

Hidden violence against the institutionalized elderly

Clea Adas Saliba Garbin*
Gabriela Peres Teruel *
Tânia Adas Saliba*
Artênio José Isper Garbin*

Abstract

The aim of this study was to investigate the occurrence of violent actions performed by caregivers against the institutionalized elderly. This cross-sectional study, deals with an analytical, qualitative, and quantitative research carried out with the caregivers of 38 elderly residents of long-term care facilities in the cities of São Paulo State, Brazil. A questionnaire based on the Caregiver Abuse Screen (CASE) was used. Only one trained researcher performed the study, and all ethical and legal aspects were respected. The quantitative data were analyzed by Epi-Info software, version 3.5.4, and Fisher's tests and ANOVA were applied. The qualitative data were analyzed by content categorization. Among the results, all the CASE's questions showed some affirmative answers, indicating the occurrence of violence, and only 21.1% of caregivers said that they had never committed any violent act. In that sense, the main caregivers actions were "to act in a coarse way" (21%) or "to do nothing that they were able to do for the elderly" (39.5%) to help seniors, aiming to obtain control of situations regarding their aggressiveness and behavior. Additionally, a majority (87%) of the caregivers realized that violence exists in the caregivers physical, psychosocial and negligence domains regarding the institutionalized elderly, mainly in hidden forms.

Keywords: Violence. Caregivers. Homes for the Elderly. Elderly Abuse. Elderly.

INTRODUCTION

The increased aging population causes impacts on society that can damage the harmony of a home. An example is the life among elderly and younger people and the dependence of care. Situations like this may cause relationship conflicts in familial, institutional, and social environments, and may also promote violent acts against the elderly person's physical disadvantage when confronted with other male adults^{1,2}.

Physical violence is one of many forms of violence against the elderly because its purpose is to "cause pain or harm," which may be deliberate or involuntary. That abuse can be physical or psychological, or it can involve ill-treatment related to finances or material possessions. Independent of type of abuse, generally it results in unnecessary suffering, lesion or pain, loss or violation of human rights and a decreasing quality of elderly life^{3,4}.

Many times, the elderly try to resolve or alleviate the violent attempts from a familiar person by choosing to live in a long-term care

center. Other times, family members choose to institutionalize the elderly. Generally, institutionalization is motivated by familial abandonment, social responsibility, and by the inefficiency of health care policies and elderly citizenship. In Brazil, the Statute of the Elderly deals with the rights, benefits, and lifestyle of people aged 60 years and older, institutionalized or not, and defines some actions as criminal, such as neglecting elderly health, abandonment by family, taking possession of real estate and financial investments, among others, and focuses on fines and detention of the aggressors^{5,6}.

Institutionalized elderly remain under the care of professionals called "caregivers". Some of the senior citizens explained that their families chose institutionalization because no one was available to care for the elderly when they became dependent and required special attention. However, the services offered by caregivers to the elderly can be inappropriate in institutions, and institutional violence,

DOI: 10.15343/0104-7809.20184201214229

* São Paulo State University (UNESP), School of Dentistry, Araçatuba – SP, Brazil.
Email: cgarbin@foa.unesp.br

which is mostly represented by the long-term care facilities (LTCF), is characterized either by ill-treatment against the elderly, the absence of or inappropriate foods, and omission of proper medical care. In addition, many homes for the elderly represent an exclusion model and cause significant degeneration in functional skill and autonomy of the aged⁷.

The violence against the elderly in Brazil is growing on its diverse forms, affecting mainly women, the elderly cohabiting with six people or more, those who no longer have a partner, or the illiterate⁸. However, these data may be worse in reality, because notifications of violent cases are often not in line with the facts.

Due to many causes and situations, the elderly do not charge their aggressors (family or formal caregivers) because they feel unsafe and unprotected, or because they want to protect those whom they love. When the elderly opt to discuss the topic, they very often will omit some facts to reduce the severity of resultant actions⁹.

Actually, due to the advent of policies for many aspects of elderly life, work with the institutionalized elderly has required better behavior of the caregivers regarding the relationship between professional and institutionalized elderly¹⁰.

The search for trained caregivers and those who show abilities to care for aged people have justified the constant necessity of health professionals with knowledge of the signs and symptoms of violence to collaborate diagnosing this crime, considering that these professionals have initial direct contact with the victims needing assistance. Realizing that violence against the elderly is a reality that still requires effort and investigation concerning the aggressors and the causes of aggression, this present study aimed to verify the existence of violence by caregivers against the institutionalized elderly, mainly in mild or hidden forms^{11,12}.

MATERIALS AND METHODS

This is a cross-sectional, qualitative, and quantitative study performed by applying a structured instrument through interviews

with all caregivers (n=38) who worked at two elderly long-term care homes in two Brazilian São Paulo State cities. The sample was chosen for convenience.

The study population was composed of the 38 caregivers who worked at long-term care facilities from two cities in São Paulo State, Brazil. The professionals who agreed to participate in the research and presented the Consent Form were included in the sample, such as those who were present on the days scheduled for the interview. The interviews were performed individually with the caregivers at the LTCF where they were employed, at locations separated from other staff members, to avoid coercion, inhibition, or any interference with their answers, at previously scheduled dates and times or on their break times, to avoid any interference with their work functions. Only one trained researcher administered the questionnaire, and there was no time limit to answer the questions during interview.

The present study used the Caregiver Abuse Screen (CASE), a unique instrument for collection of specific information concerning the caregiver, which can evaluate the behaviors related to caregivers' violent acts against the elderly¹³.

CASE does not present possible explanations or thoughts about violent cases but contains items that question the caregiver about situations that could indicate physical, psychosocial, material and negligent violence, without explicitly questioning the caregiver about the violence. Due to its simplicity and brevity, CASE can be used for the initial tracking of violence, and a researcher with experience is not necessary for its application^{1,14}.

In the CASE instrument open questions were added, which answers can justify each question, considering that the original is extremely objective and allows only "yes" or "no" as an answer. This modification allowed for qualitative variables in data collection. Furthermore, two open and direct questions about violence against the elderly were added to the final version of the questionnaire. The new structured instrument allowed for the comparison of these questions with those of CASE and created a more neutral instrument

with a greater capacity for collection of information about mild and hidden violence.

The variables were related to the detection of violence in physical, psychosocial, material, and negligent forms. The modified instrument was tested with 10 caregivers from another city of São Paulo State and validated. In addition, other variables were verified, such as gender, age, schooling level, and length of experience working with the elderly.

