar-se de dinheiro, ativos, ou objetos de valor do idoso; colocá-lo num padrão de vida ou com serviços com nível aquém do que podem manter; não utilizar o dinheiro do idoso segundo suas vontades e necessidades, violando seus direitos básicos. Roubar, cometer fraudes contra o idoso, tentar persuadir a assinar documentos ou passar bens/ controle das finanças pessoais, vender indevidamente bens, fazer mau uso de instrumento de procuração e da movimentação de cartões e contas bancárias; não honrar compromissos como contas/ aluguel se tiver essa incumbência. Outras situações suspeitas incluem as citadas abaixo.
  - Obtenção suspeita ou indevida de procuração de plenos poderes e/ou permanente.
  - Colocar o idoso indevidamente em trabalho remunerado para obter dinheiro extra para a casa; fazê-lo cuidar de filhos ou netos para economizar com cuidadores.
  - Recusar-se a sair da casa da pessoa idosa quando solicitado para manter ganhos pessoais, compartilhando da moradia sem a justa participação nos custos e tarefas; expulsar o idoso do espaço físico e social do seu lar (confinando em cômodo restrito, por exemplo).
  - Cobrar valores excessivos ou injustificados por serviços.

- Aparecimento suspeito e repentino de parentes outrora afastados, manifestando interesse incomum e/ou reivindicando direitos a rendas ou bens do idoso.
- Idoso: desconhecimento, falta de entendimento, confusão ou ansiedade em relação às próprias finanças; queixas em relação à gestão de bens, contas e compromissos financeiros; padrão de vida, comodidades e serviços contratados insuficientes e de padrão inferior ao que poderia ser proporcionado com a renda; queixas com relação a custos desproporcionais com cuidados e serviços; mudanças em testamentos, procurações ou outros documentos financeiros.
- Instituições financeiras: aumentos abusivos em prestações de serviços, como planos de saúde; empréstimos e compras facilitadas por bancos e lojas objetivando cooptar idosos a adquirir os bens sob supostas vantagens; demora nos trâmites de aposentadorias e pensões; dentre outras formas de coação ou manipulação. Tais aspectos devem ser discutidos com cuidadores ou responsáveis para reduzir a exposição do idoso a situações de vulnerabilidade diante dessas propostas.

### 2.1.5 Negligência

A negligência é outro aspecto importante envolvendo menosprezo e abandono de pessoas idosas, e é definida como uma falha em suprir as necessidades do idoso, intencional ou não. É cometida inclusive por órgãos públicos, na medida em que não cumprem com suas obrigações na promoção e proteção da saúde dessa população, como na oferta de serviços de saúde e na fiscalização de abrigos e clínicas. O desleixo e a incompetência dos órgãos públicos nesses aspectos resultam na perpetuação de desassistência e violências institucionais como as vistas em muitas ILPI (MINAYO, 2014).

Os idosos mais dependentes são as maiores vítimas de negligências, tanto em seus lares quanto em ILPI, abrangendo por exemplo cuidado pessoal e corporal, cuidados médicos e administração de medicamentos (MINAYO, 2014, BRASIL, 2014). No “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos”, da Secretaria de Direitos Humanos, foi a principal denúncia registrada (68,7%), abarcando famílias e serviços públicos (BRASIL, 2019b).

A negligência pode ser dividida em dois tipos (AUSTRÁLIA, 2010; CANADÁ, 2013):

- Negligência ativa: há recusa deliberada ou intencional em proporcionar cuidados ou as necessidades básicas de vida.

- Negligência passiva: falha em suprir o cuidado apropriado devido à insuficiência de conhecimento, informação, experiência ou habilidade. A negligência pode incluir um ou mais dos seguintes achados (PARANÁ, 2016; CANADÁ, 2013; AUSTRÁLIA, 2010):
  - provisão inadequada de alimentos, líquidos, medicamentos, vestuário ou abrigo;
  - falta, má conservação ou má qualidade de dentaduras, óculos ou aparelhos auditivos;
  - pessoa idosa desassistida por longos períodos e/ou deixada em condições perigosas;
  - provisão inadequada de cuidados assistivos básicos como banho, higiene e necessidades fisiológicas;
  - falta de companhia e socialização, tanto em família quanto entre pares;
  - problemas médicos não tratados ou mal-conduzidos; falta ou insuficiência de assistência em saúde (médica, domiciliar, institucional).

#### 2.1.6 Autonegligência

A pessoa idosa pode manifestar comportamentos que atentam contra sua própria saúde e sua integridade, maltratando a si mesma, por recusar ou não conseguir prover a si o essencial ao próprio cuidado. Pode envolver até ideação suicida, tentativas de suicídio ou a consumação deste, mas não inclui decisões conscientes por idosos psicologicamente aptos de se prejudicar deliberadamente. São fatores de risco morar só, sexo feminino, portar demência ou transtorno mental, alcoolismo, isolamento social e baixo nível socioeconômico (SOUZA, 2010).

Os primeiros sinais são: isolamento, recusa de autocuidados como banho e alimentação, não tomar medicamentos, uma forma de manifestar desejo de morrer. Tais atitudes autodestrutivas têm ligação com maus-tratos sofridos, como desvalorização, negligência, abandono e violência física (MINAYO, 2014; BRASIL, 2014).

As manifestações observadas decorrem basicamente da incapacidade ou recusa, tanto por problemas físicos quanto mentais, em garantir o fundamental para a manutenção da própria saúde no sentido amplo: alimentação, hidratação, moradia, higiene, assistência médica e adesão aos tratamentos propostos, segurança; planejamento e controle financeiros; e saúde emocional, com os efeitos deletérios resultantes. Situações como acumulação de lixo, coleção de animais de estimação, proteção feroz de uma condição de suposta

independência, também devem alertar para essa condição (CALIFÓRNIA, 2019; BRASIL, 2014; NOVA ZELÂNDIA, 2007).

### 2.1.7 Abandono

O abandono resulta da falta ou renúncia dos cuidadores ou responsáveis em prover a atenção e a proteção à pessoa idosa necessitada, e é das mais frequentes e cruéis modalidades de VCPI, com manifestação sob várias formas (BARCELOS; MADUREIRA, 2013).

Inúmeras atitudes dos responsáveis se caracterizam como abandono:

- afastar-se do idoso sem providenciar seu cuidado;
- retirar a pessoa idosa da sua casa ou trancá-la contra sua vontade;
- trocar seu lugar na própria residência a favor dos mais jovens, como por exemplo, colocá-la num quartinho nos fundos da casa privando-a do convívio com outros membros da família e das relações familiares;
- conduzi-la a uma ILPI contra a sua vontade, deixando a essas entidades o domínio sobre sua vida, sua vontade, sua saúde e seu direito de ir e vir;
- deixá-la sem assistência quando dela necessita, antecipando sua imobilidade, anulando sua personalidade ou promovendo seu adoecimento e morte;
- deixar sem assistência em ambiente público (BRASIL, 2014; MINAYO, 2014).

### 2.2 Avaliação

Diretrizes e protocolos são importantes para se obter a informação mais confiável e útil disponível, para denúncia e para efetiva intervenção posterior, além do provimento dos serviços necessários. No entanto, a denúncia do caso suspeito deve ser feita assim que possível, sem se retardar essa medida para obter informações complementares não essenciais para a suspeição (CALIFÓRNIA, 2019).

A abordagem inicial deve ser acolhedora e empática, facilitando tanto o diálogo quanto a acurada observação de sinais, sintomas e situações sugestivas de VCPI. Atentar particularmente a dificuldades relatadas por todos os envolvidos, observando o relacionamento entre eles e fatores de risco presentes.

Fundamental ressaltar que não é papel do médico culpabilizar ou apurar responsabilidades; ele deve facilitar a comunicação, utilizando da prudência e da diplomacia objetivando o direcionamento mais apropriado a cada caso (BRASIL, 2002). O profissional não deve ser sobrepujado pela complexidade da situação, pois não tem o peso da responsabilidade pelo todo. Seu papel principal é ser “olhos e ouvidos” do serviço, e seu relato precoce e apropriado é vital ao manejo (AUSTRÁLIA, 2010).

A avaliação inicial da possível vítima deve transcorrer com garantia de privacidade, sigilo e segurança, sem a presença dos suspeitos do abuso (CALIFÓRNIA, 2019). A situação deve ser abordada profissionalmente, de forma objetiva e reportada apropriadamente no serviço, juntamente com a tomada de decisões quanto às intervenções externas cabíveis (AUSTRÁLIA, 2010).

A documentação do caso deve ser cuidadosa, obtendo todas as informações pertinentes. É preciso tentar registrar todos os indicadores e condições que forem possíveis, subsidiando a gestão do serviço e as instâncias envolvidas para a execução dos próximos passos do manejo (AUSTRÁLIA, 2010, CALIFÓRNIA, 2019).

A utilização de ficha de avaliação (Apêndice 1) e do fluxograma (Apêndice 7), com a incorporação de instrumentos e ferramentas na prática cotidiana de avaliação de suspeitas de VCPI possibilitam a percepção precoce tanto de situações de risco quanto das violências em si.

### 2.2.1 Entrevista

O primeiro aspecto a considerar na entrevista é a capacidade cognitiva da pessoa idosa possível vítima de VCPI. Ter ciência da aptidão do idoso para realizar um relato real e válido, estando ciente das implicações e apto a participar das decisões da abordagem, guiará todos os passos subsequentes, permitindo estabelecer o nível de capacidade do idoso, aqui entendido num sentido amplo, como sendo capaz de (AUSTRÁLIA, 2010):

- entender a natureza e o efeito das decisões tomadas a respeito da situação;
- tomar decisões de forma livre e voluntária sobre o manejo;
- poder comunicar suas decisões de alguma forma.

Capacidade é uma decisão legal, mas pode ser inferida na avaliação médica, sempre lembrando que pode variar de acordo com o aspecto avaliado (ex.: pode cuidar das contas ou da pensão, mas não aplicar seu dinheiro), sendo específica ao contexto tratado (AUSTRÁLIA, 2010). Essa avaliação pode ser

executada através do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), instrumento desenhado para executar uma aferição cognitiva preliminar de modo prático e rápido (Anexo 8).

