

Risco de violência e a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes

Risk of violence and the quality of life related to the health of independent elderly

Riesgo de violencia y calidad de vida relacionada com la salud de personas mayores independientes

Thais Menegucci¹, Tereza Lais Menegucci Zutin^{1*}, Ligia Elaine Morelato de Pierre da Silva¹, Regina Célia Ermel¹, Vitor Antônio Veloso Jacomini¹, Pedro Henrique Menegucci Zutin¹, Camila Pires Cabelo Menegucci¹, Paula Rubia dos Santos Zutin¹, Maria Eliza Vicençonni Menegucci², Mariana Cadelca Zalbinate¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar possíveis riscos de violência poderiam estar expostos avaliar qualidade de vida relacionada à saúde desses idosos. **Métodos:** Pesquisa de natureza quantitativa, descritiva. O cenário de estudo foi o Centro de Dia localizado em uma cidade do estado de São Paulo. Para os critérios de inclusão foram considerados aptos a participarem da pesquisa os idosos com 60 anos ou mais e com capacidade cognitiva preservada e que aceitaram participar. A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2017, através de questionário para avaliar possíveis situações de violência contra os idosos, e instrumento que avalia o perfil de qualidade de vida relacionado à saúde de idosos independentes, denominado QUASI.

Resultados: O número de cadastrados na referida instituição totaliza 30 pacientes. Destes, 7 idosos não apresentavam condições cognitivas para responder o formulário, portanto 23 idosos o fizeram. Obtivemos a prevalência do sexo feminino, estado civil viúvo/divorciado/solteiro referiram ter boa percepção de sua saúde.

Conclusão: Responder ao objetivo do estudo em relação ao risco de violência e qualidade de vida. Concluiu-se os idosos não correm risco de diversas violências, porém estão relativamente vulneráveis financeiramente. Contudo têm-se positivo e satisfatório a respeito da qualidade de vida desses idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento, Qualidade de vida, Violência.

ABSTRACT

Objective: To identify possible risks of violence could be exposed to assess quality of life related to the health of these elderly people. **Methods:** Quantitative, descriptive research. The study scenario was the Day Center located in a city in the state of São Paulo. For the inclusion criteria, the elderly aged 60 years or older and with preserved cognitive ability and who agreed to participate were considered able to participate in the research. Data collection was carried out from April to July 2017, through a questionnaire to assess possible situations of violence against the elderly, and an instrument that assesses the quality of life profile related to the health of independent elderly, called QUASI. **Results:** The number of patients registered at that institution totals 30 patients. Of these, 7 elderly people did not have cognitive conditions to answer the form, so 23 elderly people did so. We obtained the prevalence of females, widowed / divorced / single marital status and reported having a good perception of their health. **Conclusion:** Respond to the objective of the study in relation to the risk of violence and quality of life. In conclusion, the elderly are not at risk of various types of violence, but are relatively financially vulnerable. However, they are positive and satisfactory about the quality of life of these elderly people.

Keywords: Aging, Quality of life, Violence.

¹ Universidade de Marília (UNIMAR). Marília - SP; *E-mail: lais_zutin@hotmail.com

² Faculdade de Enfermagem de Marília (FAMEMA); Marília - SP.

RESUMEN

Objetivo: Identificar posibles riesgos de violencia que pudieran estar expuestos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de estas personas mayores. **Métodos:** Investigación cuantitativa descriptiva. El escenario de estudio fue el Centro de Día ubicado en una ciudad del estado de São Paulo. Para los criterios de inclusión, los ancianos de 60 años o más y con capacidad cognitiva conservada y que aceptaron participar se consideraron aptos para participar en la investigación. La recolección de datos se realizó de abril a julio de 2017, a través de un cuestionario para evaluar posibles situaciones de violencia contra el adulto mayor, y un instrumento que evalúa el perfil de calidad de vida relacionado con la salud del anciano independiente, denominado QUASI. **Resultados:** El número de pacientes registrados en esa institución asciende a 30 pacientes. De estos, 7 personas mayores no tenían condiciones cognitivas para contestar el formulario, por lo que 23 personas mayores sí lo hicieron. Obtuvimos la prevalencia de mujeres, estado civil viudo / divorciado / soltero e informaron tener una buena percepción de su salud. **Conclusión:** Responder al objetivo del estudio en relación al riesgo de violencia y calidad de vida. En conclusión, las personas mayores no corren el riesgo de sufrir varios tipos de violencia, pero son relativamente vulnerables desde el punto de vista financiero. Sin embargo, son positivos y satisfactorios sobre la calidad de vida de estas personas mayores.

Palabras Clave: Envejecimiento, Calidad de vida, Violencia.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o envelhecimento populacional ocorre em ritmo acelerado, acarretando modificações nas áreas sociais, econômicas e de saúde (WHO, 2016). Essa nova realidade impulsiona a ocorrência de redefinições nas políticas de saúde voltadas à população idosa no que diz respeito à atenção às doenças de caráter crônico e às ações e estratégias de prevenção e atenção integral no cuidado à saúde do idoso (VERAS R, 2009).

