

**PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO  
DE ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA  
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Adriana Luna Pinto Dias  
Rafaella Queiroga Souto

## **Equipe de Desenvolvimento**

### **Adriana Luna Pinto Dias**

Fisioterapeuta

Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) – Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Especialista em Saúde da Família – Faculdades Integradas de Patos (FIP)

Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB

E-mail: adrilunadias@gmail.com / adriana.dias@ebserh.gov.br

### **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

# SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	04
	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	06
	<b>OBJETIVO.....</b>	10
	<b>USUÁRIOS-ALVO.....</b>	10
	<b>POPULAÇÃO-ALVO.....</b>	10
	<b>MÉTODOS.....</b>	11
	<b>ABORDAGENS INCLUÍDAS.....</b>	14
<b>1</b>	<b>PREVENÇÃO.....</b>	15
<b>1.1</b>	<b>Educação em saúde.....</b>	15
1.1.1	Educação do usuário.....	15
1.1.2	Educação do cuidador/familiar.....	16
1.1.3	Educação da comunidade/sociedade.....	17
<b>1.2</b>	<b>Estresse do cuidador.....</b>	18
1.2.1	Avaliação do estresse do cuidador.....	18
1.2.2	Intervenções no estresse do cuidador.....	19
<b>1.3</b>	<b>Vínculos sociais e recursos comunitários.....</b>	20
<b>1.4</b>	<b>Manutenção da independência funcional.....</b>	21
<b>1.5</b>	<b>Rastreamento/Triagem.....</b>	22
<b>2</b>	<b>DIAGNÓSTICO.....</b>	26
<b>2.1</b>	<b>Identificação.....</b>	26
2.1.1	Violência Física.....	26
2.1.2	Violência Psicológica.....	28
2.1.3	Violência Sexual.....	30
2.1.4	Violência Financeira.....	30
2.1.5	Negligência.....	32
2.1.6	Autonegligência.....	34
2.1.7	Abandono.....	34
<b>2.2</b>	<b>Avaliação.....</b>	35
2.2.1	Entrevista.....	36
2.2.2	Exame Físico.....	37

<b>2.3</b>	<b>Notificação .....</b>	<b>38</b>
<b>3</b>	<b>PLANO TERAPÊUTICO E REABILITAÇÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>4</b>	<b>ACOMPANHAMENTO.....</b>	<b>42</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>51</b>
	<b>APÊNDICE 1 - ESTRATÉGIAS DE BUSCA UTILIZADAS NAS BASES DE DADOS/BIBLIOTECAS/ BUSCADORES E LITERATURA CINZENTA SOBRE AS INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS DIRECIONADAS À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....</b>	<b>52</b>
	<b>APÊNDICE 2 - INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS DIRECIONADAS À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA ENCONTRADAS NA REVISÃO DE ESCOPO.....</b>	<b>53</b>
	<b>APÊNDICE 3 - DECLARAÇÃO DE POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSES.....</b>	<b>55</b>
	<b>APÊNDICE 4 - RECURSOS COMUNITÁRIOS NA PARAÍBA.....</b>	<b>57</b>
	<b>APÊNDICE 5 - AVALIAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA</b>	<b>58</b>
	<b>APÊNDICE 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REGISTRO FOTOGRÁFICO.....</b>	<b>64</b>
	<b>APÊNDICE 7 - SERVIÇOS DE DENÚNCIA.....</b>	<b>65</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>66</b>
	<b>ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI).</b>	<b>67</b>
	<b>ANEXO 2 - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ZARIT (ZBI) .....</b>	<b>69</b>
	<b>ANEXO 3 - ESCALA DE SUPORTE SOCIAL MEDICAL OUTCOMES STUDY (MOS).....</b>	<b>71</b>
	<b>ANEXO 4 - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF).....</b>	<b>72</b>
	<b>ANEXO 5 - CONFLICT TACTICS SCALES FORM R (CTS-1).....</b>	<b>74</b>
	<b>ANEXO 6 - HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE SCREENING TEST (H-S/EAST).....</b>	<b>76</b>
	<b>ANEXO 7 - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....</b>	<b>77</b>
	<b>ANEXO 8 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA.....</b>	<b>79</b>

## APRESENTAÇÃO

A Violência Contra a Pessoa Idosa (VCPI) é um fenômeno universal e de interesse mundial, principalmente nas últimas décadas. Nenhuma sociedade está imune à ocorrência desse agravo, representando um significativo problema de saúde pública, tendo em vista que acomete a saúde física e/ou psíquica dos indivíduos, exigindo, portanto, elaboração de mecanismos que permitam combatê-la (MINAYO, 2005; RIO GRANDE DO SUL, 2016; WHO, 2002a).

Os profissionais de saúde que se relacionam com essa população vulnerável têm uma responsabilidade significativa no enfrentamento dessa violência, uma vez que mantêm contato com as pessoas idosas nos serviços de saúde e residências, possibilitando desencadear mecanismos de proteção e enfrentamento efetivos (MICHELETTI *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Dentre os profissionais de saúde inseridos nesse processo, destaca-se o fisioterapeuta, cujo cotidiano usualmente envolve uma série de fatores facilitadores para o enfrentamento desse agravo: diálogo contínuo com usuários, estabelecendo um vínculo de confiança e confiança; maior frequência no acompanhamento desses usuários, em virtude das terapêuticas instituídas; acesso a grandes áreas corporais; proximidade com familiares e cuidadores, percebendo a dinâmica dos relacionamentos e possíveis conflitos; e vivência da rotina da pessoa idosa (APTA, 2014).

No entanto, a formação acadêmica desse profissional não fornece subsídios para assistência às pessoas idosas nessas situações. Fisioterapeutas, por mais experientes e sensíveis que sejam no trato com seus usuários idosos, podem deparar-se com situações de violência e que fogem da sua formação eminentemente técnica, seja por falta de compreensão da problemática, inabilidade em identificá-la ou desconhecimento das possibilidades de intervenções. Constitui-se, portanto, uma temática pouco discutida e, provavelmente, desconhecida para muitos fisioterapeutas.

Desse modo, o fisioterapeuta necessita ampliar seus conhecimentos em relação ao público idoso e, assim, direcionar suas condutas para o enfrentamento da VCPI. Para isso, perspectivas de abordagens urgem serem elaboradas, difundidas e incorporadas aos serviços de Fisioterapia que lidam com pessoas idosas, diante do crescimento e impacto dessa problemática nessa população.

Nesse sentido, faz-se necessário um conjunto de ações efetivas e integradas, de modo a proporcionar conhecimento e conduzir a prática fisioterapêutica. Com isso, identificou-se a necessidade do estabelecimento deste protocolo de intervenções voltado para as situações de violência vivenciadas por muitas pessoas idosas.

Trata-se de um documento inovador, se apresentando a partir de uma temática com pouca visibilidade no campo de atuação fisioterapêutica, porém com repercussões impactantes nos serviços de saúde e amplas perspectivas para a prática profissional, embora com atuações ainda muito pouco discutidas.

Portanto, esse protocolo se destina a fisioterapeutas especialistas em Gerontologia e/ou que assistem pessoas idosas em sua prática cotidiana, objetivando difundir diretrizes fisioterapêuticas voltadas para o atendimento integral à pessoa idosa em situação de violência, promover qualidade de vida a essas pessoas e, acima de tudo, evitar a ocorrência, perpetuação e/ou intensificação de situações de violência nesta população.

## INTRODUÇÃO

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” (WHO, 2002b).

A natureza da VCPI pode se manifestar de diversas formas: física, psicológica, sexual, financeira, abandono e negligência. Independentemente da condição, representa uma violação dos direitos humanos, podendo resultar em sofrimento psíquico recorrente, com sintomas emocionais negativos, depressão, ideações suicidas, aumento na utilização dos serviços de saúde, dor, lesões físicas, traumas e morte precoce (BRASIL, 2014a; WHO, 2002a; YUNUS, 2017).

Uma estimativa global demonstra uma prevalência em torno de 10% nas taxas de violência em pessoas idosas, e pesquisas realizadas em países desenvolvidos constataram ampla variação nas taxas de violência (entre 0,8% na Espanha a 32% na Bélgica) em pessoas acima de 60 anos de idade. Com o rápido envelhecimento da população, projeta-se que o número de pessoas idosas vulneráveis a violências tenda a aumentar (LACHS; PILLERME, 2015; WHO, 2014).

No Brasil, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), revelaram que, em 2012, foram notificados 8.891 casos de VCPI. No ano de 2017, esses registros corresponderam a 20.011 notificações, equivalendo a 6,5% de todas as violências interpessoais e autoprovocadas, e demonstrando um crescimento em torno de 125% em cinco anos (BRASIL, 2019a).

Porém, apesar de se tratar de um fenômeno de notificação compulsória, esses números podem alcançar proporções maiores, pois apenas um pequeno percentual de serviços de saúde realiza a notificação desses agravos, justificado principalmente pela dificuldade dos profissionais em identificar a violência e a falta de orientações sobre esse procedimento por parte das instituições (RIBEIRO; SOUZA E VALADARES, 2012).

O “Disque 100” – serviço que recebe, analisa e encaminha denúncias de violações de direitos humanos, incluindo pessoas idosas – registrou, em 2018, 37.454 denúncias de VCPI, equivalendo a 181,9 denúncias por 100 mil habitantes. No ano de 2019, somente no primeiro semestre, ocorreram 21.749 denúncias no Brasil (BRASIL, 2019b).

A VCPI representa a sexta causa de mortalidade neste segmento etário no Brasil, apresentando crescimento ao longo dos anos (MINAYO, 2014). De acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), em 2012, ocorreram 25.700 óbitos em pessoas idosas decorrentes de causas externas (acidentes e violências). Já em 2017, esse indicador de mortalidade aumentou para 32.477 casos, representando 3,7% do

total de óbitos em indivíduos maiores de 60 anos e revelando um crescimento de 26,4% em cinco anos (BRASIL, 2017).

Porém, a VCPI é mais presente, intensa e disseminada na sociedade brasileira do que evidenciam os registros, e este panorama decorre não somente de subnotificações ou entraves referentes aos serviços de saúde. A literatura relata que muitas pessoas idosas se reconhecem vítimas de diferentes tipos de violência. Contudo, é sabido que a grande maioria não denuncia essa prática por culpa ou vergonha, medo das consequências ou receio de afetar negativamente seus relacionamentos e integridade familiar, uma vez que filhos e cônjuges representam mais da metade dos agressores (ADIB *et al.*, 2019; BRASIL, 2014a; CANADÁ, 2013; LOPES *et al.*, 2018a; MINAYO, 2014).

Experiências, opiniões e sentimentos das pessoas idosas são retratados em alguns estudos no intuito de compreender melhor esse fenômeno. Pessoas idosas brasileiras relatam, em relação à ocorrência da violência, situações de: exclusão social, ocasionado principalmente pela aposentadoria; abandono familiar, perdendo lugar dentro do seu próprio território; ameaça e constrangimento, por meio de palavras depreciativas; e desrespeito em relação aos seus direitos (WHO, 2002b; ALARCON *et al.*, 2020).

Muitas pessoas idosas externam sentimentos como raiva, ódio, medo, insegurança e abandono no contexto familiar, bem como expõem situações de usurpação financeira, principalmente pelos filhos. Em alguns casos, a denúncia ainda é realizada na expectativa de receber auxílio dos órgãos responsáveis, porém a pessoa idosa tende a não culpar seu agressor, não desejando a prisão do mesmo (ALARCON *et al.*, 2020; COLUSSI *et al.*, 2019). Com isso, o comportamento protetor das pessoas idosas vítimas de violência em relação aos seus agressores constitui uma barreira à implementação de intervenções eficazes nesses contextos de violência.

Apesar do cenário impactante, a VCPI representa uma das formas menos abordadas de violência, em relação a estratégias de ação. Nesse sentido, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde enfatiza que os serviços especializados em investigar, proteger e prestar atendimento à pessoa idosa em situação de violência são os menos relatados – apenas um terço dos países dispõe desses serviços (BRASIL, 2014a; WHO, 2002a).

Estudos brasileiros descrevem o funcionamento, em alguns estados, de redes de atenção a pessoas idosas vítimas de violências, envolvendo esferas pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação. Esses sistemas favorecem uma assistência especializada nessas situações, contudo não possuem estrutura e organização adequadas, uniformização no atendimento e protocolos específicos para oferecer à pessoa idosa a prioridade necessária. Outras barreiras também são relatadas na gestão e operacionalização desses serviços: carência de profissionais na área da reabilitação; falta de capacitação dos que já se encontram atuando, em relação à



identificação e manejo dos casos; inexperiência dos profissionais no enfrentamento das dimensões do problema; e sentimento de desamparo institucional por parte dos profissionais. Com isso, os profissionais sentem-se insatisfeitos, inseguros e impotentes perante a violência contra essas pessoas idosas, reforçando a necessidade de instituir uma melhor forma de organizar e prestar o cuidado aos usuários vítimas desses agravos (BRASIL, 2006; CAVALCANTI; SOUZA, 2010; OMS, 2014; RIBEIRO; BARTER, 2010; RIBEIRO; SOUZA; VALADARES, 2012).

Apesar dos entraves, fisioterapeutas descreveram resultados otimistas com a inserção de ações preventivas nos serviços de reabilitação para pessoas idosas vítimas de violência. Esses profissionais obtiveram sucesso na reabilitação desses usuários, readquirindo deambulação, a orientação às famílias, o retorno à comunidade e a reintegração social. Dessa forma, observa-se a necessidade de intervenções abrangentes e eficazes nos serviços de reabilitação, no sentido de reduzir traumas, ajudar na recuperação e prevenir novos atos de violência (RIBEIRO; BARTER, 2010).

Contudo, as estratégias de ações fisioterapêuticas direcionadas às vítimas de violência não vem sendo discutidas, demandando publicações científicas atualizadas com direcionamentos voltados para essa problemática. Uma pesquisa relata que apenas 3,13% dos autores responsáveis por publicações com a temática da VCPI eram fisioterapeutas (MICHELETTI *et al.*, 2011), sendo identificada a publicação editorial mais recente há mais de uma década (DALTON, 2005).

Diante do exposto, observa-se que os serviços de Fisioterapia carecem de medidas específicas para direcionarem as ações dos profissionais que atuam com essa população e que desconhecem sua forma de atuação, necessitando, desse modo, de um protocolo voltado para essa problemática.

As intervenções apresentadas neste protocolo mostram-se consoantes com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) e da Política Nacional de Gestão das Tecnologias em Saúde (PNGTS).

A PNSPI estabelece que todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa por meio das seguintes ações: prevenção do declínio funcional, reabilitação para a recuperação da máxima autonomia funcional e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

A PNRMAV destaca o papel da reabilitação de sequelas e incapacidades advindas de violências, propiciando condições para a sua reintegração sociofamiliar e favorecendo o alcance da independência do paciente dentro de uma nova situação. Essa política também preconiza a orientação da assistência à pessoa idosa em situação de violência através de protocolos baseados em evidências clínicas e epidemiológicas (BRASIL, 2001).

E, por fim, a PNGTS visa a incorporação de novos produtos e processos pelos gestores, prestadores e profissionais dos serviços de saúde, se utilizando de tecnologias em saúde, a exemplos dos protocolos assistenciais, que são os meios pelos quais a atenção e os cuidados à saúde são prestados à população (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009).

## **OBJETIVO**

Este documento objetiva difundir diretrizes fisioterapêuticas voltadas para o atendimento à pessoa idosa em situação de violência, envolvendo meios de prevenção, diagnóstico, plano terapêutico, reabilitação e acompanhamento dessa população nessas circunstâncias.

Com isso, espera-se direcionar uma atuação fisioterapêutica integral, articulada em um contexto familiar e social; promover qualidade de vida à pessoa idosa; e, acima de tudo, prevenir a ocorrência, a perpetuação e/ou intensificação de situações de violência nesta população.

## **USUÁRIOS-ALVO**

Este protocolo destina-se a fisioterapeutas especialistas em Gerontologia e/ou que assistem pessoas idosas em sua prática cotidiana, em quaisquer níveis e locais de atenção à saúde: unidades básicas de saúde, serviços de urgência e emergência, serviços ambulatoriais, centros de referência especializados e unidades de internações hospitalares.

## **POPULAÇÃO-ALVO**

Este protocolo engloba intervenções fisioterapêuticas voltadas para pessoas idosas em situação de violência, que envolve tanto sinais de presença (diretos) quanto de suspeita (indiretos) de violência contra pessoas idosas.

Segundo o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), são considerados idosos pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

## MÉTODOS

O método de busca de evidências na literatura que subsidiaram a construção deste protocolo consistiu em uma revisão de escopo, adotando-se o percurso metodológico baseado na estratégia PCC – População (P), Conceito (C) e Contexto (C) –, considerando P (fisioterapeuta), C (intervenções fisioterapêuticas diante da violência) e C (pessoas idosas em situação de violência). Desse modo, estabeleceu-se a seguinte pergunta de pesquisa: quais as intervenções fisioterapêuticas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência?

A partir da estratégia definida, foram encontrados palavras-chaves e descritores presentes no MeSH (*Medical Subject Headings*) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): Fisioterapeutas, Fisioterapia, “*Physical Therapists*”, *Physiotherapy*, “*Physical Therapy*”, “*Physical Therapy Specialty*”, “*Physical Therapy Modalities*”, *Rehabilitation*, Reabilitação, “*Elder Abuse*”, Maus-tratos ao Idoso, “*Physical Abuse*”, “*Elder Neglect*”, “*Aged Abuse*” e “*Elder Mistreatment*”.

Os descritores e palavras-chaves foram combinados por meio dos operadores booleanos *OR* e *AND*, e aplicados nas bases de dados/bibliotecas/ buscadores e literatura cinzenta. As estratégias completas de busca estão detalhadas no Apêndice 1.

As bases de dados/bibliotecas/buscadores acessados foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); PubMed; *Web of Science*; Scopus; *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); e *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro). A pesquisa em 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). Também foi realizada a estratégia de busca *Snowballing*, por meio da leitura de todas as referências dos artigos selecionados nesta revisão.

