

PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA E FÍSICA CONTRA IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Rute Costa Régis de Sousa (1); Gleicy Karina Nascimento de Araújo (2); Karina Sotero de Araújo Lima (3); Tarcila Lima Alcântara de Gusmão (4); Rafaella Queiroga Souto (5)

Universidade Federal de Pernambuco; Email: rute_regis@hotmail.com (1); gleicy.kna@hotmail.com (2); sotero1991@hotmail.com (3); tarcilagusmao@hotmail.com (4); rafaellaqueiroga7@gmail.com (5)

RESUMO

Tratou-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, que teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico dos idosos entrevistados, identificar a prevalência de violência contra o idoso, e analisar a associação entre a violência contra o idoso e os aspectos socioeconômicos desta de uma unidade básica de saúde do município de Recife, Pernambuco. A amostra foi composta por 159 idosos. Os dados foram coletados a partir de um questionário socioeconômico e o Conflict Tactics Scale (CTS-1), um instrumento para rastreamento de violência, já traduzido e validado para o Brasil. Os dados obtidos foram tabulados no SPSS e realizadas análises descritivas (frequência absoluta e relativa) e inferencial (associação por meio do Qui-quadrado de Person). Em relação ao perfil sociodemográfico da amostra, prevaleceu o sexo feminino com 76,7% (n=122), no intervalo de idade entre 60-70 anos (n=85, 53,5%), que eram alfabetizados (n=106, 66,7%), viúvos ou que nunca haviam casado (n=80, 50,3%), que dividiam residência com 1-4 pessoas (n=112, 70,4%) e tinham renda de até um salário mínimo (n=113, 71,1%). Quanto ao tipo de violência, a violência psicológica foi a mais comum com 34,6% (n=55). Houve significância estatística na associação entre o estado civil e a ocorrência de violência psicológica (p=0,030), e o estado civil e a violência física menor (p=0,006). Esse destaque da violência psicológica entre os demais tipos de violência se deve ao fato de que ela perpassa todos os outros tipos de violência e é também o tipo de violência que primeiro surge em uma situação de abuso. **Palavras-chave:** Idoso, Violência, Maus-tratos ao idoso.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde⁽¹⁾ define como violência contra a pessoa idosa: “as ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, que prejudicam a integridade física e emocional da pessoa idosa e impedem o desempenho de seu papel social”. E o Estatuto do Idoso⁽²⁾ declara como violência contra o idoso: “qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico ao idoso”.

A violência, é incluída pelo sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no rol das “causas externas”. “Causas externas” compreende eventos de mortalidade tais como suicídios e acidentes; e eventos de morbidade, como as lesões provocadas pelas agressões, os traumas por acidentes de transporte, as quedas, os envenenamentos e intoxicações, as sufocações e os afogamentos acidentais⁽³⁾.

Apesar dos estudos sobre as causas externas ajudarem a entender os resultados das várias expressões de violência, o termo “causas externas” e violência não são sinônimos. Entende-se que, embora não equivalentes, os dois conceitos citados estão articulados, pois a vitimização da pessoa idosa por violência costuma resultar em mortes, incapacitações e enfermidades associadas, classificadas na rubrica “causas externas”⁽⁴⁾.

Entre as causas de morte das pessoas acima de 60 anos em 2011, as “causas externas” ocuparam o sexto lugar, representando 3,4% do total de mortes. Analisando a mortalidade por causa externa específica em pessoas acima de 60 anos, no ano de 2011, a principal causa de morte foram as quedas com 35% das mortes, isso é interessante, porque as quedas são principalmente resultado de negligência⁽⁵⁾.

Mesmo com o número de pessoas que compõem essa faixa de idade crescendo diariamente, no Brasil, esse tema veio a ser abordado, apenas nas últimas duas décadas. Tendo em vista a escassez da produção científica, a complexidade do fenômeno e a dificuldade de seu reconhecimento⁽⁶⁾, faz-se necessário a realização de estudos que se proponham a abordar e investigar a violência contra o idoso.