Segundo Briggs R, et al. (2018), uma abordagem multiprofissional é essencial para os idosos da contemporaneidade, interpelando não somente função motora, mas também participação social, cultural e financeira. Contudo, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) afirma que existem diversas barreiras ao cuidado integral do idoso no Sistema Único de Saúde (SUS), tais como poucas estruturas físicas, dificuldade para acesso a exames diagnósticos, falta de capacitação para os profissionais e carência de recursos.

Um grande desafio para os profissionais da saúde é perceber o que está ocorrendo com a transformação decorrente do processo de envelhecimento populacional que vem ocasionando uma gradual reorganização da estrutura familiar. A esse contexto somam-se as novas formas de arranjos domiciliares e o estresse da vida moderna, proporcionando à família, ao Estado e à sociedade grandes desafios a serem enfrentados (FONSECA MM e GONÇALVES HS, 2003). Acrescente-se a esses fatores o empobrecimento da população, a invalidez física ou mental do idoso, seus problemas e dificuldades, a moradia conjunta, as perdas materiais e o isolamento social. Esses são fatores que muitas vezes podem contribuir para que a violência contra os idosos se manifeste (BRASIL, 2005).

No Brasil, estudos específicos sobre a violência contra os idosos são bem escassos, embora o conhecimento destas questões seja imprescindível para promoção da saúde, diagnóstico precoce e acompanhamento das vítimas e familiares (ESPÍNDULA CR, et al., 2014).

Mas a longevidade aumentada estabelece ainda outro desafio que consiste em se conseguir uma sobrevivência, com uma qualidade de vida cada vez melhor. Portanto, o desafio é conseguir que os anos vividos a mais sejam plenos de significado, possibilitando, assim, uma vida digna e de respeito (JOIA CL, RUIZ T, DONALISIO MR, 2007).

O aumento da população idosa não deve ser avaliado um problema, pois é uma absorção decorrente da ação de desenvolvimento social. Compete, portanto, à sociedade instituir categorias para que o ser humano, ao viver mais tempo, seja capaz de desfrutar de melhores qualidades de vida, através das transformações naturais do processo do envelhecimento (ESPÍNDULA CR, et al., 2014).

A qualidade de vida envolve participação familiar, crenças, a relação do indivíduo com grupos de convivência, questões financeiras, religiosidade suas expectativas, e também preocupações (FERREIRA LK, et al., 2018). Dessa forma devido a diversidade de conceitos de qualidade de vida deve ser orientado as políticas para um envelhecimento exitoso está intimamente relacionado à felicidade, à realização, ao bem-estar e realização pessoal (FREITAS MAV, et al., 2010).

O processo de envelhecimento é heterogêneo, podendo resultar em duas situações-limite: uma com excelente qualidade de vida, conhecida como envelhecimento bem-sucedido, e outra com qualidade de vida ruim. Um dos fatores que pode vir a contribuir para esta qualidade de vida ruim pode ser a violência praticada contra dos idosos (DUQUE AM, et al., 2012).

No Brasil, informações sobre doenças, lesões e traumas de causas violentas em idosos são pouco consistentes, fato observado também na literatura internacional, que ressalta elevada subnotificação em termos mundiais, com estimativas que descrevem que 70% das lesões e traumas sofridos pelos idosos não compõem as estatísticas reais (FREITAS MAV, et al., 2010). A violência contra pessoas idosas é determinada como o ato (único ou frequente) ou supressão que lhe ocasione dano físico ou aflição e que se lança em qualquer relação na qual haja perspectiva de confiança (ACIERNO R, et al., 2010).

Ela pode se exprimir de forma estrutural, quando procede da desigualdade social; de configuração interpessoal, que se faz referência às relações cotidianas; e de forma institucional, que se cogita na gestão das políticas sociais pelas instituições de assistência, com probabilidades de ocorrer abusos físicos, psicológicos, sexuais, abandono, negligência, abusos financeiros e autonegligência. Repetidamente, uma pessoa idosa sofre também ao mesmo tempo vários tipos de maus tratos (BOLSONI CC, et al., 2016). Um outro tipo de violência é o desamparo, que pode ser motivado pela fragilidade e dependência que ataca o idoso, afastando-os das relações familiares e sociais (ACIERNO R, et al., 2010).

Hoje em dia, a violência psicológica e física contra mulheres, crianças, trabalhadores e idosos, tem sido delatada firmemente pela mídia, tornando-se um problema de saúde pública. Não obstante de sua divulgação, há subsídios que inibem a acusação de maus tratos por parte dos idosos, tais como o temor e a vergonha. Outro dado importante está no episódio de que quanto mais idosa e submissa for a pessoa, maior é o risco de ser vítima de violência. Por isso, os profissionais de Enfermagem, e de saúde de modo geral, têm importante papel na interrupção e/ou interferência na violência, a partir de seu alerta para a observação de sinais e sintomas que possam evidenciar essas situações (BOLSONI CC, et al., 2016).