Ele abrange orientação (temporal e espacial); memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação; habilidades visuo-espaciais; linguagem; cálculo e praxias (FOLSTEIN; FOLSTEIN; McHUGH, 1975). Os pontos de corte utilizados para determinar se há comprometimento cognitivo levam em conta a escolaridade do examinando: 21 pontos para analfabetos; para pessoas com baixa escolaridade, 22 pontos; com escolaridade média, 23 pontos; e, com alto nível de escolaridade, 24 pontos (KOCHHANN et al, 2010).

Caso seja constatado comprometimento cognitivo que impossibilite se considerar o avaliando capaz de responder às perguntas pertinentes à violência suspeita e de compreender a magnitude e as implicações do manejo, decidindo em conjunto as ações cabíveis, o médico deve buscar, caso já não o tenha feito, apoio de equipe multiprofissional tanto para entrevistar alguém com mínima probabilidade de ser o agressor e que seja capaz de fornecer as informações necessárias (alternativa infelizmente fora do alcance da equipe em muitos casos) quanto para obter suportes social e legal. O déficit cognitivo significativo pode, de fato, dificultar sobremaneira identificar e manejar a situação suspeita, até mesmo impedindo ações resolutivas frente à situação.

Feita a avaliação cognitiva, deve-se obter o consentimento da pessoa idosa, mesmo se houver um comprometimento cognitivo leve (CCL) que não afete a capacidade decisória em relação ao escopo do atendimento. É necessário quando praticável, pois dá subsídio legal importante. Em emergências (risco de morte ou situação de ameaça importante à saúde e à segurança), não é preciso obter consentimento (AUSTRÁLIA, 2019, CALIFÓRNIA, 2010).

Após a avaliação cognitiva, é importante avaliar o estado funcional geral do idoso: ele consegue se proteger ou obter auxílio se for preciso? Se o atendimento em curso não for uma emergência, o idoso poderá de proteger ou buscar ajuda caso haja uma situação mais grave? É preciso registrar essas informações detalhadamente.

A avaliação da funcionalidade familiar é de grande relevância, pois a família é a principal responsável pelo suporte afetivo e social e pelos cuidados de saúde. Observa-se uma tendência a modelos multigeracionais, com soma de diferentes percepções e demandas que potencialmente afetam o apoio à pessoa idosa (MOTA et al., 2010). Conhecer a dinâmica familiar é, portanto,

parte essencial da abordagem dos cuidados ao idoso, adquirindo suma importância na investigação de casos de VCPI.

Para avaliar a funcionalidade familiar se pode utilizar o instrumento APGAR de Família (Anexo 6), cujo nome representa o acrônimo em inglês para os domínios avaliados: *adaptation* (adaptação), o qual compreende os recursos familiares oferecidos quando se faz necessária assistência; *partnership* (companheirismo), que se refere à reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas; *growth* (desenvolvimento), relativo à disponibilidade da família para mudanças de papéis e desenvolvimento emocional; *affection* (afetividade), compreendendo a intimidade e as interações emocionais no contexto familiar; e *resolve* (capacidade resolutive), que está associada à decisão, determinação ou resolutividade em uma unidade familiar (SILVA et al., 2014).

O instrumento é composto por cinco perguntas, uma por domínio avaliado, cujas opções de respostas são: sempre (2), algumas vezes (1) e nunca (0). A pontuação total varia de 0 a 10, classificando a funcionalidade familiar pelo escore obtido: de 0 a 4, elevada disfunção familiar; de 5 a 6, moderada disfunção familiar; e de 7 a 10, boa funcionalidade familiar.

Na entrevista é imprescindível obter informação de todas as pessoas envolvidas. Se houve situações semelhantes no passado, verificar como transcorreram (AUSTRÁLIA, 2019), reforçando-se a recomendação de que cada conversa deva ocorrer separadamente sempre que possível. A entrevista com a vítima deve ser realizada em ambiente privativo e seguro, com confidencialidade e distante dos prováveis perpetradores da violência, em ambiente calmo e acolhedor.

O relacionamento com o suposto agressor deve ser explorado: é complicado? De que forma? Há codependência? A suposta vítima se preocupa com o bem-estar dessa pessoa e deseja protegê-la? O paciente gostaria de manter a relação? Não é aconselhado ou necessário sempre entrevistar os prováveis abusadores. Essa aproximação deve ser feita com cautela e segurança, e pode perfeitamente ser executada mais tarde por profissionais treinados (CALIFÓRNIA, 2019).

As condições de moradia impactam decisivamente na qualidade de vida e podem dar pistas importantes sobre o nível de cuidado recebido. Verificar características do domicílio, quem reside lá e o que faz para viver, a frequência da presença do cuidador. Obter endereço e telefones de contato (CALIFÓRNIA, 2019). Buscar articular com o serviço uma visita para avaliação da situação de moradia quando pertinente, confrontando o observado com os relatos do

idoso e dos responsáveis, e avaliando na prática a dinâmica do lar, o cuidado e o relacionamento interpessoal.

A questão financeira não pode ser esquecida. Questionar sobre os vencimentos do idoso, avaliando se ele está preocupado ou confuso em relação aos seus recursos. Atentar a procurações, transferências de somas ou bens, pressões, mudanças em testamento, se é tutelado (CALIFÓRNIA, 2019).

A rede e o suporte sociais devem ser avaliados. Apoios formais e informais; instituições, empresas e organizações que possam ofertar socialização, orientações, insumos e suportes diversos devem ser elencadas. Da mesma forma, verificar se há outros serviços envolvidos com a questão, possibilitando clarificar a situação e decidir quando agir e como (CALIFÓRNIA, 2019).

Dada a complexidade inerente a situações de VCPI, o médico deve contar com um protocolo para sistematização da entrevista, delineando o rastreamento e a avaliação (Apêndice 1). Convém salientar que a amplitude da avaliação dependerá das particularidades de cada situação, da dinâmica do serviço, das condições do médico na execução do processo e da participação de outros profissionais na avaliação. Dessa forma, a ficha e as ferramentas são utilizadas de acordo com esses aspectos, caso a caso.

Pela padronização da abordagem, o documento serve para seguimento e reavaliações posteriores dos casos. Enfatiza-se que a suspeita de VCPI demanda documentar toda informação acessível envolvendo pessoas, indicadores e condições correlacionadas (CALIFÓRNIA, 2019).

### 2.2.2 Exame Físico

O exame físico deve ser minucioso e realizado sem a presença de cuidador/ responsável/ provável agressor. Avaliar a saúde geral com exame físico completo e verificar o nível funcional para as atividades da vida diária e o grau de dependência do cuidador para a execução. A escala MIF (Anexo 4) auxilia nesta avaliação, permitindo inferir o grau de independência funcional do idoso.

Se há suspeita de violência física, é importante examinar com outro profissional e, se possível, com a permissão do paciente para tal. Fotografar as lesões quando possível (também com consentimento para realização e anexação ao prontuário) (Apêndice 6), incluindo ângulos diversos e fotos de corpo inteiro, e utilizar diagramas corporais para localizar, desenhar as lesões e as descrever (inclusive com o relato sobre a origem). O protocolo também

deve conter uma foto do rosto do paciente (Apêndice 1). Reforçar que todo o material obtido será confidencial e adequadamente armazenado.

Descrever todos os achados, sempre com o maior nível de detalhamento, e utilizar uma representação corporal para documentar localização e características das lesões constatadas, com o estado evolutivo. Registrar, datar e obter as assinaturas dos profissionais participantes da constatação das lesões (CALIFÓRNIA, 2019). Aproveitar a realização do exame para fortalecer o vínculo com o paciente, reassegurando a preocupação com seu bem-estar e a situação segura do momento, e reavaliando a possibilidade de haver outras violências em curso.

### 2.3 Notificação e denúncia

Segundo o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), a pessoa idosa não pode ser vítima de negligência, violência, discriminação, crueldade ou opressão, e é dever de todo cidadão proteger esses direitos. Da mesma forma, essa lei determina o dever da sociedade de proteger integralmente a pessoa idosa.

Em relação à VCPI, decreta que os casos são de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, e devem ser comunicados aos órgãos competentes obrigatoriamente (BRASIL, 2003). A notificação não constitui denúncia, de modo que ambos os procedimentos devem ser realizados.

A notificação compulsória se dá pela Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (Anexo 7), preenchida em duas vias: uma fica no serviço notificador, e a outra é encaminhada ao serviço de vigilância municipal (Epidemiológica ou de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis - DANT) para digitalização e consolidação (BRASIL, 2016). O Estatuto do Idoso define como infração administrativa passível de multa a não realização desse procedimento (BRASIL, 2003).

Como forma de preservar os profissionais da exposição decorrente da notificação, o Ministério da Saúde permite que os campos relativos ao profissional notificador (nome, assinatura e função) sejam preenchidos a critério da gestão local, que pode inclusive usar um carimbo institucional padronizado (BRASIL, 2016). Dessa forma, a identidade do médico é preservada, minimizando riscos de represália por agressores e famílias.

A denúncia de caso confirmado é realizada às entidades responsáveis: autoridade policial (Delegacias Especializadas); Ministério Público; Conselhos do Idoso - Municipal, Estadual e Federal (BRASIL, 2003; BRASIL, 2016). O serviço

de saúde deve ter setor capacitado para realizar o procedimento de denúncia prontamente, com o mapeamento dos serviços de denúncia locais e nacionais (APÊNDICE 3) e fluxos definidos para tais procedimentos.

Além das autoridades legalmente constituídas, há o Disque 100 ou Disque Direitos Humanos, ligado à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Oferece a qualquer cidadão um canal de comunicação de violações de direitos de todos os segmentos da sociedade, enfatizando os grupos mais vulneráveis, onde se incluem as pessoas idosas. Pode-se denunciar anonimamente quaisquer violações de que se tenha sido vítima ou tenha conhecimento. Funciona todos os dias, 24 horas por dia, com discagem gratuita e encaminhamento das denúncias aos canais competentes (BRASIL, 2019b).

Também é possível realizar denúncias pessoalmente por outros meios: Delegacia Especializada no Atendimento ao Idoso, Promotoria de Justiça do Cidadão, Disque Denúncia Municipal (se houver), Conselhos da Pessoa Idosa (Municipal, Estadual, Federal) (APÊNDICE 3).