Foram incluídos os estudos que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: estudos quantitativos, qualitativos, com métodos mistos e literatura cinza (textos de especialistas, dissertações e teses, textos editoriais, entre outros); nos idiomas inglês, português, francês ou espanhol; que fossem acessíveis e/ou disponíveis na íntegra (textos completos), em meios eletrônicos ou impressos; que abordassem fisioterapeutas atuando com pessoas idosas em situação de violência; e que descrevessem qualquer intervenção fisioterapêutica reconhecida e/ou implementada pelos profissionais frente à pessoa idosa em situação de violência.

A pesquisa em literatura cinzenta, bem como a não delimitação quanto ao período de publicação dos estudos ocorreu devido ao escasso número de publicações nesta temática.

Realizados os cruzamentos entre os descritores nas bases de dados/bibliotecas/buscadore, foram encontrados 135 artigos, sendo dois na BVS, 71 na *Web of Science*, 24 na Scopus, 36 na CINAHL, dois na PEDro e nenhum artigo na PubMed.

Na literatura cinzenta identificou-se 466 produções, das quais uma na BDTD, cinco na *OpenGrey*, 85 na *OpenThesis*, 22 no Portal de Teses e Dissertações da CAPES, 188 no RCAAP, 165 no *Theses Canada Portal*, com nenhum material resgatado no *DART-Europe E-theses Portal*.

Dos 601 registros encontrados, 46 foram excluídos por serem duplicados, sendo selecionados 555 para leitura dos respectivos títulos e resumos. Após análise dos mesmos, foram excluídas 548 publicações por não se adequarem aos critérios de inclusão. Ao término desta fase, foram pré-selecionados 7 trabalhos para serem lidos na íntegra, sendo um estudo resgatado pela estratégia *Snowballing* (GREENHALGH; PEACOCK, 2005), originando um resultado final de 8 estudos incluídos (CAMARATTA *et al.*, 2000; DALTON, 2005; FOOSE, 1999; HOLLAND; KASRAIAN; LEONARDELLI, 1987; LITTLE, 2002; MILDENBERGER; WESSMAN, 1986; SALIGA *et al.*, 2004; TOMITA, 1982).

Após a seleção dos trabalhos, realizou-se a extração de todas as intervenções fisioterapêuticas reconhecidas e/ou implementadas pelos fisioterapeutas direcionadas à pessoa idosa em situação de violência, encontradas nos respectivos estudos (Apêndice 2). Essas intervenções foram devidamente agrupadas nas seguintes categorias: rastreamento/triagem, identificação, avaliação, educação, plano terapêutico e denúncia. Em seguida, os resultados foram detalhadamente descritos e discutidos.

Apesar desta revisão apresentar como ponto forte a abrangência de um conteúdo inédito, de uma temática relevante para a Fisioterapia Gerontológica, e englobar evidências nos diversos níveis de atenção à saúde, apresentou como limitação a inclusão de estudos diversos, não se preocupando com a qualidade ou o nível de evidência científica, fragilidade esta inerente às revisões de escopo. Além disso, devido à escassez de publicações no tema em questão, os achados não são atualizados, visualizando-se a necessidade de mais estudos na área.

Para a elaboração deste referido conjunto de diretrizes, seguiu-se as recomendações de um guia para protocolos de violência contra pessoas idosas (AUSTRÁLIA, 2010), bem como modelos de intervenções e atendimento direcionados à pessoa idosa em situação de violência, publicados por organizações governamentais e associações profissionais (APTA, 2014; CALIFÓRNIA, 2019; CANADÁ, 2013; NOVA ZELÂNDIA, 2007). De modo a complementar as intervenções identificadas pelo conjunto de evidências, buscou-se também publicações e estudos científicos que apresentassem abordagens em comum com a temática.

A estruturação deste documento desenvolveu-se a partir de orientações sugeridas por um guia para elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (BRASIL, 2019c), bem como por recomendações do *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II* (AGREE II), instrumento utilizado como estratégia metodológica para o desenvolvimento das diretrizes e, principalmente, para avaliar os critérios de qualidade do protocolo elaborado (AGREE, 2017).

A versão preliminar do protocolo foi avaliada externamente por uma especialista e pesquisadora na área, solicitando-se o prazo de 15 dias para a revisão. Após a devolutiva, todas as alterações sugeridas foram acatadas, sendo o protocolo reformulado.

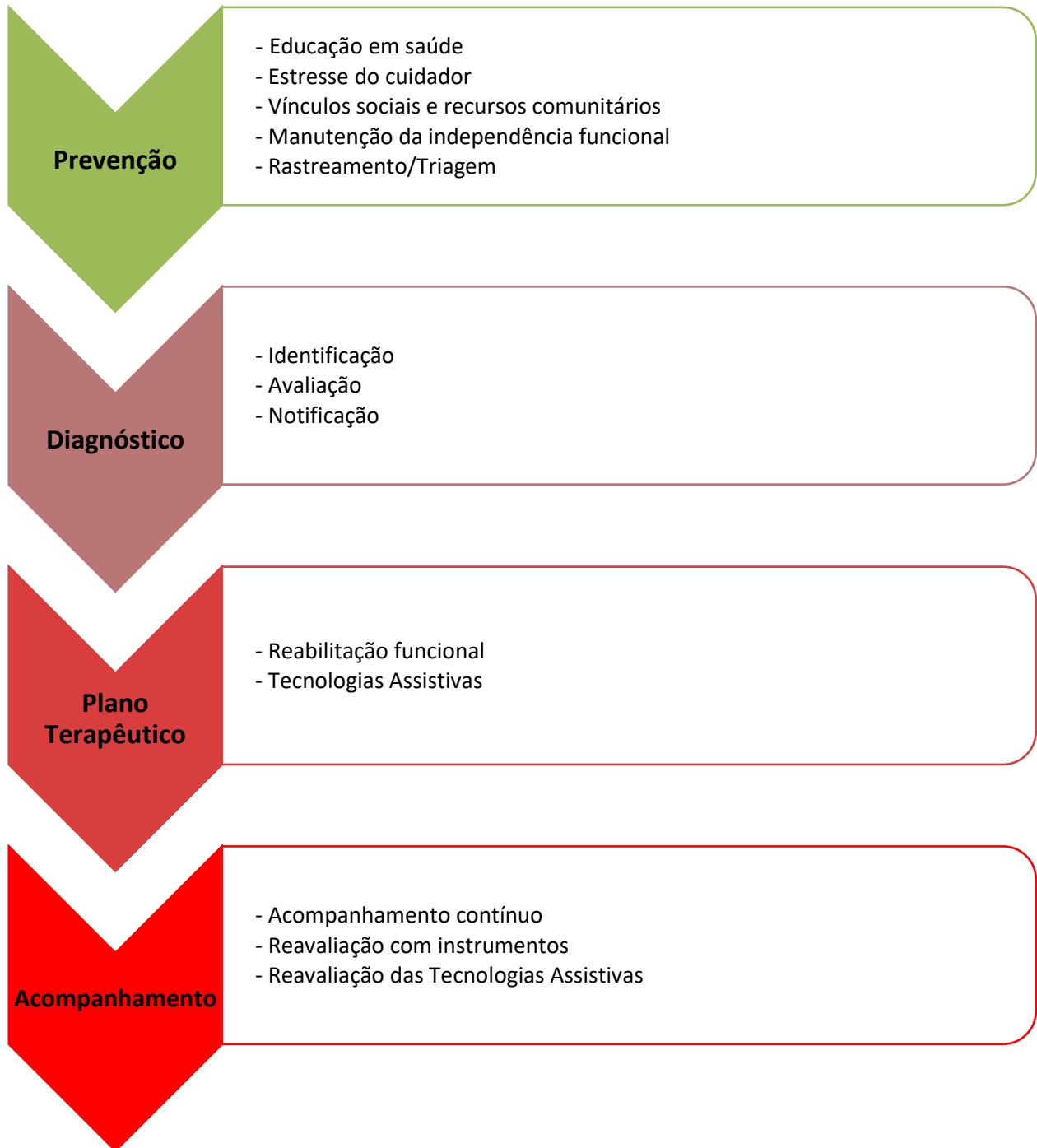
Vale salientar que não houve financiamento para a elaboração deste protocolo, bem como não existem potenciais conflitos de interesses na confecção do mesmo, que estão devidamente declarados no Apêndice 3.

Como todo conjunto de diretrizes, este documento necessita ser periodicamente atualizado e revisado, especialmente à medida que a temática alcance maior visibilidade profissional e acadêmica, e novos estudos sejam desenvolvidos. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b), no caso de suspeita de desatualização do protocolo, pode-se considerar os seguintes procedimentos de atualização:

- Consultar um especialista na área e realizar uma rápida revisão da literatura;
- Contactar um dos desenvolvedores do protocolo, a fim de obter mais informações sobre a situação atual. Nesse caso, um rápido levantamento entre os autores pode assegurar se há uma versão mais recente, se pretendem atualizá-la futuramente ou se estão cientes de qualquer nova evidência que possa afetar as abordagens incluídas;
- Realizar uma pesquisa na literatura e em endereços eletrônicos, que provavelmente forneçam informações atualizadas, especificamente revisões sistemáticas, e contactar especialistas em relação ao estado de conhecimento em uma das áreas do conteúdo.

## ABORDAGENS INCLUÍDAS

Os fisioterapeutas são responsáveis por conduzir abordagens que envolvem: prevenção, diagnóstico, plano terapêutico/reabilitação e acompanhamento.



## 1 PREVENÇÃO

Intervenções preventivas beneficiam não apenas a pessoa idosa, mas a partir dela, favorece todas as gerações, gerando um ambiente social mais amigável, maior interação entre as gerações e com hábitos saudáveis para todos (BRASIL, 2014a).

Desse modo, os fisioterapeutas que atendem pessoas idosas podem atuar na identificação de sinais preditivos e precisam estar preparados para abordar, de forma preventiva, situações de violência.

As intervenções fisioterapêuticas direcionadas à prevenção de violência contra as pessoas idosas envolvem: educação em saúde; avaliação e intervenções no estresse do cuidador; avaliação dos vínculos sociais e recursos comunitários; manutenção da independência funcional; e rastreamento/ triagem.

### 1.1 Educação em saúde

As intervenções educativas em saúde envolvem: a educação do usuário; do cuidador/familiar; e da comunidade e sociedade.

#### 1.1.1 Educação do usuário

Um percentual significativo de pessoas idosas não se reconhece em situação de violência ou mesmo em condições para interrompê-la, e a maioria não busca ajuda profissional.

A literatura reconhece que o melhor caminho para a prevenção da VCPI é o conhecimento, pois traz subsídios à pessoa idosa para lidar com situações de risco. O esclarecimento dos direitos, situações de risco e o conhecimento dos principais tipos de violência existentes poderão contribuir para evitar lesões corporais e agravos à saúde das pessoas idosas (SÃO PAULO, 2013).

As intervenções educativas direcionadas ao usuário incluem:

- Disponibilização de material educativo com fornecimento de informações sobre direitos, dispositivos legais e de proteção às pessoas idosas;
- Orientações de recursos comunitários, locais de abrigo, proteção, aconselhamento, atendimento de emergência e assistência de profissionais;
- Educação sobre autocuidado: realizar suas necessidades pessoais; ter controle dos seus pertences; abrir e enviar sua própria correspondência; ter o controle do seu cartão bancário, não fornecendo a senha para estranhos ou terceiros, entre outros;
- Encorajamento dos pacientes e familiares para planejar antecipadamente as necessidades de cuidado, inclusive quem assumirá a responsabilidade se o paciente ficar incapacitado;
- Discussão acerca dos indicadores de risco, individualmente, com o paciente idoso e com o cuidador;



- Orientações para evitar o isolamento social por meio das seguintes ações: manter contato com velhos amigos; ter um amigo próximo com quem possa falar abertamente dos seus problemas; ter amigos que possam lhe visitar em casa; aceitar as oportunidades que aparecem para novas situações, inclusive novas amizades; participar de atividades sociais da comunidade, de lazer e recreação (grupos de pessoas idosas, centros de convivência); participar de serviços voluntários; ter alguém a quem recorrer quando se sentir maltratado;
- Orientações sobre os benefícios da atividade física regular (CAMARATTA *et al.*, 2000; DALTON, 2005; LITTLE, 2002; PARANÁ, 2016; SÃO PAULO, 2007; TOMITA, 1982).

A educação da pessoa idosa envolve, principalmente a valorização e o estímulo da vida social, através de meios de convívio e expressão, em locais como: centros de comunidade, clubes de convivência, associações culturais, de lazer e esportivas. A participação em cursos à distância, universidade aberta da terceira idade e outras formas de estímulo ao desenvolvimento pessoal também devem ser encorajadas, bem como a integração em ações comunitárias (BRASIL, 2002).

No Brasil, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) lançou o “Programa Viver – Envelhecimento Ativo e Saudável”, que tem o propósito de resgatar a autoestima, conscientizar a pessoa idosa dos seus direitos, em uma perspectiva intergeracional e solidária, com a inclusão da família (Brasil, 2019f).

O Programa também busca ampliar o acesso à informação, à comunicação e à interação social, possibilitando oportunidades para inclusão digital e social, assegurando a participação da pessoa idosa em ações nas áreas da tecnologia, educação, saúde e mobilidade física (Brasil, 2019f).

### **1.1.2 Educação do cuidador/familiar**

Alguns trabalhos relatam que o papel de cuidador é assumido, frequentemente, por familiares, muitas vezes despreparados para o desempenho dessa tarefa. A falta de conhecimento e esclarecimentos do processo de envelhecimento e as alterações que este acarreta, faz com que o cuidado ocorra, muitas vezes, de forma intuitiva e equivocada, podendo ocasionar situações de negligência e abandono. Portanto, muitos casos de maus-tratos poderiam ser evitados com intervenção educativas voltadas aos familiares e cuidadores de pessoas idosas (LOPES *et al.*, 2018b).

As atividades educativas com o cuidador são assim descritas:

- Auxílio na identificação de condições de cuidados inadequadas e prejudiciais, identificando fatores que incomodam e pareçam contribuir com comportamentos abusivos ou negligentes e ajudar a encontrar mecanismos para solucionar esses problemas;

- Identificação do conhecimento e habilidade do cuidador para atender às necessidades de cuidado e segurança da pessoa idosa e oferecer orientação adequada;
- Treinamento específico para o cuidador de pessoas idosas dependentes com técnicas para manejo de pessoas idosas acamadas, incluindo posicionamentos/transferências seguras, mobilizações, cuidados de higiene e inspeção da pele;
- Capacitação/orientações sobre questões específicas dos cuidados, de acordo com os tipos e graus da dependência, para cuidar melhor e promover o autocuidado;
- Informações ao cuidador sobre os processos de envelhecimento (abrangendo necessidades psicológicas e emocionais das pessoas idosas) e processo saúde-doença (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008; FOOSE, 1999; PARANÁ, 2016; MILDENBERGER; WESSMAN, 1986; TOMITA, 1982).

### 1.1.3 Educação da comunidade e sociedade

A educação da comunidade é destacada pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, que enfatiza a importância que se produzam campanhas de sensibilização sobre o envelhecimento e valorização da pessoa idosa, sendo necessário investir numa cultura que promova atitudes positivas sobre a velhice e envelhecimento na sociedade brasileira (BRASIL, 2014a; SÃO PAULO, 2013).

Para Alves e Serrão (2018), a prevenção dos fenômenos da violência transpassa, significativamente, pela sensibilização e educação da comunidade. Aveiro *et al.* (2011) destacam que o fisioterapeuta deve envolver a comunidade em ações de proteção à pessoa idosa e articular com gestores a mobilização de recursos com objetivo de monitorar e controlar situações de violência. Portanto, ao mesmo tempo que ações educativas constituem-se facilitadores na disseminação de medidas preventivas da VCPI, a limitação na aquisição de recursos pode representar uma barreira à implementação de ações sociais nesta problemática.

Em 2006, o dia 15 de junho foi instituído pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o Dia Mundial de Conscientização da VCPI. A data objetiva criar uma consciência social e política mundial acerca da existência da VCPI. Sua celebração deve-se relacionar à apresentação, ao debate e ao fortalecimento das mais diversas formas de prevenção contra a violência, com realização de campanhas por todo o mundo, que estimulem mudanças de comportamento para a concretização de uma sociedade para todos (BRASIL, 2018; MINAYO, 2014).

No Brasil, em 2019, o MMFDH, por meio da Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (SNDPI), lançou a Campanha Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. A iniciativa integra a mobilização global em referência ao Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa. Essa campanha tem o objetivo de abordar, alertar e divulgar os tipos de violência cometidos

contra a pessoa idosa, além de mobilizar e sensibilizar a sociedade e o Poder Público dos estados e municípios para que, em conjunto, proponham a adoção de medidas de prevenção e identificação de situações de violência contra pessoas idosas (Brasil, 2019f).

## 1.2 Estresse do cuidador

### 1.2.1 Avaliação do estresse do cuidador

O estresse do cuidador, conseqüente à sobrecarga do cuidar, é considerado como uma das principais causas da VCPI (MEIRA; GONÇALVES; XAVIER, 2007). Os cuidadores estão predispostos ao quadro de estresse, caracterizado por: fadiga mental, dificuldade de concentração, perda de memória, apatia, indiferença emocional, crises de ansiedade e depressão. Nessas condições, a prestação de cuidados torna-se uma situação geradora de morbidades (SOUZA *et al.*, 2015).

Dentre a situação de estresse do cuidador, importante avaliar os seguintes contextos:

- Os sistemas de apoio sociais disponíveis às famílias para auxiliá-las na realização das atividades cotidianas e obter atendimentos de saúde, transportes, terapia, medicamentos, informações sobre recursos da comunidade, aconselhamento financeiro e assistência para problemas pessoais;
- As dificuldades experimentadas no cuidado à pessoa idosa;
- A capacidade do cuidador em suportar o estresse do cuidado;
- Estratégias de enfrentamento das situações de estresse, inclusive a dificuldade de decidir quanto ao encaminhamento ou não da pessoa idosa para uma Instituição de Longa Permanência (ILPI).

O fisioterapeuta deve reconhecer cuidadores potencialmente sobrecarregados e sugerir meios de diminuir o estresse e essa sobrecarga, fornecendo informações sobre os serviços de assistência local e apoio comunitário, bem como técnicas para redução do estresse e diminuição de situações negativas (APTA, 2014; FOOSE, 1999; HOLLAND; KASRAIAN; LEONARDELLI, 1987; PARANÁ, 2016; MILDENBERGER; WESSMAN, 1986; TOMITA, 1982).