RESULTS

Among the 57 caregivers who worked at LCTF, 19 (33.3%) refused to take part in the study; therefore, 38 (66.7%) caregivers constituted the final sample. The caregivers involved in the study were predominantly composed by women (93.1%) with an average age of 40.3 years (± 10.4 years). The majority (74.1%) of the participants completed high school or a technical course, and few had experience working with the elderly (55.6%), as shown in Table 1. Table 1 also presents the lack of association among these variables and gender.

The violence practiced against the institutionalized elderly by the caregivers was not associated with age, schooling level, or length of experience working with elderly, as determined by ANOVA (Analysis of Variance) ($p = 0.6066$; $p = 0.6459$; $p = 0.6099$, respectively). Therefore, it was not possible to determine a profile of the caregiver who commits violent acts against the elderly.

Studies using questionnaires to collect data must deal with the difficulty of ensuring that all

Quantitative data were processed by Epi-info Program version 3.5.1, and the qualitative data were analyzed by content categorization. For bivariate analysis, the Fisher's Test and/or variance analysis was applied, with a 95% confidence interval.

This work was approved by the Ethical Committee for Human Studies and all ethical guidelines were carefully followed. (Protocol-50706615.8.0000.5420).

blanks are completely filled by all interviewed individuals. In this study, nine caregivers failed to answer all of the questions (Figure 1). Only 21.2% of the caregivers said that they had never committed any violent act against the institutionalized elderly; 44.7% had committed one or two acts of violence; and 34.2% had committed between three and five violent acts. Among the justifications, "acting in a rude way" (21.0%) or "do nothing you can to help the elderly" (39.5%) were the most expressed attitudes of the interviewed professionals as methods to control the situation in relation to aggressiveness and behavior of the elderly.

Figure 1 shows the categorization of the caregivers' answers regarding the meaning of the violence: the majority (45%) of the caregivers reported that the meaning of violence comprehends all actions that can injure the elderly. It was also observed that 87% of the total caregivers understood violence as more than physical aggression only. In total, 92% of the caregivers affirmed that they had never witnessed violent acts in the work environment.

Table 1 – Profile of caregivers of the institutionalized elderly From São Paulo State – Brazil, 2016.

Variables	n(%)	p-value*
Age (years)		
Up to 39	14 (48.9)	0.4828
40 or more	15 (51.7)	
Total	29 (100)	

to be continued...

...continuation - Table 1

Schooling level		
Completed high school	9 (31.0)	
Higher than high school or technician schooling	20 (69.0)	0.0887
Total	29 (100.0)	
Time of experience on work with elderly (years)		
Up to 5	15 (51.7)	
6 or more	14 (48.3)	0.2241
Total	29 (100.0)	

*Fisher's Test (95% CI)

** 9 caregivers did not answer

Frame 1 – Numerical, perceptual and categorical distribution of caregivers of institutionalized elderly with the use of the CASE instrument, 2016.

CASE questions	Direct answers and/or categorization of explanations. n(%)		
1. Do you have some difficulty to make the elderly control their temper of aggressiveness?	YES – We should have patience and dialogue 14 (36.8)	NO – Due to mental and psychiatric problems 8 (21.1)	No Answer 16 (42.1)
2. During your work performance with the elderly, do you feel forced to act against your nature or to do things which make you feel bad?	YES – Physical suppression due to aggressive temper of the elderly 5 (13.2)	YES – When I'm rude with them and I should scold them. 2 (5.3)	NO 31 (81.6)
3. Do you have some difficulty to control the behavior of any senior?	YES – Because they have difficulty to understand 4 (10.5)	NO – Because to talk with them is enough to understand them 4 (10.5)	No answer 30 (78.9)
4. Sometimes do you feel forced to act in a coarse way (rude) with some senior?	YES – In cases of aggressive attitudes of the elderly 4 (10.5)	YES – When the elderly do not accept hygiene and/or medication 4 (10.5)	NO 30 (78.9)
5. Do you feel that you can't do what is really necessary or other things which could be done for the elderly?	YES – I'd improve the link between the elderly and their Family 8 (21.1)	YES – To have more time to give them attention 7 (18.4)	NO 23 (60.5)
6. Do you feel that sometimes you need reject or ignore the elderly?	YES – When they are in bad temper or are doing something wrong. 2 (5.3)	YES – When the elderly talk about their Family or when they need particular attention 2 (5.3)	NO 34 (89.5)
7. Sometimes do you feel so exhausted that you can't attend the needs of the elderly?	YES – Even when I'm tired, I try to have patience and offer attention 4 (10.5)	YES – I give them attention only for basic needs and they give me feedback saying love words throughout the day 2 (5.3)	NO 32 (84.2)
8. Do you feel that sometimes you should shout with the elderly, due to another cause other than hearing deficiency?	YES – When they refused to obey 1 (2.6)	YES – When they argue or fight among themselves 1 (2.6)	NO 36 (94.7)

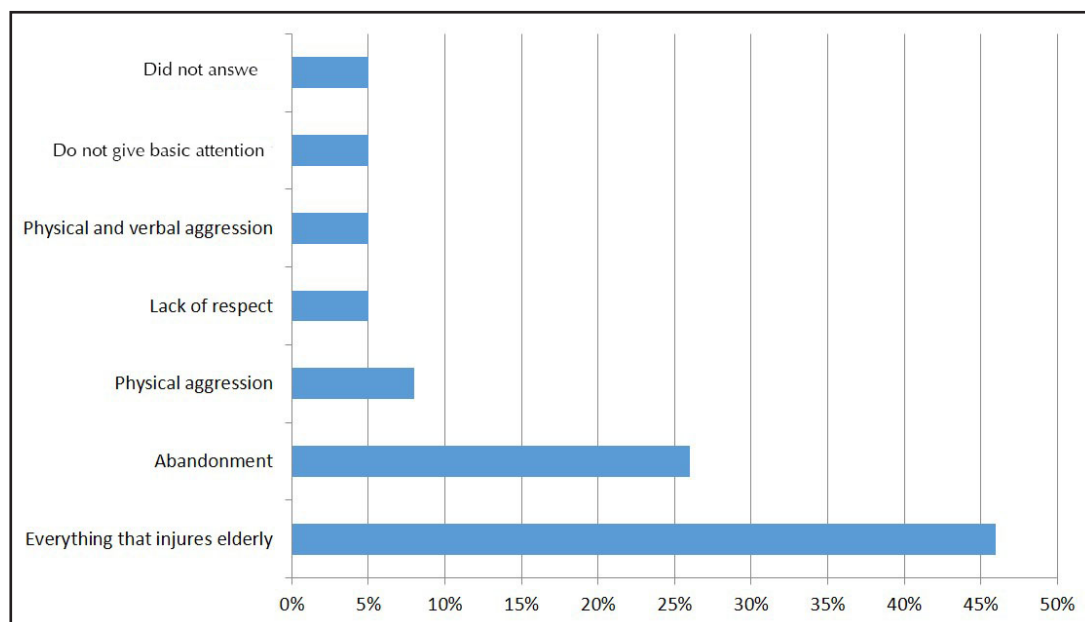


Figure 1 – Concept of elderly violence in caregivers' view. From São Paulo State – Brazil, 2016.

