



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



ADRIANA LUNA PINTO DIAS

**ANÁLISE DA VIOLENCIA CONTRA A PESSOA IDOSA
QUE VIVE NA COMUNIDADE**

JOÃO PESSOA – PB

2025

ADRIANA LUNA PINTO DIAS

**ANÁLISE DA VIOLENCIA CONTRA A PESSOA IDOSA
QUE VIVE NA COMUNIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB) como requisito para obtenção do título de Doutorado em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de Pesquisa: Vulnerabilidade e Condições Sociais e de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária e Instituições de Longa Permanência: Estudo Comparativo no Brasil, Portugal, Espanha, França, Chile, México, Estados Unidos da América e Argentina.

Orientadora: Profa. Dra. Rafaella Queiroga Souto

Coorientadora: Prof. Dra. Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro

JOÃO PESSOA – PB

2025

**Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

D541a Dias, Adriana Luna Pinto.

Análise da violência contra a pessoa idosa que vive na comunidade / Adriana Luna Pinto Dias. - João Pessoa, 2025.

144 f. : il.

Orientação: Rafaella Queiroga Souto.

Coorientação: Gleicy Karine Nascimento de Araújo-Monteiro.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Violência contra a pessoa idosa. 2. Relações familiares - Idosa. 3. Saúde comunitária. I. Souto, Rafaella Queiroga. II. Araújo-Monteiro, Gleicy Karine Nascimento de. III. Título.

UFPB/BC

CDU 364.632-053.9 (043)

ADRIANA LUNA PINTO DIAS

**ANÁLISE DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA
QUE VIVE NA COMUNIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Doutorado em Enfermagem

Aprovada em 09/07/2025

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 RAFAELA QUEIROGA SOUTO
Data: 25/08/2025 18:55:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Rafaella Queiroga Souto
Orientadora
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPB

Documento assinado digitalmente
 KATIA NEYLA DE FREITAS MACEDO COSTA
Data: 26/08/2025 12:16:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa
Presidente da Comissão
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPB

Documento assinado digitalmente
 MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
Data: 26/08/2025 13:07:56-0300
Verifique em <https://validar.itd.gov.br>

Profa. Dra. Maria Eliane Moreira Freire
Membro Interno Titular
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPB

Documento assinado digitalmente
 GILSON DE VASCONCELOS TORRES
Data: 02/09/2025 16:17:07-0300
Verifique em <https://validar.itd.gov.br>

Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres
Membro Externo Titular
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – UFRN

Documento assinado digitalmente
 VILANI MEDEIROS DE ARAÚJO NUNES
Data: 27/08/2025 08:26:13-0300
Verifique em <https://validar.itd.gov.br>

Profa. Dra. Vilani Medeiros de Araújo Nunes
Membro Externo Titular
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Qualidade
em Serviços de Saúde – UFRN

Documento assinado digitalmente
 CIRLENE FRANCISCA SALES DA SILVA
Data: 12/09/2025 19:49:47-0300
Verifique em <https://validar.itd.gov.br>

Profa. Dra. Cirlene Francisca Sales da Silva
Membro Externo Titular
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – UNICAP

À Letícia (*in memoriam*), por tudo que sou;
a Túlio, pelo companheirismo de uma vida;
a Arthur e à Alice, fontes da minha melhor essência.

AGRADECIMENTOS

A Deus, inteligência suprema e causa primária de todas as coisas.

À minha orientadora Prof. Dra. Rafaella Queiroga Souto, por acreditar em meu potencial, pela confiança em me oportunizar esse grandioso projeto e por todos os conhecimentos compartilhados.

À minha coorientadora Prof. Dra. Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro, pela presteza, solicitude e por abraçar a mim e a este trabalho com dedicação e afinco.

À Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida da Pessoa Idosa: Brasil, Portugal, Espanha, França, Chile, México, Estados Unidos da América e Argentina, pela oportunidade e cooperação no desenvolvimento desta pesquisa.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela troca de saberes e práticas apresentadas.

Aos meus colegas do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Forense (GEPEFO), em especial à Ana Carolina, Luiza e Jefferson, pela disponibilidade e companheirismo na trajetória da construção deste trabalho.

Aos profissionais de saúde da Atenção Primária do município de João Pessoa, pelo engajamento e suporte na coleta de dados.

Aos professores Gilson, Eliane, Vilani e Cirlene pela prestatividade em participar da comissão julgadora deste trabalho, contribuindo e aperfeiçoando o conhecimento apresentado.

À professora Kátia Neyla pela disponibilidade em presidir a sessão de defesa de Tese.

Aos meus colegas de turma, em especial à Valkênia, por dividir angústias, mas também aprendizados, vivências e práticas.

À Secretaria do Curso, pela cooperação e suporte durante todo o percurso.

À minha família, principalmente meu esposo Túlio, pelo apoio constante e imensurável.

Enfim, a todos os que, por algum motivo, contribuíram para a realização desta pesquisa.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número amostral por Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário V do município de João Pessoa selecionadas para o estudo – João Pessoa, 2022.....	52
Tabela 2 – Associação do risco de violência com os dados sociodemográficos de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.....	66
Tabela 3 – Associação do risco de violência com fatores individuais e relacional de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.....	67
Tabela 4 – Variáveis associadas ao risco de violência através do Modelo de Regressão Logística - João Pessoa, 2024.....	68
Tabela 5 – Correlação do risco de violência com variáveis sociodemográficas, fatores individuais e fator relacional de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.....	69
Tabela 6 – Correlação do risco de violência com a qualidade de vida de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.....	70
Tabela 7 – Associação das violências psicológica e física com os dados sociodemográficos de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.....	71
Tabela 8 – Associação das violências psicológica e física com os fatores individuais e relacional de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.....	73
Tabela 9 – Variáveis associadas à violência psicológica através do Modelo de Regressão Logística - João Pessoa, 2024.....	75
Tabela 10 – Correlação das violências psicológica e física com os escores das variáveis sociodemográficas, fatores individuais e fator relacional de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.....	76
Tabela 11 – Correlação das violências psicológica e física com a qualidade de vida de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.....	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Indicadores de negligência de pessoas idosas em categorias baseadas na hierarquia das necessidades humanas.....	35
Figura 2 – Modelo Ecológico para a compreensão da Violência contra a Pessoa Idosa...	39
Figura 3 – Mapa dos Distritos Sanitários do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil.....	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Pontos de corte dos instrumentos utilizados para a análise da violência contra a pessoa idosa que vive na comunidade – João Pessoa, 2024.....	61
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividade Básica da Vida Diária
AIVD	Atividade Intermediária da Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
CC	Coeficiente de Correlação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLASS	<i>China Longitudinal Aging Social Survey</i>
Covid-19	<i>Coronavirus Disease-19</i>
CTS-1	<i>Conflict Tactics Scale</i>
FEF	<i>Edmonton Frail Scale</i>
GDS-15	<i>Geriatric Depression Scale</i>
H-S/EAST	<i>Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
INPEA	<i>International Network for the Prevention of Elder Abuse</i>
MAN	Mini-Avaliação Nutricional
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNGTS	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
QV	Qualidade de Vida
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey</i>
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SM	Salário(s) Mínimo(s)
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TUG	<i>Timed Get Up and Go</i>
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
VCPI	Violência contra a Pessoa Idosa
VES-13	Escala de Vulnerabilidade

DIAS, Adriana Luna Pinto. **Análise da Violência contra a Pessoa Idosa que vive na comunidade.** 2025. 144f. (Tese) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2025.

RESUMO

Introdução: a violência contra a pessoa idosa (VCPI) vem crescendo mundialmente, e ocorre, principalmente, no âmbito familiar. Objetivo: analisar a associação da violência contra a pessoa idosa que vive na comunidade com os fatores individuais e um fator relacional do modelo ecológico da violência. Método: estudo observacional, analítico, de corte transversal, realizado no período de outubro de 2023 a junho de 2024. A população consistiu nas pessoas idosas cadastradas no Distrito Sanitário V, João Pessoa-PB, integralizando 6.254 pessoas, cuja amostra calculada totalizou 261 participantes, incluindo os que pontuaram acima de 17 pontos no Miniexame do Estado Mental. Foram excluídos os impossibilitados de permanecer na posição vertical. Para a investigação das variáveis dependentes foram utilizadas as escalas *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* e a *Conflict Tactics Scale*. As variáveis independentes foram mensuradas a partir dos instrumentos: Escala de Fragilidade de Edmonton; Escala Autorreferida de Fragilidade; Escala de Vulnerabilidade VES-13; Escalas de Barthel e Lawton e Brody; Risco de declínio funcional; Escala de Depressão Geriátrica; Questionário de Qualidade de Vida SF-36; Mini-avaliação nutricional; e APGAR da família. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba sob parecer nº 4.354.368. Resultados: a frequência do risco para VCPI foi de 54,8% e da ocorrência de violência em geral foi de 54,4%. A violência psicológica foi frequente em 53,3% e a violência física em 9,2% das pessoas idosas. O risco para VCPI se associou às variáveis: sexo, anos de estudo, renda familiar, funcionalidade familiar, depressão, risco para declínio funcional, capacidade funcional para atividades básicas de vida diária (ABVD), nutrição, e fragilidades investigada e autorreferida. O risco para VCPI se correlacionou negativamente com: escolaridade, renda familiar, funcionalidade familiar, nutrição, capacidade funcional para ABVD e atividades intermediárias de vida diária (AIVD), e todos os escores da qualidade de vida; e positivamente com a depressão, a vulnerabilidade e as fragilidades identificada e autorreferida. Os fatores preditores do risco para violência foram a depressão, a nutrição e a funcionalidade familiar. A violência psicológica se associou com a depressão e a funcionalidade familiar; se correlacionou positivamente com a depressão e a fragilidade autorreferida; e negativamente com a funcionalidade familiar, e com os escores total, das dimensões, do componente mental e o domínio “estado geral de saúde” da qualidade de vida. A depressão, o risco para declínio funcional e a funcionalidade familiar foram preditores da violência psicológica. A violência física apresentou correlação positiva com a depressão e a fragilidade identificada; e negativa com a capacidade funcional para AIVD e o domínio “vitalidade” da qualidade de vida. Conclusão: a violência contra a pessoa idosa que vive na comunidade se associou a fatores individuais e relacional dessas pessoas, se constituindo um fenômeno multifatorial. Portanto esses fatores devem ser considerados na formulação de estratégias preventivas de VCPI.

Descritores: Pessoa Idosa; Violência; Violência contra a Pessoa Idosa; Saúde Comunitária.

DIAS, Adriana Luna Pinto **Analysis of Violence against Elderly People living in the Community.** 2025. 144f. (Thesis) Postgraduate Program in Nursing – Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2025.

ABSTRACT

Introduction: violence against older adults (VAOA) has been increasing globally, with the majority of cases occurring within the family context. Objective: to analyze the association between community-dwelling older adults' exposure to violence and individual as well as relational factors, based on the ecological model of violence. Method: this was an observational, analytical, cross-sectional study conducted between October 2023 and June 2024. The study population comprised older adults registered in Health District V of João Pessoa, Paraíba, totaling 6,254 individuals. The calculated sample consisted of 261 participants, all of whom scored above 17 points on the Mini-Mental State Examination. Exclusion criteria included individuals unable to remain in an upright position. The dependent variables were assessed using the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test and the Conflict Tactics Scale. Independent variables were measured through a battery of instruments: the Edmonton Frailty Scale, the Self-Reported Frailty Scale, the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13), the Barthel Index, the Lawton and Brody Scale, the Risk for Functional Decline assessment, the Geriatric Depression Scale, the SF-36 Quality of Life Questionnaire, the Mini Nutritional Assessment, and the Family APGAR. The study protocol was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Paraíba (approval no. 4,354,368). Results: the prevalence of risk for VAOA was 54.8%, and the overall occurrence of violence was 54.4%. Psychological violence was reported by 53.3% of participants, while physical violence was experienced by 9.2%. Risk for VAOA was significantly associated with sex, years of formal education, family income, family functioning, presence of depressive symptoms, functional risk of functional decline, capacity for basic activities of daily living (BADLs), nutritional status, and both assessed and self-reported frailty. Furthermore, negative correlations were observed between VAOA risk and education, family income, family dynamics, nutrition, functional capacity for both BADLs and instrumental activities of daily living (IADLs), as well as all scores of quality of life. Depression, vulnerability, and both assessed and self-reported frailty were positively correlated with elevated risk. Multivariate analysis identified depression, nutritional status, and family functioning as key predictors of violence risk. Psychological violence was associated with depression, and family functioning. Positive correlations were identified between psychological violence, depressive symptoms, and self-reported frailty. Negative correlations were noted with family functioning, furthermore with total score, dimension scores, the mental health component and the "general health status" domain of quality of life. Predictors of psychological violence included depression, risk of functional decline, and family functioning. Physical violence was positively correlated with depressive symptoms and assessed frailty, while negative correlations were noted with IADL capacity and the "vitality" domain of quality of life. Conclusion: community-dwelling older adults' exposure to violence has been linked to both individual and relational determinants, characterizing it as a multifactorial phenomenon. Accordingly, such determinants must be considered in the development of evidence-based preventive strategies targeting VAOA.

Keywords: Aged; Violence; Elder Abuse; Public Health.

DIAS, Adriana Luna Pinto. **Ánalisis de la Violencia contra las Personas Mayores que viven en la comunidad.** 2025. 144h. (Tesis) Programa de Postgrado en Enfermería – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2025.

RESUMEN

Introducción: la violencia contra las personas mayores (VCPM) ha ido en aumento a nivel mundial, ocurriendo principalmente en el ámbito familiar. Objetivo: analizar la asociación entre la exposición a la violencia en personas mayores que viven en la comunidad y factores individuales y relacionales, con base en el modelo ecológico de la violencia. Método: estudio observacional, analítico y transversal realizado entre octubre de 2023 y junio de 2024. La población del estudio estuvo compuesta por adultos mayores registradas en el Distrito Sanitario V del municipio de João Pessoa, estado de Paraíba, totalizando 6.254 individuos. El tamaño muestral calculado fue de 261 participantes, todos con puntuación superior a 17 en el Examen Cognitivo Mini-Mental. Se excluyeron aquellos que no podían mantenerse en posición erguida. Las variables dependientes fueron evaluadas mediante el *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* y la *Conflict Tactics Scale*. Las variables independientes se midieron con los siguientes instrumentos: Escala de Fragilidad de Edmonton, Escala de Fragilidad Autorreferida, Encuesta de Vulnerabilidad VES-13, Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, evaluación de Riesgo de Declive Funcional, Escala de Depresión Geriátrica, Cuestionario de Calidad de Vida SF-36, Mini Evaluación Nutricional y APGAR Familiar. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Paraíba (dictamen n.º 4.354.368). Resultados: la prevalencia del riesgo de VCPM fue del 54,8%, y la ocurrencia general de violencia fue del 54,4%. La violencia psicológica fue reportada por el 53,3% de los participantes, y la violencia física por el 9,2%. El riesgo de VCPM se asoció significativamente con el sexo, años de estudio, ingreso familiar, funcionamiento familiar, síntomas depresivos, riesgo de declive funcional, capacidad funcional para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), estado nutricional y fragilidad evaluada y autorreportada. Asimismo, se observaron correlaciones negativas entre el riesgo de VCPM y el nivel educativo, ingreso familiar, funcionamiento familiar, nutrición, capacidad funcional para ABVD e actividades intermedias de la vida diaria (AIVD), así como con todas las puntuaciones de calidad de vida. La depresión, vulnerabilidad y fragilidad evaluada y autorreportada se asociaron positivamente con un mayor riesgo. Los principales predictores del riesgo de violencia: la depresión, el estado nutricional y el funcionamiento familiar. La violencia psicológica se asoció con la depresión y el funcionamiento familiar. Se identificaron correlaciones positivas entre la violencia psicológica, los síntomas depresivos y la fragilidad autorreportada; y correlaciones negativas con el funcionamiento familiar, con la puntuación total y dimensiones, el componente mental y el dominio “estado general de salud” de la calidad de vida. Los predictores de violencia psicológica fueron: la depresión, el riesgo de declive funcional y el funcionamiento familiar. La violencia física presentó correlación positiva con síntomas depresivos y la fragilidad evaluada; y correlaciones negativas con la capacidad funcional para las AIVD y con el dominio “vitalidad” de la calidad de vida. Conclusión: la exposición a la violencia en personas mayores que residen en la comunidad se ha asociado con determinantes individuales y relacionales, configurando un fenómeno multifactorial. Por lo tanto, dichos determinantes deben ser integrados en el diseño de estrategias preventivas orientadas al VCPM.

Descriptores: Anciano; Violencia; Maltrato al Anciano; Salud Comunitaria.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVO.....	22
2.1	OBJETIVO GERAL.....	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1	POLÍTICAS PÚBLICAS E MOVIMENTOS SOCIAIS VOLTADOS PARA A VCPI.....	23
3.2	TIPIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA.....	26
3.2.1	Violência Física.....	26
3.2.2	Violência Psicológica.....	28
3.2.3	Violência Sexual.....	29
3.2.4	Violência Financeira.....	30
3.2.5	Negligência.....	32
3.2.6	Abandono.....	37
3.3	MODELO ECOLÓGICO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA	38
3.4	FATORES INDIVIDUAIS DO MODELO ECOLÓGICO.....	40
3.4.1	Fragilidade na Pessoa Idosa.....	40
3.4.2	Depressão na Pessoa Idosa.....	41
3.4.3	Vulnerabilidade da Pessoa Idosa.....	42
3.4.4	Qualidade de Vida da Pessoa Idosa.....	44
3.4.5	Capacidade funcional e Risco de Declínio funcional na Pessoa Idosa.....	45
3.4.6	Nutrição da Pessoa Idosa.....	46
3.5	FATOR RELACIONAL DO MODELO ECOLÓGICO.....	47
3.5.1	Funcionalidade familiar.....	47
4	MÉTODO.....	49
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	49
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	49
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	50
4.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	52
4.4.1	<i>Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST).....</i>	53
4.4.2	<i>Conflict Tactics Scale 1 (CTS-1).....</i>	54
4.4.3	<i>Escala Autorreferida de Fragilidade.....</i>	54
4.4.4	<i>Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE).....</i>	55

4.4.5	Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).....	55
4.4.6	Escala de Vulnerabilidade (VES-13).....	56
4.4.7	<i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36).....</i>	56
4.4.8	Mini Avaliação Nutricional (MAN).....	57
4.4.9	Escala de Barthel.....	58
4.4.10	Escala de Lawton e Brody.....	59
4.4.11	PRISMA-7.....	59
4.4.12	APGAR Familiar.....	60
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	61
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	62
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	63
5	RESULTADOS.....	64
5.1	RISCO DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA.....	65
5.2	VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA.....	71
6	DISCUSSÃO.....	79
6.1	RISCO DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA.....	82
6.2	VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA.....	90
7	CONCLUSÃO.....	99
	REFERÊNCIAS.....	100
	APÊNDICES.....	122
	APÊNDICE A - Instrumento para Coleta de Dados	123
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	136
	ANEXOS.....	138
	ANEXO A - Parecer Consustanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	139
	ANEXO B - Termo de Anuênciia para Pesquisa.....	143
	ANEXO C - Encaminhamento para Realização de Pesquisa.....	144

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento de uma população caracteriza-se quando os grupos mais jovens passam a representar menores proporções em relação aos grupos de adultos e pessoas idosas. Esse fenômeno relaciona-se, primordialmente, à redução da natalidade, e em menor grau, devido à redução das taxas de mortalidade em todos os grupos etários, incluindo as pessoas idosas (IBGE, 2023a).

No entanto, durante a pandemia e no auge da doença causada pelo Coronavírus – *Coronavirus Disease-19* (Covid-19) – em 2020 e 2021, a expectativa de vida global ao nascer decaiu para 70,9 anos, abaixo dos 72,6 registrado em 2019. Após 2022, essa expectativa voltou aos níveis observados antes do surgimento da Covid-19, atingindo 73,3 anos em 2024, um aumento global de 8,4 anos desde 1995. Prevê-se que novas reduções na mortalidade resultem em uma longevidade média de cerca de 77,4 anos a nível mundial em 2054. Até o final da década de 2050, mais da metade de todas as mortes no mundo ocorrerão aos 80 anos ou mais, em comparação com 17% em 1995 (United Nations, 2024).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2023, aproximadamente 14,2% das pessoas no mundo tinham acima de 60 anos. Até o final da década de 2070, o número de pessoas com 65 anos ou mais no mundo deverá atingir 2,2 bilhões, ultrapassando o número de menores de 18 anos; e até meados da década de 2030, a projeção é de que haverá 265 milhões de pessoas com 80 anos ou mais, ultrapassando o número de crianças menores de 1 ano (United Nations, 2024).

No Brasil, segundo o último Censo Demográfico em 2022, o número de pessoas acima de 60 anos contabilizava um pouco mais de 32 milhões de pessoas, representando 15,8% da população brasileira. Em comparação com o Censo Demográfico de 2010, a população brasileira cresceu 6,5%, resultando em um crescimento médio anual de 0,5% – a menor taxa observada. No entanto, a população idosa apresentou um acréscimo de 46% em relação àquela recenseada em 2010, quando representava apenas 10,8% da população (IBGE, 2023a; IBGE, 2023b; IBGE, 2023c).