Portanto, necessitam ser avaliados sistemas de apoio disponíveis aos cuidadores, como: serviços públicos de assistência domiciliar; formação de cuidadores familiares e profissionais; esquemas de atendimento médico de tipo emergencial; e orientações da pessoa cuidadora, sugerindo alternativas para que não se exponha à fadiga e cometa violências (BRASIL, 2014a).

Para auxiliar na identificação e avaliação das situações de estresse do cuidador, dispõe-se de instrumentos direcionados para este fim, já validados e adaptados para utilização no Brasil: o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) e a *Zarit Burden Interview Scale* (ZBI) ou Escala de

Sobrecarga do Cuidador de Zarit, podendo apontar indicadores de sobrecarga em cuidadores formais (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015; SCAZUFCA, 2002).

O QASCI (Anexo 1) teve sua validação direcionada para cuidadores informais de pessoas idosas ou de pessoas dependentes. Este questionário é composto por 32 itens, que integram 7 dimensões. Cada item é avaliado por uma escala ordinal que varia de 1 a 5 categorias de respostas, que descrevem como cada questão afeta o cuidador. O escore final resulta da soma total das respostas, num intervalo possível de 32 a 160, e não há um consenso entre os autores de acordo com o ponto de corte para determinar o nível de sobrecarga do cuidador. Afere-se que os valores mais altos correspondam a situações com maior peso ou maior sobrecarga, e escores mais próximos de 32 pontos indicam menor sobrecarga (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015).

A ZBI (Anexo 2) é uma escala que compõe 22 itens com 5 possibilidades de respostas para apontar os indicativos de sobrecarga em cuidadores. A pontuação varia de 0 a 88 na escala. Quanto maior a pontuação obtida, maior a sobrecarga percebida pelo cuidar (SCAZUFCA, 2002). Na classificação sugerida por Ferreira *et al.* (2010), consideram-se os seguintes escores: abaixo de 21 pontos (ausência de sobrecarga); entre 21 a 40 pontos (sobrecarga moderada); entre 41 a 60 (sobrecarga moderada a severa); e igual ou acima de 61 pontos indica sobrecarga severa.

### **1.2.2 Intervenções no estresse do cuidador**

Efetivamente, o cuidado à pessoa idosa deve ser compartilhado com a família, amigos ou vizinhos, definindo momentos para cada um assumir parte dessa responsabilidade. Essa parceria permite ao cuidador ter tempo livre para o autocuidado, possibilitando reservar alguns momentos para cuidar de si, descansar, relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer (BRASIL, 2008).

Desse modo, o cuidador também necessita ser cuidado, podendo ser abordado com as seguintes ações:

- Exercícios físicos gerais e respiratórios;
- Exercícios de relaxamento e alongamento;
- Técnicas de massoterapia.

Essas intervenções se tornam otimizadas quando inseridas em grupos de cuidadores, que se constituem espaços onde ocorrem trocas de experiências e os cuidadores compartilham a experiência do cuidar. Desse modo, o grupo representa uma rede de apoio, estando todos reunidos com a mesma finalidade (BRASIL, 2008).

Ademais, sabe-se que a sobrecarga do cuidador aumenta quanto maior for a dependência funcional da pessoa idosa (LOPES *et al.*, 2018b). Estudos reforçam que o aumento do grau de dependência eleva a chance da pessoa idosa encontrar-se em situação de violência (FAUSTINO; GANDOLFI; MOURA, 2014).

Nesse cenário, o fisioterapeuta assume o compromisso da universalidade da assistência, apresentando uma terapêutica com intervenções voltadas à independência funcional da pessoa idosa, bem como promove alívio do estresse da família e/ou cuidador e, com isso, previne situações de violência.

### **1.3 Vínculos sociais e recursos comunitários**

O uso de suporte social é uma importante ferramenta de prevenção da situação de violência contra as pessoas idosas, atuando também em situações de estresse do cuidador.

Alguns fatores são relacionados à alta prevalência de maus-tratos às pessoas idosas no contexto familiar: ausência de suportes formais e informais às famílias provedoras de cuidados; e ausência de políticas públicas ou suportes públicos às famílias com pessoas idosas dependentes. Esses suportes poderiam apoiar as famílias nos contextos de cuidados, diminuindo a sobrecarga e a responsabilidades dos familiares, amenizando o impacto sobre os mesmos (LOPES *et al.*, 2018b).

A utilização dos vínculos sociais e recursos comunitários são descritos como medidas preventivas da violência. Dentre os recursos comunitários podemos citar: creches geriátricas, visitantes amigáveis, cuidados-dia, serviços de transporte, recreação para pessoas idosas e ajuda financeira (HOLLAND; KASRAIAN; LEONARDELLI, 1987; MILDENBERGER; WESSMAN, 1986; TOMITA, 1982).

No Brasil, podemos destacar como equipamentos sociais: Centros de Convivência, Centros-Dia, Residências Coletivas e Serviços de Apoio aos Cuidadores Familiares (BRASIL, 2014a). Dessa forma, intervenções preventivas de utilização de recursos comunitários devem ser adaptadas à realidade regional, investigando a disponibilidade dos recursos públicos locais (Apêndice 4). Com isso, as implicações dos recursos financeiros decorrentes dessas recomendações devem ser consideradas e ponderadas pelos gestores locais, podendo se constituir uma barreira à implementação de medidas preventivas eficazes na VCPI em algumas localidades.

Dentre os constructos que compreendem os vínculos sociais, destacam-se a rede e o apoio social. A rede social diz respeito ao grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, que podem ou não oferecer ajuda em situações diversas ao longo da vida. O apoio social se refere aos recursos disponibilizados por outras pessoas, em situações de necessidade, e pode ser medido através da percepção individual com que as relações interpessoais correspondem a determinadas funções (GRIEP *et al.*, 2005).

Estudos indicam que a ausência de uma rede social constitui um potencial fator de risco para violência. Esta rede se entrelaça com o conceito de isolamento social, enquanto sistema de relações que o indivíduo estabelece na esfera social, e que possibilita o desempenho de duas funções: a sociabilidade e o suporte social. O isolamento social da pessoa idosa potencializa a vitimização, principalmente quando a rede social é frágil ou inexistente (GIL *et al.*, 2015).

Afim de avaliar a rede e o apoio social, foi elaborada a *Social Support Survey of the Medical Outcomes Study* (MOS) ou Escala de Apoio Social MOS-SSS (*Social Support Scale*) (Anexo 3). Este instrumento, validado no Brasil, é composto por 19 itens, avaliando 5 dimensões: material, afetivo, emocional, informação e interação social positiva. Cada item possibilita assinalar uma das cinco respostas possíveis, de acordo com uma escala de 1 a 5 pontos (GRIEP *et al.*, 2005).

O escore dessa escala é interpretado de acordo com o total de pontos que a pessoa idosa apresenta, em que o mínimo é 19 pontos e o máximo 95. Para avaliação do baixo ou alto nível de apoio social pode-se realizar um corte no eixo central (GRIEP *et al.*, 2003), estabelecendo, dessa forma, uma classificação de baixo apoio social para pessoas idosas que apresentem entre 19 e 47 pontos, e alto apoio social para aqueles com escore a partir de 48 pontos.

#### **1.4 Manutenção da independência funcional**

A preservação da autonomia ou independência funcional da pessoa idosa deve ser priorizada, pois o comprometimento da capacidade funcional está relacionado a necessidade de cuidados, e, conseqüentemente, ao aumento da vulnerabilidade para ser vítima de violência (OLIVEIRA; DIAS; REIS, 2015).

Além disso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) recomenda que todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa através da manutenção da autonomia e prevenção do declínio funcional. Nesse caso, as intervenções incluem:

- Avaliação periódica do nível de independência nas suas atividades de vida diária;
- Exercícios terapêuticos para manutenção de independência funcional;
- Estímulo à preservação da independência e autonomia funcional (FOOSE, 1999; SÃO PAULO, 2007).

A avaliação da independência funcional pode ser realizada através da Medida de Independência Funcional (MIF), que é um instrumento de avaliação da incapacidade de pacientes com restrições funcionais de origens variadas. Seu objetivo primordial é avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por um indivíduo para a realização de uma determinada série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Cada uma dessas atividades é avaliada e recebe uma pontuação que parte de 1 (dependência total) a 7

(independência completa). Estão descritos dois domínios na MIF, o Motor e o Cognitivo (Anexo 4), originando uma pontuação entre 18 a 126 pontos (GRANGER *et al.*, 1986; RIBERTO *et al.*, 2001; RIBERTO *et al.*, 2004).

Os níveis de dependência são classificados de acordo com o escore total da MIF: 18 pontos para dependência completa; 19 a 60 indicam dependência modificada com assistência de até 50% das tarefas; 61 a 103 sinalizam dependência modificada com assistência de até 25% das tarefas; e 104 a 126 representam independência completa ou modificada (ASSIS *et al.*, 2015). Dessa forma, escores mais baixos indicam maior dependência da pessoa idosa e, conseqüentemente, risco aumentado para situações de violência.

Assim sendo, a utilização da cinesioterapia direcionada para preservação de atividades funcionais e de autocuidado pode promover qualidade de vida à pessoa idosa e atuar na prevenção de situações de violência.

### **1.5 Rastreamento/Triagem**

O rastreamento inicial investiga a possibilidade da violência e auxilia na distinção entre lesões infligidas daquelas que resultaram de um acidente, condição de saúde ou medicamentos (APTA, 2014).

Além do seguimento de lesões pré-existentes, estudos relatam a importância de rastrear fontes potenciais de violência, podendo-se incorporar essa estratégia à rotina de atendimentos (CAMARATTA *et al.*, 2000; DALTON, 2005; SALIGA *et al.*, 2004).

Alguns instrumentos tem sido utilizados para identificar ou prever situações de violência em pessoas idosas e que podem ser utilizados por fisioterapeutas para rastreamento ou triagem dessas situações. A *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1) e o *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST) tem sido muito utilizados por sua boa aceitação entre as pessoas idosas, fácil aplicabilidade, confiabilidade e que envolve esferas das mais diversas violências (Anexos 5 e 6) (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2003; REICHENHEIM; PAIXÃO JÚNIOR; MORAES, 2008).

A CTS-1 visa mensurar as estratégias utilizadas por membros de uma família para solucionar possíveis conflitos e, indiretamente, perceber situações de violência. Esta escala é composta por 19 questões que estão divididas em três grupos, a partir dos tipos de estratégias utilizadas para lidar com as desavenças: argumentação (itens a-c), que compreende uma discussão com uso de linguagem moderada e sensata; agressão verbal ou violência psicológica (itens d-f e h-j), utilizando-se de insultos e ameaças com intenção de, simbolicamente, machucar e agredir o outro; e agressão física ou violência física (itens k-s), em que a força física explícita é utilizada (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2003). A pontuação varia de 0 a 19, sendo que uma resposta positiva, dentre os itens avaliados, sinaliza um indicativo da violência atribuída a este item

(STRAUS, 1979), ressaltando que as três primeiras questões são relacionadas à resolução dos conflitos por argumentação.

O H-S/EAST é um instrumento cujo objetivo é identificar tanto sinais de presença (diretos) quanto de suspeita (indiretos) de violência em pessoas idosas. Assim sendo, a maioria dos itens não aponta apenas sintomas específicos de violência, mas busca apreender circunstâncias relacionadas. Desse modo, é possível identificar precocemente eventos associados à violência, sendo um eficiente instrumento de rastreio (REICHENHEIM; PAIXÃO JÚNIOR; MORAES, 2008).

Os componentes do H-S/EAST englobam aspectos como o risco de abuso psicológico e físico, violação de direitos pessoais, isolamento ou abuso financeiro por terceiros. Esse instrumento também serve para se decidir sobre um aprofundamento na investigação ou encaminhamento do relato de violência a um órgão especializado. Estudos sugerem que um escore de três ou mais pode indicar risco aumentado de algum tipo de violência (REICHENHEIM; PAIXÃO JÚNIOR; MORAES, 2008).

A identificação precoce das situações de violência transpassa também pelo reconhecimento de fatores de vulnerabilidade que se relacionam com a ocorrência de situações de VCPI. Sabendo que os fisioterapeutas se encontram em uma posição privilegiada para a detecção precoce destas situações, uma avaliação e um melhor entendimento desses fatores permitem aquisições em compreensão e, conseqüentemente, o desenvolvimento de estratégias eficazes para a prevenção da violência.

Dentre os fatores de vulnerabilidade para a violência, identificam-se as variáveis sociodemográficas e sociofamiliares referentes às pessoas idosas: sexo feminino, pessoas idosas mais velhas, grau de literacia elevado, pessoas idosas com histórico pessoal de agressividade e baixo suporte social. As variáveis relativas ao estado de saúde consistem em: maior grau de dependência (física, psíquica, emocional e funcional), existência de múltiplos problemas de saúde, isolamento social e depressão (ALVES; SERRÃO, 2018; SÃO PAULO, 2007).

Outros fatores de vulnerabilidade que devem ser observados durante o atendimento fisioterapêutico, são:

- Pessoas idosas dependentes por declínio cognitivo, síndrome da fragilidade, demência, amputados ou com dificuldades motoras para realizar atividades do cotidiano ou que possam apresentar alteração de comportamento, agressividade e mudanças na personalidade;
- Pessoas idosas com dificuldades por deficiências auditivas, visuais ou de fala;
- Pessoas idosas que recebem cuidados de apenas um cuidador, sobrecarregando o mesmo, principalmente quando demais familiares não se envolvem no cuidado;



- Pessoas idosas que acessam frequentemente serviços de saúde ou que sofreram três ou mais quedas por ano;
- Situação de crise familiar como pobreza, desemprego, divórcio, falta de moradia ou morte de ente querido;
- Família que sofre uma mudança imprevisível ou desfavorável nas circunstâncias;
- Família com histórico de conflitos, maus relacionamentos e/ou violência entre membros da família, podendo envolver muitos problemas não resolvidos como: comportamentos aprendidos através da violência intergeracional, continuação da violência doméstica com inversões de papéis ou uma oportunidade de "revide";
- Pessoas idosas em cuidados físicos prolongados, que confiam em apenas um cuidador ou unidade familiar para oferecer assistência;
- Pessoas idosas que recusam apoio adequado para si ou para o cuidador ou que requerem um nível de cuidado além da capacidade do cuidador;
- Pessoas idosas sob o cuidado de pessoas com expectativas irreais quanto ao comportamento ou que fazem atribuições negativas ao mesmo;
- Cuidador que foi impelido a mudar o estilo de vida como resultado dos cuidados prestados à pessoa idosa ou que não recebe ajuda ou apoio, resultando em estresse e isolamento social;
- Cuidadores que demonstram saúde física ou mental prejudicada e/ou abuso de substâncias (álcool, drogas prescritivas ou ilícitas) e/ou vícios de jogo;
- Cuidador com responsabilidades conflitantes ou dificuldades financeiras;
- Cuidador que depende da acomodação e/ou da renda da pessoa idosa;
- Pressões financeiras e/ou crenças sobre direitos de herança ou propriedade que levam ao controle de finanças, propriedades ou recursos (AUSTRÁLIA, 2010; NOVA ZELÂNDIA, 2007; PARANÁ, 2016; SÃO PAULO, 2007).

Frequentemente, os comportamentos das vítimas e agressores e as interações entre eles também podem fornecer os primeiros vestígios na identificação de potenciais situações de violência:

- Pessoas idosas que apresentam mudança no nível de atividade ou apatia;
- Pessoas idosas amedrontadas, exibindo medos injustificáveis ou que aparentam ter medo ou suspeita de um familiar ou de um cuidador profissional, assim como, diante de um questionamento, se negam a responder perguntas ou olham para o cuidador antes de responder;
- Pessoas idosas agitadas ou tremendo, ou que exibem suspeitas sem justificativa;

- Pessoas idosas que negam a situação, hesitantes em falar abertamente, oferecendo histórias não-plausíveis ou fazendo declarações contraditórias;
- Pessoas idosas que manifestam sentimento de solidão;
- Pessoas idosas que se queixam da necessidade de dinheiro para amigos e familiares;
- Pessoas idosas que expressam frases indicando baixo autoestima;
- Pessoas idosas que exibem mudança recentes ou repentina no comportamento, como choro frequente inexplicável, depressão ou nega comunicação;
- Pessoas idosas que mudam o comportamento quando na presença/ausência do cuidador ou referem-se ao mesmo como uma pessoa com "gênio forte" ou que está frequentemente "cansada";
- Pessoas idosas com ambivalência de sentimento em relação ao cuidador e hesitação em falar sobre o mesmo;
- Pessoas idosas que apresentam resignação excessiva ou exagerado respeito às exigências dos cuidadores, assim como submissão passiva a procedimentos invasivos;
- Cuidadores/familiares que oferecem explicações inconsistentes ou implausíveis para os ferimentos da vítima ou obstruem a investigação falando pela pessoa idosa, dominando a entrevista, recusando-se a permitir que a pessoa idosa seja entrevistada sozinha, desviando o entrevistador do assunto ou agindo de forma defensiva;
- Familiares ou cuidadores que não permitem a tomada de decisões por parte da pessoa idosa;
- Cuidadores que apresentam atitudes de impaciência, intolerância, insulto, grosseria ou crítica excessiva à pessoa idosa, bem como manipuladora ou ameaçadora (ameaçam com a ideia do abandono, hospitalização, internação em instituição ou procedimentos dolorosos);
- Familiares ou cuidadores podem ser irracionalmente críticos e/ou insatisfeitos com profissionais anteriores e/ou serviços de saúde e, frequentemente, mudam de prestadores;
- Familiares/cuidadores que tentam ocultar os ferimentos da vítima, conduzindo a pessoa idosa a diferentes serviços de saúde para tratamento de cada lesão subsequente;
- Familiares com expectativas não razoáveis, como desejar que a pessoa idosa adquira marcha, quando a mesma não almeja mais esse objetivo;
- Não adesão ao programa de tratamento fisioterapêutico.