A denúncia é dever ético do médico. O Código de Ética Médica, no artigo 28, determina que, caso ocorram atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este deve denunciar à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina (CFM, 2019).

### 3. INTERVENÇÃO

As intervenções do médico são abrangentes e precisam levar em consideração as necessidades de intervenção, que tipo de medidas serão tomadas e quão urgentes estas são (AUSTRÁLIA, 2010). Inicia pela determinação das maiores preocupações da vítima, disponibilizando informações e suporte para tais necessidades primeiro (CANADÁ, 2013). O início do processo também deve levar em conta as seguintes questões relativas à pessoa idosa e ao agressor (CALIFÓRNIA, 2019):

- O que o idoso deseja em relação a esse atendimento?
- Como vê a situação de violência e a oferta de ajuda?
- O idoso e/ou o suposto agressor sabem que há notificação e denúncia em andamento?

Uma vez avaliados esses aspectos, deve ser reforçado o vínculo, feitas as combinações pertinentes e definida a abordagem de todas as formas de violências constatadas na avaliação, obedecendo aos princípios abaixo (AUSTRÁLIA, 2010):

- Segurança enquanto aspecto fundamental: sempre verificar se a intervenção não piorará a situação do paciente; não expor o paciente a situações de risco (ex.: materiais e informações sobre o caso e/ou VCPI ao alcance do agressor); emergências demandam ações imediatas.
- Autodeterminação do idoso: balancear com os achados do caso. Verificar e reconhecer o ponto de vista do idoso.
- Considerar a capacidade de tomar decisões e executar atitudes de autoproteção.
- Não esquecer da importância de manter as relações do paciente com a família e outros.
- Manter a melhor relação possível entre profissional, serviço, vítima e cuidador/ família.
- Abordagem holística: abordar as necessidades não alcançadas do abusador ou desejos conflitantes entre este e os do idoso pode melhorar a situação da vítima, principalmente na violência decorrente de desinformação/ insuficiência do cuidador.
- Confidencialidade: assim como a autodeterminação, deve ser balanceada com as necessidades do caso. Nunca deve ser uma razão para falha no manejo da VCPI.
- Requisitos legais: observar e seguir, mesmo em situações onde haja resistência.

A abordagem é centrada no paciente e orientada à solução de problemas (CANADÁ, 2013). Buscar elencar todas as soluções possíveis (tempestade de ideias), envolvendo equipe multiprofissional e abarcando os desejos da vítima sempre que possível. Feito isto, eleger as medidas mais adequadas às violências e outros problemas constatados, estabelecendo a sequência de medidas a serem seguidas (de comum acordo com o idoso sempre que for factível). As medidas envolvem (CANADÁ, 2013, AUSTRÁLIA, 2019):

- tratar as lesões identificadas;
- realizar os devidos encaminhamentos e exames complementares necessários;
- buscar informações e apoio às medidas de manejo com colegas que atendem o idoso e com os quais este tenha vínculo;
- com suporte da equipe multiprofissional:
  - estabelecer a maior rede de suporte possível ao idoso e aos responsáveis, com o uso dos recursos locais e regionais, o que pode já aliviar a situação de abuso;

- oferecer suporte psicológico ao idoso, ao cuidador e à família;
- abordar questões específicas do relacionamento entre idoso e cuidador;
- atender às necessidades específicas do cuidador, como tratamentos e capacitações;
- avaliar cuidadosamente as necessidades de substituição do cuidador ou de institucionalização do idoso, sendo esta uma conduta de exceção;
- garantir a remuneração, verificar possibilidade de outros ganhos ou benefícios, verificar como funciona o pagamento de contas;
- assegurar os cuidados de saúde (medicamentos, consultas, exames), pactuando com os responsáveis;
- garantir segurança (acesso telefônico, checagens regulares, medidas contra acidentes no lar e fora dele);
- realizar os encaminhamentos legais cabíveis.

Na ausência de equipe multiprofissional estabelecida, encaminhar aos profissionais necessários ao cuidado (assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, entre outros) e buscar articular a montagem desse grupo na instituição. O médico pode criar sua própria rede de suporte, com profissionais e contatos de sua confiança, disponíveis e engajados com o enfrentamento da VCPI. Também pode criar seu próprio diagrama de informações e recursos, que deve ser atualizado periodicamente (CANADÁ, 2013).

Convém salientar que, em determinadas situações, “fazer nada” ainda é fazer algo. Podem ocorrer situações onde a resposta mais apropriada é optar por não agir imediatamente sobre todos os aspectos evidenciados, e sim, acompanhar a situação. É melhor para o serviço envolvido se manter na vida da vítima e poder monitorar os desenvolvimentos, além de poder estar disponível para dar suporte ou atender pedidos de ajuda, evitando ser afastado do idoso, deixando-o isolado (AUSTRÁLIA, 2019).

#### 4. ACOMPANHAMENTO

O médico deve realizar o acompanhamento clínico regular do caso e manter sua atuação de articulador do cuidado, acompanhando o seguimento da equipe multiprofissional. É de suma importância que o médico e demais profissionais envolvidos com o caso registrem detalhadamente observações,

avaliações e preocupações acerca do caso, bem como mantenham constante diálogo para afinar o gerenciamento da questão (AUSTRÁLIA, 2019).

O adequado acompanhamento viabiliza medidas preventivas, antecipação de futuros desenvolvimentos indesejados, acompanhamento dos resultados das medidas empregadas no manejo, e respostas adequadas e oportunas às demandas identificadas. Em função disso, a adoção de um prontuário na instituição onde seja possível incluir tanto as informações específicas do caso de VCPI (como a ficha de avaliação deste protocolo) quanto as avaliações dos demais profissionais é outra ferramenta fundamental à abordagem, assim como a busca por uma rotina do serviço para o enfrentamento dessa problemática, o qual pode ser auxiliado pelo fluxograma de abordagem à VCPI (Apêndice 7).

Seguir fazendo registros apurados de todos os detalhes do acompanhamento, manter contato com os demais profissionais envolvidos, dar o tempo necessário a cada avaliação (escutar e se manter paciente e atento), verificar se há sofrimento no processo de manejo da VCPI (culpas, angústia; sofrimento psíquico intenso pode gerar *delirium*). Ressaltar a confidencialidade e respeitar sempre que possível os desejos do idoso (CANADÁ, 2013).

O serviço deve ter capacidade de gestão e articulação com os órgãos competentes e recursos locais para acompanhar as notificações e denúncias. É fundamental ter processos definidos para monitorar os casos e fornecer o adequado suporte aos médicos e demais profissionais envolvidos (BRASIL, 2016).

As denúncias realizadas pelo Disque 100 podem ser acompanhadas telefonando para o mesmo e fornecendo os dados da denúncia. As encaminhadas ao Ministério Público devem ser acompanhadas por serviço social ou jurídico da instituição, ato imprescindível à garantia da proteção da vítima e da responsabilização e penalização do agressor. Estudos apontam que segue grave descompasso entre a comunicação do fato às autoridades (muitas vezes restrita aos procedimentos burocráticos) e os devidos encaminhamentos (ROCHA et al., 2018), o que pode acentuar os riscos à vítima, como perpetuação e agravamento da VCPI e a deterioração do funcionamento familiar.

O adequado acompanhamento da situação de violência deve permitir a identificação precoce da necessidade de reaplicação dos instrumentos utilizados neste protocolo de acordo com as necessidades específicas de cada caso. Logo, identificando-se a continuidade de problemas detectados previamente ou a percepção de novas necessidades de intervenção, faz-se nova utilização das ferramentas empregadas, uma vez que não há orientações

padronizadas sobre intervalos ou frequência de aplicação dos mesmos no seguimento longitudinal dos casos.

O acompanhamento não se restringe à situação de violência. No decorrer do tempo, comorbidades físicas e cognitivas se acentuam, novos problemas físicos surgem, crises vitais e acidentais ocorrem, alterações na dinâmica do lar e do cuidado se desenvolvem. Garantir a assistência integral à saúde do idoso segue sendo a prioridade.

A implementação de um protocolo objetiva não somente a adequação da avaliação e do manejo das situações de violência contra o idoso. Visa contribuir significativamente para mitigar tanto fatores de risco para a ocorrência quanto subnotificações e deficiências de abordagem, manejo e articulação do cuidado. Por conseguinte, concorrer para a constante melhoria da qualidade de vida desta população.

## REFERÊNCIAS

AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II). The AGREE II Instrument. 2017. Disponível em <http://www.agreetrust.org>. Acesso em: 20/04/2020.

ALVES, C. S.; SERRÃO, C. Fatores de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa: revisão sistemática. *Pan American Journal of Aging Research (PAJAR)*, v. 6 n. 2 p. 58-71, 2018.

ALMOGUE, A. et al. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Archives of gerontology and geriatrics*, v. 51, n. 1, p. 86-91, 2010.

AUSTRÁLIA. Queensland Government. Department of Communities. A Guide for Elder Abuse Protocols Developed for Community Service Organizations. Uniting Care Community's Elder Abuse Prevention Unit. Older Persons Program of The Uniting Care Community. Brisbane, 2010.

BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S. Violência contra o idoso. In: CHAIMOWICZ, F. *Saúde do Idoso*. 2 ed. NESCON, UFMG, Belo Horizonte, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2003.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006: Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Guia prático do cuidador. 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf). Acesso em 19/05/2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de Enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA - Instrutivo. Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Brasília, 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpe\\_ssoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpe_ssoal_autoprovocada_2ed.pdf). Acesso em 04/05/2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_elaboracao\\_protocolos\\_delimitacao\\_escopo\\_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf). Acesso em 20/03/2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Disque 100 - Balanço Geral de Denúncia - Pessoa Idosa - Nacional; Período: 2011 a 2019. 2019b. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/ouvidoria/balanco-disque-100>. Acesso em 20/03/2020.

CAINES, J. et al. Identifying Elder Abuse in the Emergency Department: Results from a Structured Physician Survey in Canada. *J Family Med Community Health* v. 4, n. 8, p. 1134-1140, 2017.

CALIFÓRNIA. Elder Abuse: Guidelines for Professional Assessment and Reporting: Identification, Assessment, Reporting, Prevention, Resources. Elder Abuse Task Force of Santa Clara County, California. California, 2019.