Ainda nesse contexto, o índice de envelhecimento é um indicador que relaciona dois grupos de idades extremas, denotando que quanto maior o valor do indicador, mais envelhecida é a população. No Brasil, pode-se considerar para efeito desses cálculos as pessoas com mais de 60 anos, em que o índice de envelhecimento pode ser calculado pela razão entre essa faixa

etária em relação à população de 0 a 14 anos. Em 2022, o índice de envelhecimento brasileiro chegou a 80,0, com 80 pessoas idosas para cada 100 crianças menores de 14 anos, enquanto em 2010, esse índice correspondia a apenas 44,8 (IBGE, 2023a; IBGE, 2023b; IBGE, 2023c).

Ademais, no panorama do envelhecimento, é importante considerar também a idade mediana, que é um indicador que divide uma população entre a metade mais jovem e a metade mais velha. No Brasil, no período de 2010 a 2022, a idade mediana aumentou 6 (seis) anos, subindo de 29 para 35 anos, ratificando o processo de envelhecimento populacional brasileiro (IBGE, 2023a; IBGE, 2023c).

Paralelamente a esse crescimento, se observou um aumento na ocorrência de violência nessa população. Sabe-se que os idosos apresentam 30 vezes mais chances de sofrer violência do que os adultos não idosos. Essas situações vêm ocorrendo em consequência das mudanças nos arranjos e dinâmicas familiares, bem como em virtude da vulnerabilidade e dependências funcional, econômica ou psíquica das pessoas idosas ou consequente às limitações inerentes ao próprio envelhecimento. Estas limitações acarretam uma maior fragilidade e oportunizam a ação de agressores, perpetrada principalmente no âmbito familiar, que se constitui o principal local da ocorrência de violência contra esses indivíduos (Santos *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência contra pessoa idosa (VCPI) como um “ato único ou repetido ou, ainda, ausência de ação apropriada, ocorrendo dentro de um relacionamento de confiança e que cause danos, sofrimento ou angústia para a pessoa idosa” (WHO, 2002, p. 332). Já o Estatuto da Pessoa Idosa considera VCPI “qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico” (Brasil, 2022, p. 12).

A natureza da VCPI pode se manifestar de diferentes formas: física, psicológica, sexual, financeira, abandono e negligência. Qualquer que seja o tipo da agressão, pode resultar em morte prematura; aumento na utilização de serviços de saúde, especialmente internações hospitalares, atendimento nos serviços de emergências e de saúde mental; ocorrências de morbidades físicas e mentais; além de disfunções sociais, como o isolamento social (Pillemer *et al.*, 2016; Rivara *et al.*, 2019; Yunus; Hairi; Yuen, 2019).

Vale salientar que dentre os impactos da violência na saúde física das pessoas idosas encontram-se as dores crônicas (especificamente as musculoesqueléticas), queixas somáticas, distúrbios gastrointestinais e problemas de saúde no geral. Na esfera da saúde mental, estão

incluídos os níveis elevados de estresse e depressão, seguida pela saúde mental precária, sofrimento psicológico recorrente, ansiedade, distúrbios do sono, ideação suicida e tentativa de suicídio. A sintomatologia depressiva costuma vir acompanhada de sintomas emocionais negativos como menor autonomia e satisfação com a vida, bem como a percepção do aumento da solidão. No geral, as descobertas sugerem que a violência contribui tanto para o declínio físico, como mental e social das pessoas idosas, afetando aspectos centrais da qualidade de vida na velhice (Rivara *et al.*, 2019; Yunus; Hairi; Yuen, 2019; Brijoux; Neise; Zank, 2021).

Assim sendo, a VCPI tem representado um importante problema de saúde pública mundial e nenhuma sociedade está livre desse agravio, principalmente nas últimas décadas (Pillemer *et al.*, 2016). A melhor estimativa global sugere que 1 em cada 6 pessoas idosas é vítima de violência. No entanto, os dados de prevalência mostram uma elevada variabilidade mundial, se estimando 4,5% na Malásia a 79,6% no Irã (Hancock; Pillemer; 2022), cometida, na maioria das vezes, por familiares, principalmente filho(s) e, em menor grau, por desconhecidos (Ribeiro, M. *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2021).

Um estudo desenvolvido com 500 pessoas idosas iranianas mostrou que 75,4% dessas pessoas relataram ter sofrido pelo menos um tipo de violência no último ano (Nemati-Vakilabad *et al.*, 2023). Uma revisão sistemática, conduzida para investigar o problema da VCPI na Arábia Saudita, evidenciou que 81% dos participantes sofreram pelo menos um tipo de violência no ano anterior à coleta dos dados (Alqahtani *et al.*, 2024).

Em relação à incidência, nos Estados Unidos, a incidência da VCPI em 10 anos foi de 11,4%, sendo mais incidente a violência financeira. Em uma amostra sino-americana, a incidência em 2 anos foi de 8,8% (Hancock; Pillemer; 2022). Já na China, uma pesquisa longitudinal com 8.436 pessoas idosas comunitárias, relatou que 6,8% dos entrevistados sofreram violência (Zhang, 2023).

No Brasil, são reportadas taxas de prevalência que variam de 5,7% a 10% na violência geral, comprometendo a saúde física e mental das pessoas idosas brasileiras (Machado *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2021). Em 2023, verificou-se 44.140 notificações de violência interpessoal e autoprovocadas em pessoas idosas, considerado o maior número até então. Os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Ceará registraram as maiores taxas, respectivamente: 9.424, 6.974 e 4.604 (Brasil, 2023). No entanto, acredita-se que a violência sempre esteve presente antes da promulgação dos dispositivos legais sobre a notificação compulsória, mas os casos eram subnotificados devido à falta de dados e ao medo de denunciar. Nos últimos anos, o número

de casos de VCPI notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) vem crescendo, com maior prevalência entre as mulheres (Santos *et al.*, 2021; Ross, 2023).

As denúncias envolvendo a VCPI têm aumentado na mesma proporção. O “Disque 100” – serviço brasileiro que recebe, analisa e encaminha denúncias de infrações contra os direitos humanos – revelou que no primeiro semestre de 2024 foram recebidas mais de 74 mil denúncias de VCPI, equivalendo a um aumento de 14% em relação ao mesmo período do ano anterior (Souza, 2024).

Acredita-se também que o quadro real de violência domiciliar seja subnotificado, pois as pessoas idosas que vivenciam situações de violência em suas próprias casas podem não denunciar por se sentirem frágeis ou até mesmo por acreditarem que se trata de um assunto íntimo e privado (Santos *et al.*, 2021).

Ademais, as pessoas idosas apresentam 2,37 mais chances de evoluir para o óbito em decorrência de violência do que adultos não idosos, evidenciando sua maior fragilidade diante desse agravo (Santos *et al.*, 2021). O Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) registrou, em 2013, 26.933 óbitos em pessoas idosas decorrentes de causas externas (acidentes e violências). Em 2023, esse número elevou-se para 42.633 casos, representando 4,1% do total de óbitos em pessoas acima de 60 anos, e denotando um aumento aproximado de 58,5% em dez anos (Brasil, MS, 2024).

A VCPI apresenta-se como um fenômeno multifatorial, sendo necessário analisar suas diversas dimensões, bem como seus fatores associados (Santos *et al.*, 2020). Estes fatores devem abranger a saúde física, a capacidade funcional, a capacidade cognitiva, a saúde mental e o apoio social (Burnes *et al.*, 2021). Além disso, as informações e as estatísticas sobre a VCPI devem ser aprofundadas a fim de aumentar a conscientização acerca do tema (Nemati-Vakilabad *et al.*, 2023).

É sabido que a VCPI é um problema que está se difundido e o desenvolvimento de estratégias de prevenção é uma prioridade. No entanto, revisões sistemáticas concluíram que os estudos acerca das intervenções para prevenir VCPI ainda são escassos (Peter *et al.*, 2024; Sousa *et al.*, 2021). Sabendo que o desenvolvimento de estratégias de prevenção eficazes é baseado na compreensão dos fatores associados à VCPI, é imprescindível o conhecimento desses fatores a fim de subsidiar intervenções preventivas baseadas em evidências (Burnes *et al.*, 2021).

Para um melhor entendimento da VCPI, uma Teoria Ecológica foi resgatada no sentido de direcionar medidas preventivas em cada nível do contexto pessoa-ambiente. O primeiro nível considera o cenário individual, no qual estão incluídos os fatores individuais, biológicos e pessoais. O segundo nível diz respeito aos relacionamentos e interações entre as pessoas idosas e os indivíduos que as cercam, compreendendo, comumente, os agressores (Bronfenbrenner, 1977; Bolkan; Teaster; Ramsey-Klawsnik, 2023).

Esse modelo contextual tem como centro a vítima, com uma abordagem “centrada na pessoa”, mas também considera que todos os ambientes em que as pessoas idosas se inserem são essenciais para a prevenção e as intervenções voltadas à problemática (Bolkan; Teaster; Ramsey-Klawsnik, 2023). No entanto, revisão narrativa enfatiza que alguns estudos oferecem sugestões acerca de reduzir a VCPI, mas a maioria envolve mudanças nos níveis comunitário ou social (Hancock; Pillemer, 2022).

No tocante ao contexto individual, observa-se que alguns fatores biológicos e pessoais não são modificáveis, a exemplo da idade, do sexo, do gênero e da raça/etnia. Entretanto, existem outras variáveis de interesse particular à esfera preventiva: a educação, o nível de renda e as condições físicas, mentais e cognitivas das pessoas idosas (Bolkan; Teaster; Ramsey-Klawsnik, 2023).

Nesse ínterim, se observa que algumas modificações decorrentes do processo de envelhecimento podem desencadear problemas de saúde que resultam em uma maior dependência para a sobrevivência, aumentando o risco de VCPI. Nesses casos, muitos dos meios importantes pelas quais as pessoas idosas podem se proteger da violência são semelhantes às recomendações gerais para um envelhecimento saudável, como adotar medidas protetivas para seu bem-estar físico e mental (Bolkan; Teaster; Ramsey-Klawsnik, 2023).

Paralelamente, o nível relacional refere-se à capacidade de comunicação da pessoa idosa com outras pessoas, incluindo familiares, redes de amizade e cuidadores, e com isso, possíveis agressores. Nestes cenários, algumas dinâmicas no relacionamento vítima-agressor podem favorecer a situações de violência: dependência (comumente financeira) do perpetrador em relação à vítima; desejo da vítima em proteger o agressor de sanções criminais (especialmente quando se trata de um filho); e escolha da vítima por um relacionamento violento em alternativa à institucionalização em ILPI. Com isso, há necessidade de intervenções preventivas vinculadas ao agressor, às relações vítima-agressor e aos sistemas familiar/doméstico, principalmente quando o rompimento das relações familiares pode agravar resultados indesejados para as pessoas idosas (Bolkan; Teaster; Ramsey-Klawsnik, 2023).

Desse modo, considerando a diversidade populacional brasileira com tamanha discrepância social que repercute em diferentes condições de vida e saúde, analisar a VCPI e seus fatores individuais e relacionais associados é fundamental no subsídio de políticas públicas que previnam e combatam essa problemática, atuando assim, na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Diante do exposto, este estudo parte das seguintes hipóteses:

H0: a violência contra a pessoa idosa que vive na comunidade não se associa com fatores individuais e relacionais dessas pessoas.

H1: a violência contra a pessoa idosa que vive na comunidade se associa com fatores individuais e relacionais dessas pessoas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a associação da violência contra a pessoa idosa que vive na comunidade com fatores individuais (fragilidade, depressão, vulnerabilidade, qualidade de vida, capacidade funcional, risco de declínio funcional e nutrição) e a funcionalidade familiar dessas pessoas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico da população estudada;
- Estabelecer a frequência do risco para violência e da ocorrência de violência em pessoas idosas que vivem na comunidade;
- Identificar a associação do risco para violência e a ocorrência de violência com os fatores sociodemográficos de pessoas idosas que vivem na comunidade;
- Analisar a associação do risco para violência e a ocorrência de violência com fatores individuais (fragilidade, depressão, vulnerabilidade, qualidade de vida, capacidade funcional, risco de declínio funcional e nutrição) de pessoas idosas que vivem na comunidade;
- Analisar a associação do risco para violência e a ocorrência de violência com a funcionalidade familiar de pessoas idosas que vivem na comunidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E MOVIMENTOS SOCIAIS VOLTADOS PARA A VCPI

A VCPI foi inicialmente discutida sob uma perspectiva sociopolítica no Congresso norte-americano, sendo posteriormente abordada como um problema de saúde pública por estudiosos e especialistas (WHO, 2002).

As primeiras pesquisas acerca da temática foram realizadas no Reino Unido por Baker e Burston em 1975 e intitulam-se “*Granny-battering*”, se referindo ao evento como “espancamento de avós” (Baker, 1975; Burston, 1975). Desde então, a problemática da VCPI vem sendo, aos poucos, incorporada aos estudos científicos e fundamentando programas e ações governamentais (Souza; Minayo, 2010).

Entre as décadas de 1980 e 1990, pesquisas científicas e ações governamentais foram surgindo em diversos países. Embora a VCPI tenha sido identificada pela primeira vez em países desenvolvidos, onde foram conduzidas a maioria das pesquisas existentes na época, evidências e relatórios de alguns países em desenvolvimento já demonstravam que a VCPI se constituía um fenômeno universal (WHO, 2002).

Em 1997 foi criada a *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA), uma organização sem fins lucrativos com o objetivo de aumentar a conscientização e o conhecimento do público sobre a VCPI; promover a educação e o treinamento de profissionais em identificação, tratamento e prevenção da VCPI; promover a defesa em nome das pessoas idosas violentadas; e estimular a pesquisa sobre as causas, consequências, prevalência, tratamento e prevenção da VCPI (INPEA, 2024).

No Brasil, a discussão sobre a temática se iniciou ainda na década de 1990, surgindo lenta e gradativamente, a partir da formulação de políticas públicas direcionadas à população idosa, sobretudo promovendo a garantia dos direitos e estruturação da atenção à saúde: a Política Nacional do Idoso (PNI), a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência (PNRMAV), o Estatuto da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Souza; Minayo, 2010).

A PNI foi estabelecida pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 e visa assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, promovendo sua autonomia, integração e participação ativa na

sociedade. A PNI enfatiza que a pessoa idosa não deve sofrer discriminação de qualquer natureza e sua implementação propõe a promoção e a defesa dos direitos da pessoa idosa, determinando ações para evitar violências e infrações a seus direitos (Brasil, 1994).

Em 2001 a PNRMAV retoma a temática de VCPI, definindo o conceito de “violência” e distinguindo-o de “acidente”. Essa política estabelece a importância da adoção de medidas voltadas para o reconhecimento e a redução da VCPI, envolvendo um conjunto de ações intersetoriais e considerando o caráter multifatorial desse agravo. A PNRMAV enfatiza que o desenvolvimento das ações deve ser pautado na tipificação da violência sofrida, considerando que os comportamentos violentos acontecem em um contexto relacional cíclico em que os sujeitos envolvidos ora são vítimas, ora agem como agressores, denotando que as pessoas inseridas nessas situações tendem a repeti-las, perpetuando a cadeia de agressões. Essa política aborda ainda a relevância do investimento na formação de cuidadores, o estabelecimento do diagnóstico, da notificação e do acompanhamento dos casos de VCPI, visando o reconhecimento e o atendimento desses casos (Brasil, 2002).

Em 2002, os representantes governamentais reunidos na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madri, decidiram adotar um Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento – a Declaração de Madri. Esta Declaração se constituiu um recurso para a formulação de políticas, sugerindo aos governos, às Organizações Não Governamentais (ONGs) e outros atores meios de reorientar os modos como suas sociedades percebem, interagem e cuidam de suas pessoas idosas, se concentrando em três áreas prioritárias: idosos e desenvolvimento; promoção da saúde e bem-estar na velhice; e garantia de ambientes favoráveis e de apoio. Ademais, no contexto do Plano de Ação enfatizaram a importância do reconhecimento da dignidade das pessoas idosas; do pleno gozo dos direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos; e da eliminação de todas as formas de violência e discriminação contra essas pessoas (United Nations, 2002).

No tocante à garantia de ambientes propícios, favoráveis e de apoio, a Declaração tem o objetivo de eliminar todas as formas de VCPI por meio de ações como: o incentivo de mais investigações acerca das causas, natureza, extensão, gravidade e consequências de todas as formas de VCPI; e a divulgação ampla dos resultados de pesquisas e estudos (United Nations, 2002).

O Estatuto da Pessoa Idosa foi publicado por meio da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, sendo recentemente atualizado através da Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. O Estatuto determina que é dever de todos prevenir ameaças ou violações aos direitos do idoso e,

em seu artigo 10, institui que “é obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis” (Brasil, 2022).

A VCPI encontra-se explicitamente abordada nessa legislação, a qual estabelece que “nenhuma pessoa idosa será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”, e complementando que “é dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (Brasil, 2022).

Esse Estatuto decreta, em seu artigo 19, que os casos de VCPI suspeitos ou confirmados serão objetos de notificação compulsória pelos serviços de saúde (públicos ou privados) à autoridade sanitária, bem como devem ser obrigatoriamente comunicados às autoridades competentes: polícia; Ministério Público; e Conselhos Municipal, Estadual e Nacional do Idoso (Brasil, 2022).

Em outubro de 2006, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 2.528 que estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), reforçando a promoção do envelhecimento ativo, o estímulo às ações intersetoriais e a integralidade da atenção à pessoa idosa. Destaca também a importância da valorização e do respeito à velhice, oportunizando a implementação de ações que combatam atitudes preconceituosas. Com isso, orienta aproveitar todas as oportunidades para realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra as pessoas idosas brasileiras (Brasil, 2006).

Em dezembro de 2011, o dia 15 de junho foi oficialmente reconhecido pela Assembleia Geral das Nações Unidas como o Dia Mundial de Conscientização da VCPI em sua resolução 66/127 de dezembro de 2011, após uma solicitação da INPEA, que havia estabelecido a comemoração primeiramente em 2006. Essa data representa a expressão de repúdio mundial ao abuso e sofrimento infligidos às pessoas idosas (United Nations, 2012).

Então, em dezembro de 2020 foi declarada, pela Assembleia Geral da ONU, a Década das Nações Unidas para o Envelhecimento Saudável 2021-2030 (“a Década”), constituindo-se uma colaboração global para melhorar a vida das pessoas idosas, suas famílias e as comunidades em que vivem (OPAS, 2022).

A “Década” oferece a oportunidade para abordar a VCPI de forma acertada, sustentada e coordenada. O plano da Década se concentra em quatro áreas de ação: modificar os

pensamentos, os sentimentos e as ações em relação ao envelhecimento; garantir que as comunidades promovam as habilidades das pessoas idosas, incluindo trabalho, educação, moradia, proteção social, transporte e tecnologia; oferecer cuidados integrados e serviços de saúde primários que sejam responsivos às pessoas idosas; e fornecer o acesso a cuidados de longo prazo para as pessoas idosas que deles necessitarem (OPAS, 2022).

Baseada na reunião sobre o combate e prevenção da VCPI na “Década”, foram elencadas cinco prioridades voltadas para o enfrentamento dessa problemática: combater o idadismo (preconceito da idade); produzir e melhorar a qualidade das evidências sobre a prevalência e os fatores de risco e proteção; desenvolver e ampliar soluções de baixo custo; elaborar estudos acerca dos custos e a relação custo-eficácia das soluções apresentadas; e arrecadar fundos para resolução do problema (OPAS, 2022).

Nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) coordena a agenda da “Década”. Mundialmente, a ONU e a OMS lideram essa campanha que reúne os esforços dos governos, da sociedade civil, das agências internacionais, dos profissionais, da Academia, dos meios de comunicação social e do setor privado para melhorar a vida das pessoas idosas, das suas famílias e das suas comunidades (OPAS, 2022).

3.2 TIPIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

3.2.1 Violência Física

A violência física se refere ao uso da força física para ferir, provocar dor, incapacidade ou morte ou para compelir o idoso a fazer o que não deseja (Souza; Minayo, 2010), representando uma das formas mais explícitas de VCPI devido aos ferimentos que causam, podendo resultar na expressão fatal (morte) da pessoa idosa (Santos *et al.*, 2021).

Uma revisão narrativa relata que a prevalência da violência física variou de 0,5% na Malásia a uma máxima de 26,8% na Turquia. Em uma amostra sino-americana, a violência física foi o tipo mais comum, com uma incidência em 2 anos de 4,8% (Hancock; Pillemer, 2022). No Brasil, a violência física foi descrita como a terceira mais comum, representando 20,2% das violências relatadas (Lopes; D'Elboux, 2021).

Vítimas de violência física são mais comumente agredidas com uma parte do corpo do agressor, geralmente a mão ou o punho, bem como são frequentemente empurradas ao invés de

serem agredidas com um objeto; quando um objeto é utilizado, o mais comum é que seja um objeto doméstico como facas e telefones. A agressão contundente com lesão na mão e punho foi positivamente associada ao sexo feminino, enquanto o mecanismo de agressão contundente com objeto foi inversamente associado a esse sexo (Rosen *et al.*, 2023).