Neste caso, o idoso deve ser encaminhado para os órgãos e instituições competentes, tais como as Delegacias de Polícias, os Conselhos Municipais dos Direitos das Pessoas Idosas, o Ministério Público, entre outros. Percebe-se a existência de muitos aspectos legais e éticos envolvidos nessa questão. O idoso, quando vítima de algum tipo de violência e quando cognitivamente competente, tem o direito de determinar o curso da intervenção, optando até mesmo por nada fazer. Aos profissionais da saúde cabe avaliar cada caso em particular, bem como proporcionar suporte, orientação, notificação e encaminhamento adequado (APPRATTO JUNIOR PC, 2010).

Diante desta perspectiva, este estudo teve como objeto de estudo o envelhecimento, e como objetivos identificar os riscos de violência aos quais os idosos residentes em uma cidade do interior do estado de São Paulo em uma microrregião do município de Marília, SP que estavam expostos, e avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde desses idosos.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal. O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Marília com 018767/2017.

A investigação foi realizada em uma cidade do interior do estado de São Paulo onde se encontra o Centro de Dia onde os dados foram recolhidos. A escolha por este Centro de Dia se justifica, pois, os idosos que aí frequentam são independentes e usuários da Atenção Básica.

Neste Centro de Dia estão cadastrados 30 idosos de acordo Sistema de Informações da Secretaria de Bem-Estar Social de uma cidade do estado de São Paulo. Para este estudo a amostra foi constituída em sua totalidade, 23 idosos, e como critérios de inclusão foram selecionados os idosos, de ambos os sexos, com capacidade cognitiva preservada para responder aos questionários. Foram excluídos os idosos que apresentaram enfermidade ou agravo à saúde que implique no comprometimento em termos de comunicação.

Para coleta de dados foram utilizados três instrumentos: Um questionário sociodemográfico para identificação dos idosos, elaborado pelas investigadoras. Um questionário para avaliar possíveis situações de violência contra os idosos, e um instrumento de medida que avalia o perfil de qualidade de vida relacionado à saúde de idosos independentes, denominado QUASI.

O questionário para avaliar possíveis situações de violência contra os idosos é adotado pelo Ministério da Saúde e encontram-se nos Cadernos de Atenção Básica, nº 10 de 2005. Neste investigava-se a violência “física”, “psicológica”, “negligência” e “financeiro”, e para investigar a “violência sexual”, serão acrescidas duas perguntas, de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 8 do Ministério da Saúde de 2002.

O Instrumento denominado QUASI que avalia o perfil de qualidade de vida relacionado à saúde de idosos independentes foi elaborado e validado no Brasil por (PORTELA MC, 2010). A pesquisa foi realizada no decorrer do primeiro semestre 2017. Os dados foram analisados por meio do programa SPSS, versão 20.0.

RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas em 73% dos idosos que frequentam o Centro Dia. Durante o levantamento de dados sobre qualidade de vida e risco de violência dos idosos em uma cidade do interior do estado de São Paulo, foram entrevistados 23 idosos com mais de 60 anos. Destes, 62,2% eram do sexo feminino e 34,8% masculino.

Quanto ao estado conjugal 91,3% dos entrevistados encontravam-se solteiro, divorciado ou viúvo. Comparativamente, este estudo difere com o de Barboza JS e Hayakawa LY (2018), onde constatou o predomínio dos 56,4% eram casados, provavelmente tal diferença, deve-se ao fato do idosos viúvos que se casaram de novamente, se consideraram casados durante as entrevistas (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos idosos entrevistados,

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	8	34,8%
Feminino	15	65,2%
Idade		
60-69	2	8,7%
70-79	10	43,5%
80 anos ou mais	11	47,8%
Escolaridade		
Nunca estudou / Analfabeto	3	13,0%
Até 3 anos de estudo	5	21,7%
Entre 4 a 10 anos de estudo	13	56,5%
Mais de 10 anos de estudo	2	8,7%
Estado Civil		
Solteiro, Divorciado ou Viúvo	21	91,3%
Casado, Vivendo como casado	1	4,3%
Sem resposta	1	4,3%
Total	100	397,1%

Fonte: Zutin TLM, et al., 2020.

No presente estudo notou-se que não houve violência física em 87% dos entrevistados. Quanto à violência psicológica 95,7% dos idosos disseram que nunca haviam sido internados em uma instituição para idosos sem seu consentimento. E quanto à negligência 87% referem se sentir seguros em casa e sempre que necessitam recebem auxílio. No requisito violência financeira, o que nos chama atenção foi o relato de que cuidadores dependem de seu suporte financeiro. Já em relação a violência sexual, 91,3% dos entrevistados relatam se sentirem respeitados em sua intimidade e privacidade (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Risco de violência dos idosos entrevistados.