CANADÁ. Strategies for Interprofessional Health Care Providers to Address Elder Abuse/ Mistreatment. Canadian Association of Occupational Therapists. Ottawa, 2013.

COHEN, M. E.; MARINO, R. J. The tools of disability outcomes research functional status measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 81, p. 21-29. 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2217, de 24 de setembro de 2018. Código de Ética Médica. Brasília, 2019.

CORBI, G. et al. Elder abuse: perception and knowledge of the phenomenon by healthcare workers from two Italian hospitals. *Internal and Emergency Medicine*, v. 14, n. 4, p. 549-555, 2019.

DONG X.; SIMON M. A. Association between elder abuse and use of ED: findings from the Chicago Health and Aging Project. *American Journal of Emergency Medicine*, v. 31, p. 693-698, 2013.

ERASLAN, B. S. et al. A study on physicians' perspectives on elder abuse and neglect. *Turkish Journal of Geriatrics-Turk Geriatri Dergisi*, v. 21, n. 2, p. 157-165, 2018.

FERREIRA, F. et al. Validação da Escala Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, v.3, n.2, p. 13-19, 2010.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, v. 12, p. 189-198, 1986.

GUEDES, M. B. O. G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017.

GRIEP, R. H. et al. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 2, p. 625-634, 2003.

\_\_\_\_\_. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005

HWALEK, M. A.; SENGSTOCK, M. C. Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument. *Journal of Applied Gerontology*, v. 5, p. 153-73, 1986.

KENNELLY, S. et al. Elder abuse: knowledge, skills, and attitudes of healthcare workers. *Irish medical journal*, v. 100, n. 1, p. 326, 2007.

KOCHHANN, R. et al. The Mini Mental State Examination: Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. *Dementia Neuropsychology*, v. 4, n. 1, p. 35-41, 2010.

LACHS, M. S.; PILLEMER, K. A. Elder abuse. *New England Journal of Medicine*, v. 373, n. 20, p. 1947-1956, 2015.

LOPES, E. D. de S. et al. Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, n. 5, p. 652-662, 2018.

LUBBEN, J. et al. Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. *The Gerontologist*, v. 46, n. 4, p. 503-513, 2006

MAIA, C. M. L et al. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *Revista de Psicologia*, v. 1, n. 1, p. 293-303, 2016.

MANDIRACIOGLU, A. et al. Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 43, n. 2, p. 267-276, 2006.

MINAYO, M. C. de S. *Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. Brasília: DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 5ª. ed., 2005. Disponível em: [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_livros/18.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/18.pdf). Acesso em: 02/06/2020.

\_\_\_\_\_. Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. *Mais 60: Estudos sobre Envelhecimento*, v. 25, n. 60, p. 10-27, 2014.

MONTEIRO, E. A.; MAZIN, S. C.; DANTAS, R. A. S. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: validação para o Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 3, p. 364-367, 2015.

MOTA, F. R. N. et al. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. *Escola Anna Nery*, v. 14, n. 4, p. 833-838, 2010.

NEALE, A. V. et al. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Journal of Applied Gerontology*, v. 10, n. 4, p. 406-418, 1991.

NOVA ZELÂNDIA. Ministry of Health. *Family Violence Intervention Guidelines: Elder Abuse and Neglect*. 2007. Disponível em: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/family-violence-guideliens-elder-abuse-neglect.pdf>. Acesso em: 17/08/2020.

O'BRIEN, J. G. et al. Elder abuse and neglect: A survey of Irish general practitioners. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, v. 26, n. 3, p. 291-299, 2014.

PARANÁ. *Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada*. Secretaria Municipal de Saúde, Londrina, 2016.

PETERS, M. D. J. et al. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>. Acesso em: 02/08/2019.

REICHENHEIM, M. E.; PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; MORAES, C. L. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 8, p. 1801-1813, 2008.

RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

ROCHA, R. C. et al. Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais - Brasil: análise de denúncias e notificações. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 4, p. 81-94, 2018.

ROSEN, T. 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.

SANTOS, A. M. R. et al. Violência financeiro-patrimonial contra idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 343-351, 2019.

SÃO PAULO. Caderno de Violência Contra a Pessoa Idosa. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo, 2013.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of burden of care in caregivers of people with mental illnesses. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, n. 1, p. 12-17, 2002.

SCHMEIDEL, A. N. et al. Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of elder abuse & neglect*, v. 24, n. 1, p. 17-36, 2012.

SILVA, M. J. et al. Propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. *Escola Anna Nery*, v.18, n. 3, p. 527-532, 2014.

SOUZA, L. R. de et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v.23, n.2, p. 140-149, Rio de Janeiro, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Genebra: WHO/INPEA, 2002.

APÊNDICES

48

## APÊNDICE 1

## AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Nº de filhos: \_\_\_\_\_

Moradia: ( ) própria ( ) alugada ( ) cedida ( ) de familiar ( ) de familiar com pagamento

Reside com: ( ) familiar(es) \_\_\_\_\_

( ) cuidador(es)

( ) outros: \_\_\_\_\_

Cuidador(es): \_\_\_\_\_

Telefones de contato/endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Formação/experiência: \_\_\_\_\_

Relação com a pessoa idosa: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Quem acompanha a pessoa idosa neste momento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AVALIAÇÃO DE RISCO:

( ) EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_

( ) Situação de violência requerendo medidas de proteção: \_\_\_\_\_

49

---

( ) Situação de potencial violência requerendo acompanhamento: \_\_\_\_\_

---

SITUAÇÃO DE CUIDADO: qual é a frequência semanal de contato da pessoa idosa com o cuidador? Há indícios de inadequação do cuidado? \_\_\_\_\_

---

Escores:

QASCI: \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

ZBI: \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

#### SUPORTE INSTITUCIONAL E APOIO SOCIAL

Médico(s) assistente(s) – nome, especialidade e contato: \_\_\_\_\_

---

Unidade de saúde de referência: \_\_\_\_\_

Amigos que dão suporte (nome e contato): \_\_\_\_\_

---

Outros serviços/grupos/organizações que dão suporte (pessoas de referência e seus contatos): \_\_\_\_\_

---

Escore MOS: \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

50

**NÍVEL FUNCIONAL:**

Escore MEEM: \_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

Escore MIF: \_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

Utiliza tecnologia assistiva? Qual (is): \_\_\_\_\_

Receptividade/ barreiras à abordagem: \_\_\_\_\_

Comentários: \_\_\_\_\_

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR:**

Escore APGAR de Família: \_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO FINANCEIRA**

Renda mensal: \_\_\_\_\_ Preocupado/ confuso quanto às finanças? \_\_\_\_\_

É tutelado? Passou procuração? De que tipo (bens, rendimentos, pensões/seguros, plenos poderes...)? \_\_\_\_\_

É pressionado a fazer ou alterar algo nesse campo? De que forma? \_\_\_\_\_

**RASTREAMENTO DE VIOLÊNCIAS**

Escore H-S/EAST: \_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

Comentários (ex.: relação/comunicação da pessoa idosa com acompanhante, outros indícios observados): \_\_\_\_\_

---

---

**AVALIAÇÃO DE VIOLÊNCIA - ACHADOS FÍSICOS:**

Descrição das lesões (natureza, localização, extensão, fase evolutiva): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Comentários sobre o exame (ex.: comportamento do idoso, atitude do acompanhante): \_\_\_\_\_

---

Explicações do idoso para as lesões: \_\_\_\_\_

---

---

---

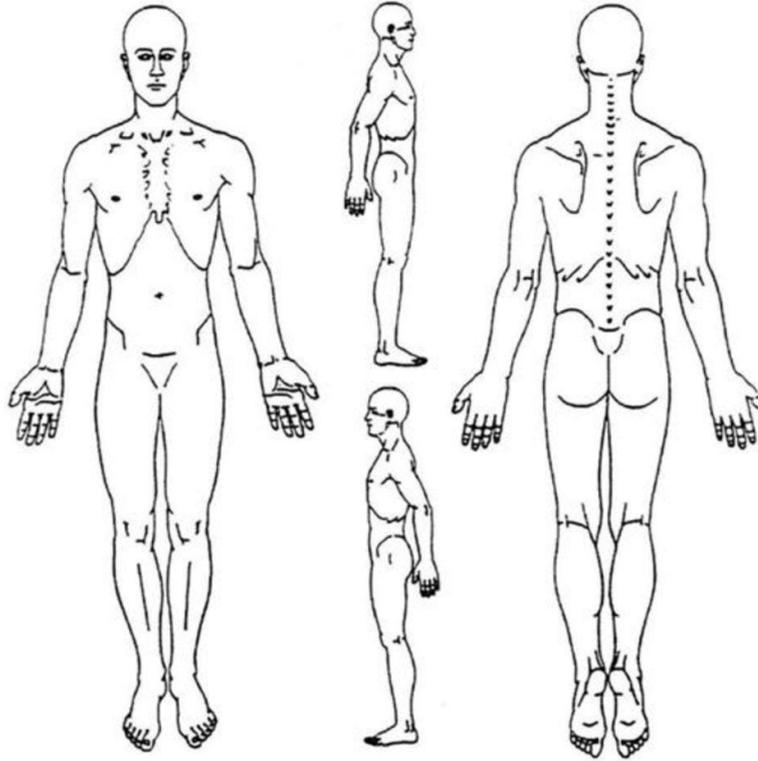
Explicações do cuidador para as lesões: \_\_\_\_\_