DISCUSSION

The elderly population has increased rapidly in almost every country in the world. Along with this growth, hidden problems have emerged, such as abuse, exploitation, and neglect of these individuals. According to the World Health Organization, mistreatment is characterized as a single or repeated act that causes suffering, whether physical or emotional, within a context of trust. Mistreatment of the elderly can be classified as neglect, physical abuse, psychological abuse, financial or material abuse, sexual abuse, abandonment^{15,16,17}.

Violence against the institutionalized elderly is a reality. Violent acts occur in many countries, in many forms, and the majority of cases are not reported and most cases are not reported because the victims are fragile people and that often the closest relatives are the perpetrators. The institutional professionals who cared for the seniors demonstrated awareness of the meaning of violence, but did not control their temper and practiced violent acts during their work, as shown in Table 1. Only a small portion of interviewed caregivers have never committed any violent act against

the institutionalized elderly¹⁷.

In Brazil, regardless of the absence of studies concerning violence against the institutionalized elderly, it has been reported that more than 20% of this population has suffered some type of violence – mainly women and those who cohabit with many people. This description of vulnerability of seniors to the violence is worse when one considers the difficulty of the relationship and the lack of comprehension of the caregivers concerning physiological and pathological changes that are common with aging. This situation denotes the incomprehension of the caregivers in relation to the health conditions and well-being of the elderly; as the caregiver/patient relationship becomes more and more intolerable, aggressive, and more conflict-ridden, the chances of violent acts occurring increase consequently⁸.

Maintaining control of the elderly patient's behavior was one of the more difficult work skills of the caregivers. Thus, the absence of these professionals' capacity to work with the elderly is notable, because this job requires personal empathy and physical strength to

help the seniors. The job “elderly caregiver” is characterized by high turnover, that is, every 5 years on average, the caregivers resign and new professionals are called to work¹⁸, which presents a challenge to strengthening the caregiver/patient relationship. Seniors need a caregiver to help them perform their daily activities. Caregivers monitor the routine of these elderly, attentive to all manifestations of diseases to ensure the integrity of the patients. Therefore, these professionals are exposed to possible behavioral changes of the elderly and should be prepared to deal with this situation to avoid damages to their health and the health of the elderly¹⁹.

To avoid relationship conflicts, the caregiver must understand that the fast humor change exhibited by many seniors may be explained by depression, which, in many cases, is undetected because detailed diagnosis must be confirmed by a psychologist and psychiatrist²⁰. Depressive diseases, including depression, dysthymia and other mood disorders are characterized by the presence of sadness, emptiness or irritability associated with somatic and cognitive changes that have repercussions on the functional capacity of the individuals, and often the caregiver must deal with these symptoms.¹⁹

To understand the changes that aging can cause is one way toward the success of working with the elderly: when the caregivers comprehend these changes, mainly depressive conditions, the health professionals will already be able to resolve some situations, without violence. Also, depression can be indicative of ill-treatment, and can become manifest as a consequence of violence. Unfortunately, the signs resulting from these violent acts many times are unnoticed by health professionals¹.

However, in function of the increase in the number of cases of violence against the elderly, some public policies were taken in order to prevent and guide both the elderly and family members. One such example would be the Statute of the Elderly, which made it possible to consider as acts of violence aimed at this population, which guarantee care for the elderly^{17,21}. This way, it was possible to confirm violent cases committed by caregivers, principally regarding psychological and

negligent forms, that is, the most silent forms. This is the explanation for the need to invest in human resources for care of the elderly, mainly related to health: to enable more notification of violence cases, more security for the victims, the prevention of repeat aggressions and consequently, to enable prosecution of the aggressors²².

The knowledge of the interviewed caregivers can be considered satisfactory, because many of them could recognize diverse forms of violence; however, it is possible to observe that even with the existing knowledge, some of the caregiver committed hidden violence. Violence against the elderly is not only a Brazilian problem, it is a universal problem that occurs in different cultures, regardless of socioeconomic status, ethnicity and religion. The social implications of aging for public health are an important concern, since, unlike developed countries, the increase in life expectancy has been gradual and has occurred in conjunction with increased scientific and technological development, enabling better quality of life and health^{23,24}.

In contrast to other instruments that tend to be implicitly critical of the aggressor, the CASE encourages the interviewee to give answers that are more acceptable in society, which justifies its potential to search for information in depth and to diagnose hidden violence¹. The affirmative answers of violence in the present study were contradictory to negative answers regarding the experience of witnessing violent acts in the work environment, and those professionals who had witnessed these acts opted out of describing the facts, maybe due to fear of damaging their jobs, working relationships, or to be sentenced, although the researcher had explained earlier about the secrecy of the interviewee’s identities. From this aspect, it is apparent that violence exists, though its presence is not admitted by management professionals working with the elderly at long-term care institutions²⁵. The occurrence of maltreatment situations can have several consequences, such as social isolation and the emergence of depressive symptoms, which may be worsening¹⁷.

A little observation concerning a negative or affirmative answer with no justification

is relevant. Many times, the caregivers were afraid to answer some questions. Other times, they feel embarrassed to talk about their own attitudes. In this form, it is possible to affirm that complementary questions on modified CASE instruments provide more evidence to the existence of hidden violence, because when the questions were asked in direct forms, the caregivers denied facts detected by the original instrument.