Desta forma, o objetivo desse estudo foi descrever o perfil sociodemográfico; investigar a prevalência de violência psicológica e física em idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS); e analisar a associação entre a violência psicológica e física contra o idoso e os aspectos socioeconômicos desta população.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo do tipo transversal, de abordagem quantitativa. Quantitativo, porque a população do estudo foi investigada por meio do uso de questionários; e descritivo porque tem como objetivo produzir dados epidemiológicos que demonstrem a situação de maus tratos contra idosos no local estudado. O corte da pesquisa foi do tipo transversal, porque os sujeitos da pesquisa foram observados em uma única oportunidade⁽⁷⁾.

O estudo foi conduzido na área de abrangência de uma Unidade de Atenção Básica do município de Recife, Pernambuco. Após o cálculo amostral, um quantitativo de 159 idosos foi

determinado como amostra representativa da população estudada. Esses idosos foram escolhidos por aleatoriedade (amostragem sistemática).

O instrumento de coleta de dados foi composto por duas partes. A primeira parte era composta por um questionário sociodemográfico contendo vinte questões que visavam traçar o perfil socioeconômico e demográfico da população de estudo, e por um instrumento de *screening* para identificar a violência contra o idoso: o Conflict Tactics Scale (CTS-1) já validado e utilizado em pesquisas populacionais no Brasil⁽⁶⁾.

O (CTS-1) é um instrumento de origem canadense e foi criado por Murray A. Strauss, em 1979. Ele possui 19 questões, que estão divididas em três grupos, a partir dos tipos de táticas que são usadas para lidar com as desavenças: argumentação (itens *a-c*), agressão verbal (itens *d-f* e *h-j*) e agressão física (itens *k-s*). Cada item contempla três opções de respostas: não aconteceu, aconteceu algumas vezes nestes últimos doze meses e aconteceu várias vezes nestes últimos doze meses⁽⁶⁾. Quanto à classificação da violência contra o idoso, foram considerados casos de violência todos os que apresentaram pelo menos uma resposta positiva.

Os dados obtidos foram digitados e analisados no SPSS versão 21.0. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas) e inferencial (teste qui-quadrado). O nível de significância adotado para todos os testes foi de 0,05.

Esta pesquisa fez parte de uma pesquisa maior intitulada 'Intervenções multidimensionais em idosos cadastrados na atenção primária à saúde e seus cuidadores: uma proposta de ensino baseada na comunidade', foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco para apreciação, e foi aprovada sob CAAE 51557415.9.0000.5208.

Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, assim como de seus direitos tais como o anonimato, a manutenção do sigilo, o livre acesso às informações, o direito de participar ou não da pesquisa, como também o direito de sair a pesquisa a qualquer momento. Após todos os esclarecimentos, foi solicitado aos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas as recomendações e princípios éticos previstos em pesquisas que envolvem seres humanos foram respeitados e seguidos de acordo com a Resolução 466/2012, instituída pelo Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 159 idosos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (n = 122; 76,7%), estava entre a faixa etária de 60-70 anos (n = 85; 53,5%), era alfabetizada (n = 106; 66,7%), tinha renda de até 1 salário mínimo (n = 113; 71,1%), e dividiam a residência com uma a quatro pessoas 70,4% (n = 112). A tabela 1, apresenta detalhadamente o perfil sociodemográfico dos idosos entrevistados.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico da amostra estudada. Recife, 2016.

VARIÁVEIS	n	%
Gênero		
masculino	37	23,3
feminino	122	76,7
Idade		
60-70	85	53,5
70-80	46	28,9
maior de 80	27	17,0
Alfabetizado		
sim	106	66,7
não	53	33,3
Estado Civil		
casado/morando junto	54	34,0
viúvo/nunca casou	80	50,3
divorciado/separado	24	15,1
Arranjo de moradia		
idoso mora sozinho	22	13,8
idoso mora com 1-4 pessoas	112	70,4
idoso mora com 5-8 pessoas	25	15,7
Renda do idoso		
até 1 salário mínimo	113	71,1
1-3 salários mínimos	38	23,9
>4 salários mínimos	1	4

Fonte: dados da pesquisa. Recife, ago-dez/2016

Entre os tipos de violência que foram investigados (Tabela 2) através do instrumento CTS-1, a violência psicológica foi o tipo mais prevalente, com 34,6% (n=55), seguida da violência física menor (4,4%, n=7), que na escala do CTS-1 trata-se de violência patrimonial, empurrões e tapas. A violência física grave (chutes, estrangulamentos, uso de armas) apresentou a menor prevalência (2,5%, n=4).