Variável	1. Sim	2. Não	3. Às vezes	4. Sem Resposta	%
Violência física					
Você tem medo de alguém em casa?	8,7%	87,0%	4,4%	0,0%	100,0%
Você tem sido agredido fisicamente?	8,7%	87,0%	4,4%	0,0%	100,0%
Você tem sido amarrado ou trancado no quarto?	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Violência psicológica					
Sua família conversa com você com frequência?	78,3%	4,4%	17,4%	0,0%	100,0%
Você participa da vida em família, recebendo informações e notícias?	65,2%	21,7%	13,0%	0,0%	100,0%
Você tem sofrido algum tipo de punição ou privações?	17,4%	82,6%	0,0%	0,0%	100,0%
Você tem sido obrigado a comer?	13,0%	82,6%	4,4%	0,0%	100,0%
Você já foi internado em instituição para idosos sem estar de acordo?	0,0%	95,7%	0,0%	4,4%	100,0%
Negligência					
Você está precisando de óculos, aparelho auditivo ou dentadura?	30,4%	65,2%	4,4%	0,0%	100,0%
Você tem ficado sozinho por longo período?	17,4%	73,9%	8,7%	0,0%	100,0%
Você se sente em segurança na sua casa?	87,0%	8,7%	4,4%	0,0%	100,0%
Você recebe ajuda sempre que necessita?	87,0%	0,0%	13,0%	0,0%	100,0%
Violência financeira					
Você recebe e administra seu dinheiro conforme sua vontade?	69,6%	30,4%	0,0%	0,0%	100,0%
Seu dinheiro já foi usado para atender necessidades de seus familiares sem o seu consentimento	39,1%	60,9%	0,0%	0,0%	100,0%
Você foi forçado a assinar procuração ou outro documento repassando bens ou direitos para outra pessoa?	17,4%	82,6%	0,0%	0,0%	100,0%
Você foi forçado a realizar compras contra a sua vontade?	8,7%	87,0%	4,4%	0,0%	100,0%
As pessoas que tomam conta de você dependem de seu suporte financeiro?	43,5%	52,2%	4,4%	0,0%	100,0%
Violência sexual					
Você se sente respeitado em sua intimidade e privacidade?	91,3%	8,7%	0,0%	0,0%	100,0%
Você já se sentiu constrangido pela forma como alguém tocou o seu corpo ou lhe acariciou?	4,4%	95,7%	0,0%	0,0%	100,0%
Você quer falar sobre esse assunto?	0,0%	73,9%	4,4%	21,7%	100,0%
Total	100	-	4,4	21,7%	100%

Fonte: Zutin TLM, et al., 2020.

Quando questionados sobre a percepção de saúde referiram boa (47,8%) ou regular (39,1%). Em sua maioria (65,2%) classificaram sua saúde igual ao do ano anterior e estão em geral satisfeitos com a sua vida (73,9%). Com relação aos sintomas de doença, as mais referidas foram: dores nas pernas (43,5%), problemas de visão (30,4%), sentimento de tristeza (30,4%), dores nas costas (26,1%) e nervosismo (26,1%). Sintomas esses que demandariam investigações clínicas mais aprofundadas (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Percepção de saúde e sintomas apresentados nos últimos 30 dias.

Variável	1 - Boa	3 - Regular	5 - Ruim	Sem Resposta	%
Percepção de saúde					
De modo geral, como o Sr(a) classificaria sua saúde	47,8%	39,1%	8,7%	4,4%	100,0%
	1 - Melhor	2 - Igual	3- Pior	Sem Resposta	%
Comparada com a de um ano atrás, como o Sr(a) classificaria sua saúde geral agora?	17,4%	65,2%	13,0%	4,4%	100,0%
	1- Satisfeito	2- Pouco Satisfeito	3- Insatisfeito	Sem Resposta	%
Como o Sr(a) se sente em relação à sua vida em geral?	73,9%	13,0%	8,7%	4,4%	100,0%
Sintomas	1- Nenhum	3-Pouco	5-Muito	Sem Resposta	%
Durante os últimos 30 dias o sr(a) teve algum incômodo como:					
Problemas de visão	47,8%	21,7%	30,4%	0,0%	100,0%
Problemas de audição	73,9%	17,4%	8,7%	0,0%	100,0%
Tosse	60,9%	26,1%	13,0%	0,0%	100,0%
Respiração	95,7%	0,0%	4,4%	0,0%	100,0%
Sono	69,6%	13,0%	17,4%	0,0%	100,0%
Apetite	69,6%	13,0%	17,4%	0,0%	100,0%
Urina	82,6%	8,7%	8,7%	0,0%	100,0%
Pele	82,6%	0,0%	17,4%	0,0%	100,0%
Boca amarga/seca	73,9%	21,7%	4,4%	0,0%	100,0%
Dor no peito	95,7%	0,0%	4,4%	0,0%	100,0%
Dor nas pernas	39,1%	17,4%	43,5%	0,0%	100,0%
Dor nas costas	60,9%	13,0%	26,1%	0,0%	100,0%
Vertigem/ontura	69,6%	26,1%	4,4%	0,0%	100,0%
Diminuição de memória	60,9%	30,4%	8,7%	0,0%	100,0%
Sentimento de tristeza	39,1%	30,4%	30,4%	0,0%	100,0%
Nervoso	47,8%	26,1%	26,1%	0,0%	100,0%
Total	100	-	191,52	0,0%	100%

Fonte: Zutin TLM, et al., 2020.