Os sinais físicos mais comumente descritos da violência física são os hematomas, seguido por lacerações e abrasões. Os hematomas podem ser categorizados em tamanho, forma e distribuição. Frequentemente são localizados no lado esquerdo da cabeça, face e/ou área maxilo-facial (incluindo bochecha, olhos, orelhas e arcada dentária); além do pescoço, extremidades superiores, tórax, abdômen e costas, prioritariamente na região dorsal. Além disso, os hematomas no lado ulnar dos antebraços são frequentemente combinados com a presença de uma fratura da diáfise ulnar distal; e hematomas no tronco posterior são comumente combinados com fraturas de costelas. Foi observado que as vítimas têm menos probabilidade de sofrer fraturas ou lesões nas extremidades inferiores (Van Houten *et al.*, 2022; Rosen *et al.*, 2020).

No que diz respeito a sua forma, os hematomas podem ser marcados por partes do corpo do agressor, como marcas de polegares e dedos (hematomas em pontas de dedos); ou marcados por objetos – são os hematomas em “linha de bonde”, devido à utilização de objetos de formato estreito. Com relação ao tamanho, são frequentemente grandes, por exemplo, maiores que cinco centímetros de largura em seu ponto mais largo (Van Houten *et al.*, 2022).

Lesões em vários estágios de cicatrização também são indicativas, assim como em áreas que não são comumente envolvidas em atividades diárias ou traumas acidentais, como na parte interna da coxa, porção superior dos pés, faces internas dos tornozelos, palmas das mãos, solas dos pés e região posterior do pescoço. As vítimas também podem apresentar hematomas e queimaduras em locais incomuns – e não sobre proeminências ósseas, onde comumente ocorrem – ou em padrões, como uma distribuição de meia e luva (Milner *et al.*, 2021).

Locais anatômicos de lesões específicas incluem: fraturas da base do crânio, sinal do guaxinim ou equimose periorbital e hematomas sobre o processo mastóide (sinal da batalha). Em (tentativas de) estrangulamentos são descritos os seguintes sinais físicos: arranhões ou petéquias no pescoço, cabeça, rosto, olhos, orelhas, conjuntivas e mucosa bucal (Van Houten *et al.*, 2022).

Embora a cor dos hematomas não seja confiável para sua datação, hematomas com cores diferentes podem apontar para violência recorrente. Ademais, a mistura de ferimentos antigos

e novos ocorre, com mais frequência, nas extremidades inferiores, seguidas pela cabeça, tórax ou abdômen, extremidades superiores, costas e pescoço (Van Houten *et al.*, 2022; Rosen *et al.*, 2020).

Esses achados podem, frequentemente, sugerir a possibilidade de violência física a partir do contexto de internações recorrentes, ausência de histórico de trauma e inexistência de suspeita clínica. Com isso, o uso de métodos de imagem em conjunto com o exame físico pode ser crucial na avaliação da suspeita de VCPI (Milner *et al.*, 2021).

3.2.2 Violência Psicológica

A violência psicológica consiste na infiltração de angústia mental, abuso psicológico e todas as formas de menosprezo, de desprezo, de preconceito e de discriminação. Incluem as agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar o idoso do convívio social (WHO, 2002; Brasil, 2014; Souza; Minayo, 2010).

Um inquérito multinacional europeu revelou que as maiores taxas de prevalência de VCPI foram relacionadas à violência psicológica (20,3%) (Melchiorre *et al.*, 2021), representando também a violência mais comum na Arábia Saudita (71%) (Alqahtani *et al.*, 2024), e sendo prevalente também no Irã (40,8%) (Nemati-Vakilabad *et al.*, 2023). Revisão narrativa evidenciou que as taxas de violência psicológica variaram de 0,6% na China a 65% na Índia (Hancock; Pillemers, 2022).

No Brasil, a violência psicológica ocupa o mais alto índice das ocorrências (Ribeiro, M. *et al.*, 2021). Na região norte do país, 30,6% das pessoas idosas sofreram esse tipo de violência entre os anos de 2016 a 2017 (Bezerra; Sampaio, 2020).

Pesquisa com pessoas idosas polonesas relatou que pessoas com mais de 70 anos, que vivem em áreas urbanas, com baixo nível socioeconômico e portadoras de doenças crônicas são as vítimas mais frequentes de violência psicológica; e geralmente os coabitantes, os cônjuges ou os filhos são os perpetradores mais comuns desse tipo de violência. Nesse estudo, as formas de violência psicológica mais comumente relatadas foram: provocações arrogantes e vulgares; insultos e críticas; zombarias; confinamento e isolamento; chantagem e ameaças (Filipska *et al.*, 2020).

Estudo com pessoas idosas chinesas nos Estados Unidos apontou que a violência psicológica está significativamente associada a sintomas de ansiedade e depressão. Os idosos

chinesas identificaram as seguintes situações como integrantes da violência psicológica: sentimento de desrespeito; tratamento silencioso; falta de amor e afeição; nível de cuidado semelhante ao infantil (infantilização); isolamento da convivência com os netos; e sentimento de culpa pelas doenças mentais dos filhos, decorrentes do estresse cumulativo (Chao *et al.*, 2020).

Na África, estudo evidenciou que o desrespeito é a forma de violência psicológica mais frequentemente relatada. Outras ações envolvendo esse tipo de abuso também são mencionadas pelas pessoas idosas: recusa em ouvi-los e cumprimentá-los; culpá-los pelos infortúnios de alguém; bater em suas portas tarde da noite; além da zombaria e provocação, consideradas as mais degradantes e infantilizantes (Wamara; Bennich; Strandberg, 2021).

Pesquisa qualitativa com 22 pessoas idosas brasileiras elencou os principais sentidos atribuídos à violência psicológica sofrida pelos senescentes no âmbito das relações familiares: a falta de compreensão e/ou paciência diante das limitações; o cerceamento da autonomia; o não reconhecimento das potencialidades e capacidade para novas aprendizagens; e a repetição de padrões familiares abusivos (Wanderbroocke *et al.*, 2020).

No Brasil, as denúncias de violência psicológica contra pessoas idosas incluíram as seguintes ações: hostilização, humilhação, ameaça, calúnia, injúria, difamação, chantagem, perseguição, infantilização e subtração de incapaz. O estado de Sergipe registrou a maior prevalência e Tocantins a menor (Amorim; Benito, 2022).

3.2.3 Violência Sexual

A violência sexual inclui qualquer contato sexual não consensual de qualquer tipo que visa estimular a pessoa idosa ou utilizá-la para obter excitação sexual; além de práticas eróticas e/ou pornográficas, impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças (WHO, 2002; Brasil, 2014; Souza; Minayo, 2010). As taxas de abuso sexual variaram de 0,1% na Malásia para um máximo de 12,6% na Turquia (Hancock; Pillemer; 2022).

A violência sexual pode incluir qualquer olhar ou insinuação sexual; exibição de imagens sexuais; realização de chamadas ou mensagens sexuais; *voyeurismo*; distribuição de imagens sexuais; exibicionismo; e tentativa forçada de mostrar partes íntimas do corpo. Obviamente são atitudes violentas as práticas propriamente ditas: beijar; tocar, acariciar ou

esfregar; despir forçadamente; tentar a penetração oral, vaginal e/ou anal; (forçar a) penetração vaginal ou anal (Nobels *et al.*, 2021).

Os sinais físicos relacionados à violência sexual em idosas estão localizados principalmente nos tecidos vestibular e vaginal, nos lábios menores e maiores, na fúrcula posterior e na área perianal. As idosas vítimas de violência sexual também apresentam uma quantidade significativa de ferimentos localizados em partes não genitais do corpo, especialmente na cabeça e nos braços e na região interna das coxas. Em relação às características da localização anatômica dos sinais físicos da violência sexual em homens idosos, ainda não estão bem descritos na literatura (Van Houten *et al.*, 2022).

Pessoas idosas vítimas de violência sexual apresentam, além dos sinais físicos, doenças sexualmente transmissíveis inexplicáveis (localizadas na área genital, pele ou área oral), dor ou sangramento na área genital, hematomas na úvula ou palato e lacerações nos lábios internos e mucosa bucal (Van Houten *et al.*, 2022).

Estudo belga com pessoas idosas não encontrou diferenças entre mulheres e homens em relação à vitimização sexual. No entanto, aquelas pessoas que se identificaram como não-heterossexuais experimentaram significativamente mais situações de VCPI. Com relação às características do agressor, 73,3% dos agressores eram do sexo masculino e com idade média (estimado pela vítima) de aproximadamente 49 anos (Nobels *et al.*, 2021).

3.2.4 Violência Financeira

A violência financeira se refere à exploração imprópria, ilegal ou não, consentida dos bens financeiros e patrimoniais da pessoa idosa, geralmente perpetradas por um indivíduo de confiança, diferenciando-a de fraudes ou golpes, que são perpetrados por estranhos (Brasil, 2014; Burnes *et al.*, 2017; Souza; Minayo, 2010).

Revisão narrativa encontrou prevalências de violência financeira variando de 1,3% na Colômbia a 47,4% no Reino Unido (Hancock; Pillemer; 2022). Um estudo brasileiro relatou taxa de 25,0% na região norte do país (Bezerra; Sampaio, 2020).

Pesquisa documental relata que a violência financeira foi significativamente associada à idade avançada com prevalência de 7,4% na população brasileira. Esse mesmo estudo evidenciou que a população idosa apresenta 5,95 mais chances de sofrer violência financeira quando comparada à população não idosa (Santos *et al.*, 2021).

Um estudo realizado com 175 pessoas idosas cubanas evidenciou que aproximadamente 53% delas havia sofrido violência financeira e as principais formas de manifestação foram: empréstimos sem reembolso; compras sem autorização; negação de acesso ao próprio dinheiro; pressão para realização de procedimentos legais, principalmente testamentos; exigência de dinheiro; manipulação de contas bancárias; e pressão para economizar (Romero *et al.*, 2021).

Revisão sistemática apontou os fatores associados à exploração financeira em pessoas idosas: comprometimento cognitivo; depressão e saúde emocional; saúde física precária; falta de apoio social e relacionamentos interpessoais; viver sozinho; raça (afro-americana); e traços de personalidade (Mosafer *et al.*, 2025).

Pesquisa qualitativa africana relatou quatro formas de violência econômica contra as pessoas idosas cometida pelos familiares, especialmente os filhos: (1) apropriação de terras; (2) enganar ou forçar idosos a assinar documentos falsos; (3) roubo, quando familiares roubam o dinheiro ou pertences da pessoa idosa sem o consentimento, ou pedem dinheiro emprestado, mas se recusam a pagar; e (4) fraude telefônica, quando o telefone e o código de identificação da pessoa idosa são utilizados para obter empréstimos ou sacar dinheiro de suas contas. Além disso, grande parte das pessoas idosas refere ser forçada a cuidar dos netos sem qualquer apoio para sustentar essas crianças (Wamara; Bennich; Strandberg, 2021).

Estudo documental retrospectivo realizado no sudeste brasileiro evidenciou que as formas de violência financeira contra pessoas idosas se concentraram em: apropriação indébita, apropriação de bens e dano patrimonial; estelionatos e extorsão mediante abuso de confiança; e apropriação de objetos (Alarcon *et al.*, 2019).

Sabe-se que a perda da capacidade financeira de uma pessoa idosa geralmente precede a exploração financeira, visto que o processo de tomada de decisão necessário para evitar explorações monetárias requer funções cognitivas complexas de ordem superior, as quais se encontram diminuídas nessas pessoas (Zhang *et al.*, 2023; Burnes *et al.*, 2017).

Ademais, as mudanças neurocognitivas fazem com que as pessoas idosas percam a capacidade financeira e aumentam sua vulnerabilidade a esse tipo de violência, uma vez que acarretam prejuízo no julgamento de decisões pecuniárias e diminuem as habilidades necessárias para detectar e prevenir esse tipo de exploração (Zhang *et al.*, 2023).

No entanto, ocorre que algumas habilidades monetárias básicas persistem durante toda a vida, e as pessoas idosas têm se preocupado em utilizar sua capacidade financeira de forma

mais eficaz, precisa e segura, uma vez que as tecnologias digitais se tornaram cada vez mais presentes no cotidiano hodierno (Zhang *et al.*, 2023).

À medida que os ambientes financeiros se tornam cada vez mais digitalizados, muitas pessoas idosas são alvos de perpetradores por meio de métodos digitais, em que os recursos de pagamento utilizados em extorsões se afastaram das modalidades tradicionais de dinheiro e cheques (Zhang *et al.*, 2023). Com isso, este tipo de violência muitas vezes ocorre de modo silencioso, em que as pessoas idosas podem não reconhecer que estão sendo exploradas ou extorquidas (Santos *et al.*, 2021).

3.2.5 Negligência

A negligência consiste na recusa ou falha em cumprir uma obrigação de cuidado ao idoso, podendo ou não envolver uma tentativa consciente e intencional de infligir sofrimento físico ou emocional à pessoa idosa (WHO, 2002).

As taxas de prevalência de VCPI demonstraram que, apesar das grandes diferenças entre os países, a negligência é geralmente o segundo tipo mais frequente de VCPI, variando de 2,6% no Reino Unido a 81% na Arábia Saudita. No entanto, a maioria das revisões que analisam taxas de VCPI concluem que a negligência não é medida suficientemente. Em uma pesquisa realizada na Polônia, 58,1% dos assistentes sociais e profissionais de saúde consideram a negligência com as pessoas idosas um problema social sério (Stodolska *et al.*, 2020; Alias *et al.*, 2023).

Estudo documental brasileiro evidenciou que a prevalência de notificações de negligência com pessoas idosas foi de 27,1% e que esse tipo de VCPI está significativamente associada à idade avançada (Santos *et al.*, 2021). Outra pesquisa brasileira relatou que a negligência foi considerada o segundo tipo de VCPI mais notificada. Essa violência foi 4,58 vezes mais prevalente entre os indivíduos acima dos 80 anos, 45% mais frequente nos de cor preta, 42% maior entre aqueles que possuem companheiro e 3,24 vezes mais prevalente em pessoas idosas com algum tipo de deficiência ou transtorno (Pampolim; Leite, 2020).

A negligência contra a pessoa idosa se expressa por meio de sinais e manifestações que podem ser classificados em: psicológicos, sociais, funcionais, ambientais, aparência física e saúde. As manifestações são as ações ou comportamentos que levam a uma condição específica, como por exemplo: falta de assistência em atividades da vida diária; higiene inadequada; recusa

de tratamento médico ou não atendimento às necessidades básicas da vida. Os sinais são as consequências do comportamento da negligência, que podem ser observados na aparência, na saúde física e mental da pessoa idosa: sujeira, odor desagradável, roupas sujas, picadas de insetos, desidratação, desnutrição, problemas de saúde, incontinência intestinal ou urinária, lesões por pressão, depressão, transtornos mentais, entre outros (Stodolska *et al.*, 2020).

As manifestações surgem das categorias que são apresentadas segundo os níveis de hierarquia das necessidades humanas. O primeiro nível inclui as necessidades consideradas básicas – as psicológicas e de segurança –, que incluem a funcionalidade, o meio ambiente e a aparência física relacionada à saúde. O segundo nível da hierarquia aborda as necessidades psicológicas (estima, pertencimento e amor) e incluem a saúde mental e as questões psicossociais. O terceiro nível é o da autorrealização, isto é, alcançar o potencial máximo do indivíduo, o que inclui as atividades criativas. Em cada nível da hierarquia, indicadores individuais correspondem a diferentes necessidades, cobrindo vários aspectos do potencial de negligência (Stodolska *et al.*, 2020).

Em relação à necessidade básica da funcionalidade podemos citar: falta de satisfação de necessidades básicas (como alimentação, medicamentos, abrigo, roupas limpas, banheiro, condições de higiene e segurança) e falta da assistência ou assistência inadequada em ABVDs (atividades básicas de vida diária) e AIVDs (atividades intermediárias de vida diária); nutrição e higiene inadequadas; não dispensar cuidados em caso de doença ou deixar de levar ao médico; medicação excessiva ou insuficiente; uso indevido de meios de contenção ou imobilização; uso desnecessário de fraldas ou trocas com frequência inadequadas; não assistir nas mudanças posturais; não fornecer ferramentas de ajuda como óculos ou bengalas; fazer a pessoa idosa esperar mais do que o tempo necessário para fornecer a assistência necessária; não fornecer meios financeiros para o pagamento do conforto necessário que garantam a dignidade da pessoa idosa (Stodolska *et al.*, 2020).

No que se refere às necessidades básicas ambientais, estão incluídas as seguintes manifestações: arranjos de vida; falta de aquecimento, água corrente e eletricidade; condições de vida insalubre (sujeira, insetos, cama suja, odor, falta de banheiro, eletricidade e água encanada); segurança doméstica precária (por exemplo, fiação inadequada), padrões de higiene precário (Stodolska *et al.*, 2020).

Em relação à aparência física e saúde básica: má higiene corporal e/ou bucal; dentição oral deficiente; vestuário inadequado; presença de sujeira, pulgas, piolhos, unhas alongadas; erupções cutâneas, irritações, hematomas, contraturas, ferimentos não tratados; lesões por

pressão nas nádegas, coxas e nos calcanhares; feridas, lesões cutâneas como a presença de um colar cutâneo (dermatite ao redor do pescoço devido à deficiência de vitamina B3) e lesões superficiais de pele devido a câncer de pele não tratado; queimaduras de urina, odor de fezes e/ou urina; incontinência urinária/intestinal e/ou diarreia; fragilidade, perda de peso; desidratação (mucosas secas, olhos fundos ou diminuição do turgor da pele), desnutrição; restrições físicas e condições associadas à mobilidade limitada; saúde geral autorrelatada ruim; doenças crônicas e/ou problemas de saúde não tratados; internações hospitalares repetidas e quedas múltiplas (Stodolska *et al.*, 2020; Van Houten *et al.*, 2022).

As ações envolvendo as necessidades psicossociais são assim descritas: deixar a pessoa idosa sozinha por um longo período ou isolá-la; ignorar ou ser indiferente à pessoa idosa; privar a pessoa idosa de informações, notícias, companhia ou de uma pessoa de confiança; falta de proteção à pessoa idosa e da sua dignidade; atitudes de desprezo e/ou falta de respeito; falta de apoio emocional; falta de contato com parentes e/ou amigos; não oferecer oportunidade de atividades de lazer ou participação em grupos comunitários (Stodolska *et al.*, 2020).

As ações voltadas para a saúde mental incluem: depressão ou presença de sintomas depressivos (com ou sem ambivalência emocional em relação ao cuidador); transtornos mentais; memória incompatível; abuso de substâncias (Stodolska *et al.*, 2020).

Observa-se que, à medida que se ascende nos níveis das necessidades, o número de indicadores diminui, formando uma pirâmide hierárquica. Com isso, a maioria dos indicadores que mensuram a negligência correspondem às necessidades básicas; embora, estatisticamente, as necessidades psicológicas sejam as mais negligenciadas na maioria dos países. As necessidades de autorrealização não foram identificadas em nenhum estudo incluído em revisão de literatura (Stodolska *et al.*, 2020).

A Figura 1 resume todos os aspectos da negligência abordados. Algumas categorias podem se sobrepor e incluir itens que medem ao mesmo tempo, por exemplo, um aspecto funcional da negligência e uma condição de saúde, tal como a falha em fornecer assistência médica à pessoa idosa (Stodolska *et al.*, 2020).

Figura 1 – Indicadores de negligência de pessoas idosas em categorias baseadas na hierarquia das necessidades humanas.



Fonte: Stodolska *et al.* (2020).

Pesquisa realizada na Uganda, relatou que familiares das pessoas idosas os negligenciam por não proverem suas necessidades básicas e assistência em saúde adequada. Além disso, os senescentes atribuíram sua desnutrição, saúde e higiene precárias a esse tipo de violência, uma vez que os familiares se recusavam em fornecê-los água, comida e remédios (Wamara; Bennich; Strandberg, 2021).

Estudo desenvolvido a partir de notificações desse tipo de VCPI em um estado brasileiro, evidenciou que a negligência é predominantemente cometida por indivíduos de ambos os sexos, sendo os filhos identificados frequentemente como os principais agressores. Quanto ao local da ocorrência, foi relatado ser maior nas residências, mais comumente na zona urbana, de forma reincidente. Além disso, os casos de negligência não foram associados com suspeita de uso de álcool e não foram motivadas por intolerâncias (Pampolim; Leite, 2020).

Ademais, este tipo de violência geralmente também ocorre forma velada, exigindo maior esforço para sua identificação e, por essa razão, ainda permanece subnotificada, bem como as pessoas idosas podem não perceber que estão sendo negligenciadas (Santos *et al.*, 2021; Pampolim; Leite, 2020).