Esse destaque da violência psicológica entre os demais tipos de violência contra o idoso, corrobora com estudos realizados em outros países do mundo como: Cuba⁽⁹⁾, 78,4%; Bolívia⁽¹⁰⁾, 32,4%; Macedônia⁽¹¹⁾, 25,7% e China⁽¹²⁾, 72,5 %. O mesmo é encontrado em estudos brasileiros que apresentaram percentuais de violência psicológica de 47,4% em Porto Alegre - RS⁽¹³⁾, 12,2% em Florianópolis - SC⁽¹⁴⁾, e 57% na cidade de Araçatuba - SP⁽¹⁵⁾.

O idoso vítima de violência psicológica apresentará sentimentos de medo, apatia, dificuldade em tomar decisões⁽¹⁶⁾. Depressão e ansiedade são também formas comuns de manifestação da violência psicológica e ao contrário do que ocorre em outras situações, a menos que o abuso subjacente seja detectado e mitigado, o uso de fármacos e psicoterapêutica não serão capazes de reverterem essas condições clínicas⁽¹⁷⁾.

Estudo anteriores onde o CTS-1 foi usado como rastreio para a violência contra o idoso, também encontraram baixos percentuais de violência física (menor ou grave), em um estudo realizado no município de Niterói – RJ⁽¹⁸⁾, a prevalência encontrada foi de 9,6% (n=33), outro estudo mais recente em Uberaba - MG⁽¹⁹⁾ essa prevalência foi de 5,9% (n=43). De modo geral, ao redor do globo a prevalência de violência física contra o idoso é sempre inferior à violência psicológica.

No entanto, estudos que analisaram os sistemas de notificações encontraram a violência física como o tipo de violência mais notificada⁽²⁰⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾, esse contraste entre os achados nos estudos de rastreio da população idosa e nas análises dos sistemas de informação se deve ao fato de a violência física ser de mais fácil identificação pelos profissionais de saúde, visto que em alguns casos as agressões serão graves o suficiente para requerer tratamento de saúde, enquanto que a violência psicológica é silenciosa, não deixa marcas físicas, mas possui consequências igualmente debilitantes⁽⁹⁾.

Tabela 2: Prevalência de violência segundo o CTS-1.

VARIÁVEIS	n	%
CTS-1		
Violência psicológica	55	34,6
Violência física menor	7	4,4
Violência física grave	4	2,5

Fonte: dados da pesquisa. Recife, ago-dez/2016.

Ao analisarmos a tabela 3, podemos verificar que a mulher foi a maior vítima em todas as diferentes tipologias de violência, porém sem significância estatística.

Tabela 3: Prevalência de violência segundo o CTS-1 e prevalência de risco para violência segundo o H-S/EAST, de acordo com os dados sociodemográficos.

VARIÁVEIS	CTS-1		
	Psicológica	Física menor	Física grave

	n (%)	p-valor*	n (%)	p-valor*	n (%)	p-valor*
Gênero						
masculino	12 (33,3)	0,733	1 (2,8)	0,566	0 (0,0)	0,267
feminino	43 (36,4)		6 (5,0)		4 (3,3)	
Idade						
60-70	32 (39,0)	0,503	6 (7,2)	0,204	3 (3,6)	0,595
70-80	15 (33,3)		1 (2,2)		1 (2,2)	
maior de 80	7 (26,9)		0 (0,0)		0 (0,0)	
Alfabetizado						
sim	38 (36,9)	0,664	5 (4,8)	0,803	2 (1,9)	0,474
não	17 (33,3)		2 (3,9)		2 (3,8)	
Estado Civil						
casado/morando junto	25 (48,1)	0,030	2 (3,8)	0,006	1 (1,9)	0,150
viúvo/nunca casou	20 (26,0)		1 (1,3)		1 (1,3)	
divorciado/separado	10 (41,7)		4 (16,7)		2 (8,3)	
Arranjo de moradia do idoso						
mora sozinho	8 (38,1)	0,968	0 (0,0)	0,515	0 (0,0)	0,670
1-4 pessoas	38 (35,2)		6 (5,6)		3 (2,8)	
5-8 pessoas	9 (36,0)		1 (4,0)		1 (4,0)	
Renda do idoso						
até 1 salário mínimo	39 (35,1)	0,684	6 (5,4)	0,659	4 (3,6)	0,446
1-3 salários mínimos	12 (34,3)		1 (2,8)		0 (0,0)	
>4 salários mínimos	4 (50,0)		0 (0,0)		0 (0,0)	