It is necessary to further comprehend the phenomenon of violence, because it challenges

science and causes stress, phobias, and traumas that injure very quietly^{15,17}. Furthermore, the competent departments should invest a great deal more into the supervision of the elderly institutions than into other areas, and to possibly identify professionals and entities responsible for violent acts, when cases arise. Therefore, the complexity of violence, as well as its causes and forms of expression, make it a challenging subject to discuss and confront. The first step in preventing violence is to identify it through public health policies and programs.²⁶

CONCLUSION

The “physical” and “negligence” categories of violence were verified to occur by caregivers in relation to institutionalized elderly. In addition, this study has strong positive points that show the hidden violence practiced by the caregivers according to the given answers and expose institutional violence, even though having as limitations the caregiver sometimes does not respond to what he or she actually

practices on a daily basis. The increasing longevity of the aging population is a global phenomenon. A number of strategies are needed to ensure the dignity of these elderly people, including the promotion of healthy and active aging through the implementation of specific public policies and acts such as the National Elderly People’s Health Policy and the Elderly Status.

REFERENCES

- Melchiorre MG, Di Rosa M, Barbabella F, Barbini N, Lattanzio F, Chiatti C. Validation of the Italian version of the caregiver abuse screen among family caregivers of older people with Alzheimer’s disease. *Biomed Res Int* 2017;2017:3458372.
- Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil’s primary health care system. *Am J Public Health* 2011;101(5):868–74.
- WHO - World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Garbin CAS, Dias IA, Rovida TA, Garbin AJ. Challenges facing health professionals in the notification of violence: mandatory implementation and follow-up procedures. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20(6):1879-90.
- Brasil. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial União* 2003 out 3.
- Rovida TAS, Peruchini LFD, Moimaz SAS, Garbin CAS. The meaning of general and oral health on the elderly caregiver’s view. *Odontol Clin Cient* 2013;12(1):43-6.
- Bradshaw, SA, Playford, ED, Riazi, A. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age Ageing* 2012;41(4):429-40.
- Duque, AM, Leal. MCC, Marques, APO, Eskinazi, FMV. Violence against the elderly in the home environment: prevalence and associated factors (Recife, State of Pernambuco). *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(8):2199-208.
- Baker PRA, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;8:CD010321.
- Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA, Lollí LF, Saliba NA. The elderly in Brazil: legislative aspects of the importance to health professionals. *Espaç Saúde* 2009;10(2):61-9.
- Byon HD, Storr CL, Lipscomb J. Latent classes of caregiver relationships with patients: Workplace violence implications. *Geriatr Nurs* 2016. In press.
- Newton JP. Elder abuse: an issue not to be ignored. *Gerodontology* 2010;27(2):83-4.
- Reis M, Nahmias D. Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Can J Aging* 1995;14(2):45-60.
- Paixão CM, Reichenheim M. A review of screening tools to assess domestic violence against the elderly. *Cad Saúde Pública* 2006;22(6):1137-49.
- Garbin CAS, Joaquim RC, Rovida TAS, Garbin AJ. Elderly victims of abuse: a five year document analysis. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016;19(1):87-94.
- World Health Organization. (2002). World report on violence and health. Geneva: Author.
- Irigaray TQ, Esteves CS, Pacheco JTB, Oliveira RG, Argimon ILL. Elder abuse in porto alegre, rio grande do sul, Brazil: a

documentary study. *Estud Psicol* 2016;33(3):543-51.

18. Ribeiro MTF, Ferreira RC, Ferreira EF, Magalhães CS, Moreira NA. Profile of caregivers of elderly in long-term care institutions in Belo Horizonte - MG. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(4):1285-92.

19. Leite BS, Camacho ACLF, Jacoud MVL, Santos MSAB, Assis CRC, Joaquim FL. Relationship between the epidemiological profile of caregivers of elderly people with dementia and overburden of care. *Cogitare Enferm.* 2017; (22)4: e50171.

20. Colasanti V, Marianetti M, Micacchi F, Amabile GA, Mina C. Tests for the evaluation of depression in the elderly: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;50(2):227-30.

21. Brasil. Lei nº 10.741. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 01 out 2003.

22. Saliba NA, Moimaz SAS, Marques JAM, Prado RL. The profile of caregivers for the elderly and oral health perception. *Interface* 2007;11(21):39-50.

23. Silva CFS, Dias CMSB. Violence Against the Elderly in the Family: Aggressor's Motivations, Feelings and Needs. *Psicol. cienc. prof.* Brasília July/Sept. 2016 vol.36 no.3.

24. Rodrigues CL, Armond JE, Gorios C. Physical and sexual aggression against elderly persons reported in the city of São Paulo. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* Rio de Janeiro Oct./Dec. 2015; vol.18 no.4.

25. Josefsson K, Ryhammar L. Threats and violence in Swedish community elderly care. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;50(1):110-3.

26. Bolsoni CC, Coelho EBS, Giehl MWC, D'Orsi E. Prevalence of violence against the elderly and associated factors - a population based study in Florianópolis, Santa Catarina. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* Rio de Janeiro July/Aug. 2016; vol.19 no.4.

Violência oculta contra idosos institucionalizados

Clea Adas Saliba Garbin*
Gabriela Peres Teruel*
Tânia Adas Saliba*
Artênio José Isper Garbin*

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar a ocorrência de ações violentas realizadas por cuidadores contra idosos institucionalizados. Trata-se de um estudo transversal, de pesquisa analítica, qualitativa e quantitativa realizado com os 38 cuidadores de idosos residentes em unidades de longa permanência nas cidades do Estado de São Paulo. Utilizou-se um questionário baseado no Caregiver Abuses Screen (CASE). Apenas um pesquisador treinado realizou o estudo, e todos os aspectos éticos e legais foram respeitados. Os dados quantitativos foram analisados pelo software Epi-Info, versão 3.5.4, e os testes de Fisher e ANOVA foram aplicados. Os dados qualitativos foram analisados por categorização de conteúdo. Dentre os resultados, todas as questões do CASE mostraram algumas respostas afirmativas, indicando a ocorrência de violência, e apenas 21,1% dos cuidadores disseram que nunca haviam cometido nenhum ato violento. Nesse sentido, as principais ações dos cuidadores foram “agir de forma grosseira” (21%) ou “não fazer nada que pudessem fazer pelos idosos” (39,5%) para ajudar idosos, visando obter controle de situações de agressividade e comportamento. Além disso, a maioria (87%) dos cuidadores percebeu que existe violência nos domínios físico, psicossocial e de negligência dos cuidadores em relação aos idosos institucionalizados, principalmente em formas ocultas.

Palavras-chave: Violência, cuidadores, lares para idosos, abuso de idosos, idosos.