Estes sinais são apresentados na literatura como possibilidade da pessoa idosa estar vivenciando situações de violência (APTA, 2014; AUSTRÁLIA, 2010; CAMARATTA *et al.*, 2000; DALTON, 2005; FOOSE, 1999; LITTLE, 2002; MILDENBERGER; WESSMAN, 1986; NOVA ZELÂNDIA, 2007; PARANÁ, 2016; SALIGA *et al.*, 2004; SÃO PAULO, 2007; TOMITA, 1982).

## 2 DIAGNÓSTICO

O fisioterapeuta deve estar sempre atento a possíveis situações de violência para identificação e encaminhamento adequado, bem como implementação da ficha de notificação de violência interpessoal (AVEIRO *et al.*, 2011).

Dessa forma, a partir dos resultados obtidos através dos instrumentos de rastreio, esses podem sinalizar um diagnóstico, envolvendo a identificação, avaliação e notificação das situações de violência apresentadas.

### 2.1 Identificação

A identificação dos casos pode ser feita durante a avaliação e/ou atendimento fisioterapêutico, por meio do reconhecimento de sinais de alerta, que apresentar-se-ão de acordo com o tipo de violência a que está submetida a pessoa idosa. Esta identificação requer capacitação, treinamento e sensibilidade para perceber situações camufladas em histórias que emergem durante os atendimentos às pessoas idosas (RIBEIRO; BARTER, 2010).

Desse modo, além do conhecimento sobre a aplicabilidade dos instrumentos de rastreio e sua interpretação, é necessário que o fisioterapeuta também esteja familiarizado com as formas de violência e suas especificidades, sendo capaz de identificar sinais objetivos e subjetivos, os mecanismos das situações e as manifestações específicas a cada tipo, que podem indicar a necessidade de aprofundar a investigação do caso.

Os mecanismos das situações dizem respeito à maneira de agir, executar ou concretizar a violência, seguindo geralmente determinados meios de ação. Refere-se ao modo ou a forma de praticar uma dada violência.

As manifestações das situações de violência relacionam-se às modificações orgânicas ou funcionais apresentadas pela pessoa idosa e que auxiliam no estabelecimento do diagnóstico.

Contudo, uma das principais barreiras em identificar a pessoa idosa vítima de violência é a negação por parte da mesma, pois esta insiste em defender e justificar as atitudes do seu agressor (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

#### 2.1.1 Violência Física

É a forma mais visível de VCPI e consiste na utilização de força física que pode resultar em lesão corporal, dor física, incapacidade ou até a morte (BARCELOS; MADUREIRA, 2013; CANADÁ, 2013).

Os mecanismos utilizados na violência física estão abaixo descritos (APTA, 2014; BRASIL, 2014a; CANADÁ, 2013). Em relação às manifestações, alguns estudos revelam maior ocorrência dos referidos sinais (APTA, 2014; AUSTRÁLIA, 2010; BRASIL, 2002; CALIFÓRNIA, 2019; CAMARATTA *et al.*, 2000; DALTON, 2005; FOOSE, 1999; LITTLE, 2002; MILDENBERGER; WESSMAN, 1986; PARANÁ, 2016; SALIGA *et al.*, 2004; TOMITA, 1982).

<b>VIOLÊNCIA FÍSICA</b>	
<b>Mecanismos</b>	<b>Manifestações</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Golpear (com ou sem objeto);</li> <li>• Empurrar;</li> <li>• Bater;</li> <li>• Espancar;</li> <li>• Chutar;</li> <li>• Estapear;</li> <li>• Cutucar;</li> <li>• Chacoalhar;</li> <li>• Puxar o cabelo;</li> <li>• Morder;</li> <li>• Beliscar;</li> <li>• Cuspir;</li> <li>• Queimar;</li> <li>• Cortar;</li> <li>• Restringir a pessoa de forma inadequada ou outros meios mais letais (agredir com cintos, objetos caseiros armas brancas e/ou armas de fogo);</li> <li>• Administrar drogas inapropriadas;</li> <li>• Realizar contenção física ou posições incorretas;</li> <li>• Alimentar forçadamente;</li> <li>• Punir fisicamente;</li> <li>• Prestar serviços de fisioterapia a uma pessoa idosa contra seu desejo ou em uma intensidade inadequada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedas ou qualquer lesão e local de ferida incompatível com a explicação (discrepâncias entre lesão e explicação);</li> <li>• Lesões que se mostrem improváveis, inconsistentes, com alegação de autolesão, inclusive atividades que ultrapassem a capacidade física da pessoa idosa;</li> <li>• Lesões de pele incomuns ou locais inconsistentes de feridas;</li> <li>• Lesões que não estão sendo tratadas adequadamente ou que demonstrem atraso na busca de tratamento;</li> <li>• Lesões em diferentes estágios de cicatrização, sendo vistas por diferentes médicos ou hospitais;</li> <li>• Lesões na parte superior do corpo: face, cabeça, pescoço, garganta, peito, abdômen ou pelve;</li> <li>• Feridas abertas, cortes, perfurações, lacerações ou abrasões;</li> <li>• Contusões, queimaduras ou ferimentos inexplicáveis, de vários formatos, em diferentes estágios de resolução e/ou de formatos bem definidos;</li> <li>• Hematomas, marcas de aperto, arranhões e/ou contusões agrupadas, em padrão regular ou central (cabeça, pescoço, mamas, abdômen, costas e genitália/virilha);</li> <li>• Queimaduras podendo ser causadas por cigarros, produtos cáusticos e ácidos, em tamanhos, formas ou locais incomuns, podendo ser em forma de luva e meia;</li> <li>• Vergões ou descolorações (geralmente em vários locais ou aglomerados no tronco ou bilateralmente nos braços ou em forma de algum objeto – como cinto, cabo elétrico ou dedos);</li> <li>• Luxações ou fraturas inexplicáveis;</li> <li>• Ferimentos internos ou sangramentos;</li> <li>• Marcas da arcada dentária que sinalizem a mordida humana;</li> <li>• Trauma com objeto cego, couro cabeludo sensível e / ou edema ou hemorragia sob o couro cabeludo;</li> <li>• Queda de cabelo irregular, manchas com ausência de cabelos (alopecia traumática);</li> <li>• Olhos roxos ou fundos, lesão ocular, óculos ou armações quebradas;</li> <li>• Fraturas ósseas e dentárias, fraturas do crânio, evidência de ossos não assentados e/ou em diferentes estágios de resolução;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinais de confinamento ou evidências de restrição física (como marcas de corda, ataduras ou contenção nos punhos e tornozelos, que indiquem que foram amarrados a móveis, utensílios de banheiro ou trancados em quarto);</li> <li>• Posicionamento ou postura incorreta;</li> <li>• Redução no tônus muscular;</li> <li>• Evidências de medicamentos prescritos não utilizados ou de administração inadequada;</li> <li>• Achados laboratoriais de superdosagem ou subutilização de medicamentos prescritos;</li> <li>• Relatos de que foram atingidos, levados, chutados ou maltratados;</li> <li>• Falta de vontade de se comunicar;</li> <li>• Alterações no comportamento ou no nível da atividade;</li> <li>• Atraso entre o incidente que causou a lesão e a apresentação na sala de emergência;</li> <li>• Uso repetido dos serviços de emergência, possivelmente em diferentes instalações;</li> <li>• A recusa de um cuidador em permitir que os visitantes vejam a pessoa idosa sozinha;</li> <li>• Evidência de abuso de drogas ou álcool pela pessoa idosa ou cuidador;</li> <li>• Desidratação e/ou desnutrição sem doenças relacionadas à causa;</li> <li>• Perda de peso;</li> <li>• Palidez.</li> </ul>
--	---

### 2.1.2 Violência Psicológica

Qualquer ação (verbal ou não-verbal) ou omissão que diminuem o senso de identidade, dignidade e autoestima da pessoa idosa, impondo-lhe tristeza, isolamento, solidão, sofrimento mental, angústia e, frequentemente, depressão (BARCELOS; MADUREIRA, 2013; BRASIL, 2014a; CANADÁ, 2013).

Os mecanismos da violência psicológica são relatados no quadro abaixo (APTA, 2014; BRASIL, 2014a; CALIFÓRNIA, 2019; CANADÁ, 2013). No tocante às manifestações, estudos elencam a maior ocorrência dos referidos achados (APTA, 2014; AUSTRÁLIA, 2010; BRASIL, 2002; CALIFÓRNIA, 2019; CAMARATTA *et al.*, 2000; CANADÁ, 2013; DALTON, 2005; FOOSE, 1999; LITTLE, 2002; MILDENBERGER; WESSMAN, 1986; PARANÁ, 2016; SALIGA *et al.*, 2004; TOMITA, 1982).

<b>VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA</b>	
<b>Mecanismos</b>	<b>Manifestações</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emitir palavras ou ações que depreciam a pessoa idosa, e o fazem se sentir indigno;</li> <li>• Desconsiderar os desejos de uma pessoa idosa;</li> <li>• Desrespeitar os pertences ou animais de estimação de uma pessoa idosa;</li> <li>• Controlar inadequadamente as atividades da pessoa idosa (por exemplo, não permitir que assista televisão);</li> <li>• Ameaçar uma pessoa idosa (por exemplo, dizer que irá colocá-la em uma ILPI);</li> <li>• Tratar a pessoa idosa como uma criança;</li> <li>• Remover o poder de decisão enquanto a pessoa idosa ainda é competente;</li> <li>• Isolar ou ignorar a pessoa idosa;</li> <li>• Falhar em fornecer companhia, fazendo mudanças não anunciadas na rotina;</li> <li>• Não fornecer notícias ou informações solicitadas pela pessoa idosa;</li> <li>• Reter afeto;</li> <li>• Ameaçar de várias formas: assédio, agressão, intimidação verbal, gritos, humilhação, isolamento, intimidação, xingamentos;</li> <li>• Invadir a privacidade (como abrir o correio ou e-mails da pessoa idosa, acessar informações pessoais);</li> <li>• Causar isolamento social (cuidador/familiar não permite visitantes ou participação da pessoa idosa em reuniões religiosas ou sociais);</li> <li>• Impedir que uma pessoa idosa pratique uma fé (impedir que participe de serviços religiosos relacionados à sua fé);</li> <li>• Ameaçar causar danos (isto é, dizer ou fazer algo que cause medo);</li> <li>• Assediar (intimidar ou ameaçar a pessoa idosa com comentários degradantes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de interesse em si e no ambiente;</li> <li>• Passividade e apatia em relação a outra pessoa, nervosismo e desconforto em torno de um indivíduo em particular;</li> <li>• Falta de contato visual, ambivalência ou nervosismo ao redor de outra pessoa, relutância em falar abertamente, desamparo e renúncia;</li> <li>• Tendência ao afastamento, retraimento e/ou aumento do isolamento;</li> <li>• Nervosismo, raiva, agressividade;</li> <li>• Baixa autoestima;</li> <li>• Agitação;</li> <li>• Confusão, desorientação;</li> <li>• Anseio por atenção;</li> <li>• Ambivalência;</li> <li>• Deferência, passividade ou letargia;</li> <li>• Medo do cuidador ou profissional de saúde, podendo desviar o olhar do cuidador ou profissional de saúde;</li> <li>• Medo de estranhos e do ambiente;</li> <li>• Medo ou suspeita de determinadas pessoas em casa;</li> <li>• Ambivalência de sentimento em relação ao cuidador;</li> <li>• Hesitação em falar sobre o cuidador;</li> <li>• Comportamento excessivamente cauteloso perto do cuidador;</li> <li>• Retirada ou evasão;</li> <li>• Ansiedade e/ou depressão;</li> <li>• Desamparo, desesperança, resignação;</li> <li>• Choro frequente inexplicável;</li> <li>• Mudanças repentinas no comportamento;</li> <li>• Comportamentos bizarros: chupar dedo, embalar-se;</li> <li>• Autoagressão ou gestos suicidas;</li> <li>• Transtornos de conduta ou neuróticos;</li> <li>• Perturbação emocional ou agitação;</li> <li>• Humilhação e sentimento de derrota;</li> <li>• Falta de comunicação ou falta de resposta;</li> <li>• Confusão do paciente, que não é indicada pela síndrome orgânica do cérebro, desnutrição, desidratação, anestesia ou uso inadequado de medicação;</li> <li>• Não adesão ao programa de tratamento fisioterapêutico;</li> <li>• Relatos de maus-tratos verbais ou emocionais.</li> </ul>

### 2.1.3 Violência Sexual

É qualquer comportamento sexual dirigido a uma pessoa idosa sem o pleno conhecimento e consentimento, pretendendo 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 (BRASIL, 2014a; CANADÁ, 2013).

A violência sexual tem como principais meios de ocorrência os mecanismos abaixo descritos (APTA, 2014; AUSTRÁLIA, 2010; CANADÁ, 2013). As manifestações citadas são as mais relatadas na literatura (APTA, 2014; AUSTRÁLIA, 2010; BRASIL, 2002; CANADÁ, 2013; NOVA ZELÂNDIA, 2007; PARANÁ, 2016).

<b>VIOLÊNCIA SEXUAL</b>	
<b>Mecanismos</b>	<b>Manifestações</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tocar ou estabelecer contato sexual indesejado;</li> <li>• Obter fotografias sexualmente explícitas;</li> <li>• Coagir através da força, truques, ameaças ou outros meios para atividades sexuais indesejadas;</li> <li>• Consumar contato sexual com pessoas idosas que não podem conceder consentimento;</li> <li>• Estuprar (inclui estupro conjugal ou com parceiro) ou praticar incesto;</li> <li>• Explorar sexualmente;</li> <li>• Assediar, expor e/ou praticar voyeurismo;</li> <li>• Manter atividade sexual indesejada, como comportamento verbal ou sugestivo, carícias ou falta de privacidade pessoal;</li> <li>• Utilizar linguagem sexualmente ofensiva e/ou toques inadequados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão, dor, contusão, prurido, hematomas e/ou sangramentos na área genital e/ou anal;</li> <li>• Contusões ou hematomas ao redor dos seios ou parte interna das coxas;</li> <li>• Presença do sêmen ou sangue ressecado em vagina ou ânus;</li> <li>• Roupas íntimas rasgadas/manchadas/ensanguentadas;</li> <li>• Dificuldade em caminhar ou sentar, sem evidência de doença musculoesquelética;</li> <li>• Doenças sexualmente transmissíveis inexplicadas ou infecções genitais;</li> <li>• Relatos de agressão sexual ou estupro;</li> <li>• Revelações de encontros estranhos com indivíduos conhecidos ou desconhecidos e fortes reações a assuntos relacionados à violência sexual;</li> <li>• Recuo ou medo de ser tocado;</li> <li>• Medo de tomar banho ou ir ao banheiro.</li> </ul>

### 2.1.4 Violência Financeira

Constitui exploração imprópria ou ilegal de recursos financeiros ou patrimoniais de pessoas idosas, consentido ou não por eles, que resulta em um ganho monetário ou pessoal para o agressor e/ou uma perda monetária ou pessoal para a pessoa idosa. O uso indevido de outros fundos ou propriedades do indivíduo através de fraude ou força são considerados também abusos financeiros (BARCELOS; MADUREIRA, 2013; CANADÁ, 2013).

Os mecanismos da violência financeira descritos se constituem as formas de ação mais relatadas na literatura (APTA, 2014; AUSTRÁLIA, 2010; CALIFÓRNIA, 2019; CANADÁ, 2013). Em relação às manifestações desta violência, estudos elencam a maior ocorrência dos referidos achados (APTA, 2014; AUSTRÁLIA, 2010; BRASIL, 2002; CANADÁ, 2013).