---

---

---

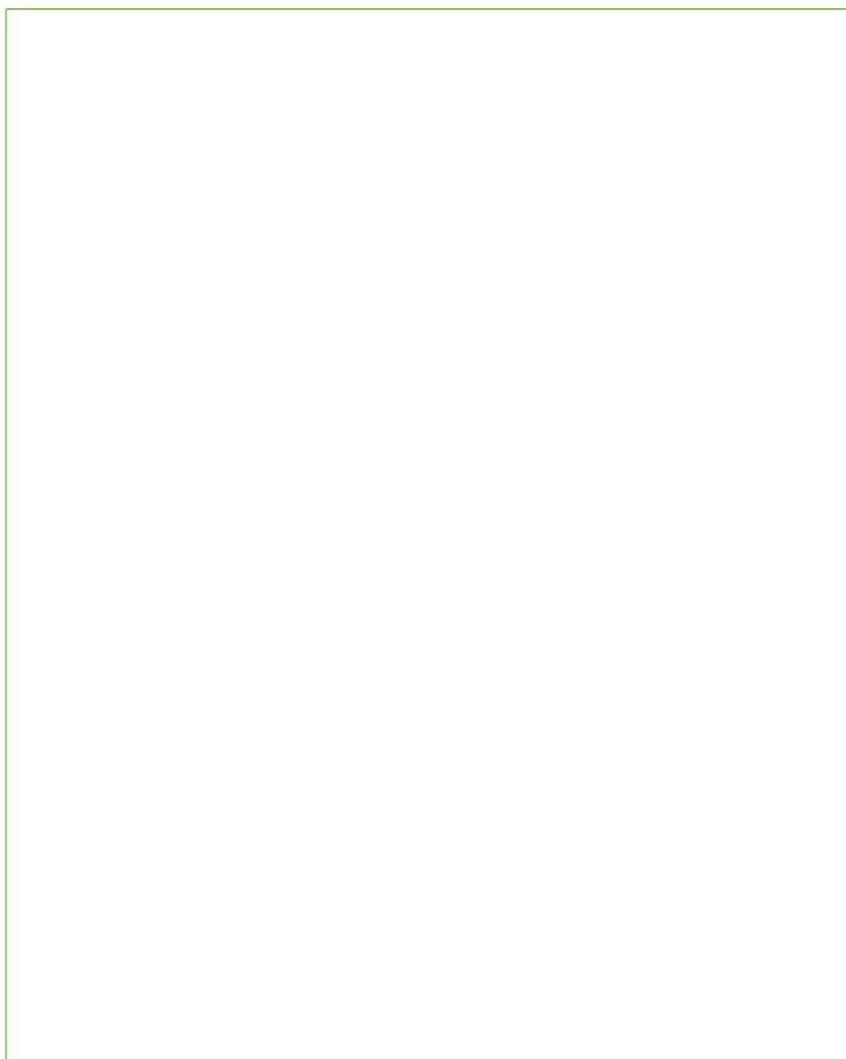
Localização das lesões



53

Fotografias das lesões

Consentimento (assinar termo): ( ) Sim ( ) Não





Outros encaminhamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico – assinatura e carimbo

— / / —

## APÊNDICE 2

ESTRATÉGIAS DE BUSCA UTILIZADAS NA REVISÃO DE ESCOPO SOBRE AS  
 COMPETÊNCIAS DOS MÉDICOS HOSPITALARES DIANTE DE IDOSOS EM  
 SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Bases de Dados	Estratégias de Busca
BVS (BIREME)	(tw:(maus-tratos ao idoso)) AND (tw:(médicos)) AND (tw:(hospital)) AND (tw:(conhecimentos OR atitudes OR habilidades OR conduta médica))
PubMed Central: PMC	((elder abuse[Title/Abstract] OR elder neglect[Title/Abstract] OR aged abuse[Title/Abstract]) AND (physicians[Title/Abstract] OR doctors[Title/Abstract] OR hospitalists[Title/Abstract] OR medical staff, hospital[Title/Abstract])) AND (attitude[Title/Abstract] OR knowledge[Title/Abstract] OR behavior[Title/Abstract] OR practice[Title/Abstract] OR management[Title/Abstract] OR approach[Title/Abstract] OR treatment[Title/Abstract])
Web of Science	AB=("elder abuse") AND AB=(Knowledge OR Attitude OR Ability) AND AB=(Hospital OR "Medical Staff, Hospital" OR Hospitalist) AND AB=(Physicians OR Doctors)
Scopus (Elsevier)	TITLE-ABS-KEY ("elder abuse") AND (knowledge OR attitude OR ability) AND (hospital OR "Medical Staff, hospital" OR hospitalist) AND (physicians OR doctors)
EMBASE (Elsevier)	(('elder abuse':ti,ab,kw OR 'elder neglect':ti,ab,kw OR 'aged abuse':ti,ab,kw) AND physician:ti,ab,kw AND 'medical staff':ti,ab,kw OR hospital:ti,ab,kw) AND attitude:ti,ab,kw AND (elder:ti OR older:ti OR aged:ti) AND [2004-2020]/py
CINAHL (EBSCO)	(elder abuse or elder mistreatment or elder neglect) AND (physicians or doctors or clinicians) AND hospital AND (attitudes or perceptions or behavior or knowledge)
BDTD	(Resumo Português:maus-tratos ao idoso E Resumo Português:médicos E Resumo Português:hospital)

OpenGrey	(elder abuse OR aged abuse OR elder neglect) AND (physicians OR doctors) AND hospital
OpenThesis	text((physicians OR doctors OR "medical care") AND hospital AND ("elder abuse" OR "elder neglect" OR "aged abuse"))
RCAAP	médicos AND (atitudes OR conhecimentos OR habilidades) hospital AND maus-tratos ao idoso
Portal de Teses e Dissertações da CAPES	("atendimento médico" OR "cuidados médicos" OR médicos) AND hospital AND ("maus-tratos ao idoso" OR "negligência ao idoso" OR violência contra o idoso)
DART	(physicians OR doctors OR "medical care") AND hospital AND ("elder abuse" OR "elder neglect" OR "aged abuse")
Library and Archives Canada (Theses Canada Portal)	"physicians" AND hospital AND ("elder abuse" OR "aged abuse" OR "elder neglect" OR "physical abuse")

## APÊNDICE 3

## INSTITUIÇÕES E SERVIÇOS PARA NOTIFICAÇÃO E DENÚNCIA\*

Serviço	Site	E-mail	Endereço	Telefone
Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI)		cndi@mdh.gov.br		(61) 2027-3598
Disque 100	<a href="http://www.humanizaredes.gov.br">http://www.humanizaredes.gov.br</a>	ouvidoria@mdh.gov.br	Esplanada dos ministérios, bloco A – Brasília/DF	100
Conselho Municipal da Pessoa Idosa			Av. Dom Pedro I, 692 – Centro – João Pessoa/PB	(83)3218-6945
Conselho Estadual de Defesa e Direitos da Pessoa Idosa (CEDDI)		casadosconselhospb@sedh.pb.gov.br	Praça Dom Adauto, 58 – Centro – João Pessoa/PB	(83) 3214-3095
Delegacia Especializada no Atendimento ao Idoso			Av. Francisca Moura, 36 – Centro – João Pessoa/PB	(83) 3218-6762
Disque Denúncia Municipal de João Pessoa				0800 282 7969 156
Promotoria de Justiça, Cidadania e Direitos do Idoso	<a href="https://ouvidoria.mppb.mp.br">https://ouvidoria.mppb.mp.br</a>	promotoria.cidadao@mppb.mp.br		(83) 99182-6233

\*Serviços do estado da Paraíba (exceto o Disque 100 e o CNDI, de base nacional). Em outros estados, a instituição de atendimento deve obter os dados dos serviços equivalentes em sua área de atuação para viabilizar o melhor fluxo possível para denúncias e demais encaminhamentos.

## APÊNDICE 4

## DECLARAÇÃO DE POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSE

Eu, Cesar Augusto de Freitas e Rathke, declaro que não aceitei de quaisquer instituições ou organizações que possam ser beneficiadas ou prejudicadas pelas minhas atividades ligadas à incorporação de tecnologias: reembolso por comparecimento a evento técnico-científico (congressos, simpósios, entre outros); honorários por apresentação, conferência ou palestra; honorários para desenvolver atividade de ensino ou material técnico-científico; financiamento para realização de pesquisa; recursos ou apoio financeiro para membro da equipe; e honorários para consultoria.

Declaro ainda que não prestei serviços ou tenho participação em instituições ou organizações que possam ser beneficiadas ou prejudicadas pelas minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não atuei como perito judicial sobre assunto algum ligado às minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não tenho quaisquer interesses conflitantes com as minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo relacionamento íntimo ou conflituoso com pessoas cujos interesses possam ser afetados por minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo ligação ou rivalidade acadêmica com alguém cujos interesses possam ser afetados por 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, 20 de abril de 2021.



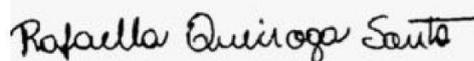
Cesar Augusto de Freitas e Rathke

#### DECLARAÇÃO DE POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSE

Eu, Rafaella Queiroga Souto, declaro que não aceitei de quaisquer instituições ou organizações que possam ser beneficiadas ou prejudicadas pelas minhas atividades ligadas à incorporação de tecnologias: reembolso por comparecimento a evento técnico-científico (congressos, simpósios, entre outros); honorários por apresentação, conferência ou palestra; honorários para desenvolver atividade de ensino ou material técnico-científico; financiamento para realização de pesquisa; recursos ou apoio financeiro para membro da equipe; e honorários para consultoria.

Declaro ainda que não prestei serviços ou tenho participação em instituições ou organizações que possam ser beneficiadas ou prejudicadas pelas minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não atuei como perito judicial sobre assunto algum ligado às minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não tenho quaisquer interesses conflitantes com as minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo relacionamento íntimo ou conflituoso com pessoas cujos interesses possam ser afetados por minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo ligação ou rivalidade acadêmica com alguém cujos interesses possam ser afetados por 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, 20 de abril de 2021.



Rafaella Queiroga Souto

## APÊNDICE 5

## RECURSOS COMUNITÁRIOS PARA A PESSOA IDOSA NA PARAÍBA

Instituição/ Organização	Endereço	Telefone
ASPAN- Associação Promocional do Ancião Dr. João Meira de Menezes	Rua Antônio Correa de Matos, 55 – Cristo Redentor, João Pessoa/PB	(83) 3223-2163
Centro de Convivência da Pessoa Idosa	Av. São Rafael, 576 - Castelo Branco, João Pessoa/PB	(83) 3218-7875
Centro de Convivência para Idosos	Praça Monsenhor B. Borges, 61 - Centro, Santa Rita/PB	
Centro de Convivência para Terceira Idade Irmãs da Caridade	Rua Francisco Pedro de Andrade, 866 - Mutirão, Bayeux/PB	
Centro Municipal de Convivência do Idoso	Rua Paris, 2110 - Bairro dos Cuités, Campina Grande/PB	(83) 3221-8753
Clube da Pessoa Idosa	Rua Ana Guedes Vasconcelos, s/n - Altiplano, João Pessoa/PB	(83) 3214-8188
Policlínica Municipal de Saúde do Idoso	Av. Deputado Barreto Sobrinho, 175 (anexo ao Hospital Santa Isabel) - Tambiá, João Pessoa/PB	(83) 3214-2829

## APÊNDICE 6

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 médico \_\_\_\_\_, da instituição \_\_\_\_\_ a realizar registros fotográficos de lesões suspeitas de violência encontradas em meu corpo enquanto eu estiver em acompanhamento médico neste serviço.