INTRODUÇÃO

O crescente envelhecimento da população causa impactos na sociedade que podem prejudicar a harmonia do lar. Um exemplo é a vida entre pessoas idosas e mais jovens e a dependência dos cuidados. Situações como essa podem causar conflitos de relacionamento em ambientes familiares, institucionais e sociais e também podem promover atos violentos contra a desvantagem física da pessoa idosa quando confrontados com outros adultos do sexo masculino.^{1,2}

A violência física é uma das muitas formas de violência contra os idosos, porque seu propósito é “causar a omissão da violência, que pode ser deliberada ou involuntária. Esse abuso pode ser físico ou psicológico, ou pode envolver maus tratos relacionados a finanças ou bens materiais. Independente do tipo de abuso, geralmente resulta em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e uma diminuição da qualidade da vida de idosos”^{3,4}.

Muitas vezes, os idosos tentam resolver ou aliviar as tentativas violentas de uma pessoa

familiar, optando por viver em um cuidado de longo prazo. Outras vezes, os membros da família escolhem a institucionalização dos idosos. Geralmente, a institucionalização é motivada pelo abandono familiar, responsabilidade social e pela ineficiência das políticas de saúde e cidadania idosa. No Brasil, o Estatuto do Idoso trata dos direitos, benefícios e estilo de vida das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, institucionalizadas ou não, e define algumas ações como criminosas, como negligenciar a saúde dos idosos, abandonar a família, tomar posse de reais investimentos imobiliários e financeiros, entre outros, e se concentra em multas e detenção dos agressores^{5,6}.

Os idosos institucionalizados permanecem sob os cuidados de profissionais chamados “cuidadores”. Alguns dos idosos explicaram que suas famílias escolheram a institucionalização porque ninguém está disponível para cuidar dos idosos quando eles dependem e precisam de atenção especial. No entanto, os serviços oferecidos pelos cuidadores aos idosos

DOI: 10.15343/0104-7809.20184201214229

* Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de odontologia, Araçatuba – SP, Brasil.
Email: cgarbin@foa.unesp.br

podem ser inapropriados nas instituições, e a violência institucional, que é principalmente representada pelo cuidado prolongado, é caracterizada por maus-tratos contra idosos, ausência ou alimentos inadequados e omissão de cuidados médicos adequados. Além disso, muitas casas para idosos representam um modelo de exclusão e causam degeneração significativa em habilidade funcional e autonomia dos idosos⁷.

A violência contra os idosos no Brasil está crescendo em suas diversas formas, afetando principalmente mulheres, os idosos convivendo com seis pessoas ou mais, aqueles que já não têm parceiro ou os analfabetos⁸. No entanto, esses dados podem ser piores na realidade, porque notificações de casos violentos geralmente não estão de acordo com os fatos.

Devido a muitas causas e situações, os idosos não cobram seus agressores (cuidadores familiares ou formais) porque se sentem inseguras e desprotegidas, ou porque querem proteger aqueles a quem amam. Quando os idosos optam por discutir o assunto, muitas vezes eles omitirão alguns fatos para reduzir a gravidade das ações resultantes⁹. De fato, devido ao advento das políticas para muitos aspectos da vida do idoso, o trabalho com os idosos institucionalizados tem exigido melhor comportamento dos cuidadores quanto à relação entre os profissionais e os idosos institucionalizados¹⁰.

A busca por cuidadores treinados e aqueles que apresentam habilidades para cuidar de idosos tem justificado a constante necessidade de profissionais de saúde com conhecimento dos sinais e sintomas de violência para colaborar no diagnóstico desse crime, considerando que esses profissionais têm contato direto inicial com as vítimas que necessitam de assistência. Percebendo que a violência contra os idosos é uma realidade que ainda requer esforço e investigação sobre os agressores e as causas da agressão, este estudo teve como objetivo verificar a existência de violência por cuidadores contra os idosos institucionalizados, principalmente nas formas leves ou ocultas^{11,12}.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo transversal, qualitativo e quantitativo realizado por aplicação de instrumento estruturado através de entrevistas com todos os cuidadores (n = 38) que trabalharam em duas casas de idosos de longa duração em duas cidades do Estado brasileiro de São Paulo. A amostra foi escolhida por conveniência.

A população estudada era composta pelos 38 cuidadores que trabalhavam em centros de cuidados prolongados de duas cidades do estado de São Paulo, Brasil. Os profissionais que concordaram em participar da pesquisa e autorização e Termo de Consentimento foram incluídos na amostra, como aqueles que estiveram presentes nos dias agendados para a entrevista. As entrevistas foram realizadas individualmente com os cuidadores, onde estavam empregados, em locais separados dos outros membros da equipe, para evitar coação, inibição ou qualquer interferência com suas respostas, nas datas e horários programados no início ou nos tempos de interrupção, para evitar qualquer interferência com suas funções de trabalho. Apenas um pesquisador treinado administrou o questionário e não houve limite de tempo para responder as perguntas durante a entrevista.

O presente estudo utilizou Caregiver Abuse Screen (CASE), um instrumento único para a coleta de informações específicas sobre o cuidador, que pode avaliar os comportamentos relacionados aos atos violentos de cuidadores contra os idosos¹³.

O CASE não apresenta explicações ou pensamentos possíveis sobre casos violentos, mas contém itens que questionam o cuidador sobre situações que podem indicar violência física, psicossocial, material e negligente, sem questionar explicitamente o cuidador sobre a violência. Devido à sua simplicidade e brevidade, CASE pode ser usado para o rastreamento inicial da violência e o pesquisador com experiência não é necessário para sua aplicação^{1,14}.

O instrumento CASE foi adicionado por questões abertas, que respostas podem justificar cada pergunta, considerando que o original é

extremamente objetivo e permite apenas “sim” ou “não” como resposta. Esta modificação permitiu variáveis qualitativas na coleta de dados. Além disso, duas questões abertas e diretas sobre violência contra os idosos foram adicionadas à versão final do questionário. O novo instrumento estruturado permitiu a comparação dessas questões com as de CASE e criou um instrumento mais neutro com maior capacidade de coleta de informações sobre violência leve e oculta.

As variáveis foram relacionadas à detecção de violência em formas físicas, psicossociais, materiais e negligentes. O instrumento

RESULTADOS

Entre os 57 cuidadores que trabalharam na LCT, 19 (33,3%) se recusaram a participar do estudo; portanto, 38 (66,7%) cuidadores constituíram a amostra final. Os cuidadores envolvidos no estudo foram predominantemente compostos por mulheres (93,1%) de idade média de 40,3 anos (\pm 10,4 anos). A maioria (74,1%) dos participantes completou o ensino médio ou um curso técnico, e poucos tiveram experiência em trabalhar com idosos (55,6%), como mostrado na Tabela 1.