<b>VIOLÊNCIA FINANCEIRA</b>	
<b>Mecanismos</b>	<b>Manifestações</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apropriar-se indevidamente de ativos, dinheiro ou objetos de valor;</li> <li>• Utilizar indevidamente o cartão bancário, bens e/ou fundos de uma pessoa idosa;</li> <li>• Roubar, falsificar ou fraudar;</li> <li>• Recusar-se a sair da casa da pessoa idosa quando solicitado;</li> <li>• Compartilhar a casa da pessoa idosa sem pagar uma parcela justa das despesas;</li> <li>• Pressionar indevidamente uma pessoa idosa a: comprar álcool ou drogas; fazer ou mudar uma vontade; dar dinheiro a parentes ou cuidadores; envolver-se em trabalho remunerado para trazer dinheiro extra ou cuidar de filhos ou netos;</li> <li>• Cobrar excessivamente por quarto ou por pequenos serviços;</li> <li>• Tentar persuadir a pessoa idosa a desistir do controle sobre suas finanças;</li> <li>• Vender a casa ou mobília da pessoa idosa sem permissão e/ou abaixo do valor de mercado;</li> <li>• Enganar a pessoa idosa a assinar algo que ele não entende;</li> <li>• Descontar cheques sem autorização ou permissão;</li> <li>• Falsificar uma assinatura da pessoa idosa;</li> <li>• Desviar ou roubar dinheiro ou bens de uma pessoa idosa;</li> <li>• Alterar forçadamente documentos legais, coagindo ou enganando uma pessoa idosa para assinar um documento (por exemplo, contrato ou testamento);</li> <li>• Usar indevidamente de tutela, conservação ou procuração;</li> <li>• Negar acesso a fundos pessoais;</li> <li>• Coagir para transferências de propriedades;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arranjos de vida não compatíveis com o que a pessoa idosa pode pagar;</li> <li>• Falta de comodidades e necessidades claramente acessíveis;</li> <li>• Incapacidade de pagar contas ou necessidades e direitos não atendidos (abrigo, medicamentos, roupas, comida ou alimentação especial, contratação de cuidadores e/ou ajudantes, livre utilização dos proventos) em consequência do uso de recursos financeiros (aposentadoria, pensão, herança) pela família;</li> <li>• Prestação de cuidados ou contas abaixo do padrão, não pagos pelo cuidador responsável, apesar da disponibilidade de recursos financeiros;</li> <li>• Várias contas não pagas, como aluguel atrasado, quando um responsável deveria estar pagando as contas;</li> <li>• Interesse incomum na quantidade de recursos gastos para cuidar da pessoa idosa ou preocupação com o excesso de recursos financeiros dispensados;</li> <li>• Ansiedade, confusão ou falta de entendimento das próprias finanças pela pessoa idosa;</li> <li>• Mudanças repentinas em uma conta bancária ou prática bancária;</li> <li>• Atividade incomum ou inadequada em contas bancárias da pessoa idosa, por exemplo: saques de máquinas bancárias automatizadas quando ele(a) não pode deambular ou se dirigir ao banco;</li> <li>• Retirada inexplicada de grandes somas de dinheiro por uma pessoa acompanhando a pessoa idosa;</li> <li>• Inclusão de nomes adicionais no cartão bancário/de crédito da pessoa idosa;</li> <li>• Retirada não autorizada de fundos usando o cartão da pessoa idosa;</li> <li>• Contas de cartão de crédito de fornecedores não usuais da pessoa idosa (como por exemplo, roupas ou equipamentos eletrônicos que, provavelmente, não são frequentados pela pessoa idosa);</li> <li>• Desaparecimento ou perda inexplicável de fundos, objetos pessoais ou bens valiosos (como arte, talheres ou joias);</li> <li>• Perda de cartão bancário ou do talão de cheques;</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assinar cheques e outros documentos financeiros da pessoa idosa ou quando este não pode escrever;</li> <li>• Obter procuração ou escritura de bens imóveis quando a pessoa idosa não puder compreender a situação financeira e/ou outorgar uma procuração válida;</li> <li>• Negar o acesso da pessoa idosa à sua casa;</li> <li>• Isolar a pessoa idosa para obter controle total das finanças;</li> <li>• Recusar-se em gastar o dinheiro da pessoa idosa com seus cuidados;</li> <li>• Realizar empréstimo em benefício de outrem, quando a pessoa idosa é incapaz de entender a natureza da transação e pode nem perceber que a transferência ocorreu;</li> <li>• Criar uma vontade ou confiança nova ou recente: se a pessoa idosa é claramente incapaz de fazer um testamento ou não percebe completamente que há mudanças nos beneficiários ou fiduciários;</li> <li>• Incentivar a pessoa idosa a fazer um novo testamento quando este não indica claramente o que deseja;</li> <li>• Fornecer e/ou cobrar serviços de Fisioterapia sem consentimento informado do cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transferência repentina inexplicada de bens para um membro da família ou alguém fora da família, ou transferência sem precedentes de fundos;</li> <li>• Mudanças bruscas em um testamento ou outro documento financeiro;</li> <li>• Descoberta de assinatura falsificado da pessoa idosa para transações financeiras ou para títulos de posses dessa pessoa;</li> <li>• Assinaturas de aparência suspeita em cheques e documentos;</li> <li>• Aparecimento repentino de parentes anteriormente não envolvidos, reivindicando direitos a um assunto ou posses da pessoa idosa;</li> <li>• Pessoa que demonstre um interesse incomum nos assuntos financeiros da pessoa idosa;</li> <li>• Cuidador interrogando apenas sobre questões financeiras, não relacionadas aos cuidados;</li> <li>• Cuidador sem meios óbvios de apoio;</li> <li>• Disposição ou concessão de propriedade/contas bancárias ao prestador de cuidados em troca de promessas de cuidados ao longo da vida;</li> <li>• Conhecimentos recentes que expressam afeto por uma pessoa idosa rico em bens;</li> <li>• Obtenção indevida de procuração permanente;</li> <li>• Relatos de exploração financeira.</li> </ul>
---	---

### 2.1.5 Negligência

É definida como uma falha de um prestador de cuidados, intencional ou não, em suprir as necessidades da pessoa idosa que está sendo cuidado. Este tipo de violência é compreendida em duas categorias:

- Negligência ativa: em que há a retenção intencional de cuidados ou das necessidades básicas da vida. Ocorre nas situações em que uma pessoa idosa for abandonada ou não receber roupas, água ou alimentos adequados, ou quando houver uma recusa do cuidador em permitir que outras pessoas prestem os cuidados necessários;
- Negligência passiva: em que há a falha em fornecer o devido cuidado devido à falta de conhecimento, informação, experiência ou habilidade. Ocorre quando um cuidador não possui as habilidades,

conhecimentos ou capacidade física para cuidar da pessoa ou eles não têm conhecimento dos apoios disponíveis (AUSTRÁLIA, 2010; CANADÁ, 2013).

Cada categoria de negligência apresenta mecanismos próprios, que são descritos na literatura (APTA, 2014; CANADÁ, 2013). Qualquer que seja esta categoria, as manifestações apresentadas são comuns e relacionadas em literaturas diversas (APTA, 2014; AUSTRÁLIA, 2010; BRASIL, 2002; CANADÁ, 2013; PARANÁ, 2016).

NEGLIGÊNCIA		
Mecanismos		Manifestações
Negligência Ativa	Negligência Passiva	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recusar ou falhar voluntariamente em fornecer alimentos, líquidos, roupas, abrigo, higiene pessoal, remédios, conforto, segurança pessoal e outros itens essenciais incluídos como uma responsabilidade ou um acordo;</li> <li>• Falhar em fornecer acesso ou pagar por assistência médica, cuidados de saúde domiciliares ou a longo-prazo (para uma parte financeiramente responsável);</li> <li>• Falhar em fornecer os cuidados necessários (para um provedor de serviços institucionais ou domésticos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer inadequadamente alimentos, líquidos, roupas ou abrigo;</li> <li>• Falhar em atender a outras necessidades de saúde e cuidados pessoais, como lavar roupa, vestir-se e funções corporais;</li> <li>• Fornecer insatisfatoriamente companheirismo social, tanto dentro da família quanto com amigos;</li> <li>• Deixar uma pessoa em um lugar inseguro;</li> <li>• Falhar involuntariamente em cumprir funções fiduciárias e responsabilidades devido ao desconhecimento ou compreensão inadequada das necessidades para os serviços prescritos;</li> <li>• Falta de conformidade com os requisitos clínicos e falha em fornecer precauções de segurança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desidratação;</li> <li>• Desnutrição ou falta de adesão à dieta prescrita;</li> <li>• Hipo/Hipernatremia;</li> <li>• Úlceras de pressão;</li> <li>• Higiene insatisfatória ou má higiene pessoal;</li> <li>• Deterioração geral da saúde;</li> <li>• Problemas de saúde não atendidos ou não tratados;</li> <li>• Ausência nos retornos agendados;</li> <li>• Uso indevido de medicamentos;</li> <li>• Falta de medicação ou sedação excessiva;</li> <li>• Falha no fornecimento de dispositivos protéticos, órteses, óculos, aparelhos auditivos ou equipamentos cirúrgicos duráveis;</li> <li>• Condições de moradia perigosas ou inseguras (por exemplo: fiação imprópria, sem aquecimento, sem água corrente);</li> <li>• Condições de vida insalubres ou impuras (sujeira, pulgas, piolhos, cama suja, cheiro de urina ou fezes);</li> <li>• Relatos de negligência;</li> <li>• Privação de contatos sociais ou atividades;</li> <li>• Aparência desleixada, roupa suja ou inadequada/inapropriada (por exemplo, para o clima);</li> <li>• Lesões de pele não tratadas ou contraturas;</li> <li>• Ausência de dentaduras ou dentes cariados ou quebrados;</li> <li>• Escoriações fissuras na pele e/ou períneo;</li> <li>• Admissões hospitalares repetidas por supervisão inadequada do cuidado de saúde;</li> <li>• Infestação de vermes;</li> <li>• Pessoa idosa abandonada por longos períodos de tempo.</li> </ul>

### 2.1.6 Autonegligência

Comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a saúde ou segurança dela mesmo, não incluindo as situações em que aqueles mentalmente competentes conscientizam as decisões voluntárias de se envolver em atos que ameacem sua saúde ou segurança (APTA, 2014).

A autonegligência utiliza-se do mecanismo descrito na referida literatura (APTA, 2014). Considerando as manifestações abaixo apresentadas, os achados mencionados são relacionados em diferentes estudos (APTA, 2014; BRASIL, 2014a; NOVA ZELÂNDIA, 2007).

AUTONEGLIGÊNCIA	
Mecanismos	Manifestações
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser incapaz, devido a deficiências físicas e/ou mentais, de executar tarefas essenciais para cuidar de si mesmo, incluindo a obtenção de: água, vestuário, abrigo, segurança, higiene pessoal, assistência médica e bens e serviços necessários para a manter a saúde física, o bem-estar emocional, segurança geral e gerenciamento de assuntos financeiros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Astúcia, medo, desconfiança;</li> <li>• Desidratação;</li> <li>• Desnutrição ou falta de adesão à dieta prescrita, hábitos alimentares inadequados;</li> <li>• Hipo/Hipernatremia;</li> <li>• Úlceras de pressão;</li> <li>• Deterioração geral da saúde;</li> <li>• Ausência de higiene básica e cuidados pessoais;</li> <li>• Roupas inadequadas ou incomuns;</li> <li>• Problemas de saúde não atendidos ou não tratados;</li> <li>• Uso indevido de medicamentos ou não preenchimento de prescrições necessárias;</li> <li>• Recusa em tomar banho, não se alimentar e não tomar os medicamentos;</li> <li>• Ambientes de vida imundos e insalubres;</li> <li>• Coletar e/ou acumular lixo;</li> <li>• Isolamento (reclusão), não sair de casa;</li> <li>• Coleção de animais de estimação;</li> <li>• Incapacidade ou recusa no pagamento de contas;</li> <li>• Protege ferozmente a independência e a privacidade;</li> <li>• Ideações suicidas, tentativas de suicídio ou suicídio consumado.</li> </ul>

### 2.1.7 Abandono

O abandono é a ausência ou deserção dos responsáveis de prestarem auxílio a uma pessoa idosa que necessite de proteção. É a expressão da segregação física ou simbólica da pessoa idosa, como privação da vida social e familiar (BARCELOS; MADUREIRA, 2013; SOUZA; SOUZA, 2007).

Os mecanismos de ação observados no abandono são listados no referido quadro (CALIFÓRNIA, 2019; BRASIL, 2014a; MINAYO, 2014), bem como as manifestações relacionadas a esta violência (APTA, 2014).

<b>ABANDONO</b>	
<b>Mecanismos</b>	<b>Manifestações</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deixar a pessoa idosa sem vigilância em um ambiente público;</li> <li>• Afastar-se da pessoa idosa, sem tomar providências para o cuidado;</li> <li>• Trancar a pessoa idosa fora de casa ou retirá-lo da sua casa contra sua vontade;</li> <li>• Trocar a acomodação da pessoa idosa na própria residência a favor dos mais jovens, como por exemplo, colocá-lo num cômodo nos fundos da casa privando-o do convívio com outros membros da família e das relações familiares;</li> <li>• Conduzir a pessoa idosa 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;</li> <li>• Deixar a pessoa idosa sem assistência quando dela necessita, antecipando sua imobilidade, anulando sua personalidade ou promovendo seu adoecimento e morte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandono de pessoas idosas em um hospital, unidade de cuidados ou outras instituições semelhantes;</li> <li>• Abandono em qualquer local público;</li> <li>• Relatos de abandono.</li> </ul>

## 2.2 Avaliação

As diretrizes de avaliação são uma ferramenta que ajudam a equipe e a gestão resolverem profissionalmente a situação. A avaliação é útil para observar objetivamente e relatar internamente a situação, bem como tomar decisões sobre intervenções externas (AUSTRÁLIA, 2010).

A abordagem deve favorecer o diálogo e a observação detalhada de sinais e sintomas, sempre considerando as dificuldades relatadas pela pessoa idosa e seu(s) cuidador(es), principalmente no contexto de famílias em situação de risco para violência. O julgamento de culpabilidade ou apuração de responsabilidade não compete ao profissional. Seu papel é facilitar a comunicação, agindo com prudência e diplomacia na busca da orientação ou direcionamento mais adequado a cada caso (BRASIL, 2002).

Durante a avaliação, o fisioterapeuta deve considerar alguns fatores como a segurança e a condição funcional de autoproteção da pessoa idosa. Desse modo, diante de uma emergência em situação com risco de vida, não há necessidade em obter o consentimento da pessoa para chamar a autoridade policial e/ou serviço de atendimento móvel. Se não consiste de uma emergência, questionar-se se o idoso terá condições de se proteger ou acionar apoio formal (serviços de proteção, serviços jurídicos) ou informal (familiares, amigos, comunidade cultural, líder religioso) em condições de piora da situação (AUSTRÁLIA, 2010; BRASIL, 2002).

Documentação e relatórios realizados pela equipe auxiliam os gestores na elaboração das etapas de ação, e registros adequados são necessários e desempenham um papel essencial nessa realidade (AUSTRÁLIA, 2010; BRASIL, 2002).

Os instrumentos e ferramentas utilizadas para rastreamento e identificação da violência contra pessoas idosas podem identificar tanto o risco, como a ocorrência propriamente dita deste agravo. Com base nesses instrumentos, esses resultados podem ser documentados como forma de avaliação e diagnóstico da situação de violência em que se encontra a pessoa idosa.

Especialmente, no tocante à avaliação funcional, a MIF consegue quantificar de forma mais objetiva a necessidade de ajuda ou a dependência parcial, o que facilita a elaboração do plano terapêutico (BRASIL, 2006).

### **2.2.1 Entrevista**

Antes de entrevistar uma pessoa idosa suspeito de vítima de violência, o fisioterapeuta deve avaliar deficiências cognitivas que possam afetar a memória da pessoa idosa. Para tal, pode ser útil uma avaliação do estado mental para determinar se as respostas são descrições válidas de comportamento violento (APTA, 2014).

A avaliação do estado mental pode ser realizada através do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), que foi elaborado para ser uma avaliação prática de alteração do estado cognitivo em clientes geriátricos (Anexo 7). Este instrumento examina orientação temporal e espacial; memória de curto prazo (imediate ou atenção); evocação; habilidades de linguagem e viso-espaciais; cálculo; e praxia. Pode ser usado como teste de rastreamento ou avaliação cognitiva (FOLSTEIN; FOLSTEIN; McHUGH, 1975). Os pontos de cortes mais frequentemente utilizados para indicar comprometimento cognitivo levam em consideração os diversos graus de escolaridade: analfabetos apresentam ponto de corte 13; 18 pontos para pessoas idosas com baixa e média escolaridade; e 26 pontos para aqueles com alto nível de escolaridade (BERTOLUCCI *et al.*, 1994).

Se a pessoa idosa demonstrar demência significativa e não tiver capacidade de responder as perguntas sobre provável violência, o fisioterapeuta deve procurar um entrevistado improvável de ser o agressor (APTA, 2014). Esse pode constituir um obstáculo na identificação e na avaliação da situação suspeita.

Outro fator a considerar na entrevista é o consentimento da pessoa idosa. Enfatizando que, mesmo que ele tenha algum comprometimento da capacidade cognitiva, é importante incluí-los no tratamento das situações e obter o seu consentimento, se e quando praticável (AUSTRÁLIA, 2010).

A entrevista deve ser conduzida para garantir a privacidade e ser estruturada de modo que os indivíduos envolvidos sejam entrevistados separadamente. Dessa forma, entreviste a vítima, em particular, de forma confidencial, afastando-a dos supostos agressores. O ambiente deve ser privativo, com iluminação adequada, com mínimo de distrações e que permita à pessoa idosa manter o senso de controle (APTA, 2014).

O fisioterapeuta deve ter um protocolo de entrevista para detecção e avaliação da violência, que também pode servir para reavaliar periodicamente as situações (Apêndice 5). O entrevistador deve investigar a condição geral da pessoa idosa, considerando questionamentos específicos para cada tipo de violência. Durante a entrevista, fisioterapeutas devem dar suporte à pessoa idosa: expressando sua preocupação e segurança com o mesmo; demonstrando compreensão com a dificuldade em relatar a violência; isentando a pessoa idosa do sentimento de medo, culpa ou vergonha pela violência; e manifestando apoio (APTA, 2014; PARANÁ, 2016).

Documentar cuidadosamente todas as informações disponíveis, indicadores e condições quanto possível referentes à violência (CALIFÓRNIA, 2019).

### 2.2.2 Exame Físico

O exame físico deve sempre ser realizado fora da presença do cuidador e/ou do provável agressor. Os fisioterapeutas necessitam documentar lesões de pele incomuns, contusões, hematomas, fraturas e lesões decorrentes de acidentes ou suspeitas de violência.

É responsabilidade do fisioterapeuta documentar cuidadosamente quaisquer dessas lesões e garantir ao cliente que os registros são confidenciais e serão armazenados em local seguro (Apêndice 5). Estes registros podem fornecer importantes evidências em procedimentos legais e sua documentação pode se dá por meio da descrição das lesões, registro em mapas/modelos corporais e fotografias (APTA, 2014; CAMARATTA *et al.*, 2000; DALTON, 2005; LITTLE, 2002; TOMITA, 1982).

Os mapas corporais devem ser usados para documentar lesões suspeitas ou conhecidas associadas à violência, principalmente quando lesões não podem ser documentadas ou bem vistas em fotografias (por exemplo, contusões em resolução ou no mesmo tom da pele). As lesões devem ser desenhadas no mapa corporal e os relatos das pessoas idosas sobre a lesão descritas juntamente com o mapa (Apêndice 5).

As fotografias são um excelente complemento para o registro escrito. O paciente deve permitir que a fotografia faça parte do prontuário e que não possa ser liberado sem o consentimento por escrito (Apêndice 6). Devem ser considerados os seguintes pontos ao fotografar um paciente:

- Obter consentimento por escrito;
- Obter fotos coloridas;
- Fotografar lesões em diferentes ângulos e incluir corpo inteiro e foto em close;
- Usar uma moeda ou régua para ilustrar o tamanho da lesão;
- Incluir o rosto do paciente em pelo menos uma foto;
- Tirar, pelo menos, duas fotos de todas as principais áreas do trauma;

- Marcar as fotos com o nome da vítima, local da lesão, nome do profissional e outras testemunhas no momento em que a foto foi tirada;
- Ser consistente onde as fotos serão arquivadas e o responsável por sua guarda (APTA, 2014).

### 2.3 Notificação

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) determina que nenhuma pessoa idosa será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, sendo dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos seus direitos.

Essa legislação determina ainda que é dever de todos proteger a dignidade da pessoa idosa, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. Decreta que os casos suspeitos ou confirmados de violência praticada contra pessoas idosas são objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles aos órgãos responsáveis (BRASIL, 2003).

Desse modo, as intervenções voltadas à notificação dos casos incluem:

- Notificação Compulsória;
- Denúncia às entidades responsáveis: Autoridade Policial (Delegacias Especializadas); Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 2003; 2016).