* Teste Qui-quadrado. Fonte: dados da pesquisa. Recife, ago-dez/2016

Vários estudos⁽²³⁾⁽²⁴⁾ corroboram com a teoria de que o gênero é um fator de risco para a violência contra o idoso. Um estudo realizado na Macedônia⁽¹¹⁾, mostrou que ser mulher é um fator de risco para todos os tipos de violência com exceção da violência financeira, outra pesquisa desenvolvida na Bolívia⁽¹⁰⁾, apontou para as relações do patriarcado como explicação para a maior vitimização da mulher idosa em relação ao homem idoso, visto que o patriarcado prega a submissão da mulher, tornando-a assim mais vulnerável a abusos.

A mulher é a maior vítima de violência interpessoal, achados indicam que mulheres que vivenciaram abuso emocional na mão de seus parceiros íntimos durante a vida adulta, estão em maior risco de experimentar abuso após os 60 anos⁽²⁵⁾. Apesar de os dados apontarem para uma maior prevalência do sexo feminino entre às vítimas de violência, não houve significância estatística e o risco foi maior entre os homens. Esses diferentes achados⁽²⁶⁾⁽¹⁶⁾ relacionados ao gênero como fator de risco para violência, trazem questionamentos se a maior vitimização da mulher não se deveria ao fato de haver uma maior taxa de mortalidade entre os homens, levando assim a uma feminização da velhice.

O presente estudo corroborou com o que foi demonstrado em estudos anteriores^(10-11; 26;28-29), onde a prevalência da violência, seja ela psicológica ou física, é maior entre os idosos jovens 60-70 anos, o que parece contraditório tendo em vista que o aumento da idade está associado à diminuição na capacidade funcional⁽³⁰⁾ e a dependência funcional é um fator de risco para violência contra o idoso⁽³¹⁾.

O percentual total de alfabetizados foi de 66,7 (n=106), sendo o risco para a violência e todas as formas de violência, com exceção da violência física grave, mais prevalente entre esses idosos alfabetizados, o que vai de encontro com o demonstrado que idosos de áreas urbanas tinham menores risco para violência do que aqueles de áreas rurais, visto que os idosos de áreas urbanas eram alfabetizados e tinham mais anos de educação, o que os levam a tomar melhores decisões em relação à sua saúde, participação na comunidade e segurança, fazendo assim com que esses idosos esteja sobre menor risco de violência⁽³²⁾.

O estado conjugal foi a única variável do estudo que apresentou significância estatística, em sua associação com a violência psicológica e a violência física menor. Idosos viúvos e que nunca casaram foram aqueles que sofreram menos violência, corroborando com o encontrado por estudo desenvolvido em Portugal⁽¹⁶⁾, a influência do estado conjugal na ocorrência da violência apresenta diversas variações entre os estudos da área: um estudo na Bolívia e Turquia apresentou que as pessoas casadas são aquelas que sofrem menos violência⁽¹⁰⁾, enquanto outro estudo desenvolvido na China⁽³³⁾ que comparou a violência contra o idoso no cenário urbano e rural, encontrou que não há associação entre estado conjugal e a violência contra o idoso.

Em relação ao arranjo de moradia, a prevalência de violência variou entre os diferentes tipos de violência, sendo a violência psicológica mais prevalente entre os idosos que moravam sozinhos a violência física menor entre aqueles que partilhavam residência com 1-4 pessoas e a violência física grave entre os idosos que coabitavam com 5-8 pessoas, não havendo associação em nenhum dos casos, em contraste com outro estudo⁽³⁴⁾ onde foi apontado que o arranjo de moradia estava associado com o tipo de violência sofrida pelo idoso, visto que condições de moradia superlotadas e falta de privacidade tem sido associado aos conflitos familiares⁽³⁵⁾. Porém, o contrário também foi encontrado em estudo realizado em zona rural da China⁽³⁶⁾, onde o idoso vivendo sozinho foi o perfil predominante entre as vítimas de todos os tipos de violência e apresentou associação com a violência psicológica.