Quando os idosos foram interrogados sobre quais atividades realizam sem limitações, 95,7% relatam a troca de roupa e o banho. Entretanto 56,5% referem dificuldade para andar sozinha de condução (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Avaliação da função física.

Variável				%
O Sr(a) pode realizar, sem limitações, atividades, tais como:	1 - Sim	3 - Às vezes	5 - Não	Total
Subir e descer escadas	34,8%	13,0%	52,2%	100,0%
Andar sozinho de condução	43,5%	0,0%	56,5%	100,0%
Sair a pé para distâncias curtas	39,1%	17,4%	43,5%	100,0%
Manter-se de pé para distâncias curtas	43,5%	13,0%	43,5%	100,0%
Curvar-se	60,9%	17,4%	21,7%	100,0%
Vestir-se ou banhar-se	95,7%	0,0%	4,4%	100,0%
Deitar-se	91,3%	0,0%	8,7%	100,0%
Faço atividades sem cansar-me facilmente ³	47,8%	21,7%	30,4%	100,0%
Sinto-me sempre com disposição	78,3%	13,0%	8,7%	100,0%
Total	100	-	269,6%	100%

Fonte: Zutin TLM, et al., 2020.

No estudo da função psicológica, 100% se declaram gostar de si mesmo “gosto de quem eu sou”. Quanto ao convívio familiar 91,3% declaram estar feliz com o relacionamento familiar. Porém não sentem esperanças em relação ao futuro (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Avaliação função psicológica.

Variável				%
Escolha a opção que melhor descreve o que o Sr(a) sente:	1-Sim	3-Em parte	5-Não	Total
Sou uma pessoa agradável	82,6%	17,4%	0,0%	100,0%
Gosto de quem eu sou	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Sinto-me capaz e útil	82,6%	13,0%	4,4%	100,0%
Sinto-me esperançoso em relação ao futuro	47,8%	17,4%	34,8%	100,0%
Estou feliz com meu relacionamento familiar	91,3%	8,7%	0,0%	100,0%
Tomo decisões sem dificuldade	60,9%	26,1%	13,0%	100,0%
Faço planos para o meu dia-a-dia	52,2%	17,4%	30,4%	100,0%
Concentro-me com facilidade	69,6%	17,4%	13,0%	100,0%
Aprendo coisas novas sem dificuldade	56,5%	30,4%	13,0%	100,0%
Sinto-me orientado (a) quanto ao lugar que estou (que direção seguir)	91,3%	8,7%	0,0%	100,0%
Total	100	-	112,2%	

Fonte: Zutin TLM, et al., 2020.

Ao avaliar a função social a atividade mais desempenhada pelos idosos entrevistados foi acompanhar notícias pela televisão ou jornais (78,3%) e a atividade menos desempenhada por tais foi participar de encontros sociais (47,8%) (**Tabela 6**).

Tabela 6 - Avaliação da função social.

Variável				%
Frequentemente a Sr(a) desempenha atividades tais como:	1 - Sim	3 – Às vezes	5 - Não	Total
Arrumar e manter a casa em ordem	69,6%	4,4%	26,1%	100,0%
Participar de encontros sociais (festas, passeios)	30,4%	21,7%	47,8%	100,0%
Fazer atividades de lazer (artesanato, plantas)	43,5%	17,4%	39,1%	100,0%
Sair para visitar parentes ou amigos	47,8%	26,1%	26,1%	100,0%
Receber visita de parentes ou amigos	60,9%	13,0%	26,1%	100,0%
Acompanhar notícias pela televisão ou jornais	78,3%	8,7%	13,0%	100,0%
Total	100	-	158,2%	100%

Fonte: Zutin TLM, et al., 2020.

DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional vem proporcionando desafios aos profissionais de saúde e a sociedade de maneira geral, apresentando à alteração sobre a performance dos diferentes intérpretes sociais, nos mais diferentes conjuntos, além da questão de laboração de novas políticas que impulsionem a precaução, o cuidado e a vigilância integral à saúde do idoso. Esta temática nunca esteve tão presente em um país em ampliação, como o Brasil, visto que é evidente um acrescentamento da longevidade conexas à melhoria da qualidade de vida (SALES JC, et al., 2016).