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

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.

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

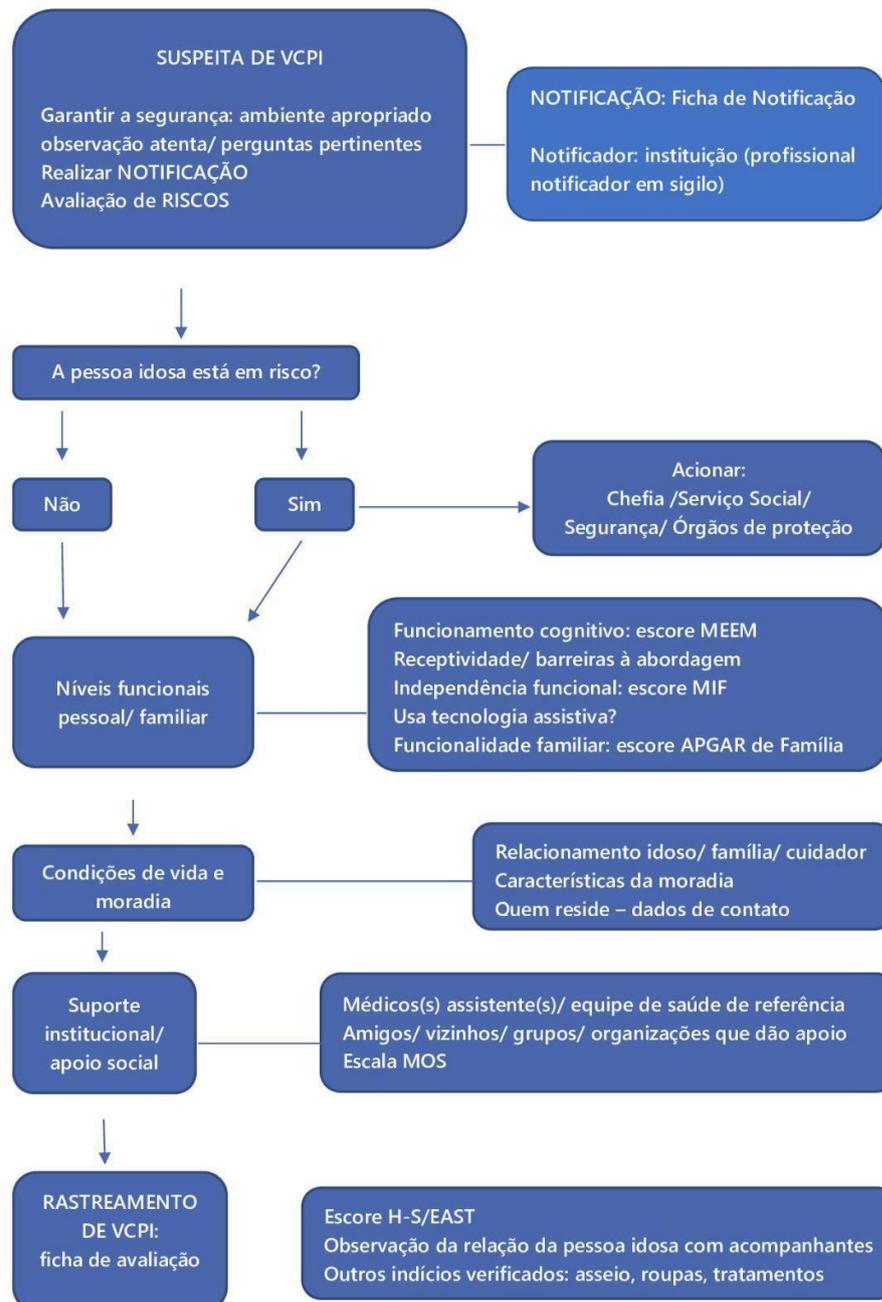
Local e data

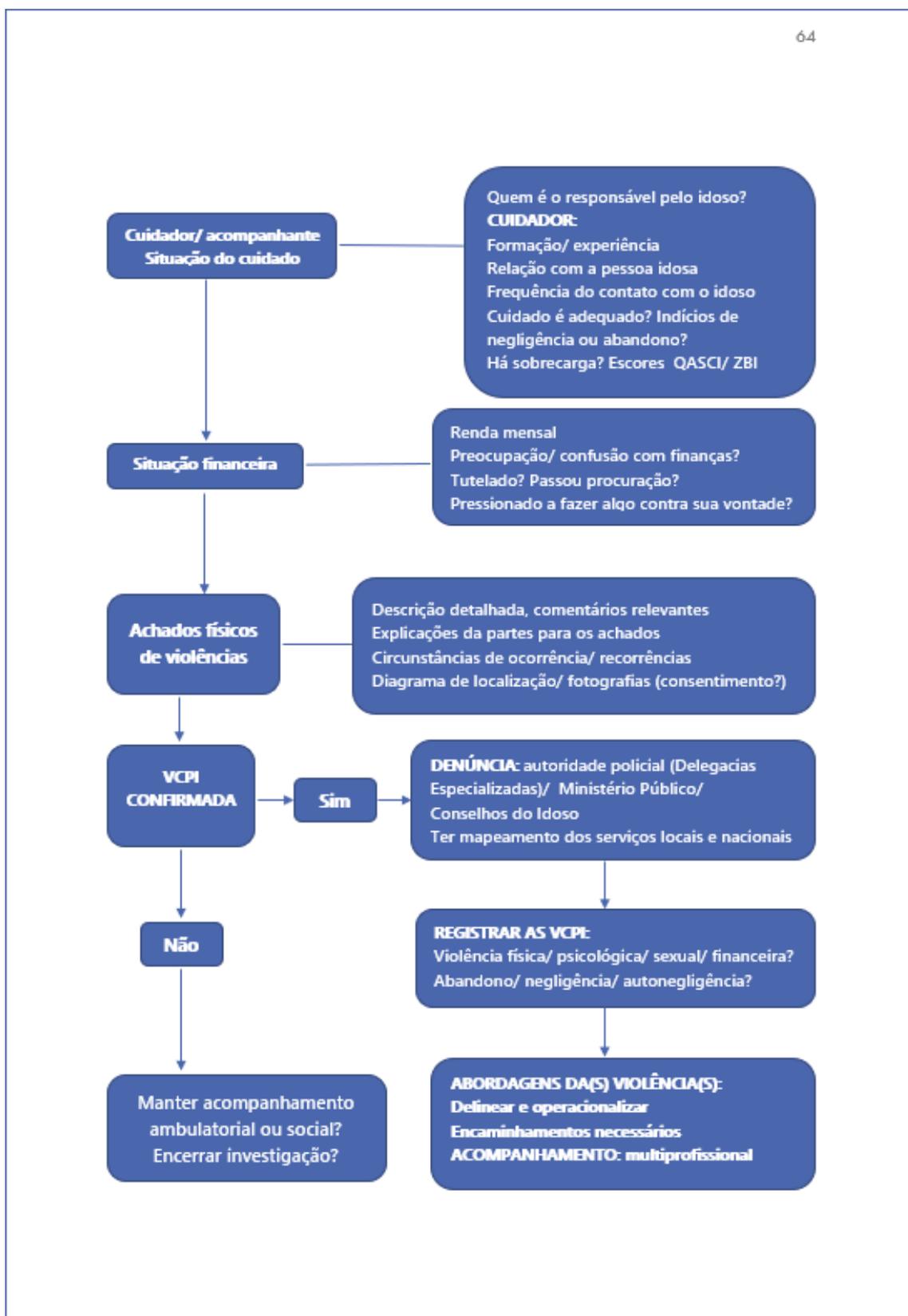
\_\_\_\_\_

Assinatura

APÊNDICE 7

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA





**ANEXOS**

## ANEXO 1

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI)

	Não/Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
<b>Sobrecarga emocional</b>					
1. Sente vontade de sair da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito com você mesmo por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Implicações na vida pessoal</b>					
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para essa fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma peça?	1	2	3	4	5
11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar serem imprevisíveis?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar presa(o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada(o) por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Sobrecarga financeira</b>					
16. Tem sentido dificuldades econômicas (financeiras) por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro econômico (financeiro) é incerto, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Reações às exigências</b>					
18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu envergonhada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulado (usado) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5

67

22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle</b>					
23. Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Apoio familiar</b>					
26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
<b>Satisfação com o papel e com o familiar</b>					
28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar cuidando dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5
<b>TOTAL</b>					

## ANEXO 2

## ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ZARIT (ZBI)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
	0	1	2	3	4
1.O(a) Sr(a) sente que ____ pede mais ajuda do que ele necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o O Sr(a) gasta com ____ não tem tempo suficiente para si mesmo?					
3. O(a) Sr(a) se sente estressado entre cuidar de ____ e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O(a) Sr(a) se sente envergonhado com o comportamento de ____?					
5.O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando ____ está por perto?					
6.O(a) Sr(a) sente que ____ afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7.O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de ____?					
8.O(a) Sr(a) sente que ____ depende do(a) Sr(a)?					
9. O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando ____ está por perto?					
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com ____?					
11. O(a) Sr(a) sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa de ____?					
12.O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada porque o(a) Sr(a) está cuidando de ____?					
13. O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de ____?					
14. O(a) Sr(a) sente que ____ espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					

15. O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de ___ somando-se às suas outras despesas?					
16. O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de ___ por muito mais tempo?					
17. O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de ___?					
18. O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de ___?					
19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por ___?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por ___?					
21. O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de ___?					
22. De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de ___?*					
* Apenas na questão 22, as opções de respostas são diferentes: 0 = nem um pouco, 1 = um pouco, 2 = moderadamente, 3 = muito, 4 = extremamente.	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
<b>TOTAL</b>					