A Tabela 1 também apresenta a falta de associação entre essas variáveis e gênero. A violência praticada contra os idosos institucionalizados pelos cuidadores não foram associados com a idade, o nível de escolaridade ou o tempo de trabalho com idosos, conforme determinado pela ANOVA (Análise de Variância) ($p = 0,6066$; $p = 0,6459$; $p = 6099$, respectivamente). Portanto, não foi possível determinar um perfil do cuidador que comete atos de violência contra os idosos.

Estudos usando questionários para coletar dados devem lidar com a dificuldade de garantir que todos os espaços em branco

modificado foi testado com 10 cuidadores de outra cidade do Estado de São Paulo e validado. Além disso, outras variáveis foram verificadas, como gênero, idade, nível de escolaridade e duração da experiência com idosos.

Os dados quantitativos foram processados pela Epi-info Program versão 3.5.1, e os dados qualitativos foram analisados por categorização de conteúdo. Para análise bivariada, o teste de Fisher e / ou análise de variância foi aplicado, com um intervalo de confiança de 95%.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética para Estudos Humanos e todas as diretrizes éticas foram cuidadosamente seguidas.

sejam preenchidos por todos os indivíduos entrevistados. Neste estudo, nove cuidadores não responderam a todas as questões (Figura 1). Apenas 21,2% dos cuidadores disseram que nunca haviam cometido nenhum ato violento contra idosos institucionalizados; 44,7% comprometeram um ou dois atos de violência; e 34,2% tinham cometido entre três e cinco atos violentos. Entre as justificativas, “atuar de maneira rude” (21,0%) ou “não fazer nada que pudessem fazer para ajudar os idosos, mas não” (39,5%) foram as atitudes mais expressas dos profissionais entrevistados como métodos para controlar a situação em relação à agressividade e comportamento das pessoas idosas.

A Figura 1 mostra a categorização das respostas dos cuidadores sobre o significado da violência: a maioria (45%) dos cuidadores relatou que o significado da violência compreende todas as ações que podem prejudicar os idosos. Observou-se também que 87% dos cuidadores totais entendiam a violência apenas como agressão física. No total, 92% dos cuidadores afirmaram que nunca testemunharam atos violentos no ambiente de trabalho.

Tabela 1 – Perfil dos cuidadores dos idosos institucionalizados do Estado de São Paulo – Brasil, 2016.

Variáveis	n(%)	p-valor*
Idade (anos)		
Até 39	14 (48,9)	0,4828
40 ou mais	15 (51,7)	
Total	29 (100)	

continua...

Escolaridade		
Completou ensino médio	9 (31,0)	
Mais do que Ensino médio ou ensino técnico	20 (69,0)	0,0887
Total	29 (100,0)	
Tempo de experiência trabalhando com idosos (anos)		
Até 5	15 (51,7)	
6 ou mais	14 (48,3)	0,2241
Total	29 (100,0)	

*Teste de Fisher (IC 95%)

**9 cuidadores não responderam

Quadro 1 – Distribuição numérica, perceptual e categórica de cuidadores de idosos institucionalizados com o uso do instrumento CASE, São Paulo, Brasil, 2016.

Perguntas de CASE	Respostas diretas e / ou categorização de explicações. n(%)		
1. Você tem alguma dificuldade para fazer o idoso controlar seu temperamento ou agressividade?	SIM – Nós devemos ter paciência e diálogo. 14 (36.8)	NÃO – Devido a problemas mentais e psiquiátricos. 8 (21.1)	Sem Resposta 16 (42.1)
2. Durante o seu trabalho com os idosos, você se sente forçado a agir contra a sua natureza ou a fazer coisas que fazem você se sentir mal?	SIM – Supressão física devido ao temperamento agressivo dos idosos. 5 (13.2)	SIM – Quando eu sou rude com eles e eu deveria repreendê-los. 2 (5.3)	NÃO 31 (81.6)
3. Você tem alguma dificuldade para controlar o comportamento de algum idoso?	SIM – Porque eles têm dificuldade em entender. 4 (10.5)	NÃO – Porque conversar com eles é o suficiente para entendê-los. 4 (10.5)	Sem Resposta 30 (78.9)
4. Às vezes você se sente forçado a agir de maneira grosseira (rude) com algum idoso?	SIM – Em casos de atitudes agressivas dos idosos 4 (10.5)	SIM – Quando os idosos não aceitam higiene e / ou medicação 4 (10.5)	NÃO 30 (78.9)
5. Você sente que não pode fazer o que é realmente necessário ou outras coisas que poderiam ser feitas para os idosos?	SIM – Eu melhoraria o vínculo entre os idosos e suas famílias. 8 (21.1)	SIM – Para ter mais tempo para lhes dar atenção. 7 (18.4)	NÃO 23 (60.5)
6. Você sente que às vezes você precisa rejeitar ou ignorar os idosos?	SIM – Quando eles estão com mau temperamento ou estão fazendo algo errado. 2 (5.3)	SIM – Quando os idosos falam sobre sua família ou quando precisam de atenção especial. 2 (5.3)	NÃO 34 (89.5)
7. Às vezes você se sente tão exausto que não consegue atender às necessidades dos idosos?	SIM – Mesmo quando estou cansado, tento ter paciência e oferecer atenção. 4 (10.5)	SIM – Eu lhes dou atenção apenas para as necessidades básicas e eles me respondem dizendo palavras de amor durante todo o dia. 2 (5.3)	NÃO 32 (84.2)
8. Você sente que às vezes você deve gritar com os idosos, devido a outra causa além da deficiência auditiva?	SIM – Quando eles se recusam a obedecer. 1 (2.6)	SIM – Quando eles discutem ou brigam	NÃO 36 (94.7)