A notificação compulsória dos casos se dá através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (Anexo 8), que deve ser preenchida em 02 (duas) vias: uma via fica na unidade notificadora, e a outra deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica ou Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) para digitação e consolidação dos dados.

A notificação não se constitui denúncia, mas é uma obrigação institucional, cabendo aos serviços, aos gestores e/ou profissionais, incluindo o fisioterapeuta, a responsabilidade de realizar a notificação compulsória em conformidade com a legislação vigente (BRASIL, 2016). Porém, a falta de capacitação e de apoio aos profissionais podem se constituir uma barreira à notificação e/ou denúncia das situações de violência, embora o Estatuto do Idoso estabeleça como infração administrativa (com pena de multa) a falta de comunicação do profissional de saúde à autoridade competente, nos casos de crime contra a pessoa idosa (BRASIL, 2003).

No Brasil, o Disque 100 ou Disque Direitos Humanos é o serviço de denúncia considerado como um “pronto-atendimento” dos direitos humanos e que atende, dentre outras, situações de violência contra pessoas idosas. Neste canal, qualquer cidadão pode realizar uma denúncia sobre violações de direitos

humanos da qual seja a vítima ou mesmo tenha conhecimento. As denúncias poderão ser anônimas ou, quando solicitado pelo denunciante, é garantido o sigilo da fonte das informações. O serviço funciona diariamente, 24 horas por dia, incluindo sábados, domingos e feriados. As ligações podem ser feitas de todo o Brasil por meio de discagem direta e gratuita, de qualquer terminal telefônico fixo ou móvel. Após o registro, a denúncia é analisada e encaminhada aos órgãos de proteção, defesa e responsabilização em direitos humanos, respeitando as competências de cada órgão (BRASIL 2019e).

Além do Disque 100, os profissionais tem disponíveis também outros canais de denúncia: Delegacia Especializada no Atendimento ao Idoso, Promotoria de Justiça do Cidadão, Disque Denúncia Municipal, Conselho Municipal da Pessoa Idosa, Conselho Estadual de Defesa e Direitos da Pessoa Idosa e Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (Apêndice 7).

Os fisioterapeutas respondem ainda, eticamente, pela resolução 424/2013 do Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional (COFFITO), que estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, e institui que “o fisioterapeuta deve comunicar à chefia imediata da instituição em que trabalha ou à autoridade competente, fato que tenha conhecimento que seja tipificado como crime, contravenção ou infração ética” (COFFITO, 2013).

A notificação é uma obrigação institucional, cabendo aos serviços, aos gestores e/ou aos profissionais a responsabilidade de realizar a notificação compulsória em conformidade com a legislação vigente, competindo à gestão local definir estratégias de acompanhamento dos casos e dar suporte aos profissionais (BRASIL, 2016).

No entanto, outras barreiras também estão relacionadas à subnotificação por parte dos profissionais: as ameaças sofridas pelos autores das violências e a atuação insatisfatória dos órgãos competentes, relacionados aos serviços de retaguarda e medidas protetivas adequadas. Portanto, quando não respaldados pela instituição, os profissionais correm o risco de ameaça e represálias pelo autor da violência, visto que existem problemas na rede de serviços em todo o país, nas regulamentações técnicas e nos mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar (GARBIN *et al.*, 2015).

De modo a minimizar esses riscos, o Ministério da Saúde orienta o preenchimento da Ficha de Notificação da seguinte forma: os campos do nome, assinatura e função do notificador são preenchidos à critério da gestão local, podendo a mesma definir procedimentos alternativos de identificação, como por exemplo, o uso de um carimbo institucional exclusivo (BRASIL, 2016). Portanto, a instituição pode ser responsabilizada por essa comunicação, isentando a identificação do fisioterapeuta e, dessa forma, minimizando o risco de represália para com esse profissional.



Outros fatores relacionados à notificação envolvem o risco das pessoas idosas de serem retaliados e abandonados por seus familiares, inclusive em ILPI (COLUSSI *et al.*, 2019; GARBIN *et al.*, 2015; SANTOS, 2007).

Apesar dos riscos apresentados, a notificação e a denúncia de situações de violência em pessoas idosas são deveres legais e éticos necessários que, quando bem conduzidos, beneficiam toda a sociedade.

### 3 PLANO TERAPÊUTICO E REABILITAÇÃO

As intervenções que compõem um plano terapêutico e reabilitação incluem:

- Reabilitação de atividades e sequelas funcionais, de forma individualizada, a fim de diminuir a dependência funcional da pessoa idosa e alcançar o máximo de independência e autocuidado;
- Analgesia para auxiliar na reabilitação funcional;
- Reabilitação com suporte de dispositivos auxiliares: avaliação, prescrição, adequação e treinamento de Tecnologias Assistivas (TA);
- Recomendação de adaptações no ambiente doméstico para promover segurança e autoconfiança;
- Retorno à comunidade e reintegração social, a partir da recuperação funcional máxima.

As intervenções supracitadas são pautadas nos mais diversos achados literários (AVEIRO *et al.*, 2011; FOOSE, 1999; HOLLAND; KASRAIAN; LEONARDELLI, 1987; LIMA *et al.*, 2010; LITTLE, 2002; PARANÁ, 2016; RIBEIRO; BARTER, 2010; TOMITA, 1982). Dentre elas, destaca-se a utilização da cinesioterapia direcionada para reabilitação de atividades funcionais, atuando na perda da autonomia e funcionalidade resultantes de situações de violência.

Exercícios de força e multicomponentes (treinamento de força combinado com exercícios de equilíbrio, aeróbico e alongamento) são boas estratégias para melhorar a funcionalidade em pessoas idosas. Além de minimizar a sarcopenia, contribuem para o equilíbrio, desempenho cardiorrespiratório e flexibilidade, favorecendo, assim, o aumento na funcionalidade (LEMOS; GUADAGNIN; MOTA, 2020).

As TA se configuram como as próteses, órteses e auxiliares de marcha (muletas, bengalas e andadores). Estes podem facilitar os deslocamentos, evitar a progressão de deformidades e proporcionar maior integração em sociedade, melhorando significativamente a qualidade de vida dos usuários (LUSTOSA *et al.*, 2015). Assim sendo, essas tecnologias permitem maior autonomia, retardam ou reabilitam incapacidades funcionais e favorecem a reintegração social, atuando como estratégias terapêuticas importantes nas situações de violência em pessoas idosas.

Contudo, o uso correto das TA exige uma avaliação física minuciosa, adaptação, orientações e treinamento junto ao usuário, pois caso utilizadas de forma incorreta podem trazer riscos à saúde como processos algícos, lesões e/ou acidentes (LUSTOSA *et al.*, 2015).

Necessário considerar, no plano terapêutico, algumas barreiras e implicações quanto aos recursos necessários à aplicação das referidas intervenções. A reabilitação, muitas vezes, demanda recursos econômicos (públicos e/ou privados) e de suporte familiar (geralmente fragilizado nas situações de violência), exigindo deslocamentos constantes aos serviços, e disponibilidade para aquisição e utilização das TA. Desse modo, esse contexto deve ser analisado ao propor um plano terapêutico para essa população.

#### 4 ACOMPANHAMENTO

O fisioterapeuta, através de seu protocolo de avaliação, deve realizar o acompanhamento da situação de violência, reavaliando periodicamente os parâmetros.

Sabendo que o atendimento fisioterapêutico consiste em um acompanhamento contínuo, a reavaliação também ocorrerá continuamente, recomendando-se proceder a aplicação dos instrumentos de forma periódica, como forma de monitoramento da situação de violência. A partir das alterações ou manutenção da situação inicialmente identificada, se faz necessário o ajuste ou a continuidade das medidas preventivas e/ou plano terapêutico proposto.

O acompanhamento através da aplicabilidade dos instrumentos descritos é determinado pela identificação dos fatores previamente detectados. Sendo assim, os fatores a serem reavaliados se relacionam com seus respectivos instrumentos, não sendo estabelecidos escores, critérios e/ou intervalos para reaplicação e monitoramento pelos mesmos.

<b>Estresse do Cuidador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• QASCI</li> <li>• ZBI</li> </ul>
<b>Suporte Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MOS</li> </ul>
<b>Independência Funcional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MIF</li> </ul>
<b>Rastreamento e Identificação da Violência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CTS-1</li> <li>• H-S/EAST</li> </ul>
<b>Avaliação Geral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEEM</li> <li>• FICHA DE AVALIAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO</li> </ul>
<b>Notificação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

O acompanhamento periódico das pessoas idosas que utilizam TA também deve ser especialmente realizado, pois deformidades e limitações podem modificar no decorrer do tempo, já que muitas entidades nosológicas são de natureza progressiva. Além disso, o fisioterapeuta deve realizar uma avaliação para verificar se a pessoa idosa tem utilizado a tecnologia, se a forma de uso está adequada e sua satisfação em relação à mesma, a fim de verificar se esta TA impactou de maneira positiva na atividade e participação social do usuário (LUSTOSA *et al.*, 2015).

Importante considerar o acompanhamento das notificações e denúncias realizadas, pois estas sozinhas não garantem que o conflito seja resolvido. Compete à gestão local definir estratégias de acompanhamento dos casos e dar suporte aos profissionais (BRASIL, 2016). Quando a denúncia é realizada no Disque 100, esta pode ser diretamente acompanhada retornando à ligação ao referido número e fornecendo os dados da ocorrência (BRASIL 2019e). Nos casos encaminhados ao Ministério Público, o acompanhamento torna-se imprescindível, para que a vítima não se sinta desprotegida e o agressor impune (SANTOS, 2007).

Contudo, estudos relatam uma inadequação entre a denúncia e a medida de proteção oferecida após essa intervenção. Frequentemente, ocorre uma desproporção entre o risco para vítima quando ocorre a denúncia e a segurança após o conflito. Sabe-se que a comunicação (denúncia ou notificação) da violência, exigida em lei, deveria se constituir uma medida que permitisse a articulação e a disponibilização de recursos públicos para reconstrução dos laços afetivos. No entanto, muitas vezes, a informação se limita aos aspectos burocráticos, ficando os casos notificados sem encaminhamentos (ROCHA *et al.*, 2018; SANTOS, 2007). Dessa forma, o acompanhamento da denúncia, quando não adequadamente conduzido, pode trazer o risco da intensificação do sofrimento ou potencialização da disfunção familiar.

Assim sendo, além da avaliação do impacto das medidas sobre a saúde dos indivíduos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão da implementação deste protocolo na redução dos fatores que aumentam a exposição desse indivíduo à violência, conseqüentemente, promovendo melhorias na qualidade de vida deste segmento populacional.

## REFERÊNCIAS

- ADIB, M. *et al.* Barriers to help-seeking for elder abuse: A qualitative study of older adults. **Geriatric Nursing**, v. 40, n. 6, p. 565-571, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.04.003>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- AGREE Next Steps Consortium. **Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) II**. The AGREE II Instrument [Electronic version]. 2017. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>. Acesso em: 04 jul. 2020.
- ALARCON, M. F. S. *et al.* Percepção do idoso acerca da violência vivida. **Revista Baiana de Enfermagem**, 34:e34825, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.34825>. Acesso em: 05 set. 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**, v. 6, n. 2, p. 58-71, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2018.2.29964>. Acesso em: 26 out. 2019.
- AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION (APTA). **Guidelines for Recognizing and Providing Care for Victims of Elder Abuse**. 3 ed. APTA, Alexandria, 2014.
- ASSIS, C. S. *et al.* Medida de independência funcional em pacientes com claudicação intermitente. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 49, n. 5, p. 756-761, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500007>. Acesso em: 19 jun. 2020.
- AUSTRALIA. Queensland Government. Department of Communities. A Guide for Elder Abuse Protocols. Developed for Community Service Organisations. **Uniting Care Community's Elder Abuse Prevention Unit**. Older Persons Programs of the Uniting Care Community. Brisbane, 2010. Disponível em: [https://www.eapu.com.au/uploads/EAPU\\_general\\_resources/EA\\_Protocols\\_FEB\\_2012-EAPU.pdf](https://www.eapu.com.au/uploads/EAPU_general_resources/EA_Protocols_FEB_2012-EAPU.pdf). Acesso em: 13 mar. 2020.
- AVEIRO, M. C. *et al.* Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16 (Supl. 1), p. 1467-1478, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700082>. Acesso em: 20 out. 2020.
- BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S. Violência Contra o Idoso. In: CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON, UFMG, 2013. p. 132-143.
- BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01-07, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>. Acesso em: 28 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01. **Diário Oficial União**, 18 mai 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. **Série Cadernos de Atenção Básica**, n. 8; Normas e Manuais Técnicos, n. 131. 2002.

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**, 03 out. 2003.

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005: Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. **Diário Oficial União**, 20 dez 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006: Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf). Acesso em: 14 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. **Diário Oficial da União**, 06 nov. 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas**. Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIVA – Instrutivo Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada**. Brasília, 2016.

BRASIL. 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. Período: 2017. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em: 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. 15 de junho é o Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/junho/15-de-junho-e-o-dia-mundial-de-conscientizacao-da-violencia-contr-a-pessoa-idosa>. Acesso em: 03 mai. 2020.

BRASIL. 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?sinannet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 12 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Balanço - Disque 100 Geral de Denúncia Balanço Geral - Pessoa Idosa – Nacional; Período: 2011 - 2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 e jan a junho 2019. 2019b. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/ouvidoria/balanco-disque-100> . Acesso em: 12 nov. 2019.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Programa Viver - Envelhecimento ativo e saudável. 2019d. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/todas-as-noticias/2019/marco/ProgramaViver.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ministério lança a Campanha Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. 2019e. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/junho/ministerio-lanca-a-campanha-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-a-pessoa-idosa>. Acesso em: 03 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Denunciar violação de direitos humanos (Disque 100). 2019f. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/denunciar-violacao-de-direitos-humanos>. Acesso em: 31 mai. 2020.

CALIFORNIA. Elder Abuse: Guidelines for Professional Assessment and Reporting: Identification, Assessment, Reporting, Prevention, Resources. **Prepared by the Elder Abuse Task Force of Santa Clara County**. California, 2019. Disponível em: <https://docplayer.net/11206193-Elder-abuse-guidelines-for-professional-assessment-and-reporting-identification-assessment-reporting-prevention-resources.html>. Acesso em: 18 dez. 2019.

CAMARATTA, F. *et al.* Elder Abuse and the Physical Therapist. **Issues on Aging**. V. 23, n. 1, p. 9-12, 2000.

CANADA. Human Resources and Skills Development Canada (HRSDC). Strategies for Interprofessional Health Care Providers to Address Elder Abuse/Mistreatment. **Canadian Association of Occupational Therapists Publications**. Ottawa, 2013.

CAVALCANTI, M. L. T.; SOUZA, E. R. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2699-708, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600008>. Acesso em: 03 nov. 2019.

COLUSSI, E. L. *et al.* Percepções de pessoas idosas sobre envelhecimento e violência nas relações intrafamiliares. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 4, e190034, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190034>. Acesso em: 15 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Resolução nº 424, de 08 de julho de 2013. **Diário Oficial da União**, 01 ago. 2013.

DALTON, A. Family Violence: Recognizing the Signs, Offering Help. **Magazine of Physical Therapy**, v. 13, ed. 1, p. 34-40, 2005.

FAUSTINO, A. M.; GANDOLFI, L.; MOURA, L. B. A. Capacidade funcional e situações de violência em idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 5, p. 392-8, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400066>. Acesso em: 12 fev. 2020.

FERREIRA, F. *et al.* Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**, v. 3, n. 2, p. 13-19, 2010. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Valida%C3%A7%C3%A3o-da-escala-de-Zarit%3A-sobrecarga-do-em-para-Ferreira-Pinto/3489811ff789759e8383d7e73990c5e865c30155>. Acesso em: 25 jun. 2020.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, p. 189-198, 1975. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6). Acesso em: 28 jun. 2020.

FOOSE, D. Elder Abuse: Stepping In and Stopping It. **Magazine of Physical Therapy**, v. 7, ed. 1, p. 56-62, 1999.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1879-90, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>. Acesso em: 05 set. 2020.

GIL, A. P. *et al.* Fatores de risco de violência contra as pessoas idosas: consensos e controvérsias em estudos de prevalência. **Configurações**, v. 16, p. 75-95, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/configuracoes.2852>. Acesso em: 17 jul. 2020.

GRANGER, C. V. *et al.* Advances in functional assessment for medical rehabilitation. **Topics in Geriatric Rehabilitation**, v. 1, n. 3, p. 59-74, 1986. Disponível em: [https://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances\\_in\\_functional\\_assessment\\_for\\_medical.7.aspx](https://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx). Acesso em: 30 jun. 2020.

GREENHALGH, T; PEACOCK, R. Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. **The BMJ**, v. 331, n. 5, p. 1064-65, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.38636.593461.68>. Acesso em: 05 nov. 2019.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200029>. Acesso em: 10 jul. 2020.

GRIEP, R. H. *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 703-14, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>. Acesso em: 10 jul. 2020.

HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 1083-93, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400030>. Acesso em: 22 jun 2020.

HOLLAND, L. R.; KASRAIAN, K. R.; LEONARDELLI, C. A. Elder Abuse: An Analysis of the Current Problem and the Potential Role of the Rehabilitation Professional. **Physical & Occupational Therapy in Geriatrics**, v. 5, n. 3, 1987. Disponível em: [https://doi.org/10.1080/J148v05n03\\_05](https://doi.org/10.1080/J148v05n03_05). Acesso em: 10 set 2019.

LEMOS, E. C. W. M.; GUADAGNIN, E. C.; MOTA, C. B. Influência do treinamento de força e do treinamento multicomponente na funcionalidade de idosos: revisão sistemática e metanálise. **Revista Brasileira de**



**Cineantropometria e Desempenho Humano**, v.22, e60707, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-0037.2020v22e6070>. Acesso em: 18 ago 2020.

LIMA, M. L. C. *et al.* Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2677-2686, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600006>. Acesso em: 03 nov. 2019.

LITTLE, C. D. What every Physical Therapist should know about Elder Abuse. **GeriNotes**, v. 9, n. 4, p. 5-9, 2002.

LOPES, L. G. F. *et al.* Violence against the elderly person. **Journal Nursing UFPE On Line**, v. 12, n. 9, p. 2257-68, 2018a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a236354p2257-2268-2018>. Acesso em: 12 fev. 2020.