## ANEXO 3

ESCALA DE SUPORTE SOCIAL *MEDICAL OUTCOMES STUDY (MOS)*

TIPO DE APOIO	Se você precisar, com que frequência conta com alguém...	Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Quase Sempre 4	Sempre 5
MATERIAL	1. Que o ajude se ficar de cama?					
	2. Para levá-lo ao médico?					
	3. Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?					
	4. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?					
AFETIVO	5. Que demonstre amor e afeto por você?					
	6. Que lhe dê um abraço?					
	7. Que você ame e que faça você se sentir querido?					
EMOCIONAL	8. Para ouvi-lo quando você precisar falar?					
	9. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?					
	10. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
	11. Que compreenda seus problemas?					
INFORMAÇÃO	12. Para dar bons conselhos em situações de crise?					
	13. Para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?					
	14. De quem você realmente quer conselhos?					
	15. Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?					
INTERAÇÃO SOCIAL POSITIVA	16. Com quem fazer coisas agradáveis?					
	17. Com quem distrair a cabeça?					
	18. Com quem relaxar?					
	19. Para se divertir junto?					
<b>TOTAL</b>						

**ANEXO 4****MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)**

<b>NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA</b>	7 Independência completa	<b>Independência</b>	<b>Sem ajuda</b>
	6 Independência modificada		
	5 Supervisão, estímulo ou preparo	<b>Dependência</b>	<b>Com ajuda</b>
	4 Dependência mínima		
	3 Dependência moderada		
	2 Dependência máxima	<b>Dependência Completa</b>	
	1 Dependência total		
<b>MIF MOTOR</b>	<b>Autocuidado</b>	Alimentação	
		Higiene pessoal	
		Banho	
		Vestir-se acima da cintura	
		Vestir-se abaixo da cintura	
		Uso do vaso sanitário	
	<b>Controle de esfíncter</b>	Controle da urina	
		Controle das fezes	
	<b>Transferências</b>	Leito, cadeira, cadeira de rodas	
		Vaso sanitário	
Chuveiro ou banheira			
<b>Locomoção</b>	Locomoção (Marcha ou Cadeira de Rodas)	M - CR-	
	Escadas		
<b>MIF COGNITIVO</b>	<b>Comunicação</b>	Compreensão	
		Expressão	
	<b>Cognição social</b>	Interação social	
		Resolução de problemas	
		Memória	
<b>TOTAL</b>			

**INDEPENDÊNCIA** (sem ajuda) – Não é necessária a ajuda de outra pessoa para realizar as atividades

7. **Independência Completa** – Todas as tarefas descritas que constituem a atividade em questão são realizadas em segurança, sem modificação, sem ajuda técnica e em tempo razoável.

6. **Independência Modificada** – A atividade requer uma ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese, um tempo de realização demasiado elevado, ou não pode ser realizada em condições de segurança suficientes.

**DEPENDÊNCIA** (com ajuda) – É necessária outra pessoa para supervisão ou ajuda física, sem esta, a atividade não pode ser realizada.

5. **Supervisão ou Preparação** – A pessoa só necessita de um controle, ou uma presença, ou uma sugestão, ou um encorajamento, sem contato físico, ou ainda o ajudante (a ajuda) arranja ou prepara os objetos necessários ou coloca-lhe a órtese ou prótese (ajuda técnica).

4. **Assistência Mínima** – O contato é puramente "tátil", com uma ajuda leve, a pessoa realiza a maior parte do esforço.

3. **Assistência Moderada** – A pessoa requer mais que um contato leve, uma ajuda mais moderada, realiza um pouco da metade do esforço requerido para a atividade.

**DEPENDÊNCIA COMPLETA** – A pessoa efetua menos da metade do esforço requerido para a atividade. Uma ajuda máxima ou total é requerida, sem a qual a atividade não pode ser realizada. Os níveis são:

2. **Assistência Máxima** – A pessoa desenvolve menos da metade do esforço requerido, necessitando de ajuda ampla ou máxima, mas ainda realiza algum esforço que ajuda no desempenho da atividade.

1. **Assistência Total** – A pessoa efetua esforço mínimo, necessitando de ajuda total para desempenhar as atividades (GRANGER et al., 1986).

**ANEXO 5****HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE SCREENING TEST (H-S/EAST)**

01	O(a) senhor(a) tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico?	(0) Sim (1) Não
02	O(a) senhor(a) está ajudando a sustentar alguém?	(0) Não (1) Sim
03	O(a) senhor(a) muitas vezes se sente triste ou só?	(0) Não (1) Sim
04	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
05	O(a) senhor(a) se sente desconfortável com alguém da sua família?	(0) Não (1) Sim
06	O(a) senhor(a) é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?	(0) Sim (1) Não
07	O(a) senhor(a) sente que ninguém quer o senhor(a) por perto?	(0) Não (1) Sim
08	Alguém da sua família bebe muito?	(0) Não (1) Sim
09	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
10	Alguém já obrigou o(a) senhor(a) a fazer coisas que o(a) senhor(a) não queria fazer?	(0) Não (1) Sim
11	Alguém já pegou coisas que pertencem ao(a) senhor(a) sem o seu consentimento?	(0) Não (1) Sim
12	O(a) senhor(a) confia na maioria das pessoas da sua família?	(0) Sim (1) Não
13	Alguém lhe diz que o(a) senhor(a) causa muitos problemas?	(0) Não (1) Sim
14	Em casa, o(a) senhor(a) tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer?	(0) Sim (1) Não
15	Alguém próximo ao(a) senhor(a) tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?	(0) Não (1) Sim
<b>TOTAL</b>		

## ANEXO 6

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito de confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho análogo à escravidão, intervenção legal a violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extramiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de notificação	2 - Individual	
	3 Agravado(a)	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	4 UF	5 Município de notificação	6 Código (CID10) Y99
	7 Unidade notificadora	8 Data de notificação	
Notificação Individual	9 Unidade de Saúde	10 Nome da Unidade notificadora	
	11 Unidade de Saúde	12 Nome do paciente	
	13 (Sex) Idade	14 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	15 Gestante
	16 Escolaridade	17 Número do Cartão SUS	
Dados de Residência	18 UF	19 Município de Residência	20 Código (BGE)
	21 Bairro	22 Logradouro (rua, avenida...)	23 Distrito
	24 Número	25 Complemento (apto, casa...)	26 Geo campo 1
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência	29 CEP
Dados Complementares			
Dados de Pessoa Afetada	30 (DDD) Telefone	31 Zona	32 País (se residente fora do Brasil)
	33 Nome Social	34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil	36 Orientação Sexual	
	37 Possui algum tipo de deficiência transtorno?	38 Se sim, qual tipo de deficiência transtorno?	
Dados de Ocorrência	39 UF	40 Município de ocorrência	41 Código (BGE)
	42 Bairro	43 Logradouro (rua, avenida...)	44 Distrito
	45 Número	46 Complemento (apto, casa...)	47 Geo campo 3
	48 Ponto de Referência	49 Zona	50 Hora de ocorrência
51 Local de ocorrência	52 - Residência	53 - Comércio/serviço	54 Ocorreu outras vezes?
55 - Habitação coletiva	56 - Local de prática esportiva	57 - Indústria/construção	58 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado
59 - Escola	60 - Via pública	61 - Outros	62 A lesão foi autoprovocada?
			63 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado

SIVS 15.06.2015

**55** Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros \_\_\_\_\_ 88-Não se aplica 89-Ignorado

**56** Tipo de violência: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado  
 Física  Tráfico de seres humanos  Intervenção legal  
 Psicológica/Moral  Financeira/Econômica  Negligência/Abandono  Trabalho infantil  
 Tortura  Sexual

**57** Meio de agressão: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado  
 Força corporal/explicitamente  Obj. perfuro-cortante  Arma de fogo  
 Enforcamento  Substância  Obj. quente  Ameaça  
 Obj. contundente  Envenenamento  Intoxicação

**58** Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado  
 Assédio sexual  Estupro  Pornografia infantil  Exploração sexual  Outros \_\_\_\_\_

**59** Procedimento realizado: 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado  
 Profilaxia DST  Profilaxia Hepatite B  Coleta de sêmen  Contracção de emergência  
 Profilaxia HIV  Coleta de sangue  Coleta de secreção vaginal  Aborto previsto em lei

**60** Número de envolvidos: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado  
 1-Lim  Pai  Ex Cônjuge  Amigo/conhecido  Policial/agente da lei  Suspeito de uso de álcool  
 2-Dos do mar  Mãe  Namorado(a)  Desconhecido(a)  Própria pessoa  1-Masculino  
 3-Ignorado  Madrasta  Ex-Namorado(a)  Cuidador(a)  Outros \_\_\_\_\_  2-Feminino  
 Cônjuge  Filho(a)  Pai/padrasto  Pessoas com relação institucional  3-Ambos os sexos  
 9-Ignorado

**61** Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado  
 Pai  Ex Cônjuge  Amigo/conhecido  Policial/agente da lei  
 Mãe  Namorado(a)  Desconhecido(a)  Própria pessoa  
 Padrasto  Ex-Namorado(a)  Cuidador(a)  Outros \_\_\_\_\_  
 Madrasta  Filho(a)  Pai/padrasto  Pessoas com relação institucional  
 Cônjuge  Imão(ã)

**62** Sexo do provedor autor da violência: 1-Masculino 2-Feminino 3-Ambos os sexos 9-Ignorado

**63** Suspeito de uso de álcool: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

**64** Ciclo de vida do provedor autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)  
 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado

**65** Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado  
 Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde/hospital, outras)  Conselho do Idoso  Delegacia de Atendimento à Mulher  
 Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)  Delegacia de Atendimento ao Idoso  Outras delegacias  
 Rede de Educação (Creche, escola, outras)  Centro de Referência dos Direitos Humanos  Justiça da Infância e da Juventude  
 Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)  Ministério Público  Defensoria Pública  
 Conselho Tutelar  Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente

**66** Violência Relacionada ao Trabalho: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado **67** Se sim, foi enviada a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado **68** Cronologia da lesão: CID 10 - Cap XX \_\_\_\_\_