Por outro lado, algumas pessoas idosas podem não ser capazes de gerenciar suas próprias necessidades básicas e de autocuidado, seja em virtude de limitações físicas, como mentais e/ou cognitivas. Nesse caso, a autonegligência também se constitui uma forma de VCPI, sendo um fenômeno comum e pouco reconhecido entre as pessoas idosas comunitárias (Brasil, 2014; Yu *et al.*, 2020).

Uma variedade de fatores de risco foi associada à autonegligência. Dentre as características sociodemográficas foram incluídas: o gênero masculino, a idade avançada, o baixo *status* econômico, a etnia afro-americana, o baixo nível educacional, o estado civil (divorciado, separado ou que nunca se casou) e o menor número de filhos (Yu *et al.*, 2020).

Os fatores relacionados à saúde que representaram risco para a autonegligência foram: histórico de fratura de quadril e/ou AVC, deficiências cognitivas, menor nível de atividade física, estado nutricional, maior número de comorbidades médicas e dor. Ademais, a única característica psicológica identificada como fator de risco incluiu a depressão (Yu *et al.*, 2020).

Já as características do contexto social envolvidas com a autonegligência incluíram: viver sozinho, redes sociais e engajamento social reduzidos, desordem e menor coesão na vizinhança. Além disso, uma pior qualidade de vida também estava significativamente associada a um risco aumentado de autonegligência (Yu *et al.*, 2020).

Uma revisão sistemática sintetizou as evidências disponíveis sobre as experiências e perspectivas de pessoas idosas com a autonegligência. Estes atribuíram seus comportamentos a múltiplos fatores, tanto no nível individual quanto interpessoal, e descreveram uma vida moldada por experiências miseráveis e pela falta de redes sociais e recursos insuficientes para apoiar seu autocuidado. Além disso, a autonegligência reproduziu o esforço dessas pessoas para manter sua autonomia, a fim de se protegerem e preservarem sua autoidentidade (Yu *et al.*, 2023).

3.2.6 Abandono

O abandono é a ausência ou deserção dos responsáveis de prestarem auxílio a uma pessoa idosa que necessite de proteção (Souza; Minayo, 2010). As taxas de abandono desse grupo etário ainda não se encontram bem estabelecidas. No entanto, no Brasil, em 2022, foram notificados mais de 9,1 mil casos de negligência ou abandono dessas pessoas (Brasil, MDHC, 2024).

É sabido que as pessoas idosas se sentem abandonadas pela família, em quem deveriam encontrar apoio, se queixando de ausência de visitas regulares, além de serem excluídas dos assuntos familiares. Quando em residência intergeracional, relatam realizar refeições ou possuírem acomodações isoladas, longe do resto da família. Algumas pessoas idosas entendem o abandono como uma forma de violência contemporânea e descrevem que, em épocas passadas, eram cercadas por gerações de sua família, mas atualmente sofrem com a desintegração familiar e o egocentrismo dos mais jovens (Wamara; Bennich; Strandberg, 2021).

Ou seja, as pessoas idosas vivenciam situação de abandono familiar, mesmo inseridas no contexto comunitário, sendo suscetíveis à solidão e ao isolamento, produzindo sentimentos de desprezo e tristeza, sobretudo naquelas pessoas que se encontram com redução da sua autonomia. Esse fenômeno oriundo da ruptura do ciclo familiar de cuidado, característico das relações hodiernas, é caracterizado pelo afastamento tanto afetivo como geográfico (Ceccon; Garcia-Júnior, 2024).

Nesse sentido, os senescentes são abandonados não apenas em seus lares, mas também em hospitais e, principalmente, em Instituições de Longa Permanência (ILPI). O abandono é mais relatado por idosos homens, que se consideram mais vulneráveis à discriminação familiar, em decorrência da perpetuação da violência cometida por eles contra esses familiares, ou seja, resultado de eventos adversos na infância ocorrido com os perpetradores (Wamara; Bennich; Strandberg, 2021).

Pesquisa brasileira realizada em uma ILPI governamental para vítimas de violência evidenciou as condições de vulnerabilidade e as necessidades de institucionalização dessas pessoas devido à solidão e às condições de saúde que aumentam as necessidades de cuidados e companhia. As vítimas expõem sentimentos negativos como tristeza, fracasso, solidão e sensação de rejeição. No entanto, muitas pessoas idosas ainda negam o sofrimento e as condições de violência familiar sofridas, mesmo após institucionalizadas e resguardadas (Ribeiro, D. *et al.*, 2021).

Entende-se que a institucionalização da pessoa idosa não se deve configurar como abandono, já que a responsabilidade familiar não se encerra com a institucionalização. No entanto, é comum o abandono nesses casos, que se caracteriza não somente pela retirada da pessoa idosa do seu convívio familiar, mas também pelo seu apagamento simbólico. Portanto, os mecanismos de abandono institucional revelam-se a partir de duas perspectivas: uma de caráter social, quando o longevo é excluído dos espaços que ocupava antes da institucionalização, como a família, a casa onde residia, os amigos e a comunidade à qual pertencia; e outra de natureza emocional, envolvendo os sentimentos das perdas evocadas pela separação, advindas com a institucionalização (Moraes *et al.*, 2019).

O abandono, juntamente com a negligência, são as formas de violência mais relatadas por pessoas idosas com dependência funcional. Essa violência é comumente perpetrada por familiares, principalmente filhos, cujas consequências envolvem também o sofrimento psicológico. Esse contexto precariza ainda mais a condição imposta pela dependência, pois a perda de autonomia é justamente a condição que impõe ainda mais a necessidade de cuidado próximo, e não de abandono (Ceccon; Garcia-Júnior, 2024).

3.3 MODELO ECOLÓGICO DA VIOLÊNCIA

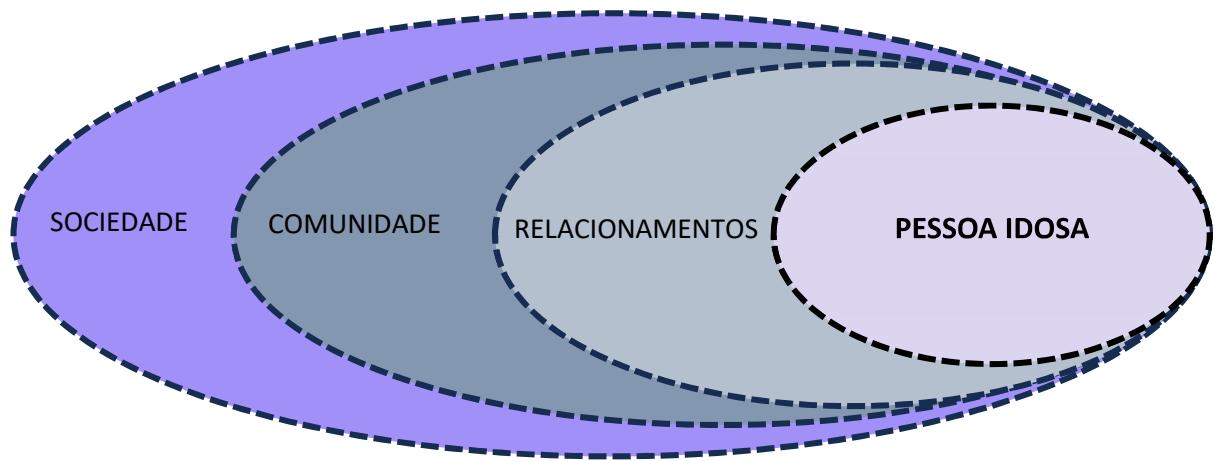
A violência é o resultado de uma complexa interação de fatores individuais, de relacionamentos, sociais, culturais e ambientais. Nenhum desses fatores isoladamente é capaz de explicar a natureza violenta de alguns indivíduos ou algumas comunidades. Compreender como eles estão relacionados à violência é uma etapa importante na abordagem dessa problemática (WHO, 2002).

A fim de compreender a natureza multifacetada da VCPI, estudiosos retomaram o modelo ecológico de Bronfenbrenner proposto em 1977 (Bronfenbrenner, 1977). Este último foi inicialmente concebido para o estudo da violência infanto-juvenil, sendo posteriormente empregado para a compreensão acerca da violência contra a mulher e a VCPI (WHO, 2002).

O estudo ecológico do desenvolvimento humano é o estudo da acomodação progressiva e mútua, ao longo do ciclo de vida, entre o ser humano em crescimento e os ambientes nos quais ele vive, uma vez que esse processo é afetado pelas relações obtidas dentro e entre esses ambientes, bem como os contextos sociais maiores, formais e informais, nos quais os ambientes estão inseridos (Bronfenbrenner, 1977).

O ambiente ecológico é concebido topologicamente como um arranjo alinhado de estruturas, cada uma contida na próxima, e considera as interações que ocorrem entre quatro níveis crescentes: individual, relacionamentos, comunidade e sociedade (Figura 2) (Bronfenbrenner, 1977; WHO, 2002).

Figura 2 – Modelo Ecológico para a compreensão da Violência contra a Pessoa Idosa



Fonte: Adaptado de WHO (2002).

O nível individual (microssistema) do modelo ecológico procura identificar os fatores biológicos e de história pessoal que um indivíduo integra ao seu comportamento. Além de fatores biológicos e demográficos, são incluídos também fatores como impulsividade, baixo nível educacional, abuso de substâncias e histórico anterior de violência. Isto é, nesse nível são consideradas as características do indivíduo que aumentam a possibilidade de ele ser uma vítima e/ou um perpetrador de violência (Bronfenbrenner, 1977).

O segundo nível do modelo de Bronfenbrenner (1977) – o mesossistema – explora como relacionamentos sociais próximos (relações com amigos, parceiros íntimos e familiares) aumentam o risco de vitimização e perpetração de violência. Nos casos de violência intrafamiliar, interagir diariamente ou compartilhar um domicílio comum com um agressor pode aumentar e oportunizar situações violentas. Como os indivíduos estão unidos em um relacionamento contínuo, é provável que nesses casos a vítima seja violentada reincidemente pelo agressor (Bronfenbrenner, 1977).

O terceiro nível ou exossistema do protótipo examina os contextos comunitários nos quais as relações sociais estão inseridas – como escolas, locais de trabalho e bairros – e busca identificar as características desses cenários que estão associadas a serem vítimas ou

perpetradores de violência, uma vez que as situações de violência são maiores em alguns contextos comunitários do que em outros. São características comunitárias frequentemente associadas à violência: o alto nível de mobilidade residencial (lugares em que as pessoas não se estabelecem por muito tempo em uma moradia específica); a heterogeneidade comunitária (população altamente diversa, não havendo coesão); a alta densidade populacional; áreas de pobreza ou deterioração física; presença de tráfico de substâncias ilícitas; os altos níveis de desemprego; os cenários de isolamento social, como por exemplo, pessoas que não conhecem seus vizinhos ou não têm envolvimento na comunidade local (Bronfenbrenner, 1977).

O quarto e último nível – macrossistema – examina fatores sociais mais abrangentes que influenciam as taxas de violência no geral: normas culturais que apoiam a violência como uma maneira aceitável de resolver conflitos; atitudes que consideram o suicídio como uma questão de escolha individual em vez de um ato evitável de violência; culturas que consolidam o domínio masculino sobre mulheres e crianças; diretrizes que apoiam o uso de força excessiva pela polícia contra os cidadãos; e condutas que apoiam o conflito político. Ou seja, aqui estão incluídos os fatores de permissividade da violência, ou seja, que geram um clima aceitável e reduzem as inibições contra a violência ou que geram tensões entre diferentes grupos sociais. Outros fatores sociais abrangentes também incluem as políticas de saúde, educacionais, econômicas e sociais, as quais promovem altos níveis de desigualdade socioeconômica (Bronfenbrenner, 1977).

Desse modo, o modelo ecológico destaca as múltiplas causas da violência e a interação de fatores de risco que operam na família e em contextos sociais mais amplos, considerando os diferentes estágios da vida (WHO, 2002).

3.4 FATORES INDIVIDUAIS DO MODELO ECOLÓGICO

3.4.1 Fragilidade da Pessoa Idosa

A fragilidade constitui-se uma síndrome biológica caracterizada pela diminuição de reserva e resistência a estressores, resultante de declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos e causando vulnerabilidade a resultados adversos. Os critérios estabelecidos para definir essa síndrome incluem: perda de peso involuntária, exaustão, atividade física, tempo de caminhada e força de preensão; sendo esses três últimos estratificados por gênero e medidas antropométricas (Fried *et al.*, 2004).

Importante considerar que a fragilidade é uma síndrome fisiológica e que se distingue da comorbidade e da incapacidade – características frequentemente tratadas como sinônimos de fragilidade. A síndrome da fragilidade pode ser um precursor fisiológico e fator etiológico da incapacidade, devido às suas características centrais de fraqueza, diminuição da resistência e desempenho lento (Fried *et al.*, 2004).

Contudo, é sabido que previamente à instalação da fragilidade, existe uma manifestação mais precoce, um primeiro estágio ou fase prodrômica, que pode ser clinicamente silenciosa (pré-clínica) ou clinicamente detectável; esse estágio denomina-se pré-fragilidade. Considerada uma síndrome multifatorial, multidimensional e dinâmica, a pré-fragilidade é um estado de risco transitório e potencialmente reversível antes do início da fragilidade. No entanto, embora seja frequentemente assintomática, ela pode se manifestar por sintomas como fraqueza, fadiga, cansaço e/ou lentidão (Sezgin *et al.*, 2020).

Revisão sistemática de estudos de base populacional em 62 países relatam a prevalência de 16% para fragilidade física e 45% para pré-fragilidade em pessoas com idade igual ou maior que 60 anos. Contudo, à medida que a idade avança, essas taxas tendem a aumentar significativamente chegando a 51% de fragilidade e 48% de pré-fragilidade em pessoas acima de 90 anos (O'Caoimh *et al.*, 2021).

Em relação ao sexo, as proporções de prevalência de fragilidade e pré-fragilidade para mulheres foram de 15% e 49% respectivamente, em comparação com 11% e 45% respectivamente, para homens. No que diz respeito à distribuição mundial, a maior prevalência de fragilidade física foi relatada na África (22%) e nas Américas (17%) e a menor na Europa, com apenas 8% (O'Caoimh *et al.*, 2021).

3.4.2 Depressão na Pessoa Idosa

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), em sua 11^a versão publicada em 2019, os distúrbios depressivos são caracterizados por humor depressivo (tristeza, irritabilidade, sensação de vazio) ou perda do prazer, acompanhado por outros sintomas cognitivos, comportamentais ou neurovegetativos que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (WHO, 2019).

Um episódio depressivo é caracterizado por um período de humor quase que diariamente deprimido ou diminuição do interesse em atividades com duração de, pelo menos,

duas semanas, acompanhada de outros sintomas, tais como: dificuldade de concentração; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; desesperança; pensamentos recorrentes de morte ou suicídio; alterações no apetite ou no sono; agitação ou retardo psicomotor; e redução da energia ou fadiga (WHO, 2019).

Esses sintomas podem ser únicos ou recorrentes; leves a graves; com a presença ou não de sintomas psicóticos. São únicos quando apresentam um episódio depressivo sem histórico de episódios anteriores; são recorrentes quando há histórico de “pelo menos dois episódios depressivos separados por pelo menos vários meses sem significativa perturbação do humor”; e apresentam sintomas psicóticos quando há delírios ou alucinações durante o episódio (WHO, 2019).

Nas pessoas idosas, observa-se o caráter bidirecional da prevalência dos sintomas depressivos e a elevada morbidade por doenças crônico-degenerativas, favorecendo um quadro de sofrimento mental ainda maior, reduzindo a qualidade de vida nessas pessoas (Sguerri; Castro-Costa; Loyola Filho, 2024).

Revisão sistemática e meta-análise, envolvendo um total de 72.878 indivíduos com idade igual ou maior que 60 anos, encontrou uma prevalência de depressão de 28,4% nessa faixa etária. Quando avaliada por continente, a África obteve a maior estimativa de depressão e a Europa apresentou a menor (Hu *et al.*, 2022).

No Brasil, a prevalência de sintomas depressivos em 21.965 pessoas idosas foi de 13,2%, sendo mais frequente entre aquelas com piores condições de saúde. Esses sintomas são associados ao sexo feminino, à autoavaliação negativa (regular/ruim/muito ruim) de saúde e à presença de duas ou mais doenças crônicas (Sguerri; Castro-Costa; Loyola Filho, 2024).

3.4.3 Vulnerabilidade da Pessoa Idosa

A vulnerabilidade é um construto conceitual referente ao entendimento e à resolução das situações de saúde e seus determinantes, que envolve os planos biológico/individual, social e institucional, considerados como um todo indivisível. Com isso, qualquer mudança em um desses planos sempre ocasionará repercuções nos demais (Ayres *et al.*, 2003).

Ou seja, a vulnerabilidade é vista como um conceito multidimensional, onde as condições comportamentais, socioculturais, econômicas e políticas interagem com os processos biológicos ao longo da vida (Barbosa; Oliveira; Fernandes, 2019).

Nesse estudo, tratar-se-á da vulnerabilidade individual, a qual diz respeito

[...] ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos [...], ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras (Ayres *et al.*, 2003, p. 117).

Portanto, a vulnerabilidade individual refere-se à forma como uma pessoa, na sua singularidade, acessa uma informação de saúde disponível e a utiliza, levando-a ou não a se expor a uma determinada doença ou agravio à saúde (Paz; Santos; Eidt, 2006).

O envelhecimento torna as pessoas mais vulneráveis à medida que as alterações biológicas diminuem a capacidade de manter a homeostase quando submetido a um estresse fisiológico, determinando uma maior suscetibilidade à ação de doenças e uma maior probabilidade de morte (Paz; Santos; Eidt, 2006).

Ademais, o advento do processo de envelhecimento acarretou uma mudança no perfil epidemiológico nessa população, caracterizada pela diminuição das doenças infectocontagiosas e um aumento significativo da morbimortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis. Consequente a isso, é percebido o declínio da capacidade funcional, o que conduz a pessoa idosa à limitação ou à perda total da capacidade de desempenhar, de forma independente, suas atividades cotidianas (Paz; Santos; Eidt, 2006).

Nesse contexto, as pessoas idosas mulheres, com quadros de deterioração da saúde e/ou envelhecimento biológico, usuárias de serviços de saúde ineficientes, com histórico de hospitalizações frequentes e com redes de apoio ineptas são identificadas como mais predispostas à vulnerabilidade (Barbosa; Oliveira; Fernandes, 2019).

Saliba *et al.* (2001) definiu as pessoas idosas vulneráveis como aquelas com idade igual ou maior que 65 anos e que apresentam aumento no risco de declínio funcional ou morte ao longo de dois anos. Esta definição vincula a vulnerabilidade a dois desfechos em saúde – morte ou declínio funcional –, não incluindo as doenças propriamente ditas ou o aumento na utilização dos recursos (como a hospitalização). Além disso, capta as pessoas idosas comumente rotuladas como “frágeis” – aquelas com risco moderado ou alto de declínio ou morte (Saliba *et al.*, 2001).

Esse mesmo estudo, que envolveu 7.730 americanos com idade igual ou superior a 65 anos, relatou que um terço da amostra foi identificada como vulnerável e apresentou 4,2 vezes risco de declínio funcional ou morte ao longo de dois anos, em comparação com os dois terços restantes (Saliba *et al.*, 2001).

Estudo brasileiro com 808 pessoas idosas (60 anos ou mais) da zona rural destacou que aproximadamente 4 em cada 10 pessoas idosas são vulneráveis. Foram associados a uma maior prevalência de vulnerabilidade: o sexo feminino; viver sem companheiro; não trabalhar; ter diagnóstico de diabetes, artrose, depressão e osteoporose; apresentar sarcopenia; e possuir déficit cognitivo. Uma maior escolaridade foi associada a uma menor ocorrência da vulnerabilidade (Gonzalez; Paludo; Meucci, 2023).

3.4.4 Qualidade de vida da Pessoa Idosa

De acordo com a OMS, Qualidade de Vida (QV) é definida como a "percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1998, p. 551). É um conceito complexo que engloba a saúde em suas dimensões física, psicológica, de independência funcional, relações sociais, crenças pessoais e características ambientais (WHOQOL Group, 1998).

Esta definição destaca critérios que afirmam a qualidade de vida como uma concepção subjetiva, com dimensões positivas e negativas, considerando o contexto cultural e socioambiental. Destarte, a OMS identificou seis grandes áreas que descrevem aspectos (domínios) fundamentais da qualidade de vida: a área física, como a energia e a fadiga; a área psicológica, como por exemplo, os sentimentos positivos; o nível de independência, como a mobilidade; as relações sociais, a exemplo do apoio social e a atividade sexual; o meio ambiente, que envolve a acessibilidade aos cuidados de saúde; e as crenças pessoais/espirituais, que determinam, por exemplo, o sentido da vida. Com isso, observa-se que os parâmetros de saúde e a qualidade de vida são conjunturas complementares e sobrepostas (WHO, 1998).

Portanto, a qualidade de vida reflete a percepção (satisfação) dos indivíduos do quanto suas necessidades estão sendo atendidas ou negadas, oportunizando ou não o alcance da felicidade e da autorrealização (WHO, 1998).