Analisando a variável renda, essa se apresentou de maneira contraditória ao demonstrado em outros estudos, onde idosos com nenhuma renda própria ou com baixa renda foram fatores de risco para a violência contra o idoso^(23; 36-37). No presente estudo, a violência psicológica foi mais prevalente entre os idosos na faixa de renda mais alta (n=4; 50%) e a violência física menor e grave mais prevalentes entre as faixas de salários mais baixas, com 5,4% (n=6) e 3,6% (n=4), respectivamente.

5 CONCLUSÕES

A forma de violência mais prevalente foi a violência psicológica. Houve associação também entre a violência psicológica e física menor e o estado conjugal. O perfil do idoso vítima de violência é mulher, entre 60-70 anos, casado/união estável, residem com alguém e tem uma renda de até 1 salário mínimo. O profissional da enfermagem, no contexto da Estratégia Saúde da Família, é um ator importante na identificação de possíveis vítimas. Tendo em vista os muitos fatores de risco que influenciam na temática faz-se necessário a elaboração de políticas públicas que tenham como foco não apenas o fenômeno em si, mas também os determinantes sociais ligados a situação de violência contra o idoso. Os resultados deste estudo agregam conhecimento e fortalecem a temática.

REFERÊNCIAS

1. WHO/INPEA. Missing voices: views of older persons on elder abuse. Geneva, World Health Organ. 2002;
2. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília Ministério da Saúde. 2003;1. ed.(2ª reimpr.):70.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS), Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10th ed. São Paulo: EDUSPE; 1998.
4. Minayo MCS, Souza ER, Paula DDR. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. Cien Saude Colet. 2010;15(6):2719–28.
5. Brasil, Secretaria de direitos humanos da presidência da república. Manual de enfrentamento

à violência contra a pessoa idosa. Brasília; 2014.

6. Hasselmann MH, Reichenheim ME. 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. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2003 [cited 2017 May 21];19(4):1083–93. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnrm=iso&%5Cnln=pt&%5Cnln=pt&%5Cnpid=S0102-311X2003000400030%5Cnhttp://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&
7. Provdanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico (recurso eletrônico) [Internet]. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale. Novo Hamburgo: Feevale; 2013 [cited 2017 Feb 21]. 276 p. Available from:
[http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book Metodologia do Trabalho Cientifico.pdf](http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf)
8. Brasil, Ministério da saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* Brasília; 2012 p. 59.
9. Ribot VC, Rousseaux E, García TC, Arteaga E, Ramos M. Psychological the Most Common Elder Abuse in a Havana Neighborhood. *MEDICC Rev* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 25];17(2):39–43. Available from:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=437542101009%0AHow>
10. Carmona-torres JM, López-soto PJ, Coimbra-roca AI, Gálvez-rioja RM, Goergen T, Rodríguez-borrego MA. Elder Abuse in a Developing Area in Bolivia. *J Interpers Violence*. 2015;1–18.
11. Markovik M, Peshevska DJ. Gender as individual risk factor for elderly abuse: Findings from first national prevalence study in Macedonia. *Maced J Med Sci* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 20];7(2):373–8. Available from: <http://www.idpress.eu/mjms/article/view/oamjms.2014.064/74>
12. Yan E. Elder Abuse and Help-Seeking Behavior in Elderly Chinese. *J Interpers Violence* [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 29];30(15):2683–708. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25331371>