O envelhecimento tem significados distintos dentro das famílias, capaz de induzir desde a insatisfação à satisfação do idoso. O espaço familiar pode originar e constituir e o comportamento do idoso, portanto, uma família que poupa a harmonia entre os seus componentes, permite o respeito mútuo. O oposto, leva a relacionamentos com frustrações e agressividade. Entretanto, as afinidades familiares dependem de como foram estruturadas no decorrer da história de vida do idoso (SILVA DLS, et al., 2013)

O perfil sociodemográfico da população estudada é idêntico em diversos fatores a de distintos estudos de investigação populacionais com idosos (APRATTO JUNIOR PC, 2010; DUQUE AM, et al., 2012; CLARES BWJ, et al., 2011). Configuram o perfil localizado na amostra do presente estudo: predominância do sexo feminino (65,2%), sexo masculino (34,8%), faixa etária entre 80 anos ou mais (47,8%), não ter companheiro (91,3%), com média escolaridade (56,5%), em média 4 a 10 anos de estudo. A predominância do sexo feminino é observada na grande maioria dos estudos envolvendo a temática do envelhecimento, nos mais variados contextos abordados (LIMA BM, et al., 2016; SILVA DLS, et al., 2013; CLARES BWJ, et al., 2011).

Assim sendo, um estudo populacional com idosos da cidade de Campinas, estado de São Paulo, assinalou que idosos que residiam sozinhos ofereceram melhor autoavaliação da saúde do que aqueles que habitavam com duas ou mais pessoas. O estudo ressalta que idosos que moram sozinhos têm melhores categorias econômicas e não precisam apresentar contribuição material ou de cuidado a outros componentes da família, podendo cuidar melhor de sua saúde (SKIBEKK V e JAMES KS, 2014).

O serviço de saúde é fundamental para os casos de maus-tratos, incumbindo ao profissional de saúde desempenhar avaliação e abordagem apropriadas para distinção do problema, fundamentando-se em elementos sólidos e dados sobre violência (MORAIS EP, et al., 2008).

Em meio aos fatores que podem influenciar na saúde do idoso, a violência vem sendo cada vez mais colocada em pauta. Para os autores Reichenheim ME, et al. (2008), o tema vem crescendo nas produções científicas. Entretanto, o direcionamento ao grupo idoso é recente e dessa forma existe uma carência de informação. O que pode colaborar para isso é a oportuna dificuldade do tema, tornando-se difícil sua importância e direção (DUQUE AM, et al., 2012).

Apesar da escassez de estudos específicos, a prevalência de violência física equivalente a ter medo de alguém em casa e ter sido agredido fisicamente foi encontrada em 8,7%, apresentou resultado idêntico ao de um levantamento realizado na Índia em 2014 (SKIBEKK V e JAMES KS, 2014). No Brasil, Fonseca AM, et al. (2009) visitaram quase oito mil domicílios brasileiros e identificaram violência em 33,5% deles, enquanto no estudo de Bolsoni CC, et al. (2016), este percentual foi de 13%, considerando-se uma amostra de 1705 indivíduos idosos residentes em Florianópolis trabalho idêntico ao realizado onde a violência não prevalece nos idosos pesquisados.

Brasil (2008) dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e designa o Conselho Nacional do Idoso, em seu capítulo IV determina que é obrigação de todo cidadão delatar maus-tratos ou descuido a essas pessoas. No artigo 10, inciso IV, elucida que é papel da justiça “promover e defender os direitos da pessoa idosa, zelar pela aplicação de normas sobre o idoso, determinar ações para evitar abusos e lesões a seus direitos” (SIQUEIRA LEA, 2004).

A prevalência de violência física e psicológica obtida na presente investigação foi idêntica em pesquisa nacional de Duque AM, et al. (2012), e elevado à investigação dirigida em estudos internacionais (ACIERNO R, et al., 2014). Assim sendo, maior prevalência de violência psicológica em relação à física foi semelhante em outros estudos. Esse fato expressa o ciclo da violência, pois, em geral, antes de ocorrer à agressão física, o agressor ameaça a vítima ou comete violência psicológica, que, por vezes, é negligenciada (AMSTADTER AB, et al., 2011).

Em uma pesquisa de Santos RCS, et al. (2018), efetuada em uma cidade do Nordeste, demonstra que a renda e os bens da pessoa idosa são os fundamentais pretextos causadores de abuso e maus-tratos. No presente estudo, a maior parte das pessoas entrevistadas relatou ter renda maior ou igual a três salários mínimos. Para alguns pesquisadores como Mynayo MC (2004), a demanda da dependência econômica de filhos adultos em semelhança a pais idosos é antiga no Brasil, e incide em fator de risco para violência, principalmente quando o idoso é a única fonte de recursos da família.