Estudos relatam que com o avançar da idade, a QV se deteriora. Estudo tailandês com 1.078 participantes revelou que os domínios da saúde física, psicológica, relacionamentos sociais e dos fatores ambientais desempenham um papel importante na previsão da qualidade de vida entre a população idosa. Estudo indiano com 400 pessoas idosas da área rural evidenciou que essas pessoas apresentaram melhor QV no domínio ambiental, seguida pelo domínio da saúde física (Rajput *et al.*, 2022; Chi; Wu; Liu, 2022).

Na Tailândia, as mulheres idosas, mais velhas, mais educadas e financeiramente mais abastadas apresentam melhor satisfação com a QV de um modo geral (Chi; Wu; Liu, 2022). Nesse sentido, a educação superior e o *status* socioeconômico mais elevado favorecem uma melhor QV, inclusive em contextos de subdesenvolvimento (Rajput *et al.*, 2022).

Estudo mexicano analítico com 205 pessoas idosas apontou que a QV nessa população depende de fatores como: independência funcional, função familiar adequada e uma autopercepção de saúde positiva. Nos domínios físico e psicológico, ter independência para ABVD e ter suporte social adequado melhoram a QV (Alonso *et al.*, 2022).

3.4.5 Capacidade funcional e risco de declínio funcional na pessoa idosa

O desempenho humano possui um variado grau de complexidade necessário para a realização de uma variedade de tarefas. O nível mais elementar é direcionado para a manutenção da vida, seguido pelos níveis sucessivamente mais complexos de funcionalidade e comportamento social. Embora cada um desses níveis exija maior complexidade de organização neuropsicológica do que o anterior, a complexidade varia amplamente dentro de cada nível (Lawton; Brody, 1969).

Nesse sentido, a capacidade funcional é representada pelo potencial em manter as funções físicas e mentais necessárias para a conservação da autonomia e da independência. Essa capacidade envolve o desempenho de tarefas básicas, intermediárias e avançadas. As atividades básicas da vida diária (ABVD) são aquelas que envolvem a capacidade de autocuidado, tal como tomar banho, se alimentar e caminhar (Lawton; Brody, 1969; Mahoney; Barthel, 1965).

As AIVDs compreendem o desempenho de uma combinação de funções biológicas e sociais, como por exemplo, preparar refeições, fazer compras, manejar medicações e dinheiro. Para as mulheres, a manutenção da adequação nessas tarefas é o melhor meio de avaliar sua competência geral. Embora essas atividades sejam representativamente menores para os homens, ainda é possível avaliar seu desempenho a fim de medir sua competência nessas atividades (Lawton; Brody, 1969).

As atividades avançadas de vida diária (AAVD) incluem um conjunto de atividades sociais, de relacionamentos, serviços comunitários, religiosos e emprego, que excedem o autocuidado, a sobrevivência e a solução dos problemas práticos, e que inserem as pessoas idosas em papéis sociais mais amplos e complexos (Reuben; Solomon, 1989).

Um estudo analítico com 11.177 pessoas idosas brasileiras revelou que as prevalências de dependência moderada e grave em ABVD foram de 10,2% e 4,8% respectivamente. Já as prevalências de dependência moderada e grave em AIVDs foram de 13,8% e 15,6% respectivamente. A probabilidade para dependência moderada a grave em ABVD concomitante com doenças mentais aumentou mais de quatro vezes; e a coexistência de acidente vascular cerebral aumentou essa possibilidade em mais de cinco vezes (Reis Júnior *et al.*, 2024).

Outro estudo brasileiro com 400 pessoas idosas comunitárias evidenciou que aquelas com melhor função cognitiva e sem histórico de hospitalização eram menos propensas a incapacidades em ABVDs e AIVDs. Os fatores como idade mais avançada, sexo feminino, presença de sintomas de depressão e medo de cair tiveram maior associação com incapacidades em ambas as atividades de vida diária (AVD) (Cortez *et al.*, 2023).

3.4.6 Nutrição na pessoa idosa

A desnutrição é uma condição altamente prevalente em pessoas idosas, e abrange tanto a supernutrição (como sobrepeso, obesidade e doenças crônico-degenerativas relacionadas à dieta) quanto a subnutrição (ou seja, baixo peso, deficiências de micronutrientes, emagrecimento e nanismo) (Dent *et al.*, 2023).

A etiologia dessa condição na população idosa advém a três subtipos etiológicos diferentes: desnutrição relacionada à doença inflamatória; desnutrição relacionada à doença sem inflamação; e desnutrição sem doença, como por exemplo, relacionada à fome. (Dent *et al.*, 2023). No geral, é causada por uma combinação de alterações fisiológicas, doenças crônicas, uso de medicamentos, fatores psicológicos e questões socioeconômicas. Por conseguinte, à medida que os indivíduos envelhecem, ocorre uma diminuição natural nas funções fisiológicas, incluindo a diminuição do apetite, mudanças nas sensações de paladar e olfato e a redução da eficiência digestiva (Tomasiewicz; Polański; Tański, 2024).

As taxas de prevalência tendem a ser mais elevadas nas mulheres, nas populações rurais, nas populações com mais de 80 anos e nas pessoas afetadas por doenças crônico degenerativas. Globalmente, há grandes variações geográficas na prevalência de desnutrição. Em pessoas idosas que vivem na comunidade, observam-se taxas de prevalência relativamente baixas de desnutrição na Europa (2,1%) e na Ásia (4,8%), enquanto prevalências significativamente mais

altas são encontradas em vários países de baixa e média renda, como Irã (12,2%), Índia (16,3%), Nepal (24,0%) e Etiópia (26,6%) (Dent *et al.*, 2023).

A recuperação funcional de perda de peso em pessoas idosas é improvável de ocorrer devido à perda de massa muscular esquelética, mesmo com suporte nutricional completo. Os resultados adversos da desnutrição incluem fragilidade, delírio, diminuição da imunocompetência, aumento da suscetibilidade a infecções, retardo na cicatrização de feridas, hipotermia, osteoporose, alterações de humor, comprometimento cognitivo, redução da qualidade de vida e maiores taxas de hospitalização e mortalidade prematura (Dent *et al.*, 2023; Tomasiewicz; Polański; Tański, 2024).

O tratamento tardio da desnutrição pode resultar em má cicatrização de feridas, lesões por pressão, quedas, hospitalização e admissões em ILPI. Além disso, muitas condições crônicas são agravadas pela desnutrição e a essa disfunção também está associada a altos custos de assistência médica (Dent *et al.*, 2023).

3.5 FATOR RELACIONAL DO MODELO ECOLÓGICO

3.5.1 Funcionalidade familiar

A família compreende um grupo psicossocial representado por duas ou mais pessoas, crianças e/ou adultos, no qual há um compromisso dos membros em nutrir uns aos outros. Como os relacionamentos estruturais ou institucionais entre os membros não são especificados, há espaço para uma ampla gama de configurações familiares (Smilkstein, 1978).

Com as pessoas idosas também são encontrados uma gama de arranjos domiciliares: viver sozinhos ou com cônjuge; possuir um membro da família visitando ocasionalmente; morar conjuntamente com um membro da família; ou em um domicílio multigeracional. Contudo, em qualquer uma dessas situações, as pessoas idosas podem ser suscetíveis à VCPI (Ross, 2023).

Entendendo que a função familiar pode ser comparada aos sistemas do corpo – em que cada componente tem uma função, mas se interrelaciona ao todo –, a saúde familiar pode ser considerada uma unidade de nutrição, que demonstra a integridade dos seus componentes. Desse modo, foram estabelecidos alguns parâmetros pelos quais a funcionalidade familiar pode ser medida: adaptação, parceria, crescimento, afeto e resolução (Smilkstein, 1978).

A adaptação é a utilização de recursos intra e extrafamiliares para a resolução dos problemas, quando o equilíbrio familiar é perturbado durante uma crise. A parceria pode ser entendida como o compartilhamento da tomada de decisão e responsabilidade da nutrição por todos os membros da família. O crescimento compreende o amadurecimento físico e emocional, e a autorrealização que são alcançados pelos componentes da família, por meio de apoio e orientação mútuos. O afeto envolve o relacionamento de cuidado ou amor existente entre os membros da família. Já a resolução é o compromisso de dedicar tempo aos outros integrantes da família; como também o compartilhamento de riqueza e espaço (Smilkstein, 1978).

Uma investigação realizada no México evidenciou que a capacidade de enfrentamento das situações familiares estressantes, o apoio mútuo e a afetividade atuam como fatores de proteção da qualidade de vida das pessoas idosas (Alonso *et al.*, 2022).

Um estudo com a população idosa brasileira demonstrou que a funcionalidade familiar se manteve preservada em 74% dos casos, apresentando como fator associado à situação conjugal de ser casado(a). Comportam-se como variáveis importantes para a alteração da funcionalidade familiar: morar sozinho, ser solteiro, ter apenas um morador na casa, autoavaliação em saúde ruim ou péssima, e a capacidade funcional moderada ou grave (Suzana *et al.*, 2021).

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, analítico, de corte transversal. Nos estudos observacionais o investigador simplesmente observa e nenhuma intervenção é realizada. Essas pesquisas identificam a prevalência, bem como os fatores associados de eventos relacionados à saúde (Mann, 2003; Lyra; Costa; Rosendo, 2019).

Nos estudos transversais todas as medidas realizadas nos sujeitos ocorrem em um determinado ponto no tempo, em que os dados são coletados uma única vez e vários resultados podem ser estudados (Mann, 2003).

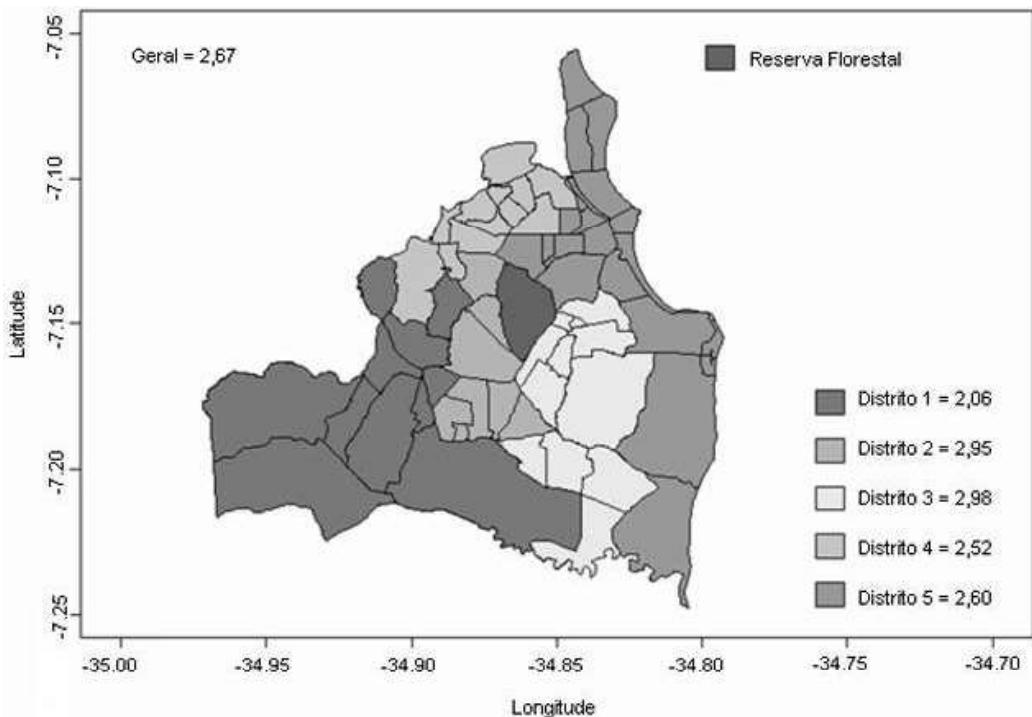
Os estudos analíticos são aqueles delineados para examinar a existência de associação entre a exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde (Lima-Costa; Barreto, 2003).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no território que compreende o Distrito Sanitário V do município de João Pessoa, estado da Paraíba, Brasil (Figura 3). A escolha pelo referido distrito considerou a viabilidade de acesso e a heterogeneidade das condições socioeconômicas dessa população, visto que esse distrito apresenta discrepâncias populacionais, com presença de áreas nobres, bem como espaços populosos que concentram áreas com piores condições socioeconômicas (Menezes *et al.*, 2022). Desse modo, essa escolha permitiu o acesso a diferentes classes econômicas, uma vez que a VCPI não se associa a nenhuma situação de emprego ou dependência econômica, ocorrendo, portanto, em qualquer classe social (Nemati-Vakilabad *et al.*, 2023).

A compreensão acerca do Distrito Sanitário abrange, em uma de suas dimensões, a menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão. Com isso, o processo de construção e implantação dos Distritos Sanitários, como estratégia para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser visto como um processo social, isto é, como uma expressão concreta de uma política pública de dimensão social (Almeida; Castro; Vieira, 1998). Dessa forma, a restrição do local do estudo a um determinado distrito sanitário viabiliza também uma homogeneidade em relação a sua gestão e implantação das políticas públicas.

Figura 3 – Mapa dos Distritos Sanitários do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil.



Fonte: Araújo *et al.* (2015).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada consistiu no quantitativo de pessoas idosas cadastradas no referido Distrito no ano anterior à coleta de dados (2022), totalizando 6.254 pessoas idosas.

Foram incluídas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos; cadastradas na Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Sanitário V do município de João Pessoa-PB; e que pontuaram acima de 17 pontos no questionário Miniexame do Estado Mental (MEEM), conforme sugerido no estudo de validação para a população brasileira com baixo índice de escolaridade (Lourenço; Veras, 2006; Lourenço; Veras; Ribeiro, 2008).

Foram excluídas as pessoas idosas com incapacidades físicas que impossibilitaram a permanência na posição vertical; e que apresentaram diagnóstico médico de deficiência intelectual, neurológica ou mental, inviabilizando os testes. Os critérios de exclusão foram avaliados pela equipe de coleta de dados, no entanto, não se sabe precisar a quantidade de pessoas excluídas do estudo.

Para fim de cálculo amostral, adotou-se a seguinte fórmula, considerando as populações finitas estimadas de pessoas idosas cadastradas na APS do referido Distrito Sanitário do município:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Em que,

z = quartil da normal padrão (1,96, quando considerado um coeficiente de confiança de 95%);

p = prevalência esperada de violência contra a pessoa idosa ($p = 0,2$);

q = prevalência esperada de pessoas idosas que não são vítimas de violência ($q = 1 - p$, então $q = 0,8$);

d = erro amostral ($d = 0,05$);

N = Número de pessoas idosas cadastradas na APS ($N = 6.254$).

Desse modo, foi adotado o erro estimado de 5%; nível de confiança de 95%; e frequência de violência na população idosa de 20%, considerando a maior taxa de VCPI relatada em revisão de literatura (Ribeiro, M. *et al.*, 2021).

Portanto, o cálculo amostral consistiu de 237 pessoas idosas, sendo acrescido um percentual de 10% para possíveis perdas, resultando em um total de 261 participantes que compuseram a amostra final.

Foi realizada uma amostragem por conglomerados, considerando as 28 equipes de saúde que compõem o Distrito selecionado. Destas, foram selecionadas metade das equipes (14 equipes), pelos critérios de acessibilidade e vulnerabilidade social das unidades em que estavam localizadas, elencando as mais acessíveis, bem como as mais vulneráveis socialmente. Desse modo, foram eleitas as seguintes equipes de Saúde da Família: Água Fria, Aldeia SOS, Bancários, Castelo Branco I, Castelo Branco III, Santa Clara, São José I, São José II, São José III, São José IV, São José V, São Rafael, Timbó I e Timbó II.

Assim sendo, o número amostral de cada equipe considerou a quantidade de pessoas idosas da equipe em relação à quantidade de pessoas com 60 anos ou mais cadastradas nas 14 equipes selecionadas, conforme a Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Número amostral por Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário V do município de João Pessoa selecionadas para o estudo – João Pessoa, 2022.

Equipe	Quantitativo de pessoas idosas (n)	Percentual (%)	Amostra (n)
Água Fria	559	12,4	32
Aldeia SOS	285	6,3	17
Bancários	659	14,7	38
Castelo Branco I	670	14,9	39
Castelo Branco III	658	14,6	38
Santa Clara	184	4,1	11
São José I	194	4,3	11
São José II	145	3,2	8
São José III	132	3	8
São José IV	177	4	11
São José V	163	3,6	9
São Rafael	111	2,5	7
Timbó I	334	7,4	19
Timbó II	223	5	13
TOTAL	4.494	100	261

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

A seleção dos participantes da pesquisa ocorreu por conveniência, segundo duas situações: os que se encontravam na unidade de saúde para consultas e/ou procedimentos; ou por indicação dos membros da equipe de saúde, considerando o prévio conhecimento acerca das pessoas idosas que apresentavam os critérios de inclusão para integrarem a presente pesquisa.

4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O instrumento para coleta de dados (Apêndice A) incluiu os seguintes dados sociodemográficos dos participantes: sexo, cor relatada, idade, religião, estado civil, escolaridade, conjugação da moradia, profissão, ocupação, renda familiar e acesso à internet.

Para investigação acerca da VCPI foram utilizados os seguintes instrumentos: *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST) (Reichenheim; Paixão Júnior; Moraes, 2008) para avaliar o risco para violência; e a *Conflict Tactics Scale* (CTS-1) (Hasselmann; Reichenheim, 2003) para a identificação da violência física e psicológica.

A síndrome da fragilidade na pessoa idosa foi analisada a partir de duas ferramentas: a Escala de Fragilidade de Edmonton – EFE (Rolfson *et al.*, 2006; Fabrício-Wehbe *et al.*, 2009); e a Escala Autorreferida de Fragilidade, proposta por Nunes *et al.* (2015).

A depressão foi avaliada a partir da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (Sheikh; Yesavage, 1986); a vulnerabilidade por meio da Escala de Vulnerabilidade (VES-13) (Saliba *et al.*, 2001); a Qualidade de Vida através de uma ferramenta denominada *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36) (Ware; Sherbourne, 1992); e o estado nutricional foi analisado mediante a Mini-Avaliação Nutricional (MAN) (Rubenstein *et al.*, 2001).

A capacidade funcional foi avaliada nos níveis básico e intermediário. No tocante às ABVD, as mesmas foram mensuradas por meio da escala de Barthel (Mahoney; Barthel, 1965) e as AIVD foram aferidas segundo a escala de Lawton e Brody (Lawton; Brody, 1969). O risco para o declínio funcional também foi examinado, a partir do instrumento denominado PRISMA-7 (Raîche; Hébert; Dubois, 2008).

O fator relacional do modelo ecológico, representado pela funcionalidade familiar, foi avaliado pelo APGAR familiar (Smilkstein, 1978).

4.4.1 *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)*

O H-S/EAST é uma ferramenta norte-americana criada em 1991 para a identificação de sinais direto (presença) e indiretos (suspeitos) de VCPI (Neale *et al.*, 1991).

Em 2008, um estudo brasileiro realizou a tradução para a língua portuguesa e a adaptação transcultural para o cenário brasileiro, evidenciando uma boa equivalência entre os itens e uma razoável consistência interna ($kr20=0,64$ e $\kappa=0,70$) (Reichenheim; Paixão Júnior; Moraes, 2008).

O H-S/EAST contém 15 itens com respostas dicotômicas (sim e não), que avalia sinais específicos de violência e circunstâncias correlatas. Atribui-se um ponto para cada resposta afirmativa, com exceção dos itens 1, 6, 12 e 14, em que se inverte a pontuação (Reichenheim; Paixão Júnior; Moraes, 2008).

A literatura sugere que as pessoas idosas com pontuação 3 ou superior no H-S/EAST podem incorrer em um maior risco de sofrerem violência (Neale *et al.*, 1991).

4.4.2 *Conflict Tactics Scale 1(CTS-1)*

A CTS-1 é um instrumento canadense publicado em 1979 com a finalidade de avaliar a resolução e os conflitos intrafamiliares, não especificamente voltado para a população idosa (Straus, 1979); no entanto, vem sendo amplamente utilizado para a identificação da VCPI.

Essa escala possui 19 questões que buscam compreender as estratégias adotadas para resolução de conflitos, sendo dividido em três subescalas: argumentação (itens 1 a 3); violência psicológica (itens 4 a 9); e violência física (itens 10 a 19). Cada item contém três opções de respostas (não aconteceu, aconteceu algumas vezes e aconteceu várias vezes), a serem avaliados nos últimos doze meses (Straus, 1979; Hasselmann; Reichenheim, 2003).

Em 2003, o CTS-1 foi traduzido e adaptado transculturalmente para utilização no Brasil, revelando uma equivalência semântica média de 94,4%; uma elevada equivalência de mensuração ($\alpha > 0,70$) para as escalas de agressão física e psicológica; e uma baixa equivalência ($\alpha < 0,50$) para a escala de argumentação (Hasselmann; Reichenheim, 2003).

Por não ter o objetivo de avaliar a intensidade violência, uma resposta positiva já sinaliza que aquele indivíduo é considerado vítima de violência (Hasselmann; Reichenheim, 2003).