LOPES, E. D. S. *et al.* Maus-tratos a pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p. 652-62, 2018b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180062>. Acesso em: 07 nov 2019.

LUSTOSA, L. P. *et al.* **Uso terapêutico de tecnologias assistivas: direitos das pessoas com deficiência e habilidade física e motora.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2015.

MICHELETTI, A. L. N. S. *et al.* Produção científica sobre violência contra o idoso nas bases Scielo e Lilacs. **Psicólogo inFormação**, v. 15, n. 15, p. 51-68, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-88092011000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092011000100004). Acesso em: 12 out. 2019.

MILDENBERGER, C.; WESSMAN, H. C. Abuse and Neglect of Elderly Persons by Family Members – A Special Communication. **Physical Therapy**, v. 66, n. 4, p. 537-9, 1986. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/ptj/66.4.537>. Acesso em: 10 set. 2019.

MINAYO, M. C. 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: 2 nov. 2019.

MINAYO, M. C. S. Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. **Mais60: Estudos sobre Envelhecimento**, v. 25, n. 60, p. 10-27, 2014.

MEIRA, C. E.; GONÇALVES, L. H. T.; XAVIER, J. Os relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 171-180, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v6i2.4148>. Acesso em: 2 jul. 2020.

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. 421-8, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680307i>. Acesso em: 25 jun. 2020.

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 out. 2019.

OLIVEIRA, B. G. *et al.* Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. **Revista Bioética**, v. 26, n. 3, p. 403-11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263260>. Acesso em: 05 jun. 2020.

OLIVEIRA, B. S.; DIAS, V. F.; REIS, L. A. Relação entre capacidade funcional e sinais de violência e maus tratos em idosos longevos. **Fisioterapia Brasil**, v. 16, n. 1, p. 32-7, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v16i1.295>. Acesso em: 13 mai. 2020.

OLIVEIRA, K. S. M. *et al.* Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e57462, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>. Acesso em: 05 set. 2020.

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

RIBEIRO, A. P.; BARTER, E. A. C. P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 6, p. 2729-40, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600011>. Acesso em: 03 nov. 2019.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; VALADARES, E. R. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1167-77, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500011>. Acesso em: 03 nov. 2019.

RIBERTO, M. *et al.* Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20010002>. Acesso em: 30 jun. 2020.

RIBERTO, M. *et al.* Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, v.11, n. 2, p.72-76, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>. Acesso em: 30 jun. 2020.

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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800009>. Acesso em: 24 jun. 2020.

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.

ROCHA, R. C. *et al.* Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: Análise de denúncias e notificações. **Saúde Debate**, v. 42, n. 4, p. 81-94, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s406>. Acesso em: 06 set. 2020.

SALIGA, S. *et al.* Physical Therapists' Knowledge of Physical Elder Abuse – Signs, Symptoms, Laws, and Facility Protocols. **Journal of Geriatric Physical Therapy**, v. 27, n.1, p. 5-12, 2004. Disponível em: [https://journals.lww.com/jgpt/Abstract/2004/04000/Physical\\_Therapists\\_\\_Knowledge\\_of\\_Physical\\_Elder.1.aspx](https://journals.lww.com/jgpt/Abstract/2004/04000/Physical_Therapists__Knowledge_of_Physical_Elder.1.aspx). Acesso em: 15 set. 2019.

SANTOS, A. C. P. O. **Significado da denúncia de violência intrafamiliar**: História oral de idosas. 2007. 154f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

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: SMS, 2007.

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

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in careers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 1, p. 12-17, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>. Acesso em: 30 jun. 2020.

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: 10 nov. 2019.

SOUZA, L. R. *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 140-9, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>. Acesso em: 12 mai. 2020.

STRAUS, M. A. Measuring intrafamiliar conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. **Journal of Marriage and the Family**. n. 41, p.75-88, 1979. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/351733>. Acesso em: 24 jun. 2020.

TOMITA, S. K. Detection and Treatment of Elderly Abuse and Neglect: A Protocol for Health Care Professionals. **Physical & Occupational Therapy in Geriatrics**, v. 2, n. 2, 1982. Disponível em: [https://doi.org/10.1300/J148v02n02\\_04](https://doi.org/10.1300/J148v02n02_04). Acesso em: 15 set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on violence and health**. Geneva: WHO; 2002a. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf;jsessionid=36EA779103D658BB83A336930897C5C3?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=36EA779103D658BB83A336930897C5C3?sequence=1). Acesso em: 09 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA). **Missing voices: views of older persons on elder abuse** [Internet]. Geneva: WHO; 2002b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67371>. Acesso em: 10 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on violence prevention 2014**. Geneva: WHO. Disponível em: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/). Acesso em: 16 nov. 2019.

YUNUS, R.M.; HAIRI, N. N.; YUEN, C. W. Consequences of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review of Observational Studies. **Trauma, Violence & Abuse**. v. 20, n. 2, p. 1-17, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1524838017692798>. Acesso em: 03 abr. 2020.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1

**ESTRATÉGIAS DE BUSCA UTILIZADAS NAS BASES DE DADOS/BIBLIOTECAS/BUSCADORES E LITERATURA CINZENTA SOBRE AS INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS DIRECIONADAS À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.**

<b>Bases de Dados/ Bibliotecas/ Buscadores/ Literatura Cinzenta</b>	<b>Estratégias de Busca</b>
BVS (BIREME)	(tw:(fisioterapeutas OR fisioterapia OR "Physical Therapists")) AND (tw:("maus-tratos ao idoso" OR "elder abuse"))
PubMed Central: PMC	(("Physical Therapists" OR "Physical Therapy Specialty" OR "Physical Therapy Modalities" OR Rehabilitation OR "Physical therapy" OR "Physiotherapy")) AND ("Elder abuse" OR "Physical abuse" OR "Elder neglect" OR "Aged abuse" OR "Elder mistreatment")
Web of Science: Coleção Principal	("Physical Therapists" OR "Physical Therapy Specialty" OR "Physical Therapy Modalities" OR Rehabilitation OR "Physical therapy" OR "Physiotherapy") AND ("elder abuse" OR "Physical abuse" OR "Elder neglect" OR "Aged abuse" OR "Elder mistreatment")
Scopus (Elsevier)	((Physical Therapists OR Physical Therapy Specialty OR Physical Therapy Modalities OR Rehabilitation OR Physical therapy OR Physiotherapy) AND (Elder abuse OR Aged abuse))
CINAHL (EBSCO)	("physical therapists" OR "physical therapy" OR rehabilitation OR "physical therapists specialty") AND ("elder abuse" OR "aged abuse" OR "elder neglect")
PEDro	Busca simples: "Elder abuse", "Aged abuse", "Physical abuse", "Elder Neglect", "Elder mistreatment"
BDTD	Fisioterapeutas OR fisioterapia OR reabilitação AND "maus-tratos ao idoso"
OpenGrey	(("physical therapists" OR "physical therapy" OR rehabilitation) AND ("elder neglect" OR "physical abuse" OR "elder abuse" OR "aged abuse"))
OpenThesis	("physical therapists" OR "Physical therapy" OR rehabilitation) AND ("elder abuse" OR "aged abuse" OR "elder neglect")
RCAAP	fisioterapia OR "physical therapists" AND "elder abuse" OR "maus-tratos ao idoso"
Portal de Teses e Dissertações da CAPES	fisioterapeutas OR fisioterapia OR reabilitação AND "maus-tratos ao idoso"
DART	("physical therapists" OR "Physical therapy" OR rehabilitation) AND ("elder abuse" OR "aged abuse" OR "elder neglect")
Theses Canada Portal (Aurora e Voilà)	("physical therapists" OR "physical therapy" OR rehabilitation OR "physical therapist modalities") AND ("elder abuse" OR "aged abuse" OR "elder neglect" OR "physical abuse")

## APÊNDICE 2

## INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS DIRECIONADAS À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA ENCONTRADAS NA REVISÃO DE ESCOPO

ESTUDO	INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS RECONHECIDAS E/OU IMPLEMENTADAS PELOS FISIOTERAPEUTAS DIRECIONADAS À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
DALTON, 2005	Triagem e rastreamento de rotina (incorporar ao protocolo de avaliação); Observação do comportamento do paciente (nervosismo e tendência a se afastar dos outros; não adesão ao programa de tratamento) e dos familiares (impaciência e expectativas irrazoáveis por parte dos familiares); Documentação (história de múltiplas fraturas, contusões, hematomas ou lesões de pele incomuns), utilizando mapas corporais; Relato ao fisioterapeuta supervisor; Orientações (onde obter aconselhamento, abrigo e assistência de profissionais); Disponibilização material informativo ao paciente; Denúncia de acordo com lei estadual vigente.
SALIGA <i>et al.</i> , 2004	Observações/comportamentos identificados pelos profissionais como potenciais fontes de violência: desnutrição, ferida em cicatrização, mudanças de comportamento, lesões não tratadas, locais inconsistentes de feridas, recusa do cuidador em deixar o idoso sozinho nas visitas, contusão unilateral, dificuldade do idoso caminhar/sentar sem evidência de doença musculoesquelética, família/cuidador que respondem questionamentos e não permitem tomada de decisões pelo idoso; má higiene com uso de roupas inadequadas. Conhecimento em relação às leis locais; contato com assistente social ou supervisor diante de um caso de violência; e denúncia.
LITTLE, 2002	Identificação: sinais de alerta e indicadores de abusos físico (múltiplas fraturas/ lesões em vários estágios de cicatrização, contusões agrupadas em padrão regular, hematomas bilaterais, lesões na virilha, fraturas dentárias, lesões ao redor da face e pescoço, queimaduras em forma de luva e meia, queda de cabelo irregular; emocional (confusão e desorientação, medo de estranhos e do ambiente, depressão ou raiva, ambivalência sobre o cuidador, hesitação do paciente em falar na presença do cuidador, baixa autoestima, anseio por atenção); financeiro (perda inexplicável do seguro social, ansiedade e falta de conhecimento sobre status financeiro, falta de pagamento para serviços contratados, pertences perdidos) e negligência (deterioração da saúde, desidratação ou desnutrição, sujeira e odor excessivo em roupas/corpo, aparelhos auxiliares ausentes, roupas inadequadas para condições ambientais, apatia ou fadiga inexplicável, super/sub-medicação provocando sedação). Avaliação: entrevista com perguntas sobre segurança; observação do estado geral, comportamento e cuidados do paciente; interação cuidador-paciente; revisão neuro-músculo-esquelética (incluindo fraturas) e atividades funcionais; escalas geriátricas. Intervenções: documentação (descrição de lesões, uso de modelo corporal e fotos) e relato às autoridades; educação do paciente quanto à sua proteção (manter-se ativo, sociável e informado quanto às obrigações financeiras, legais e de proteção aos idosos); plano de independência funcional (através de exercícios terapêuticos e atividades funcionais).
CAMARATTA <i>et al.</i> , 2000	Rastreamento e Triagem incorporados à rotina de atendimento, envolvendo perguntas diretas longe de familiares/ cuidadores e observação quanto aos sinais gerais de violência (choro inexplicável frequente, ansiedade, tremores, irritabilidade, abuso de álcool ou medicamentos prescritos, medo ou suspeita de determinadas pessoas em casa); violência física (hematomas, olhos roxos, marcas de cordas, feridas abertas, cortes, perfurações, queimaduras, fraturas, óculos quebrados, achados laboratoriais de sobre/sub-dosagem medicamentosa, lesões não-tratadas e em vários estágios de cicatrização de padrão centralizado – cabeça, pescoço, mamas, abdômen, costas e genitália); negligência (desidratação, desnutrição, escaras não tratadas e falta de higiene). Em todos os estados americanos (com exceção de 06 deles), há leis que obrigam os profissionais de saúde denunciarem casos de violência contra o idoso. Avaliação incluindo queixas, situação financeira, apoio social, estresse emocional, observação da interação paciente - família/cuidador e exame físico para fornecer evidências. Intervenção envolvendo plano de segurança específica, educação e validação dos direitos do paciente; Documentação, contendo um registro com gráfico corporal, descrições e fotos de lesões.
FOOSE, 1999	Reconhecimento dos sinais da violência, entendendo suas origens, encaminhando a serviços sociais e denunciando. Diferenciação entre violência real e resultado de um acidente/ doença. Avaliação da necessidade de indicar institucionalização na falta de rede de apoio familiar e/ou de cuidador.

	<p>Rastreamento de: problemas físicos/ biomecânicos; evidências físicas de violência (contusões, hematomas em forma de mão, lesões na cabeça/ pescoço, luxações, feridas abertas, óculos quebrados); sinais de negligência (desnutrição, desidratação, cuidados precários, múltiplas contraturas e úlceras de decúbito); interações emocionais inapropriadas (comportamento agressivo); bem-estar social. Avaliação da capacidade física, cognitiva e social do cuidador em prestar assistência ao idoso; necessidade de auxílio adicional no cuidado; e formas de aliviar o estresse do cuidador. Educação do cuidador quanto ao posicionamento / transferências seguras do paciente, cuidados de higiene, inspeção da pele e processo saúde-doença. Garantia de boa forma aos idosos através de exercícios, tornando-os menos vulneráveis, como parte do Programa de Condicionamento contra o Crime.</p>
<p>HOLLAND; KARAIAN; LEONARDELLI, 1987</p>	<p>Deteção da violência durante avaliação e tratamento. Intervenção mais direta consiste na reabilitação das habilidades adaptativas de autocuidado (diminuindo a dependência do idoso), bem como informações sobre conservação de energia e recomendação de dispositivos auxiliares; além de auxílio ao idoso a resgatar antigos interesses de lazer, identificação de novas áreas de capacidades potenciais em tarefas domésticas, fortalecendo a unidade familiar e aumentando sua autoestima. Intervenção na estrutura familiar e de cuidadores, fornecendo informações de recursos de apoio comunitários disponíveis (serviços de transporte e recreação para idosos, visitantes amigáveis e creches geriátricas), aliviando as responsabilidades diurnas dos cuidadores. Educação da comunidade sobre violência contra idosos.</p>
<p>MILDENBERGER; WESSMAN, 1986</p>	<p>Reconhecimento de sinais de alerta para violências: física (hematomas em tórax, ombros, costas, braços ou pernas; queimaduras de cigarro; marcas de cordas/ correntes resultantes de restrições físicas; lacerações na face; ferimentos na cabeça, com ausência de cabelos ou hemorragia do couro cabeludo); psicológica (mudanças de comportamento, apresentando-se assustado ou chateado, evitando falar da família); interrupção do tratamento fisioterapêutico, família impede que o idoso permaneça sozinho durante atendimentos; financeira (o idoso relata que perdeu dinheiro ou objetos de valor); negligência (deterioração física, desnutrição, perda de peso, dentes negligenciados ou quebrados, óculos quebrados, falta de higiene, roupas repetidamente usadas); violação de direitos (cuidadores impõem restrições irrealistas nas tomadas de decisões pelo idoso, nas mobilizações físicas e oportunidades de socialização). Intervenções incluem aconselhamentos familiares e treinamento específico para o cuidador de idosos dependentes; uso de serviços de apoio comunitário (cuidados-dia, creche, serviço de enfermagem domiciliar, transportes acessíveis, ajuda financeira – permitindo aliviar o estresse do cuidador), educação social e de saúde. Em casos suspeitos, a ação dependerá do tipo de abuso e perigo físico ao idoso. Caso ameace a vida, os profissionais devem conhecer as agências locais de proteção para denunciar.</p>
<p>TOMITA, 1982</p>	<p>Avaliação funcional: avaliar atividades de vida diária (capacidade de autocuidado e de preparar refeições, utilizar transportes, fazer compras) e condição ambulatorial; observação dos traumas ou contusões, condizendo com a condição de dependência do paciente. Solicitação da descrição de um dia típico e suas expectativas sobre si mesmo e seu cuidador. Exame físico: se há lesão decorrente de um acidente, documentar as circunstâncias e registrar em esboços e gráficos de tronco e extremidades; examinar efeitos de super/sub-medicação, nutrição, higiene e cuidados pessoais. Avaliação de queimaduras, lesões físicas na cabeça, hematomas (bilateralmente no braço, aglomerados no tronco), presença de contusões e lesões em diferentes estágios de resolução, fraturas, quedas, contraturas, tônus muscular ruim e evidências de restrição física; condição de deambulação (se deficiente pode sugerir agressão sexual). Observação das contusões apresentadas em uma admissão hospitalar, se desaparecem durante internação (nesse caso, suspeitar de violência). Entrevista com o cuidador: idade e fontes de renda do cuidador, responsabilidades dentro e fora de casa, expectativas do cuidador em relação ao paciente e suas dificuldades experimentadas no cuidado ao idoso; avaliação da capacidade do cuidador em suportar o estresse do cuidado e os sistemas de apoio disponíveis ao cuidador. Plano educacional: educação de autocuidado para o paciente; informar ao cuidador sobre o processo de envelhecimento. Plano terapêutico: instrução de técnicas de autocuidado para reduzir dependência dos cuidadores; ajudar o paciente com arranjos alternativos, modificando sua situação de vida (utilizar centros-dia, congregar moradia ou lar de idosos).</p>

**APÊNDICE 3****DECLARAÇÃO DE POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSES**

Declaro que eu, Adriana Luna Pinto Dias, ou qualquer pessoa diretamente relacionada a mim, não aceitei de nenhuma instituição ou organização que possa ser beneficiada ou prejudicada pelas minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologia: reembolso por comparecimento a eventos técnico-científicos (congressos, simpósios, oficinas, entre outros); honorários por apresentação, conferência ou palestra; honorários para organizar atividade de ensino ou desenvolvimento de material técnico-científico; financiamento para realização de pesquisa; recursos ou apoio financeiro para membro da equipe; e honorários para consultoria.

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

João Pessoa, 07/08/2020.



Adriana Luna Pinto Dias



## DECLARAÇÃO DE POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSES

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

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

João Pessoa, 07/08/2020.