Considerada como identificador apropriado e proeminente do estado de saúde de populações, a autoavaliação do estado de saúde correlaciona-se com conceitos utilitários de morbidade e de uso de serviços, constituindo-se um preceptor poderoso da mortalidade, oferecendo, restrições por ser influenciado por conjunturas sociais e culturais.

Largamente usada em investigação de saúde, determina uma categorização global do estado de saúde apropriado de capturar, além de sinais e sintomas de doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde), o conflito que essas doenças geram no bem-estar físico, mental e social dos indivíduos (BRASIL, 2008). A saúde dos idosos do presente estudo expede a um estado de saúde regular em 47,8% da população, ultrapassando ligeiramente outro estudo onde, relato de idosos rurais em outra comunidade do Rio Grande do Sul, no qual 46,7% consideraram sua saúde regular (MORAIS EP, et al., 2008).

Constâncias apreciadas de indivíduos que citam exame de saúde médico prévio de fator de risco são provavelmente influenciadas pela assistência à saúde existente em cada localidade, podendo subestimar, em maior ou menor grau, a prevalência real do fator de risco na população. Assim sendo, equipam subsídios benéficos para analisar a questão dos cuidados de saúde ocasionada pela presença do fator.

O suporte familiar colabora de modo expressivo para a manutenção e a integridade física e psicológica de um indivíduo (MARTINS JJ, et al., 2007). Assim sendo, fica demonstrada a obrigação de acompanhamento dessas famílias pelas equipes de saúde, no significado de requerer a habilitação dos cuidadores na prestação de uma assistência adaptada às legítimas obrigações de saúde-doença do idoso.

A família é a essência de socialização dos indivíduos; quem primeiro conduz os valores, caracteres e costumes que irão desenvolver as individualidades e a bagagem emocional das pessoas. A dinâmica e a coordenação das famílias fundamentam na distribuição da afeição, instituindo, no ambiente doméstico, um implexo dinamismo de concorrências (FERREIRA LK, et al., 2018).

Sabemos que os vínculos sociais apresentam resultados ao estado de saúde de uma pessoa idosa e preparar uma organização de suporte social que proporcione subsídio aos indivíduos vinculados a ela favorece a saúde e o bem-estar de todos os seus membros (PINTO JLG, et al., 2006).

Em relação à saúde autopercebida, pouco menos da metade dos idosos participantes dessa pesquisa referiu sua saúde como boa (47,8%). Segundo Lima BM, et al. (2016), a autoavaliação da saúde traduz a percepção integrada do indivíduo, considerando as dimensões biológica, psicossocial e social, conferindo, dessa forma, confiabilidade e validade equivalentes a outras medidas mais complexas da condição de saúde.

No presente estudo, viu-se que os idosos atribuíram valores insatisfatórios à própria saúde como, por exemplo, os problemas relacionados a visão de 30,4%. Esse resultado é similar ao do Projeto SABE, segundo o qual 53,8% dos idosos participantes atribuíram valores negativos à saúde (LEBRÃO ML, LAURENTI R, 2005).

Informações sobre Brasil (2009) expõem que a prevalência de inatividade física em geral entre os indivíduos com mais de 65 anos de idade é de 52,6%, nos homens (51,7%) e nas mulheres (53,2%). Para se diminuir o índice de inatividade física, se faz indispensável abranger o fenômeno da adesão a essas atividades.

Destaques científicos advertem nitidamente que a participação em programas de atividades físicas é um formato independente para diminuir e/ou precaver uma série de decadências operacionais coligadas com o envelhecimento (OMS, 2005). Esses resultados contestam a disposição social de se pensar no idoso como atrasado e inábil. De acordo com esse contemplantamento em arrolamento ao envelhecer vem sendo desconstruído por meio do avanço da perspectiva de vida e, conseqüentemente, do maior empenho e aquisição em estudos acerca do envelhecimento.

Nasri F (2008), enfatiza que a importância de envelhecimento ativo designa independência como fundamental placar de saúde, e que, dessa forma, a habilidade funcional aparece como um novo protótipo de saúde. O envelhecimento, ainda que venha seguido de suas ações físicas e cognitivas, não necessita ser visto como sinônimo de inabilidade.

É preciso atrair a atenção igualmente para a violência resultante da falta de ingresso aos serviços necessários, da falta de condição ou inadequação do acolhimento, que concebe mais uma ofensiva a pessoas que procuram assistência por terem sofrido violência intrafamiliar. Alertar para este tipo de violência a qual titulamos de institucional é muito significativo, pois as pessoas que sofrem violência intrafamiliar estão sobretudo vulneráveis aos seus efeitos (APRATTO JUNIOR PC, 2010).

A deficiência de serviços ou respostas sociais apropriadas e a interferência apenas exata estabelecem um empecilho ou retardo na decisão do problema. A procura de modernas configurações de ação para conseguir recursos ajustados na contemporaneidade é um dos designios da elaboração deste trabalho. Os órgãos jurídicos, o princípio de proteção e o preceito punitivo não têm obtido a diminuição da incidência da violência contra os idosos ou abrandar as suas consequências (BOLSONI CC, et al., 2016).