Desse modo, para fins das presentes análises, foram classificadas em situação de violência as pessoas idosas que apresentaram uma resposta positiva aos itens relativos à escala de agressão física e/ou psicológica.

4.4.3 Escala Autorreferida de Fragilidade

A Escala Autorreferida de Fragilidade identifica a síndrome da fragilidade em pessoas idosas por intermédio da percepção dos próprios indivíduos acerca de cinco componentes presentes nessa síndrome: perda de peso não intencional, redução da força de preensão palmar e da velocidade de caminhada, baixa atividade física e fadiga (Nunes *et al.*, 2015).

Essa escala foi desenvolvida e validada por estudiosos brasileiros, apresentando boa consistência interna ($0,63 < \alpha < 0,77$). A sensibilidade e a especificidade para identificação dos indivíduos pré-frágeis foram de 89,7% e 24,3%; e dos frágeis, 63,2% e 71,6%, respectivamente (Nunes *et al.*, 2015).

Com isso, esse instrumento permite expandir o rastreamento da síndrome e auxilia na identificação precoce da mesma. A classificação da escala considera as pessoas “frágeis”

aqueelas que pontuarem três ou mais componentes; “pré-frágeis” as que pontuarem um ou dois; e “não frágeis” as que não apresentarem nenhum dos componentes descritos (Nunes *et al.*, 2015).

Neste estudo, foram considerados frágeis as pessoas idosas que apresentarem três ou mais dos referidos critérios.

4.4.4 Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE)

A EFE é uma escala idealizada para avaliar a fragilidade em pessoas idosas e que originalmente foi proposta por um grupo canadense em 2006 (Rolfson *et al.*, 2006).

Em 2009 foi adaptada culturalmente e validada para a população idosa brasileira em uma amostra comunitária, evidenciando coeficiente de concordância $\kappa=0,81$ no teste interobservador e $\kappa=0,83$ para o intraobservador (Fabrício-Wehbe *et al.*, 2009; Fabrício-Wehbe *et al.*, 2013).

É uma ferramenta composta por 11 itens, em que se avaliam nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. Os domínios da cognição e do desempenho funcional são testados utilizando-se dois itens baseados em performance: o teste do relógio para o comprometimento cognitivo (item 1) e o *Timed Get Up and Go* (TUG) para o equilíbrio e a mobilidade (item 11) (Rolfson *et al.*, 2006; Fabrício-Wehbe *et al.*, 2009).

A pontuação máxima alcança 17 pontos e análise da fragilidade se estabelece dessa forma: 0 a 4 (quatro), sem fragilidade; 5 (cinco) e 6 (seis), pré-fragilidade; 7 (sete) e 8 (oito), fragilidade leve; 9 (nove) e 10 (dez), fragilidade moderada; 11 ou mais, fragilidade grave (Rolfson *et al.*, 2006; Fabrício-Wehbe *et al.*, 2009).

Essa variável foi diferenciada da fragilidade autorreferida, sendo denominada como “fragilidade investigada” e foi dicotomizada, considerando-se as pessoas idosas frágeis aquelas com 7 (sete) ou mais pontos na escala EFE.

4.4.5 Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

A GDS-15 é a ferramenta de triagem de depressão mais utilizada em pessoas idosas (Hu *et al.*, 2022). Sua versão em português atestou a confiabilidade clínica para detecção de casos

de depressão e monitoramento da gravidade dos sintomas na população brasileira, em que a concordância entre os escores totais apresentou um kappa ponderado (κ) de 0,64 (Almeida; Almeida, 1999).

A versão do instrumento contendo 15 questões apresenta respostas dicotômicas afirmativas/negativas, cujo resultado maior que 5 (cinco) pontos revela a presença de depressão, e o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave (Sheikh; Yesavage, 1986; Almeida; Almeida, 1999).

Neste estudo, se classificaram com depressão aquelas pessoas idosas que apresentaram um escore total igual ou maior que 6 (cinco) pontos.

4.4.6 Escala de Vulnerabilidade (VES-13)

A Escala de Vulnerabilidade (VES-13) é um instrumento que foi desenvolvido para a população idosa norte-americana (Saliba *et al.*, 2001).

Foi traduzido para a língua portuguesa e adaptado transculturalmente para o Brasil em 2012, apresentando equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual de 78%, 78%, 97% e 94% respectivamente, e consistência interna satisfatória ($\alpha=0,70$) (Maia *et al.*, 2012).

Essa escala identifica idosos vulneráveis baseado em critérios como idade, autopercepção da saúde, limitações físicas e capacidade funcional. Consiste em uma triagem simples que identifica as pessoas idosas com risco de declínio funcional ou morte ao longo de um período de 2 (dois) anos (Saliba *et al.*, 2001; Maia *et al.*, 2012).

É composta por 13 itens e o escore varia de 0 (zero) a 10 (dez) pontos. Um escore igual ou superior a 3 (três) é considerado para classificar o indivíduo como vulnerável (Saliba *et al.*, 2001; Maia *et al.*, 2012).

4.4.7 Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36)

O *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36) é um instrumento genérico para medir a qualidade de vida (QV) na população em geral. Foi desenvolvido nos Estados Unidos como parte do *Medical Outcomes Study* (MOS) e publicado em 1992 (Ware; Sherbourne, 1992), sendo atualizado posteriormente no ano 2000 (Ware, 2000).

Sua tradução para o português e adaptação para a cultura brasileira ocorreu por meio de um estudo com pacientes portadores de uma patologia reumática, sendo possível sua reprodução e validação para outras populações. Sua reproduzibilidade intra e interobservadores foi considerada estatisticamente significante: $0,44 < r < 0,85$ e $0,55 < r < 0,81$, respectivamente (Ciconelli *et al.*, 1999).

A SF-36 consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito domínios, sendo quatro relativos à dimensão física e quatro relacionados à dimensão mental, além de uma questão sobre autopercepção individual do estado de saúde geral (Ware, 2000; Ware; Sherbourne, 1992).

Os domínios da dimensão física e a quantidade de itens que os integram são assim descritos: funcionalidade (dez itens), limitações por aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens) e estado geral de saúde (cinco itens). Os domínios da dimensão mental e seus respectivos quantitativos de itens incluem: vitalidade (quatro itens), funcionamento social (dois itens), limitações por problemas emocionais (três itens) e saúde mental geral (cinco itens) (Ware, 2000; Ware; Sherbourne, 1992).

O sistema de pontuação recomendado para o SF-36 é um sistema tipo *Likert* ponderado para cada item. Os itens de cada domínio são integrados para fornecer um escore, compreendido em uma escala de 0 a 100, produzindo assim uma pontuação para o respectivo domínio. Ou seja, o indivíduo recebe um escore para cada domínio, obtido por meio do cálculo de um *Raw Scale*, em que o zero corresponde ao pior escore e o 100 corresponde ao melhor. Desse modo, os oito domínios originam oito escores ao final, que são mantidos separadamente (Ware *et al.*, 1993).

Além disso, pontuações das dimensões física e mental também foram derivadas dos itens da escala, conforme as descrições anteriores acerca dos domínios. A pergunta sobre autopercepção da saúde permaneceu separada e não foi pontuada (Ware *et al.*, 1993).

Por fim, um escore geral também foi obtido, estabelecendo, nos termos da mesma escala, um valor para a qualidade de vida global do indivíduo.

4.4.8 Mini-Avaliação Nutricional (MAN)

A Mini-Avaliação Nutricional (MAN) é uma ferramenta utilizada para mensurar o estado nutricional de pessoas idosas (Rubenstein *et al.*, 2001).

Sua validade de construto para a população idosa brasileira foi comprovada por meio da correlação de Spearman significativa ($p < 0,001$). Além disso, as curvas ROC evidenciaram uma boa sensibilidade e especificidade desse instrumento (Machado; Coelho; Veras, 2015).

A MAN comprehende 18 itens agrupados em quatro categorias: medidas antropométricas; avaliação global; avaliação dietética; e autopercepção sobre problemas nutricionais e estado de saúde (Rubenstein *et al.*, 2001).

O escore máximo alcançado é de 30 pontos, em que uma pontuação igual ou maior a 24 pontos classifica o indivíduo como bem nutrido; pontuações entre 17 e 23,5 indicam risco de desnutrição; e pontuações inferiores a 17 pontos sinalizam desnutrição proteico-calórica (Vellas *et al.*, 2006; Guigoz, 2006).

Para fins das análises, foi estabelecido o ponto de corte de 24 pontos para definição do estado nutricional normal.

4.4.9 Escala de Barthel

A escala de Barthel foi desenvolvida para avaliar o nível de independência de pacientes norte-americanos com doenças neuromusculares e musculoesqueléticas (Mahoney; Barthel, 1965).

No Brasil, esse instrumento foi traduzido para a língua portuguesa e adaptado transculturalmente por meio de uma amostra com pessoas idosas atendidas ambulatorialmente, apresentando uma ótima confiabilidade ($\alpha=0,90$) para a escala em geral (Minosso *et al.*, 2010).

A escala de Barthel considera o grau de independência do indivíduo baseado em dez atividades básicas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, transferência cama-cadeira, deambulação e escadas. A pontuação varia de 0 (zero) a 100, em intervalos de 5 (cinco) pontos, em que quanto maior a pontuação maior a independência (Mahoney; Barthel, 1965).

São considerados com dependência total para as pessoas com escores até 20 pontos; com dependência grave entre 21 a 60 pontos; dependência moderada 61 a 90 pontos; dependência leve entre 91 e 99 pontos; e independentes aqueles que atingirem 100 pontos (Shah; Vanclay; Cooper, 1989).

Para as análises do presente estudo foram consideradas dependentes para ABVD as pessoas idosas com menos de 100 pontos; e independentes as que integraram a pontuação máxima.

4.4.10 Escala de Lawton e Brody

A escala de Lawton e Brody foi desenvolvida nos Estados Unidos com o propósito de avaliar a automanutenção das pessoas idosas em AIVDs (Lawton; Brody, 1969).

Em 2008 foi adaptada ao contexto brasileiro a partir de uma amostra igualmente idosa, apresentando parâmetros psicométricos satisfatórios de reprodutibilidade ($Ricc=0,89$) e objetividade ($Ricc=0,80$) (Santos; Virtuoso Júnior, 2008).

A partir dessa ferramenta, a capacidade para o desenvolvimento das AIVDs é mensurada por meio das seguintes tarefas intermediárias: preparar refeições, executar tarefas domésticas, manejear dinheiro, utilizar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte (Lawton; Brody, 1969).

A escala classifica a condição funcional das pessoas idosas mediante um escore envolvendo essas sete atividades, sendo classificadas com dependência total quando atingem 5 ou menos pontos; dependência parcial com pontuação entre 6 e 20 pontos; e independentes quando o escore atingir 21 pontos (Santos; Virtuoso Júnior, 2008).

Nesse estudo se considerou a classificação dicotômica: dependentes (escores até 20 pontos) e independentes (21 pontos).

4.4.11 PRISMA-7

O PRISMA-7 é um instrumento que surgiu a partir de um programa de pesquisa canadense que visava a integração dos serviços voltados para a manutenção da autonomia de pessoas idosas – o Projeto PRISMA (Raîche; Hébert; Dubois, 2008).

Essa ferramenta é utilizada para o rastreio do risco de perda funcional e fragilidade, baseada na percepção pessoal, e visa a identificação precoce de pessoas idosas com deficiências moderadas a graves (Raîche; Hébert; Dubois, 2008).

Em 2016, foi submetido à adaptação transcultural para uso no Brasil, apresentando uma razoável consistência interna ($\alpha = 0,619$). A análise da curva ROC indicou sensibilidade de 74,4% e especificidade de 87,4% para o ponto de corte 4 (Saenger; Caldas; Motta, 2016; Saenger *et al.*, 2018).

O PRISMA-7 se configura em uma ferramenta composta de sete itens com respostas dicotômicas (sim/não) relacionadas à(ao): idade, sexo, necessidade de ajuda regular, auxílio disponível, uso de tecnologia assistiva e problema de saúde que ocasione isolamento social (Raîche; Hébert; Dubois, 2008).

O ponto de corte adotado para a população brasileira determina que quatro ou mais respostas positivas identificam as pessoas idosas com risco de declínio funcional (Saenger *et al.*, 2018).

4.4.12 APGAR familiar

O APGAR é uma ferramenta utilizada para avaliar a funcionalidade familiar, cuja sigla foi aplicada aos componentes funcionais de: Adaptabilidade, Parceria (companheirismo), Crescimento ou Desenvolvimento (do inglês “*Grownning*”), Afetividade e Resolução (Smilkstein, 1978).

Sua tradução, adaptação transcultural e validação foi realizada para a população brasileira em 2020, apresentando $\alpha=0,875$ na avaliação da consistência interna dos domínios (Duarte; Domingues, 2020).

Esse instrumento consiste em um teste de rastreio composto pelos cinco domínios citados, cujas opções de respostas para cada um deles incluem: sempre (pontuação 2), algumas vezes (pontuação 1) e nunca (equivalente a 0). Sua pontuação total varia de 0 a 10, classificando-se da seguinte forma: de 0 a 3 pontos, elevada disfuncionalidade familiar; de 4 a 6, moderada disfuncionalidade familiar; e de 7 a 10, boa funcionalidade familiar (Smilkstein, 1978).

No presente estudo considerou-se o ponto de corte de 7 pontos, em que aquelas pessoas com pontuação inferior a 7 (sete) apresentaram disfuncionalidade familiar.

Todos os pontos de corte utilizados para a classificação das condições individuais e familiar estão sintetizados no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Pontos de corte dos instrumentos utilizados para a análise da violência contra a pessoa idosa que vive na comunidade - João Pessoa, 2024.

Instrumento	Ponto de Corte
<i>Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)</i>	3
<i>Conflict Tactics Scale (CTS-1)</i>	1
Escala de Fragilidade de Edmonton	7
Escala Autorreferida de Fragilidade	3
Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	6
Escala de Vulnerabilidade (VES-13)	3
Questionário de Qualidade de Vida (SF-36)	–
Escala de Barthel	100
Escala de Lawton e Brody	21
Risco de declínio funcional (PRISMA 7)	4
Mini-avaliação nutricional (MAN)	24
APGAR da Família	7

Fonte: Elaboração própria.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por uma equipe de pesquisa composta por 28 alunos da pós-graduação e da graduação do curso de Enfermagem da UFPB e de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (Famene), Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e Centro Universitário de João Pessoa (Unipê), que foram previamente treinados para o manuseio e a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, bem como a realização das medidas biofisiológicas.

Um treinamento de 8 (oito) horas foi realizado em dois momentos com equipes distintas, nos meses de setembro de 2023 e março de 2024, sendo conduzido por enfermeiros, nutricionista e fisioterapeuta, visando obter a calibração da equipe quanto à aplicação dos instrumentos e obtenção dos dados. Além disso, as equipes foram capacitadas acerca da metodologia utilizada, o rigor metodológico necessário e os preceitos éticos indispensáveis a uma pesquisa científica.

A coleta dos dados ocorreu no período de outubro de 2023 a junho de 2024, aplicando-se o instrumento contido no Apêndice A deste trabalho. Os participantes selecionados que se enquadram nos critérios de inclusão e que não apresentaram critérios de exclusão foram convidados a participarem do estudo; alguns deles se recusaram, não se sabendo precisar o quantitativo. Aqueles indivíduos que aceitaram foram esclarecidos sobre o teor da pesquisa e solicitados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice B.

O levantamento dos dados se deu por meio de entrevista, consulta aos documentos do participante (cartão de vacinação e/ou caderneta da pessoa idosa) e avaliação de medidas antropométricas e biofisiológicas, realizadas pelos integrantes da equipe de coleta. Cada participante foi entrevistado e avaliado em todos os aspectos e variáveis incluídas no instrumento, em um tempo médio de duas horas.

Os dados foram coletados em salas de atendimento na unidade de saúde, disponíveis no momento da pesquisa, ou no domicílio da pessoa idosa, sem a presença de acompanhante, a fim de preservar a privacidade do entrevistado, bem como a fidedignidade dos dados obtidos. Nenhuma coleta apresentou intercorrência no seu decurso.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O presente estudo considera a VCPI – a ocorrência e o risco – como variáveis dependentes; e as variáveis independentes configuraram-se nomeadamente: a fragilidade, a vulnerabilidade, a depressão, a qualidade de vida, a capacidade funcional, o risco para declínio funcional, a nutrição e a funcionalidade familiar.

Os dados foram tabulados em entrada única por meio de quatro digitadores e um revisor final, e foram analisados no software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26.0. Foi realizada estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média, mediana e desvio-padrão, valores mínimo e máximo) e inferencial. Esta última incluiu as seguintes análises: Razão de Prevalência; Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher; Teste de Correlação de Spearman e Modelo de Regressão Logística Múltipla, que foi realizada de acordo com a análise bivariada. Para todas as análises foi estabelecido o nível de significância de 5% (p-valor $\leq 0,05$).

A normalidade dos dados foi testada a partir do Teste de Kolmogorov-Smirnov para definição do uso do teste paramétrico ou não paramétrico. Como apresentou distribuição não normal, a avaliação da força da correlação foi realizada por meio do teste de correlação de Spearman, através dos seguintes parâmetros: $r_s=1$ (perfeita); $0,80 < r_s < 1$ (muito alta); $0,60 < r_s < 0,80$ (alta); $0,40 < r_s < 0,60$ (moderada); $0,20 < r_s < 0,40$ (baixa); $0 < r_s < 0,20$ (muito baixa); $r_s = 0$ (nula), sendo a interpretação idêntica para os valores negativos do coeficiente.

O critério de entrada das variáveis no modelo de Regressão Logística foi determinado para $p<0,2$, com base no resultado do teste de associação. O método utilizado no modelo compreendeu o hierárquico, em que foram retirados os números de maior p -valor que não foram significativos em cada rodada de análise. Para permanecer no modelo final, o valor de 0,05 ou menos foi considerado significativo.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com parecer nº 4.267.762 (CAAE 36278120.0.1001.5292) e do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) sob parecer nº 4.354.368 (CAAE 36278120.0.2001.5188).

Esta pesquisa obedeceu às recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a ética relacionada a pesquisas que envolvem seres humanos, certificando, entre outros pontos, a garantia do direito à privacidade dos sujeitos (Brasil, 2013). Aos participantes foi apresentado o estudo e o TCLE (Apêndice B) para assinatura consentindo sua participação na pesquisa, bem como esclarecendo, entre outras questões, a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer tempo.

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 261 pessoas idosas, predominantemente do sexo feminino (n=185; 70,9%), na faixa etária de 60 a 105 anos, com idade média de 73 anos ($Md=72,0$; $DP\pm 8,1$), de cor parda (n=165; 63,2%) e de religião católica (n=165; 66,5%). A raça branca foi a segunda mais prevalente (n=65; 24,9%), juntamente com a religião evangélica (n=65; 26,2%).

No tocante ao estado civil, a maioria era casada (n=101; 38,7%) ou viúva (n=86; 33,0%), seguido pelas solteiras (n=33; 12,6%), divorciadas (n=22; 8,4%) e em união estável (n=19; 7,3%).

Considerando o arranjo de moradia, grande parte morava sozinha (n=50; 19,2%) ou conjugava moradia com alguém (n=211; 80,8%). Dentre estes, o arranjo de moradia se delineou das mais variadas formas, isolada ou concomitantemente: moravam com companheiro (n=119; 45,6%); residiam com filhos (n=95; 36,4%); coabitavam com netos e bisnetos (n=36; 13,8%); com irmão(s) (n=28; 10,7%); conviviam com genros e/ou noras (n=21; 8,1%); com sobrinhos (n=13; 5%); ou coabitavam com outros parentes, incluindo pai ou mãe (n=17; 6,5%).

No que se refere à escolaridade, a maioria dos participantes eram alfabetizados ou possuía o ensino fundamental incompleto (n=85; 32,6%), com uma média de 7,6 anos de estudo ($Md=5,5$; $DP\pm 5,8$; $X_{min}=0$; $X_{max}=20$). No entanto, uma parcela das pessoas idosas era analfabeta (n=52; 19,9%); possuía o fundamental completo ou ensino médio incompleto (n=36; 13,7%), estudou o ensino médio completo ou superior incompleto (n=35; 13,4%) havia concluído o ensino médio (n=34; 13%).

Quanto à ocupação, a maioria dessas pessoas era aposentada (n=184; 70,5%) e cuidava da casa (n=56; 21,5%), não percebendo aposentadoria. Outra parcela exercia, paralelamente ou não, atividades formais (n=5; 1,9%), estava afastada de suas atividades (n=3; 1,1%) ou estava desempregada (n=1; 0,4%); enquanto, alguns desenvolviam atividades informais ou outras (n=18; 6,9%).

A renda familiar variou de 0,5 a 15 salários-mínimos (SM), com uma renda média de 2,96 ($Md=2,0$; $DP\pm 2,37$) SM por família. No entanto, o rendimento familiar mais frequente correspondeu a 2 SM (n=62; 24,5%), seguido por 1 SM (n=62; 19,8%). Com relação ao acesso à *internet*, a maioria dos participantes possuía essa conexão (n=188; 72%).