Rafaella Queiroga Souto

**APÊNDICE 4**  
**RECURSOS COMUNITÁRIOS NA PARAÍBA**

<b>LOCAL</b>	<b>ENDEREÇO</b>	<b>TELEFONE</b>
Centro de Convivência da Pessoa Idosa	Av. São Rafael, 576 - Castelo Branco, João Pessoa - PB, 58050-020	(83) 3218-7875
Clube da Pessoa Idosa	Avenida, R. Ana Guedes Vasconcelos - Altiplano, João Pessoa - PB, 58033-455	(83) 3214-8188
Policlínica Municipal de Saúde do Idoso	R. Dep. Barreto Sobrinho, 175 (anexo ao Hospital Santa Isabel) - Tambiá, João Pessoa - PB, 58020-680	(83) 3214-2829
ASPAN - Associação Promocional do Ancião Dr. João Meira de Menezes	Rua Antônio Correa de Matos, 55 - Cristo Redentor, João Pessoa - PB, 58071-310	(83) 3223-2163
Centro de Convivência para Idosos	Praça Monsenhor R Borges, 61 - Centro, Santa Rita - PB, 58300-160	
Centro de Convivência para Terceira Idade Irmãs de Caridade	Rua Francisco Pedro de Andrade, 866 - Mutirão, Bayeux - PB, 58309-760	
Centro Municipal de Convivência do Idoso	Rua Paris, 2110 - Bairro dos Cuités - Campina Grande - PB	(83) 3321-8753

**APÊNDICE 5**  
**AVALIAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

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

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

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Arranjo de Moradia: \_\_\_\_\_ Nº de Filhos: \_\_\_\_\_

Renda da Pessoa idosa (R\$): \_\_\_\_\_ Renda Familiar (R\$): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nome do(s) Cuidador(es): \_\_\_\_\_

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

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

• **GRAU DE URGÊNCIA**

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

• **ESTADO MENTAL**

- Escore do MEEM: \_\_\_\_\_

• **SITUAÇÃO DE MORADIA E CUIDADO**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

---



---

- Com que frequência a pessoa idosa vê o cuidador?

---

- Escore do QASCI: \_\_\_\_\_

- Escore do ZBI: \_\_\_\_\_

• **SERVIÇOS DE SUPORTE**

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

---



---

- Obter o nome de sua Unidade Básica de Saúde.

---

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

---



---

- Escore do MOS: \_\_\_\_\_

• **SITUAÇÃO FINANCEIRA**

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

---



---

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

---

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

---

• **RASTREAMENTO/IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA**

- Escore CTS-1: \_\_\_\_\_

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

• **NÍVEL DE FUNCIONALIDADE**

- Escore do MIF: \_\_\_\_\_

- Uso de Tecnologia Assistiva? Qual? \_\_\_\_\_

• **REGISTRO DE LESÕES FÍSICAS**

- Descrição das lesões (natureza e extensão):

---

---

---

- Explicação do paciente sobre as lesões:

---

---

---

- Explicação do cuidador sobre as lesões:

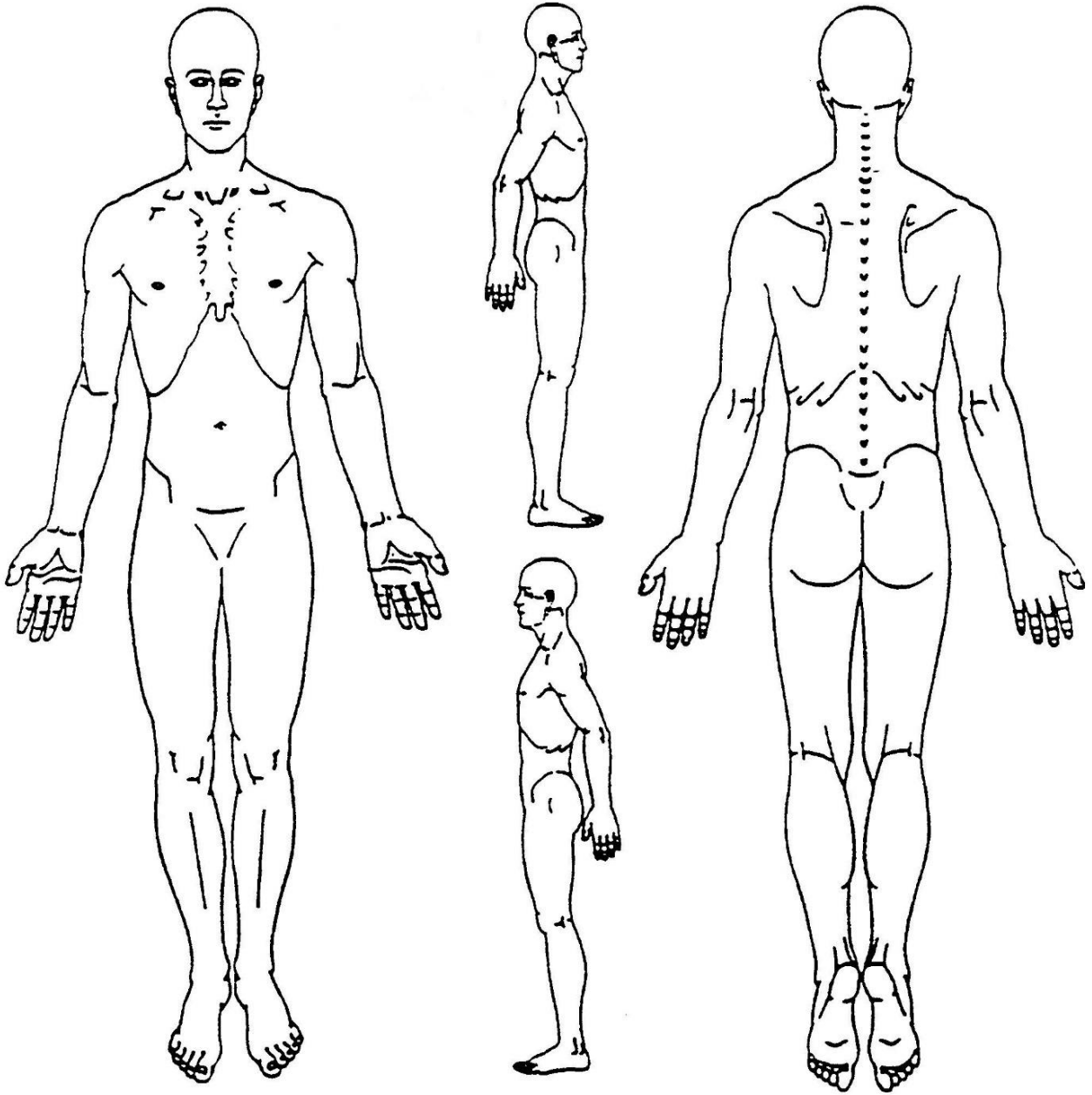
---

---

---

---

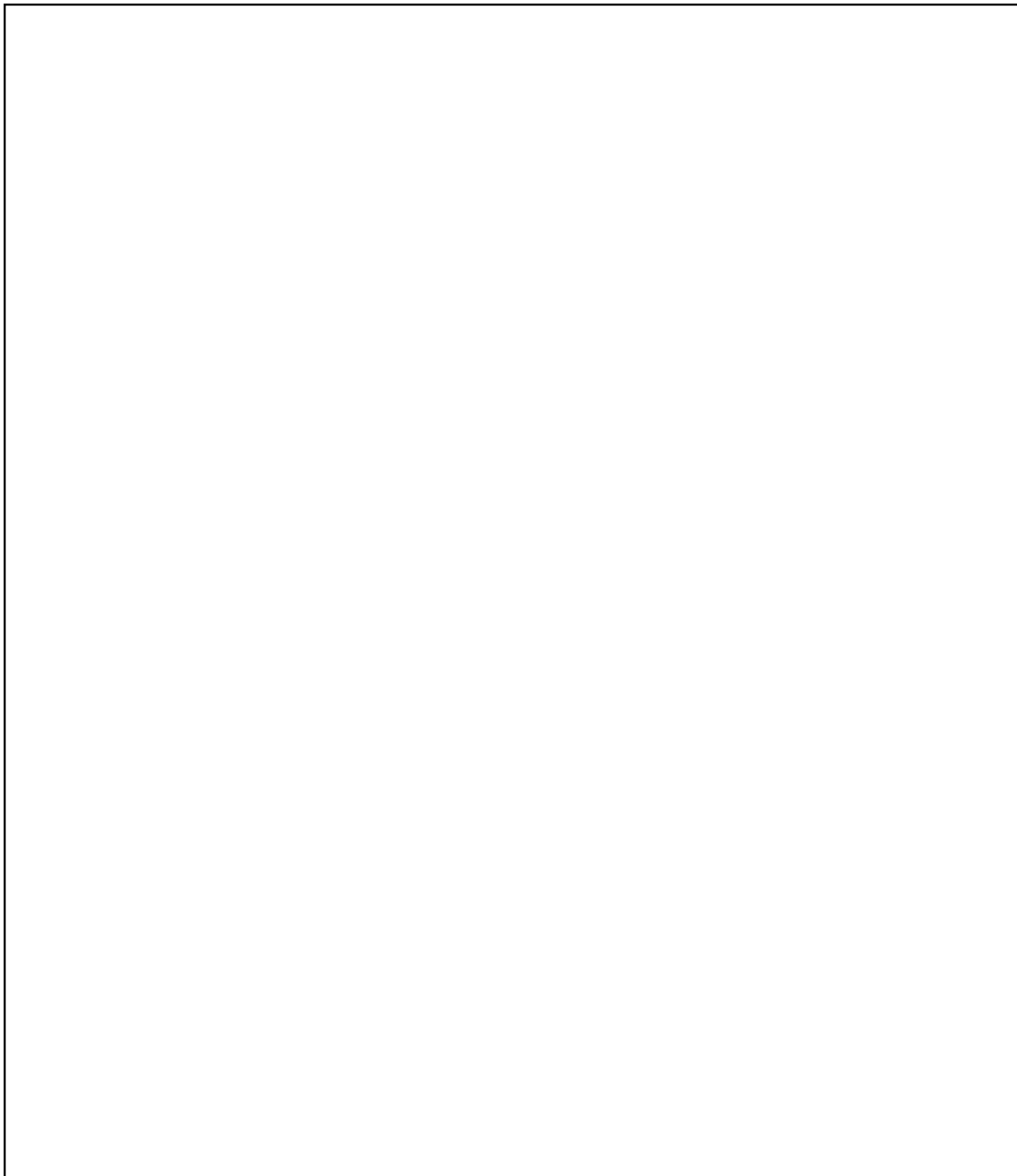
- Assinale as lesões no Mapa Corporal:



**- Fotografias:**

Consente em ser fotografado? ( ) Sim ( ) Não

Fotografias (coloridas):

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for pasting color photographs. The box is currently blank.

**ABORDAGEM:**

- ( ) Rastreamento/Triagem
- ( ) Violência confirmada
- ( ) Violência suspeita

**TIPO DE VIOLÊNCIA IDENTIFICADA:**

- ( ) Física
- ( ) Psicológica
- ( ) Sexual
- ( ) Financeira
- ( ) Negligência
- ( ) Autonegligência
- ( ) Abandono

**• QUESTÕES DE INTERVENÇÃO:**

- O que a pessoa idosa deseja?

---

---

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

---

---

**• NOTIFICAÇÃO:**

- Necessário denúncia? ( ) Não ( ) Sim - **Consultar Serviços de Denúncia**

- Situação Notificada? ( ) Não ( ) Sim - **Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada**

---

Fisioterapeuta



## APÊNDICE 6

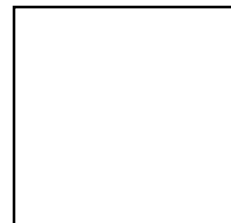
## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REGISTRO FOTOGRÁFICO

Eu \_\_\_\_\_ autorizo a  
Instituição \_\_\_\_\_ e o  
fisioterapeuta \_\_\_\_\_ a realizar  
registros fotográficos de lesões suspeitas de violência, enquanto estiver em tratamento fisioterapêutico neste  
serviço. As imagens serão armazenadas em prontuário, lacradas em envelope em separado, para serem  
utilizadas na obtenção de evidências caso necessário. Essas fotografias serão divulgadas aos órgãos  
responsáveis pela proteção das pessoas idosas somente sob minha permissão.

Este termo não autoriza nenhum outro uso para essas fotografias.

---

Local/ Data



---

Assinatura

**APÊNDICE 7**  
**SERVIÇOS DE DENÚNCIA**

<b>CANAL</b>	<b>WEB</b>	<b>E-MAIL</b>	<b>FONE</b>	<b>ENDEREÇO</b>
DISQUE 100	<a href="http://humanizaredes.gov.br">http://humanizaredes.gov.br</a>	ouvidoria@mdh.gov.br	100	Esplanada dos Ministérios Bloco A – Brasília, DF
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	
Disque Denúncia Municipal			0800 282 7969 156	
Delegacia Especializada no Atendimento ao Idoso			(83) 3218-6762	Av. Francisca Moura, 36 - Centro, João Pessoa - PB, 58013-440
Conselho Municipal da Pessoa Idosa			(83) 3218- 6945	Avenida Dom Pedro I – Nº 692 – Centro
Conselho Estadual de Defesa e Direitos da Pessoa Idosa (CEDDI)		casadosconselhospb@sedh.pb.gov.br	(83) 3214-3095	Casa dos Conselhos- PB Praça Dom Adauto - 58, Centro - João Pessoa PB
Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI)		cndi@mdh.gov.br	(61) 2027-3598	

# **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

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.	<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>	<b>Extremamente</b>
<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

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

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

01	Ele(a) discutiu o problema calmamente?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
02	Ele(a) procurou conseguir informações para conhecer melhor o seu modo de pensar?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
03	Ele(a) trouxe, ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
04	Ele(a) xingou ou insultou?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
05	Ele(a) ficou emburrado. Não falou mais do assunto?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
06	Ele(a) retirou-se do quarto, da casa ou da área?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
07	Ele(a) chorou?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
08	Ele(a) fez ou disse coisas só para irritar?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS

09	Ele(a) ameaçou bater ou jogar coisas em o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
10	Ele(a) destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
11	Ele(a) jogou coisas sobre o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
12	Ele(a) empurrou ou agarrou o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
13	Ele(a) deu tapa ou bofetada em o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
14	Ele(a) chutou, mordeu ou deu murro em o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
15	Ele(a) bateu ou tentou bater em o (a) senhor (a) com objetos?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
16	Ele(a) espancou o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
17	Ele(a) queimou; estrangulou ou sufocou o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
18	Ele(a) ameaçou o (a) senhor (a) com faca ou arma?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
19	Ele(a) usou faca ou arma contra o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes (2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS
<b>TOTAL</b>		

## ANEXO 6

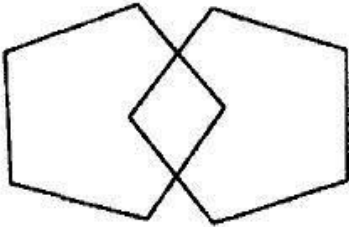
## HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE SCREENING TEST (H-S/EAST)

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 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**  
**FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA**  
**INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA**



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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	Código (CID10)		Y09	
	3 Data da notificação			
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros			
7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		
8 Unidade de Saúde		Código (CNES)		
9 Data da ocorrência da violência				
Notificação Individual	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/>		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	
	14 Gestante <input type="checkbox"/>		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/>	
	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/>			
	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
Dados de Residência	19 UF		20 Município de Residência	
	Código (IBGE)		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	
	Código			
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
	26 Geo campo 1			
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	
	29 CEP			
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	32 País (se residente fora do Brasil)			
<b>Dados Complementares</b>				
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/>			
	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/>		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/>	
1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado 1-Travesti 2-Mulher Transexual		
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/>		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/>		
1- Sim 2- Não 9- Ignorado		1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento		
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência	
	Código (IBGE)		42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	
	Código			
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)	
	47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			
	52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/>	
	01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/>		1- Sim 2- Não 9- Ignorado		

<b>Violência</b>	<b>55</b> Essa violência foi motivada por: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	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 99-Ignorado					
<b>Violência Sexual</b>	<b>56</b> Tipo de violência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado Física Tráfico de seres humanos Psicológica/Moral Financeira/Econômica Intervenção legal Tortura Negligência/Abandono Outros Sexual Trabalho infantil					
<b>Violência Sexual</b>	<b>57</b> Meio de agressão <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado Força corporal/espantamento Obj. perfuro-cortante Arma de fogo Enforcamento Substância/Obj. quente Ameaça Obj. contundente Envenenamento, Intoxicação Outro _____					
<b>Violência Sexual</b>	<b>58</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado Assédio sexual Estupro Pornografia infantil Exploração sexual Outros _____					
<b>Violência Sexual</b>	<b>59</b> Procedimento realizado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado Profilaxia DST Profilaxia Hepatite B Coleta de sêmen Contracepção de emergência Profilaxia HIV Coleta de sangue Coleta de secreção vaginal Aborto previsto em lei					
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>60</b> Número de envolvidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado					
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	1-Sim 2-Não 9-Ignorado Pai Ex-Cônjuge Amigos/conhecidos Policial/agente da lei Mãe Namorado(a) Desconhecido(a) Padrasto Ex-Namorado(a) Cuidador(a) Própria pessoa Madrasta Filho(a) Patrão/chefe Outros _____ Cônjuge Irmão(ã) Pessoa com relação institucional					
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>62</b> Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado					
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>63</b> Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	1- Sim 2 - Não 9- Ignorado					
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	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					
<b>Encaminhamento</b>	<b>65</b> Encaminhamento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	1-Sim 2-Não 9-Ignorado Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) Conselho do Idoso Delegacia de Atendimento à Mulher Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) Delegacia de Atendimento ao Idoso Outras delegacias Rede da 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					
<b>Dados finais</b>	<b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
<b>Dados finais</b>	<b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado					
<b>Dados finais</b>	<b>68</b> Circunstância da lesão <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	CID 10 - Cap XX					
<b>Dados finais</b>	<b>69</b> Data de encerramento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	_____					
<b>Informações complementares e observações</b>						
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____						
<b>Observações Adicionais:</b> _____ _____ _____						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b> 136</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 180</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><b>Disque Direitos Humanos</b> 100</td> </tr> </table>				<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b> 136	<b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 180	<b>Disque Direitos Humanos</b> 100
<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b> 136	<b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 180	<b>Disque Direitos Humanos</b> 100				
<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____					
	Nome _____ Função _____ Assinatura _____					
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015						