13. Irigaray TQ, Esteves CS, Pacheco JTB, Grassi-Oliveira R, Argimon II de L. Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. *Estud psicol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 10];33(3):543–51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000300543&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
14. Bolsoni CC, Coelho EBS, Giehl MWC, D’Orsi E. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jun 26];19(4):671–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150184>
15. Garbin CAS, Joaquim RC, Rovida TAS, Garbin AJI. Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 22];19(1):87–94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000100087&lang=pt
16. Martins R, Neto MJ, Andrade A, Albuquerque C. Abuse and maltreatment in the elderly. *Aten Primaria* [Internet]. Elsevier; 2014 [cited 2017 Mar 31];46(S5):206–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70093-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70093-9)
17. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 5];372(20):1947–56. Available from: <http://mhmedical.com/content.aspx?aid=1106851563>
18. Apratto Júnior PC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Cien Saude Colet*. 2010;15(6):2983–95.
19. Paiva MM, Tavares DMS. Violência física e psicológica contra idosos : prevalência e fatores associados. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(6):1035–41.
20. Miziara CSMG, Braga MV, Carvalho FI, Teixeira TV, Miziara ID, Muñoz DR. Vítima silenciosa: violência doméstica contra o idoso no Brasil. *Saúde, Ética & Justiça*. 2015;20(1):1–8.
21. Crippa A, Rohde KLC, Schwanke CHA, Feijó AGS. Violência contra pessoa idosa a partir da análise de boletins de ocorrência. *Sist Penal Violência*. 2016;8(2):220–30.
22. Paraíba PMF, Silva MCM. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE.

- Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 26];18(2):295–306. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200295&lang=pt
23. Saikia A, Mahanta N, Mahanta A, Deka A, Kakati A. Prevalence and risk factors of abuse among community dwelling elderly of Guwahati City, Assam. *Indian J Community Med.* 2015;40(4):p279.
 24. Young LM. Elder Physical Abuse. *Clin Geriatr Med* [Internet]. Elsevier Inc; 2014 [cited 2017 Jul 29];30(4):761–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2014.08.005>
 25. Policastro C, Finn MA. Coercive Control and Physical Violence in Older Adults: Analysis Using Data From the National Elder Mistreatment Study. *J Interpers Violence* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 18];32(3):311–30. Available from: <http://jiv.sagepub.com/content/early/2015/05/13/0886260515585545.abstract>
 26. Megahead HA, Özmete E. Screening for Elder Abuse Among Turkish Older People : Validity of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S “East”). *Res Soc Work Pract.* 2017;27(3):387–98.
 27. Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR, Berman J, et al. Prevalence of and Risk Factors for Elder Abuse and Neglect in the Community : A Population-Based Study. *JAGS.* 2015;63(9):1906–12.
 28. Ruelas-Gonzalez MG, Duarte-Gomez MB, Flores-Hernandez S, Ortega-Altamirano DV, Cortes-Gil JD, Taboada A, et al. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico’s 2012 National Health and Nutrition Survey. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 15];15(1):35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0315-y>
 29. Rodrigues CL, Armond J de E, Gorios C. Physical and sexual aggression against elderly persons reported in the city of São Paulo TT - Agressões físicas e sexuais contra idosos notificadas na cidade de São Paulo. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2015;18(4):755–60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000400755&lang=pt
 30. Boggio ESB, Santos FC, Souza CM, Silva MF, Rosa PV, Rosa LHT. Análise dos fatores que

interferem na capacidade funcional de idosos residentes em uma comunidade de Porto Alegre. *Estud Interdiscipl Envelhec* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 17];20(1):189–203. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46966>

31. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse : a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*. 2013;42(3):292–8.
32. Tareque I, Ahmed M, Tiedt AD, Hoque N. Can an active aging index (AAI) provide insight into reducing elder abuse? A case study in Rajshahi District, Bangladesh. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2014 [cited 2017 Aug 15];58(3):399–407. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2013.11.003>
33. Dong X, Chang E-S, Wong E, Simon M. Perceived effectiveness of elder abuse interventions in psychological distress and the design of culturally adapted interventions: a qualitative study in the chinese community in chicago. *J Aging Res. United States*; 2013;2013:845425.
34. Jackson SL, Hafemeister TL. How Case Characteristics Differ across Four Types of Elder Maltreatment: Implications for Tailoring Interventions to Increase Victim Safety. *J Appl Gerontol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 22];33(8):982–97. Available from: http://search.proquest.com/docview/1700676572?accountid=10218%5Cnhttp://www.ub.uni-koeln.de/openurl?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Asocabsshell&atitle=How+Case+Characteristics+Differ+across+Four+T
35. Wolf R, Daichman L, Bennett G. Abuse of the elderly. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 1742–8.
36. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in people’s republic of china: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2012;7(3):e33857.
37. Dong X, Simon MA. Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 21];173(10):911–7. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamainternmed.2013.238>