5.1 RISCO DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

A frequência do risco de VCPI nessa comunidade foi de 54,8% (n=143). Esse risco predominou em mulheres (n=111; 60,0%), com até 6 anos de estudo (n=88; 62,9%), com renda familiar até 2 SM (n=85; 61,6%), sem companheiro(a) (n=85; 60,3%), que exerciam atividade remunerada (n=50; 61,7%), de cor branca (n=42; 61,8%), que moravam sozinhas (n=31; 62,0%), sem acesso à internet (n=43; 59,7%), sem religião (n=6; 75,0%), na faixa etária de 60 a 79 anos (n=115; 56,4%) e alfabetizadas (n=117; 56,0%).

O risco para VCPI se associou com os dados sociodemográficos referentes ao sexo ($p=0,008$; $RP=0,70$), aos anos de estudo ($p=0,005$; $RP=1,38$) e à renda familiar ($p=0,019$; $RP=1,30$) das pessoas idosas. Desse modo, os anos de estudo e a renda familiar se constituíram fatores de risco e o sexo foi identificado como fator protetor para o risco de violência. Esses resultados podem ser visualizados na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Associação do risco de violência com os dados sociodemográficos de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.

Variáveis	Risco para violência		p-valor	RP IC95%
	Com risco n (%)	Sem risco n (%)		
Sexo				
Masculino	32 (42,1)	44 (57,9)	0,008*	0,70
Feminino	111 (60,0)	74 (40,0)		
Anos de estudo				
0 a 6 anos	88 (62,9)	52 (37,1)	0,005*	1,38
7 anos ou mais	55 (45,5)	66 (54,5)		
Renda familiar				
Até 2 SM	85 (61,6)	53 (38,4)	0,019*	1,30
Acima de 2 SM	58 (47,2)	65 (52,8)		
Estado civil				
Com companheiro(a)	58 (48,3)	62 (51,7)	0,053*	0,80
Sem companheiro(a)	85 (60,3)	56 (39,7)		
Realiza trabalho				
Sim	50 (61,7)	31 (38,3)	0,131*	1,19
Não	93 (51,7)	87 (48,3)		
Cor/etnia				
Branca	42 (61,8)	26 (38,2)	0,179*	1,18
Não branca	101 (52,3)	92 (47,7)		
Arranjo/moradia				
Compartilhado	112 (53,1)	99 (46,9)	0,255*	0,85
Sozinho	31 (62,0)	19 (38,0)		
Acesso à internet				
Sim	99 (52,7)	89 (47,3)	0,306*	0,88
Não	43 (59,7)	29 (40,3)		
Religião				
Com	132 (55,0)	108 (45,0)	0,306**	0,73
Sem	6 (75,0)	2 (25,0)		
Idade				
60 a 79 anos	115 (56,4)	89 (43,6)	0,331*	1,14
80 anos ou mais	28 (49,1)	29 (50,9)		
Escolaridade				
Analfabeto	26 (50,0)	26 (50,0)	0,438*	0,89
Alfabetizado	117 (56,0)	92 (44,0)		

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Qui-quadrado de Pearson; **Exato de Fisher.

Nota adicional: SM – Salários-Mínimos; RP – Razão de Prevalência; IC – Intervalo de Confiança.

Quanto à associação do risco de VCPI com os fatores individuais e familiar, esse risco predominou em pessoas idosas deprimidas (n=58; 86,6%), com disfuncionalidade familiar (n=43; 84,3%), com risco de declínio funcional (n=33; 70,2%), dependentes para ABVD (n=72; 63,2%) e AIVD (n=100; 57,8%), com fragilidade investigada (n=61; 75,3%) e autorreferida (n=77; 63,1%), com risco para desnutrição ou desnutridas (n=36; 76,6%) e vulneráveis (n=69; 58,5%). Esses resultados podem ser observados na Tabela 3.

O risco para VCPI se associou estatisticamente com o(a): depressão ($p<0,001$; RP=1,97), funcionalidade familiar ($p=0,001$; RP=1,77), declínio funcional ($p=0,019$; RP=1,36) e capacidade funcional para ABVD ($p=0,017$; RP=1,30), sendo essas condições identificadas como fatores de risco. O risco para VCPI também apresentou associação com a fragilidade investigada ($p<0,001$; RP=0,60), a nutrição ($p=0,001$; RP=0,65) e a fragilidade autorreferida ($p=0,011$; RP=0,75), em que essas variáveis se apresentaram como fatores de proteção, de acordo com a Tabela 3 abaixo.

Tabela 3 – Associação do risco de violência com fatores individuais e relacional de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.

Variáveis	Risco de violência		p-valor*	RP IC95%
	Com risco n (%)	Sem risco n (%)		
Depressão				
Com depressão	58 (86,6)	9 (13,4)	<0,001	1,97
Sem depressão	85 (43,8)	109 (56,2)		
Funcionalidade Familiar				
Disfuncional	43 (84,3)	8 (15,7)	0,001	1,77
Funcional	100 (47,6)	110 (52,4)		
Declínio Funcional				
Com risco	33 (70,2)	14 (29,8)	0,019	1,36
Sem risco	110 (51,6)	104 (48,4)		
Capacidade Funcional – ABVD				
Com dependência	72 (63,2)	42 (36,8)	0,017	1,30
Sem dependência	71 (48,3)	76 (51,7)		
Fragilidade Investigada				
Com fragilidade	61 (75,3)	20 (24,7)	<0,001	0,60
Sem fragilidade	82 (45,6)	98 (54,4)		
Nutrição				
Risco ou com desnutrição	36 (76,6)	11 (23,4)	0,001	0,65
Normal	107 (50,0)	107 (50,0)		
Fragilidade Autorreferida				
Com fragilidade	77 (63,1)	45 (36,9)	0,011	0,75
Sem fragilidade	66 (47,5)	73 (52,5)		
Capacidade Funcional – AIVD				
Com dependência	100 (57,8)	73 (42,2)	0,170	1,18
Sem dependência	43 (48,9)	45 (51,1)		
Vulnerabilidade				
Com vulnerabilidade	69 (58,5)	49 (41,5)	0,277	0,88
Sem vulnerabilidade	74 (51,7)	69 (48,3)		

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Qui-quadrado de Pearson;

Nota adicional: ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD – Atividades Intermediárias de Vida Diária; RP – Razão de Prevalência; IC – Intervalo de Confiança.

As variáveis cujo p-valor < 0,2 na análise bivariada de associação foram inseridas no Modelo de Regressão Logística para o risco de violência, permanecendo no modelo final aquelas que apresentaram o nível de significância estatística menor ou igual a 5% (p-valor ≤ 0,05).

Sendo assim, as variáveis depressão, funcionalidade familiar e estado nutricional compuseram o conjunto de dados do modelo final, podendo-se inferir que ter depressão, vivenciar disfuncionalidade familiar e apresentar risco de/ou desnutrição aumentam, respectivamente, em 6,15 ($p<0,001$), 4,53 ($p=0,001$) e 2,35 ($p =0,043$) vezes a probabilidade do risco de violência (Tabela 4).

Tabela 4 – Variáveis associadas ao risco de violência através do Modelo de Regressão Logística - João Pessoa, 2024.

Variáveis	OR	IC	p-valor*
Depressão			
Sem	1,00	–	–
Com	6,15	[2,70 – 14,03]	<0,001
Funcionalidade Familiar			
Funcional	1,00	–	–
Disfuncional	4,53	[1,85 – 11,08]	0,001
Nutrição			
Normal	1,00	–	–
Risco ou com desnutrição	2,35	[1,026 – 5,39]	0,043

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: R² ajustado do risco de violência: 0,273; *Significância do teste.

Nota adicional: OR – Odds Ratio; IC – Intervalo de Confiança.

Correlacionando-se o risco de violência com os escores dos dados sociodemográficos da escolaridade (em anos de estudo) e da renda familiar, dos fatores individuais – fragilidade, depressão, vulnerabilidade, capacidade funcional, risco de declínio funcional e nutrição – e do fator familiar (funcionalidade familiar) das pessoas idosas, se verifica que há correlação negativa com algumas dessas variáveis e positiva com outras.

A correlação negativa se estabeleceu com as variáveis: estado nutricional, capacidade funcional para ABVD e AIVD, funcionalidade familiar, escolaridade (em anos de estudo) e renda familiar. Nestes casos, ocorre que quanto maior é o risco de violência, menor são essas condições nessas pessoas.

Os coeficientes de correlação com o estado nutricional ($r_s=-0,354$) e a funcionalidade familiar ($r_s=-0,393$) foram considerados baixos. Já a capacidade funcional para ABVD ($r_s=-0,182$) e AIVD ($r_s=-0,155$), a escolaridade ($r_s=-0,157$) e a renda ($r_s=-0,189$) estabeleceram

forças de correlações muito baixas. Ou seja, dentre os fatores com correlação negativa, o estado nutricional e a funcionalidade familiar são os fatores que mais se correlacionaram com o risco de violência, enquanto a capacidade funcional, a escolaridade e a renda são os o que menos se correlacionaram.

A correlação positiva se estabeleceu com os seguintes fatores individuais: depressão, fragilidades identificada e autorreferida, vulnerabilidade e risco de declínio funcional. Estes resultados denotam que quanto maior é o risco de violência, maiores são esses contextos nesses indivíduos.

O coeficiente de correlação (CC) com a depressão ($r_s=0,456$) foi considerado moderado. As fragilidades, tanto a identificada ($r_s=0,392$) como a autorreferida ($r_s=0,259$), estabeleceram uma baixa força de correlação; enquanto a vulnerabilidade ($r_s=0,177$) e o risco de declínio funcional ($r_s=0,052$) constituíram uma força de correlação muito baixa. Ou seja, dentre os fatores com correlação positiva, a depressão é o fator que mais se relacionou com o risco de violência, enquanto o risco de declínio funcional e a vulnerabilidade são os o que menos se relacionaram.

A correlação foi estatisticamente significativa para todas as variáveis supracitadas, exceto para o risco de declínio funcional ($p=0,402$). Todos esses resultados podem ser observados na Tabela 5.

Tabela 5 – Correlação do risco de violência com variáveis sociodemográficas, fatores individuais e fator relacional de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.

Escores das Variáveis	Escore do Risco de Violência CC (r_s^*)	p-valor
Escores Fatores Individuais		
Depressão	0,456	<0,001
Fragilidade Identificada	0,392	<0,001
Estado Nutricional	-0,354	<0,001
Fragilidade Autorreferida	0,259	<0,001
Vulnerabilidade	0,177	0,004
Capacidade Funcional – ABVD	-0,182	0,003
Capacidade Funcional – AIVD	-0,155	0,012
Risco de Declínio Funcional	0,052	0,402
Escore Fator Relacional		
Funcionalidade Familiar	-0,393	<0,001
Escores Dados Sociodemográficos		
Escolaridade em anos	-0,157	0,011
Renda familiar	-0,189	0,003

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: CC – Coeficiente de Correlação.

Nota adicional: *Correlação de Spearman: $r_s=1$ (perfeita); $\pm 0,80 < r_s < \pm 1$ (muito alta); $\pm 0,60 < r_s < \pm 0,80$ (alta); $\pm 0,40 < r_s < \pm 0,60$ (moderada); $\pm 0,20 < r_s < \pm 0,40$ (baixa); $0 < r_s < \pm 0,20$ (muito baixa); $r_s=0$ (nula)

No tocante à correlação do risco de VCPI com os escores dos domínios, das dimensões e total, referentes à qualidade de vida, se observa que houve significância estatística ($p<0,001$) entre esse risco com todos os escores mencionados.

Além disso, foi verificada uma correlação negativa entre todas as variáveis, denotando que quanto maior é o risco de violência, menor é QV global das pessoas idosas, em suas dimensões mental e física, e todos os domínios que elas abrangem.

No que se refere à força dessas correlações, o domínio saúde mental geral ($r_s=-0,529$), a dimensão mental ($r_s=-0,490$) e o escore total ($r_s=-0,450$) apresentaram CC moderados, sendo as variáveis que mais se correlacionaram com o risco de VCPI.

A dimensão física ($r_s=-0,373$) evidenciou CC baixo, assim como todos os outros domínios avaliados: vitalidade ($r_s=-0,375$), funcionamento social ($r_s=-0,353$), estado geral de saúde ($r_s=-0,296$), limitação por aspecto físico ($r_s=-0,286$) e emocional ($r_s=-0,277$), dor ($r_s=-0,274$) e funcionalidade ($r_s=-0,241$). Esses resultados podem ser observados na Tabela 6 abaixo.

Tabela 6 – Correlação do risco de violência com a qualidade de vida de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.

	Escores do SF-36	Escore do Risco de Violência CC (r_s^*)	p-valor
Domínios			
Saúde Mental Geral		-0,529	<0,001
Vitalidade		-0,375	<0,001
Funcionamento Social		-0,353	<0,001
Estado Geral de Saúde		-0,296	<0,001
Limitação por aspecto físico		-0,286	<0,001
Limitação por aspecto emocional		-0,277	<0,001
Dor		-0,274	<0,001
Funcionalidade		-0,241	<0,001
Dimensões			
Mental		-0,490	<0,001
Física		-0,373	<0,001
Escore Total		-0,450	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: CC – Coeficiente de Correlação; SF-36 – *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*.

Nota adicional: *Correlação de Spearman: $r_s=1$ (perfeita); $\pm 0,80 < r_s < \pm 1$ (muito alta); $\pm 0,60 < r_s < \pm 0,80$ (alta); $\pm 0,40 < r_s < \pm 0,60$ (moderada); $\pm 0,20 < r_s < \pm 0,40$ (baixa); $0 < r_s < \pm 0,20$ (muito baixa); $r_s=0$ (nula)

5.2 VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

A frequência da violência em geral foi de 54,4% (n=142). Quanto à ocorrência de violência psicológica, 53,3% (n=139) relataram ter sofrido esse tipo de violência; enquanto que 9,2% (n=24) expressaram terem sido vítimas de violência física no último ano.

A violência psicológica predominou em homens (n= 41; 53,9%), na faixa etária de 60 a 79 anos (n=115; 56,4%), alfabetizados (n=115; 55,0%), de cor branca (n=39; 57,4%), com religião (n=130; 54,2%), com 7 ou mais anos de estudo (n=66; 54,5%), com acesso à *internet* (n=101; 53,7%), com companheira(o) (n=65; 54,2%), que trabalham (n=44; 54,3%), arranjo de moradia compartilhada (n=113; 53,6%) e com renda familiar acima de 2 SM (n=66; 53,7%).

Já a violência física predominou em mulheres (n=21; 11,4%), com 80 anos ou mais de idade (n=6; 10,5%), alfabetizadas (n=22; 10,5%), de cor branca (n=7; 10,3%), sem religião (n=1; 12,5%), com até 6 anos de estudo (n=16; 11,4%), com acesso à *internet* (n=18; 9,6%), sem companheiro(a) (n=14; 9,9%), que não realizam trabalho remunerado (n=19; 10,6%), em arranjo de moradia compartilhado (n=20; 9,5%) e com renda familiar até 2 SM (n=13; 9,4%).

Nenhuma das violências analisadas apresentou associação com os dados sociodemográficos investigados. Esses resultados estão expostos na Tabela 7 a seguir.

Tabela 7 – Associação das violências psicológica e física com os dados sociodemográficos de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.

(continua)

Variáveis	Violência Psicológica		Violência Física	
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)
Sexo				
Masculino	41 (53,9)	35 (46,1)	3 (3,9)	73 (96,1)
Feminino	98 (53,0)	87 (47,0)	21 (11,4)	164 (88,6)
p-valor	0,886*		0,060*	
RP - IC95%	1,01		0,34	
Idade				
60 a 79 anos	115 (56,4)	89 (43,6)	18 (8,8)	186 (91,2)
80 anos ou mais	24 (42,1)	33 (57,9)	6 (10,5)	51 (89,5)
p-valor	0,056*		0,694*	
RP - IC95%	1,33		0,83	
Escolaridade				
Analfabeto	24 (46,2)	28 (53,8)	2 (3,8)	50 (96,2)
Alfabetizado	115 (55,0)	94 (45,0)	22 (10,5)	187 (89,5)
p-valor	0,251*		0,136*	
RP - IC95%	0,83		0,36	

Variáveis	(conclusão)			
	Violência Psicológica		Violência Física	
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)
Cor/Etnia				
Branca	39 (57,4)	29 (42,6)	7 (10,3)	61 (89,7)
Não branca	100 (51,8)	93 (48,2)	17 (8,8)	176 (91,2)
p-valor	0,431*			0,715*
RP - IC95%	1,10			1,16
Religião				
Com	130 (54,2)	110 (45,8)	23 (9,6)	217 (90,4)
Sem	4 (50,0)	4 (50,0)	1 (12,5)	7 (87,5)
p-valor	0,547**			0,562**
RP - IC95%	1,08			0,76
Anos de estudo				
0 a 6 anos	73 (52,1)	67 (47,9)	16 (11,4)	124 (88,6)
7 anos ou mais	66 (54,5)	55 (45,5)	8 (6,6)	113 (93,4)
p-valor	0,698*			0,179*
RP - IC95%	0,95			1,72
Acesso à internet				
Sim	101 (53,7)	87 (46,3)	18 (9,6)	170 (90,4)
Não	37 (51,4)	35 (48,6)	6 (8,3)	66 (91,7)
p-valor	0,736*			0,757*
RP - IC95%	1,04			1,14
Estado civil				
Com companheiro(a)	65 (54,2)	55 (45,8)	10 (8,3)	110 (91,7)
Sem companheiro(a)	74 (52,5)	67 (47,5)	14 (9,9)	127 (90,1)
p-valor	0,786*			0,657*
RP - IC95%	1,03			0,83
Realiza trabalho				
Sim	44 (54,3)	37 (45,7)	5 (6,2)	76 (93,8)
Não	95 (52,8)	85 (47,2)	19 (10,6)	161 (89,4)
p-valor	0,817*			0,257*
RP - IC95%	1,02			0,58
Arranjo/moradia				
Compartilhado	113 (53,6)	98 (46,4)	20 (9,5)	191 (90,5)
Sozinho	26 (52,0)	24 (48,0)	4 (8,0)	46 (92,0)
p-valor	0,843*			0,745*
RP - IC95%	1,03			1,18
Renda familiar				
Até 2 SM	73 (52,9)	65 (47,1)	13 (9,4)	125 (90,6)
Acima de 2 SM	66 (53,7)	57 (46,3)	11 (8,9)	112 (91,1)
p-valor	0,902*			0,894*
RP - IC95%	0,98			1,05

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Qui-quadrado de Pearson; **Exato de Fisher.

Nota adicional: RP – Razão de Prevalência; SM – Salários Mínimos.

Associando-se a violência psicológica com os fatores relacional e individuais, se observou que essa violência predominou em pessoas com disfuncionalidade familiar (n=38; 74,5%), depressivas (n=46; 68,7%), com fragilidade autorreferida (n=70; 57,4%), com risco

de/desnutrição (n=27; 57,4%) e dependentes para AIVD (n=93; 53,8%); mas sem risco de declínio funcional (n=119; 55,6%), sem dependência funcional para ABVD (n=81; 55,1%), sem vulnerabilidade (n=77; 53,8%) e sem fragilidade identificada (n=96; 53,3%).

A violência física prevaleceu em pessoas idosas com disfuncionalidade familiar (n=8; 15,7%), dependentes para ABVD (n=11; 9,6%) e AIVD (n=16; 9,2%), e com risco de desnutrição ou desnutridos (n=5; 10,6%); no entanto, sem depressão (n=18; 9,3%), sem risco de declínio funcional (n=22; 10,3%), sem fragilidade autorreferida (n=16; 11,5%) e identificada (n=19; 10,6%), e sem vulnerabilidade (n=14; 9,8%).

Observou-se que a violência psicológica apresentou associação significativa com a funcionalidade familiar ($p=0,001$; RP=1,54) e com a depressão ($p=0,003$; RP=1,43), sendo essas duas condições identificadas como fatores de risco. A violência física não se associou estatisticamente com nenhum dos fatores estudados. Todos esses resultados se encontram na Tabela 8.

Tabela 8 – Associação das violências psicológica e física com os fatores individuais e relacional de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.