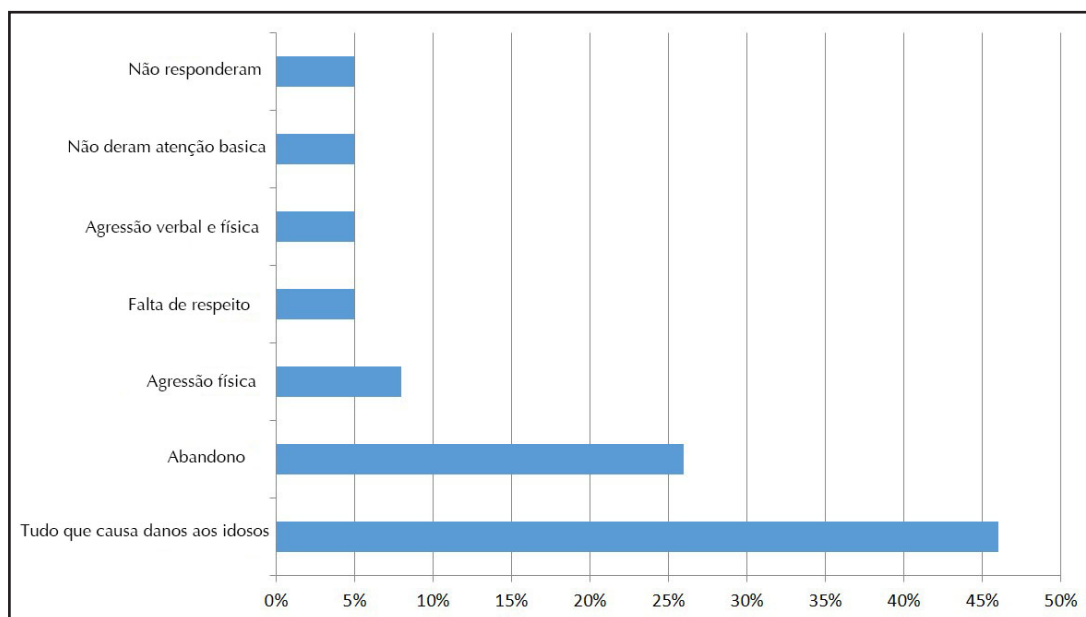


Figura 1 – Conceito de violência do idoso na visão dos cuidadores. Estado de São Paulo - Brasil, 2016.

DISCUSSÃO

A violência contra os idosos institucionalizados é uma realidade. Os atos violentos ocorrem em muitos países, em muitas formas, e a maioria dos casos não são relatados porque as vítimas são muitas vezes pessoas frágeis que muitas vezes são agressoras. Os profissionais institucionais que cuidaram dos idosos demonstraram a consciência do significado da violência, mas não controlaram o seu temperamento e praticaram atos violentos durante o trabalho, conforme mostrado na Tabela 1. Somente uma pequena parcela dos cuidadores entrevistados nunca cometeu nenhum ato violento contra os idosos institucionalizados¹⁵.

No Brasil, independentemente da ausência de estudos sobre violência contra o idoso institucionalizado, tem sido relatado que mais de 20% dessa população sofreu algum tipo de violência - principalmente mulheres e pessoas que convivem com muitas pessoas. Esta descrição da vulnerabilidade dos idosos sobre a violência é pior quando se considera a dificuldade do relacionamento e a falta de compreensão dos cuidadores sobre mudanças fisiológicas e patológicas comuns

ao envelhecimento. Esta situação denota a incompreensão dos cuidadores na relação com as condições de saúde e bem-estar dos idosos; À medida que a relação cuidador / paciente torna-se cada vez mais intolerável, agressiva e mais conflituosa, as chances de ocorrência de atos violentos aumentam consequentemente⁸.

Para manter o controle do comportamento do paciente idoso foi uma das habilidades de trabalho mais difíceis dos cuidadores. Assim, a ausência da capacidade desses profissionais para trabalhar com os idosos é notável, porque este trabalho exige empatia pessoal e força física para ajudar os idosos. O trabalho "cuidador idoso" caracteriza-se por um alto volume de negócios, ou seja, a cada 5 anos em média, os cuidadores se demitem e os novos profissionais são chamados a trabalhar¹⁶, o que representa um desafio ao fortalecimento da relação cuidador / paciente. Os idosos precisam de um cuidador para ajudá-los a realizar suas atividades diárias. Os cuidadores monitoram a rotina desses idosos, atentos a todas as manifestações de doenças para garantir a integridade dos pacientes. Portanto, esses profissionais estão expostos a possíveis

mudanças comportamentais do idoso e devem estar preparados para lidar com essa situação, a fim de evitar prejuízos à sua própria saúde e à saúde do idoso¹⁹.

Para evitar conflitos de relacionamento, o cuidador deve entender que a mudança rápida de humor exibida por muitos idosos pode ser explicada pela depressão, o que, muitas vezes, não é detectado porque o diagnóstico detalhado deve ser confirmado por um psicólogo e psiquiatra¹⁷. As doenças depressivas, incluindo depressão, distímia e outros transtornos de humor, caracterizam-se pela presença de tristeza, vazio ou irritabilidade associada a alterações somáticas e cognitivas que repercutem na capacidade funcional dos indivíduos e, muitas vezes, o cuidador deve lidar com esses sintomas¹⁹.

Para entender as mudanças que o envelhecimento pode causar é um caminho para o sucesso do trabalho com os idosos: quando os cuidadores compreendem estas mudanças, principalmente as condições depressivas, os profissionais de saúde já estarão a resolver algumas situações, sem violência. Além disso, a depressão pode ser um indicativo e pode se manifestar como consequência da violência. Infelizmente, os sinais resultantes desses atos violentos, muitas vezes, passam despercebidos pelos profissionais de saúde¹.

Contudo, em função do aumento do número de casos de violência contra idosos, algumas políticas públicas foram tomadas para prevenir e orientar tanto os idosos quanto os familiares. Um exemplo seria o Estatuto do Idoso, que possibilitou considerar como atos de violência dirigidos a essa população, que garantem o cuidado ao idoso^{17,21}. No entanto, com as políticas que garantem o cuidado com os idosos, a definição recentemente melhorada de violência e incentivos para o relatório nos últimos anos, foram possíveis confirmar casos violentos cometidos por cuidadores, principalmente no que diz respeito a formas psicológicas e negligentes, ou seja, formas mais silenciosas. Esta é a explicação para a necessidade de investir em recursos humanos para o cuidado dos idosos, principalmente relacionados à saúde: permitir mais notificação de casos de violência, maior segurança para as vítimas, prevenção de agressões repetidas e,

consequentemente, permitir o julgamento da agressores¹⁸.