**69** Data de encerramento: \_\_\_\_\_

**Informações complementares e observações**

Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_ Vínculo/grau de parentesco: \_\_\_\_\_ (DDD) Telefone: \_\_\_\_\_

Observações Adicionais: \_\_\_\_\_

**Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136** **TELEFONES ÚTEIS** **Disque Direitos Humanos 100**  
 Central de Atendimento à Mulher 180

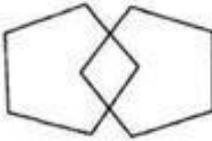
Município/Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Col. da Unit. de Saúde/CNES: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Violência Interpessoal/Autoprovocada Sim Não SVS 15.06.2015

**ANEXO 7****MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

01	Que dia é hoje?	(0) Errado (1) Certo
02	Em que mês estamos?	(0) Errado (1) Certo
03	Em que ano estamos?	(0) Errado (1) Certo
04	Em que dia da semana estamos?	(0) Errado (1) Certo
05	Que horas são agora aproximadamente?	(0) Errado (1) Certo
06	Em que local nós estamos?	(0) Errado (1) Certo
07	Que local é este aqui?	(0) Errado (1) Certo
08	Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	(0) Errado (1) Certo
09	Em que cidade nós estamos?	(0) Errado (1) Certo
10	Em que estado nós estamos?	(0) Errado (1) Certo
<b>Vou dizer 3 palavras, e o (a) senhor (a) irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO.</b>		
11	Carro	(0) Errado (1) Certo
12	Vaso	(0) Errado (1) Certo
13	Tijolo	(0) Errado (1) Certo
<b>Gostaria que o (a) senhor (a) me dissesse quanto é:</b>		
14	100-7	(0) Errado (1) Certo
15	93-7	(0) Errado (1) Certo
16	86-7	(0) Errado (1) Certo
17	79-7	(0) Errado (1) Certo
<b>O/a senhor/a consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco?</b>		
18	Carro	(0) Errado (1) Certo
19	Vaso	(0) Errado (1) Certo

20	Tijolo	(0) Errado (1) Certo
21	Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome.	(0) Errado (1) Certo
22	Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome.	(0) Errado (1) Certo
23	Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".	(0) Errado (1) Certo
<b>Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão. (Falar os comandos de uma vez só).</b>		
24	Pega a folha com a mão correta	(0) Errado (1) Certo
25	Dobra corretamente	(0) Errado (1) Certo
26	Coloque no chão	(0) Errado (1) Certo
27	Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: <b>FECHE OS OLHOS</b>	(0) Errado (1) Certo
28	Gostaria que o/a senhor/a escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. _____	(0) Errado (1) Certo
<b>Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o (a) senhor (a) copiasse, tentando fazer o melhor possível.</b>		
29	Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos.	(0) Errado (1) Certo
		
<b>TOTAL</b>		

**ANEXO 8****APGAR DE FAMÍLIA**

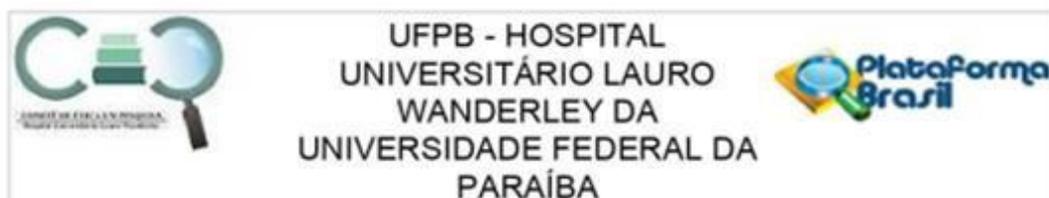
<b>Domínio/ pergunta</b>	<b>Pontuação</b>
<i>Adaptação: estou satisfeito (a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.</i>	
<i>Companheirismo: estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.</i>	
<i>Desenvolvimento: estou satisfeito com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.</i>	
<i>Afetividade: estou satisfeito com a maneira como minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, como raiva, mágoa ou amor.</i>	
<i>Capacidade resolutiva: estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.</i>	
<b>TOTAL</b>	

Pontuação: sempre (2), algumas vezes (1) e nunca (0).

**ANEXOS**

## ANEXO A

## Parecer Consubstanciado do CEP – UFPB



## 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

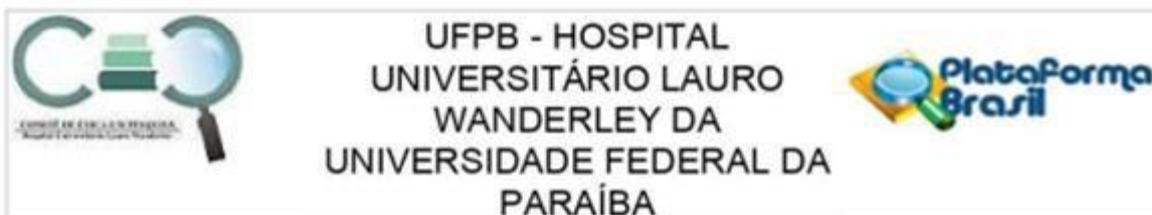
## DADOS DO PARECER

**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, Psicogeriatría 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.

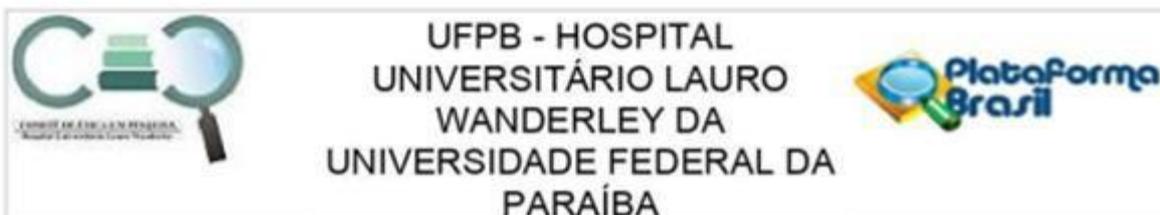
**Endereço:** Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comiteoetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.709.600

Infecção, 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 juizes. 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 Brigs 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-existentes 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, Cinahl, 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

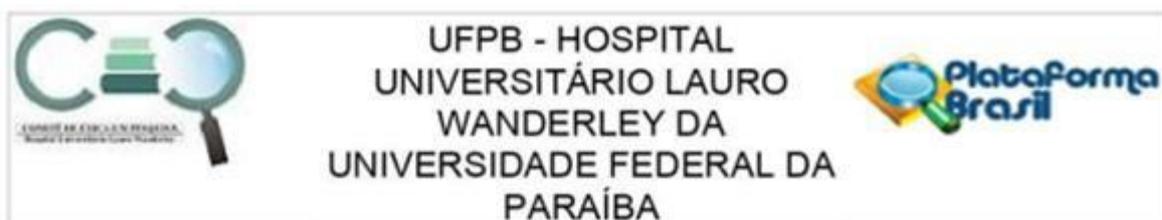
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

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 capturem 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 juizes; 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 unica 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.

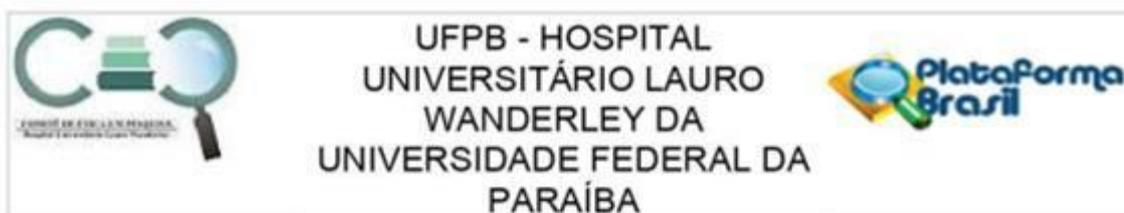
**Considerações Finais a critério do CEP:**

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:** comitedaetica.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_É3.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



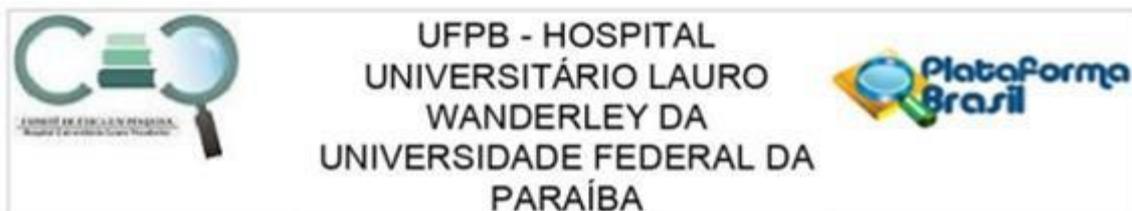
**UFPB - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO LAURO  
WANDERLEY DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
PARAÍBA**



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_Idodos_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:** comiteeetica.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:** 58.050-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com

## ANEXO B

### Instrumento AGREE II

#### DOMÍNIO 1. ESCOPO E FINALIDADE

1. O(s) objetivo(s) global(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

## DOMÍNIO 2. ENVOLVIMENTO DAS PARTES

4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.

1							7
Discordo totalmente	2	3	4	5	6	Concordo totalmente	

Comentários

5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.).

1							7
Discordo totalmente	2	3	4	5	6	Concordo totalmente	

Comentários

6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.

1							7
Discordo totalmente	2	3	4	5	6	Concordo totalmente	

Comentários

### DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

8. Os critérios de seleção de evidências estão claramente descritos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

10. Os métodos utilizados para a formulação das recomendações estão claramente descritos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

### DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO (continuação)

11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

14. O procedimento para atualização da diretriz está disponível.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

#### DOMÍNIO 4. CLAREZA DA APRESENTAÇÃO

15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

## DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE

18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras à sua aplicação.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser postas em prática.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

## DOMÍNIO 6. INDEPENDÊNCIA EDITORIAL

22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

## AValiação DA DIRETRIZ

Para cada pergunta, por favor, escolha a resposta que melhor caracteriza a avaliação da diretriz.

1. Classifique a qualidade global da presente diretriz.

1 Qualidade mais baixa possível	2	3	4	5	6	7 Qualidade mais alta possível
---------------------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------------------

2. Eu recomendo o uso desta diretriz

- Sim
- Sim, com modificações
- Não

Anotações