CONCLUSÃO

Os idosos que frequentam Centro de Dia de uma cidade do estado de São Paulo não correm risco de violência física, psicológica, sexual ou negligência, mas estão relativamente vulneráveis quanto ao aspecto financeiro. A qualidade de vida relacionada à saúde desses idosos pode ser considerada positivo e no geral e os idosos estão satisfeitos com a sua vida.

REFERÊNCIAS

1. ACIERNO R, et al. Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistrat-ment Study. *Am J Public Health* [Internet]. 2010;100(2):292-7.
2. ADAMO CE, et al. Universidade aberta para a terceira idade: o impacto da educação continuada na qualidade de vida dos idosos. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2017; 20(4): 545-555.
3. AMSTADTER AB, et al. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: the South Carolina elder mistreatment study. *J Interpers Violence* [Internet]. 2011;26(15):2947-72.
4. APRATTO JÚNIOR, PC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010; 15(6): 2983-2995.
5. BARBOZA JS, HAYAKAWA LY. Análise da qualidade de vida dos idosos residentes num distrito da região noroeste do Paraná por meio do instrumento quasi perfil de qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. *Revista Uningá*, 2018;43(1): 2318-0579.
6. BOLSONI CC, et al. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19(4):11.
7. BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*, 2009.
8. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *VIGITEL BRASIL 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: IBGE; 2008. (Série G); (Estatística e Informação em Saúde).
9. BRASIL. Ministério da Justiça. Subsecretaria de Direitos Humanos. *Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa*. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos; 2005.
10. BRIGGS AM, et al. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open*. 2018;8(4):e021194.
11. CLARES BWJ, et al. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. *Rev Rene*, Fortaleza, 2011, 12 (n. esp.): 988-994.
12. DUQUE AM, et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(8): 2199-2208.
13. ESPÍNDOLA CR, BLAY SL. Prevalência de maus tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Revista Saúde Pública*, 2014; 41(2):301-306.
14. FERREIRA LK, et al. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2018; 21(5): 616-627.
15. FONSECA AM, et al. Alcohol-related domestic violence: a household survey in Brazil. *RevSaúde Publica* 2009; 43(5):743-749.
16. FREITAS MAV, SCHEICHER ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2010; 13(3): 395-401.
17. FONSECA MM, GONÇALVES HS. Violência contra o idoso: suportes legais para a intervenção. *Interação em Psicologia*, 2003; 7(2):121-128.
18. JOIA CL, et al. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista Saúde Pública*. 2007; 41: 131-138.
19. LEBRÃO ML, LAURENTI R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, 2005, 8(2): 127-141.
20. LIMA BM, et al. Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. *ABCS Health Sci.* Santo André, 2016, 41(3): 168-175.
21. LIMA MJBDE, PORTELA MC. Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010; 26(8): 1651-1662.
22. MARTINS JJ, et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto e Contexto de Enfermagem*.2007; 16(2): 254-262.

23. MINAYO MC. Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. Cartilha da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004; 1–48.
24. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília. Cadernos de Atenção Básica, n. 19, 2006.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília. Cadernos de Atenção Básica, n.8, 2002.
26. MORAIS EP, et al. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto & Contexto Enferm* 2008; 17(2):374-83.
27. NASRI F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, São Paulo, 2008, 6(1): 54-56.
28. NELSON ME, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine Science Sports Exercice*. 2007, Aug; 39(8):1435-45.
29. NETO JBF. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Carta aberta à população brasileira [Internet]. 2014.
30. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). O papel da atividade física no Envelhecimento saudável. Florianópolis, 2006.
31. PINTO JLG, et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006, 11(3): 753-764.
32. REICHENHEIM ME, et al. 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. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008, 24(8): 1801-1813.
33. SALES JCS, et al. Feminização da Velhice e sua Interface com a depressão: revisão integrativa. *RevEnferm UFPE online*., Recife, 2016, 10 (5): 1840-1846.
34. SANTOS RCS, et al. Violência e fragilidade na pessoa idosa. *RevEnferm UFPE online*. Recife, 12(8):2227-34, ago., 2018.
35. SILVA DLS, et al. Perfil Multidimensional da População Idosa do Bairro São Pedro em Teresina, Piauí. *RevFisioter S Fun*. Fortaleza, 2013, 2(2):13- 20.
36. SIQUEIRA LEA. Estatuto do idoso de A a Z. São Paulo: Idéias& Letras; 2004. 238 p.
37. SKIRBEKK V, JAMES KS. Abuse against elderly in India - The role of education. *BMC Public Health*. 2014; 14:336.
38. VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista SaúdePública*, 2009; 43(3): 548-554.
39. VOGEL T, et al. Health benefits of physical activity in older patients: a review. *International Journal of Clinical Practice*. 2009; 63(2):303-20.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health. 2016.