O conhecimento dos cuidadores entrevistados pode ser considerado satisfatório, porque muitos deles podem reconhecer diversas formas de violência. No entanto, é possível observar que, mesmo com os conhecimentos existentes, alguns dos cuidadores comprometem a violência escondida. A violência contra os idosos não é apenas um problema brasileiro, é um problema universal que ocorre em diferentes culturas, independentemente do status socioeconômico, etnia e religião. As implicações sociais do envelhecimento para a saúde pública são uma preocupação importante, pois, diferentemente dos países desenvolvidos, o aumento da expectativa de vida tem sido gradual e ocorreu em conjunto com o aumento do desenvolvimento científico e tecnológico, possibilitando melhor qualidade de vida e saúde^{23,24}.

Em contraste com outros instrumentos que tendem a ser críticos implicitamente do agressor, o CASE incentiva o entrevistado a dar respostas mais aceitáveis na sociedade, o que justifica seu potencial para pesquisar informações em profundidade e diagnosticar a violência oculta¹. As respostas afirmativas da violência no presente estudo foram contraditórias com respostas negativas quanto à experiência de testemunhar atos violentos no ambiente de trabalho e os profissionais que testemunharam esses atos optaram por descrever os fatos, talvez devido ao medo de danificar seus empregos, trabalhando relacionamentos ou sentenças, embora o pesquisador tenha explicado anteriormente o segredo das identidades do entrevistado.

A partir deste aspecto, é evidente que a violência existe, embora sua presença não seja admitida por profissionais de gestão que trabalham com idosos em instituições de cuidados prolongados²⁰. A ocorrência de situações de maus-tratos pode ter várias consequências, como o isolamento social e o surgimento de sintomas depressivos, que podem ser agravados¹⁷.

Uma pequena observação a respeito de uma resposta negativa ou afirmativa sem justificativa é relevante. Muitas vezes, os cuidadores tiveram medo de responder a

algumas perguntas. Outras vezes, eles se sentem envergonhados de falar sobre suas próprias atitudes. Nesta forma, é possível afirmar que questão complementar sobre os instrumentos CASE modificada fornecem mais evidências à existência de violência oculta, porque quando as questões foram feitas de forma direta, os cuidadores negaram os fatos detectados pelo instrumento original.

É necessário compreender ainda mais o fenômeno da violência, porque desafia a ciência e causa estresse, fobias e traumas que

ferem muito calmamente^{21,22}. Além disso, os departamentos competentes devem investir muito mais na supervisão das instituições idosas do que em outras áreas e possivelmente identificar profissionais e entidades responsáveis por atos violentos, quando surgirem casos. Portanto, a complexidade da violência, bem como suas causas e formas de expressão, torna um assunto desafiador para discutir e confrontar. O primeiro passo na prevenção da violência é identificá-la através de políticas e programas de saúde pública²⁶.

CONCLUSÃO

As formas de violência nas categorias “física” e “negligência” foram verificadas pelos cuidadores em relação aos idosos institucionalizados. Além disso, as respostas dadas pelos cuidadores esclarecem que a violência institucional ocorre em formas ocultas e expõe tal a violência, mesmo tendo como limitações o cuidador, que às vezes, não responde ao que ele realmente pratica

diariamente. O envelhecimento da população é um fenômeno global.

Várias estratégias são necessárias para garantir a dignidade desses idosos, incluindo a promoção do envelhecimento saudável e ativo por meio da implementação de políticas públicas específicas e de ações como a Política Nacional de Saúde do Idoso e o Estatuto do Idoso.

REFERÊNCIAS

- Melchiorre MG, Di Rosa M, Barbabella F, Barbini N, Lattanzio F, Chiatti C. Validation of the italian version of the caregiver abuse screen among family caregivers of older people with Alzheimer's disease. *Biomed Res Int* 2017;2017:3458372.
- Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *Am J Public Health* 2011;101(5):868-74.
- WHO - World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Garbin CAS, Dias IA, Rovida TA, Garbin AJ. Challenges facing health professionals in the notification of violence: mandatory implementation and follow-up procedures. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20(6):1879-90.
- Brasil. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial União* 2003 out 3.
- Rovida TAS, Peruchini LFD, Moimaz SAS, Garbin CAS. The meaning of general and oral health on the elderly caregiver's view. *Odontol Clin Cient* 2013;12(1):43-6.
- Bradshaw, SA, Playford, ED, Riazi, A. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age Ageing* 2012;41(4):429-40.
- Duque, AM, Leal. MCC, Marques, APO, Eskinazi, FMV. Violence against the elderly in the home environment: prevalence and associated factors (Recife, State of Pernambuco). *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(8):2199-208.
- Baker PRA, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;8:CD010321.
- Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA, Lolli LF, Saliba NA. The elderly in Brazil: legislative aspects of the importance to health professionals. *Espaç Saúde* 2009;10(2):61-9.
- Byon HD, Storr CL, Lipscomb J. Latent classes of caregiver relationships with patients: Workplace violence implications. *Geriatr Nurs* 2016. In press.
- Newton JP. Elder abuse: an issue not be ignored. *Gerodontology* 2010;27(2):83-4.
- Reis M, Nahmias D. Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Can J Aging* 1995;14(2):45-60.
- Paixão CM, Reichenheim M. A review of screening tools to assess domestic violence against the elderly. *Cad Saúde Pública* 2006;22(6):1137-49.
- Irigaray TQ, Esteves CS, Pacheco JTB, Oliveira RG, Argimon ILL. Elder abuse in porto alegre, rio grande do sul, Brazil: a documentary study. *Estud Psicol* 2016;33(3):543-51.

16. Ribeiro MTF, Ferreira RC, Ferreira EF, Magalhães CS, Moreira NA. Profile of caregivers of elderly in long-term care institutions in Belo Horizonte - MG. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(4):1285-92.
17. Colasanti V, Marianetti M, Micacchi F, Amabile GA, Mina C. Tests for the evaluation of depression in the elderly: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;50(2):227-30.
18. Saliba NA, Moimaz SAS, Marques JAM, Prado RL. The profile of caregivers for the elderly and oral health perception. *Interface* 2007;11(21):39-50.
19. Porto I, Koller SH. Violence against institutionalized elderly people. *Rev Psicol Vetor Ed* 2008;9(1):1-9.
20. Josefsson K, Ryhammar L. Threats and violence in Swedish community elderly care. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;50(1):110-3.
21. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Cienc Saude Coletiva* 2010;11(Supl):1259-67.
22. Garbin CAS, Joaquim RC, Roviada TAS, Garbin AJL. Elderly victims of abuse: a five year document analysis. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016;19(1):87-94.