(continua)

Variáveis	Violência Psicológica		Violência Física	
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)
Funcionalidade Familiar				
Disfuncional	38 (74,5)	13 (25,5)	8 (15,7)	43 (84,3)
Funcional	101 (48,1)	109 (51,9)	16 (7,6)	194 (92,4)
p-valor*	0,001		0,074	
RP - IC95%	1,54		2,05	
Depressão				
Com depressão	46 (68,7)	21 (31,3)	6 (9,0)	61 (91,0)
Sem depressão	93 (47,9)	101 (52,1)	18 (9,3)	176 (90,7)
p-valor*	0,003		0,937	
RP - IC95%	1,43		0,96	
Declínio Funcional				
Com risco	20 (42,6)	27 (57,4)	2 (4,3)	45 (95,7)
Sem risco	119 (55,6)	95 (44,4)	22 (10,3)	192 (89,7)
p-valor*	0,072		0,196	
RP - IC95%	0,76		0,41	
Fragilidade Autorreferida				
Com fragilidade	70 (57,4)	52 (42,6)	8 (6,6)	114 (93,4)
Sem fragilidade	69 (49,6)	70 (50,4)	16 (11,5)	123 (88,5)
p-valor*	0,211		0,167	
RP - IC95%	0,86		1,75	
Capacidade Funcional – ABVD				
Com dependência	58 (50,9)	56 (49,1)	11 (9,6)	103 (90,4)
Sem dependência	81 (55,1)	66 (44,9)	13 (8,8)	134 (91,2)
p-valor*	0,497		0,823	
RP - IC95%	0,92		1,09	

(conclusão)

Variáveis	Violência Psicológica		Violência Física	
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)
Nutrição				
Risco ou com desnutrição	27 (57,4)	20 (42,6)	5 (10,6)	42 (89,4)
Normal	112 (52,3)	102 (47,7)	19 (8,9)	195 (91,1)
p-valor*	0,525		0,705	
RP - IC95%	0,91		0,83	
Capacidade Funcional – AIVD				
Com dependência	93 (53,8)	80 (46,2)	16 (9,2)	157 (90,8)
Sem dependência	46 (52,3)	42 (47,7)	8 (9,1)	80 (90,9)
p-valor*	0,820		0,967	
RP - IC95%	1,02		1,01	
Vulnerabilidade				
Com vulnerabilidade	62 (52,5)	56 (47,5)	10 (8,5)	108 (91,5)
Sem vulnerabilidade	77 (53,8)	66 (46,2)	14 (9,8)	129 (90,2)
p-valor*	0,834		0,714	
RP - IC95%	1,02		1,15	
Fragilidade Identificada				
Com fragilidade	43 (53,1)	38 (46,9)	5 (6,2)	76 (93,8)
Sem fragilidade	96 (53,3)	84 (46,7)	19 (10,6)	161 (89,4)
p-valor*	0,970		0,257	
RP - IC95%	1,00		1,71	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Qui-quadrado de Pearson.

Nota adicional: ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD – Atividades Intermediárias de Vida Diária; RP – Razão de Prevalência; IC – Intervalo de Confiança.

As variáveis foram inseridas de acordo com a análise bivariada para as violências psicológica e física, de modo que permaneceram no modelo final para a violência psicológica as seguintes variáveis: depressão, declínio funcional e funcionalidade familiar. Considera-se, portanto, que ter depressão, apresentar risco de declínio funcional e experienciar um contexto de disfuncionalidade familiar aumentam, respectivamente, em 2,35 ($p=0,012$), 2,45 ($p=0,013$) e 2,63 ($p=0,009$) vezes a probabilidade de sofrer violência psicológica (Tabela 9).

No tocante ao modelo para a violência física, nenhuma variável se apresentou estatisticamente significativa no modelo final.

Tabela 9 – Variáveis associadas à violência psicológica através do Modelo de Regressão Logística - João Pessoa, 2024.

Variáveis	OR	IC	p-valor*
Funcionalidade Familiar			
Funcional	1,00	—	—
Disfuncional	2,63	[1,27 – 5,45]	0,009
Declínio Funcional			
Sem risco	1,00	—	—
Com risco	2,45	[1,02 – 5,00]	0,013
Depressão			
Sem	1,00	—	—
Com	2,35	[1,21 – 4,58]	0,012

Fonte: Dados da Pesquisa.

Nota: R² ajustado do risco de violência: 0,110; *Significância do teste.

Nota adicional: OR – Odds Ratio; IC – Intervalo de Confiança.

No que se refere à correlação dos escores de violência psicológica e física com os escores dos dados sociodemográficos (renda familiar e escolaridade), dos fatores individuais e do fator relacional, se verificou uma correlação negativa com algumas dessas variáveis e positiva com outras.

A violência psicológica estabeleceu correlação negativa com as seguintes variáveis: escolaridade, estado nutricional, funcionalidade familiar, risco de declínio funcional e capacidade funcional para ABVD. Estes resultados sugerem que quanto maior é a violência psicológica, menores são essas condições nesses indivíduos.

As forças de correlação com a escolaridade ($r_s=-0,055$), a capacidade funcional para ABVD ($r_s=-0,026$), risco de declínio funcional ($r_s=-0,069$) e estado nutricional ($r_s=-0,174$) foram consideradas muito baixas. Já a funcionalidade familiar ($r_s=-0,324$) estabeleceu um baixo coeficiente de correlação. Nesse sentido, dentre os fatores com correlação negativa, a funcionalidade familiar foi o que mais se correlacionou com o risco de violência psicológica.

A correlação positiva da violência psicológica se estabeleceu com a renda familiar e com os seguintes fatores individuais: depressão, vulnerabilidade, capacidade funcional para AIVD e fragilidades identificada e autorreferida. Nestes casos, quanto maior é a ocorrência da violência psicológica, maiores são esses aspectos nessas pessoas idosas.

Os coeficientes de correlação da renda familiar ($r_s=0,014$), vulnerabilidade ($r_s=0,009$), capacidade funcional para AIVD ($r_s=0,028$) e fragilidades identificada ($r_s=0,109$) e autorreferida ($r_s=0,139$) foram classificados como muito baixos. Apenas a depressão apresentou baixo coeficiente de correlação ($r_s=0,281$). Portanto, considerando os coeficientes de correlação positivos, a depressão é o que mais se correlacionou com a violência psicológica.

A correlação da violência psicológica foi estatisticamente significativa com a depressão ($p<0,001$), a fragilidade autorreferida ($p=0,025$) e a funcionalidade familiar ($p<0,001$).

A violência física apresentou correlações positivas com a renda familiar ($r_s=0,023$) e a escolaridade ($r_s=0,035$), e com os seguintes fatores individuais: depressão ($r_s=0,174$), vulnerabilidade ($r_s=0,050$), capacidade funcional para ABVD ($r_s=0,001$), risco de declínio funcional ($r_s=0,017$) e fragilidades identificada ($r_s=0,037$) e autorreferida ($r_s=0,081$). Nesses casos, quanto maior é a violência física, maiores são esses contextos nessas pessoas idosas.

As correlações negativas com a violência física foram nomeadamente: estado nutricional ($r_s=-0,106$), funcionalidade familiar ($r_s=-0,114$) e capacidade funcional para AIVD ($r_s=-0,125$). Estes resultados sugerem que quanto maior é a violência física, menores são esses cenários nesses indivíduos.

Todos os coeficientes de correlação estabelecidos com a violência física foram considerados muito baixos, sendo estatisticamente significativos com a depressão ($p=0,002$), com a fragilidade identificada ($p=0,05$) e com capacidade funcional para AIVD ($p=0,043$). Todos esses resultados encontram-se na Tabela 10 a seguir.

Tabela 10 – Correlação das violências psicológica e física com os escores das variáveis sociodemográficas, fatores individuais e fator relacional de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.

Escores das Variáveis	Escore da Violência Psicológica		Escore da Violência Física	
	CC (r_s^*)	p-valor	CC (r_s^*)	p-valor
Escores Fatores Individuais				
Depressão	0,281	<0,001	0,174	0,002
Fragilidade Autorreferida	0,139	0,025	0,081	0,194
Fragilidade Identificada	0,109	0,080	0,037	0,050
Capacidade Funcional – AIVD	0,028	0,656	-0,125	0,043
Estado Nutricional	-0,174	0,359	-0,106	0,089
Risco de Declínio Funcional	-0,069	0,269	0,017	0,784
Capacidade Funcional – ABVD	-0,026	0,680	0,001	0,992
Vulnerabilidade	0,009	0,883	0,050	0,425
Escore Fator Relacional				
Funcionalidade Familiar	-0,324	<0,001	-0,114	0,066
Escores Dados Sociodemográficos				
Escolaridade em anos	-0,055	0,377	0,035	0,575
Renda familiar	0,014	0,828	0,023	0,712

Fonte dos dados: Dados da pesquisa.

Nota: ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD – Atividades Intermediárias de Vida Diária; CC – Coeficiente de Correlação.

Nota adicional: *Correlação de Spearman: $r_s=1$ (perfeita); $\pm 0,80 < r_s < \pm 1$ (muito alta); $\pm 0,60 < r_s < \pm 0,80$ (alta); $\pm 0,40 < r_s < \pm 0,60$ (moderada); $\pm 0,20 < r_s < \pm 0,40$ (baixa); $0 < r_s < \pm 0,20$ (muito baixa); $r_s=0$ (nula)

A partir da correlação dos escores da violência psicológica com os escores dos domínios, das dimensões e total da qualidade de vida, se constatou uma correlação negativa entre essas variáveis. A correlação da violência física com os escores dos domínios também apresentou coeficientes negativos. No entanto, a correlação dessa violência com as dimensões mental e física, bem como com o escore total, apresentaram coeficientes de correlação positivos.

Considerando a força das correlações da violência psicológica com a qualidade de vida, os domínios que apresentaram CC baixos, no entanto, sendo os que mais se correlacionaram com esse tipo de violência, foram: saúde mental geral ($r_s=-0,292$), estado geral de saúde ($r_s=-0,236$) e vitalidade ($r_s=-0,201$). O escore total ($r_s=-0,151$), as dimensões mental ($r_s=-0,199$) e física ($r_s=-0,126$), e os domínios limitação por aspecto emocional ($r_s=-0,144$), funcionamento social ($r_s=-0,144$), limitação por aspecto físico ($r_s=-0,098$), funcionalidade ($r_s=-0,067$) e dor ($r_s=-0,027$) evidenciaram coeficientes de correlação muito baixos.

No tocante à violência física, todos os escores dos domínios, das dimensões e o escore total da qualidade de vida apresentaram CC muito baixos, com exceção do domínio limitação por aspecto emocional ($r_s=-0,94$), que apresentou um CC muito alto.

Entretanto, não se observou significância estatística na correlação da violência física com os escores do instrumento de qualidade de vida, excetuando-se o domínio referente à vitalidade ($p<0,042$).

Quanto à violência psicológica, cinco domínios apresentaram significância estatística: saúde mental geral ($p<0,001$), estado geral de saúde ($p<0,001$), vitalidade ($p<0,001$), limitação por aspecto emocional ($p=0,020$) e funcionamento social ($p=0,020$); além das dimensões mental ($p=0,001$) e física ($p=0,043$), e o escore total ($p=0,015$). Esses resultados são apresentados na Tabela 11 a seguir.

Tabela 11 – Correlação das violências psicológica e física com a qualidade de vida de pessoas idosas que vivem na comunidade - João Pessoa, 2024.

Escores do SF-36	Escore da Violência Psicológica		Escore da Violência Física	
	CC (r_s^*)	p-valor	CC (r_s^*)	p-valor
Domínios				
Saúde Mental Geral	-0,292	<0,001	-0,079	0,201
Estado Geral de Saúde	-0,236	<0,001	-0,077	0,212
Vitalidade	-0,201	<0,001	-0,126	<0,042
Limitação por aspecto emocional	-0,144	0,020	-0,940	0,129
Funcionamento Social	-0,144	0,020	-0,098	0,113
Limitação por aspecto físico	-0,098	0,112	-0,037	0,556
Funcionalidade	-0,067	0,109	-0,099	0,109
Dor	-0,027	0,667	-0,048	0,436
Dimensões				
Mental	-0,199	0,001	0,032	0,608
Física	-0,126	0,043	0,027	0,666
Escore Total	-0,151	0,015	0,037	0,553

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: CC – Coeficiente de Correlação; SF-36 – *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*.

Nota adicional: *Correlação de Spearman: $r_s=1$ (perfeita); $\pm 0,80 < r_s < \pm 1$ (muito alta); $\pm 0,60 < r_s < \pm 0,80$ (alta); $\pm 0,40 < r_s < \pm 0,60$ (moderada); $\pm 0,20 < r_s < \pm 0,40$ (baixa); $0 < r_s < \pm 0,20$ (muito baixa); $r_s=0$ (nula).

6 DISCUSSÃO

De acordo com o Censo Demográfico Brasileiro de 2022, o percentual de mulheres na população idosa correspondeu a 55,7% (IBGE, 2023a), ratificando o processo de “feminização da velhice” e refletindo na predominância feminina da presente amostra.

Essa “feminização” justifica-se pelo aumento na expectativa de vida ao nascer das mulheres brasileiras, que se elevou para 79,7 anos em 2023, enquanto os homens têm essa expectativa em torno de 73,1 anos, incidindo em uma diferença de 6,6 anos a mais na sobrevida das mulheres idosas (IBGE, 2024a).

Ainda segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve um crescimento da população idosa brasileira em seus diversos grupos etários, em que a faixa etária entre 70 a 74 anos apresentou o segundo maior crescimento relativo (57%) em relação ao Censo anterior de 2010 (IBGE, 2023a).

No Brasil, a raça branca prevalece entre a população idosa, com o percentual de 51,7%, enquanto a raça parda representa 37,30% desse segmento populacional. Entretanto, no estado da Paraíba, a raça parda é preponderante (50,3%) entre as pessoas com 60 ou mais de idade, enquanto a população branca apresenta-se como a segunda mais prevalente (39,7%) nessa mesma faixa etária (IBGE, 2023c), fato este que repercutiu na amostra apresentada.

No tocante à religião, de acordo com o IBGE, 56,7% da população brasileira se identifica como católica, 26,9% são evangélicos e 1,8% espíritas. Além disso, 9,3% dos brasileiros afirmaram não praticar nenhuma religião (IBGE, 2025a). Observa-se, com isso, que os percentuais apresentados seguem o panorama religioso do último censo brasileiro.

Em relação à escolaridade, o número médio de anos de estudo das pessoas idosas brasileiras é de 7,1 anos, enquanto na Paraíba essa média cai para 5,6 anos (IBGE, 2023d). Com isso, 64,2% da população brasileira com 65 anos ou mais não possuem grau de instrução ou estudaram o ensino fundamental incompleto, enquanto 10,7% cursaram o fundamental completo ou o médio incompleto; 14,7% finalizaram o ensino médio ou possuem o nível superior incompleto; e 10,9% concluíram o ensino superior. Ao passo que, no estado da Paraíba, 75,4% das pessoas idosas não têm instrução ou possuem o ensino fundamental incompleto; 6,1% possuem o ensino fundamental completo ou o médio incompleto; 9,1% concluíram o ensino médio ou iniciaram o nível superior, sem finalização; e 9,3% possuem ensino superior (IBGE, 2023e). As condições de escolaridade da população estudada denotam uma

dessemelhança em relação aos dados nacionais e estaduais, assim como entre seus próprios participantes.

Importante ressaltar que a taxa de analfabetismo na população idosa vem diminuindo no Brasil. Em 2016, 20,5% das pessoas idosas brasileiras eram analfabetas, reduzindo esse percentual para 15,4% em 2023. Já na Paraíba, em 2016, 42,2% das pessoas com 60 ou mais não sabiam ler e escrever; essa porcentagem decresceu para 33,1% em 2023 (IBGE, 2024b).

É sabido que o analfabetismo, no Brasil, se associa diretamente à idade, haja vista que quanto mais envelhecido o grupo populacional, maior o percentual de analfabetos. Quando se inclui os grupos etários mais jovens, se percebe um decréscimo gradual na taxa de analfabetismo: 9,4% entre as pessoas com 40 anos ou mais; 6,5% entre aquelas com 25 anos ou mais; e 5,4% na população de 15 anos ou mais. Com isso, se observa um maior acesso à educação das gerações mais jovens, principalmente na alfabetização de crianças. Por outro lado, a concentração de analfabetos ainda permanece entre os grupos mais envelhecidos (IBGE, 2024b; IBGE, 2024c).

Em relação à composição domiciliar brasileira, é relatado que o número médio de moradores é de 2,8 habitantes por domicílio, permanecendo a mesma média no estado da Paraíba (IBGE, 2024d). Neste estado, 16,6% dos domicílios são compostos por um único morador (unidade doméstica unipessoal), enquanto 19,3% dos domicílios são formados por cônjuges sem filhos. As pessoas idosas figuram como principais responsáveis em 27,2% das unidades domésticas em geral e 28,7% das unidades domésticas unipessoais, evidenciando, neste último caso, a saída dos filhos de casa, situações de divórcio ou viuvez (IBGE, 2024e).

Nas unidades domésticas estendidas – aquelas com a presença de outros membros da família, além de filhos e cônjuges –, se percebe uma maior proporção de pessoas idosas como responsáveis, podendo estar relacionado à moradia conjugada com filhos e netos, uma vez que estes são o contingente mais expressivo de convivência das pessoas idosas, indicando a existência de uma convivência intergeracional no âmbito domiciliar (IBGE, 2024e). Estas informações censitárias corroboram com os resultados do presente estudo, em que os netos e bisnetos representam o maior percentual de coabitAÇÃO, após os companheiros e filhos.

Ademais, em 2024, observou-se que 16,8% dos rendimentos dos arranjos domiciliares no Brasil provêm das aposentadorias e pensões. No Nordeste, este percentual é o maior dentre todas as regiões, elevando-se para 19,9%, além dos 9,4% que advêm dos benefícios de programas sociais governamentais (IBGE, 2025b). Com isso, essas unidades estendidas podem

refletir condições socioeconômicas precárias, em que, muitas vezes, a pessoa idosa é a principal responsável financeira pela família, a qual inclui os filhos, netos e bisnetos.

No entanto, no Brasil, 10,3% das pessoas idosas não têm rendimento próprio de nenhuma fonte financeira disponível (trabalho, aposentadoria, pensão ou benefícios sociais), enquanto 14,7% dessas pessoas recebem benefícios de transferências sociais do governo (IBGE, 2024f). Esses resultados sugerem que uma parcela da população estudada percebe benefícios de programas sociais governamentais, uma vez que 21,5% das pessoas idosas relataram cuidar da casa, não auferindo aposentadoria.

No Brasil, 30% da população possui um rendimento domiciliar *per capita* entre meio e um SM, não divergindo do percentual na Paraíba (30,7%). No entanto, neste estado, 29,6% das pessoas possuem um rendimento domiciliar *per capita* entre um quarto a meio SM, em oposição à média nacional de 26,2%, que percebem entre 1 e 2 SM (IBGE, 2024g).

No tocante ao acesso à *internet*, de acordo com uma pesquisa sobre o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação, 84% dos domicílios brasileiros possuem acesso à Internet, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentam a menor proporção de domicílios conectados. No contexto do envelhecimento, cabe destacar que 42% das pessoas com 60 anos ou mais nunca utilizaram a *internet* (CETIC, 2024).

Nessa mesma pesquisa, 88% da população brasileira acessaram a *internet* por telefonia celular, representando um aumento de 84% em um ano, sendo impactado, principalmente, pela adesão à tecnologia pelas pessoas idosas, representando um crescimento de 10% somente nessa faixa etária (CETIC, 2024). Esse incremento foi, possivelmente, ocasionado pela melhora nas interfaces para o uso dessa tecnologia e a popularização no cotidiano das sociedades. Para fins ilustrativos, o aumento do percentual de pessoas que utilizaram a *internet*, entre 2021 e 2023, foi maior no grupo etário acima dos 60 anos, aumentando 8,5 pontos percentuais à nível nacional e 15,8 pontos percentuais na Paraíba (IBGE, 2022; IBGE, 2024h).

Em 2023, o percentual de pessoas brasileiras que utilizaram a *internet* cresceu sucessivamente nos grupos etários e alcançou 96,3% no grupo de 25 a 29 anos, passando então a declinar até atingir 66,0% no grupo de 60 anos ou mais. Na Paraíba, esse comportamento se repete, porém a faixa etária idosa conectada corresponde a 55% (IBGE, 2024h). Novamente, percebe-se uma característica discrepante em relação à amostra estudada, representada por pessoas idosas com melhores condições socioeconômicas, visto que 72,3% sinalizaram ter acesso à *internet*.

Em suma, no tocante à caracterização sociodemográfica da amostra, se observou que os atributos como sexo, idade, cor, religião, estado civil e conjugação de moradia se assemelham com as condições relatadas em estudos censitários. Já as características relacionadas às condições econômicas (escolaridade, ocupação, renda familiar e acesso à *internet*) denotam a heterogeneidade da amostra em questão, apresentando uma parcela de participantes com melhores condições pecuniárias, que refletem uma melhor situação escolar e laboral.

6.1 RISCO DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Atualmente, a investigação dos fatores de risco relacionados à VCPI se constitui uma preocupação frequente nos mais diversos cenários internacionais. No entanto, apesar da VCPI atingir os mais variados estratos socioeconômicos e demográficos, ela vem se apresentando com maior incidência naquelas pessoas idosas com mais de um fator de risco (Brito Neto *et al.*, 2025).

Analizando-se o risco de VCPI nessa comunidade, esta prevalência se encontra abaixo dos resultados de outro estudo transversal brasileiro desenvolvido em dois hospitais, com 323 pessoas idosas, que evidenciou uma prevalência de 62,7% de risco de VCPI naquela população (Araújo-Monteiro *et al.*, 2025). Com isso, a maior prevalência no contexto hospitalar pode indicar que as pessoas idosas com risco para violência recorrem de forma preponderante aos serviços de alta complexidade.

Outro estudo transversal desenvolvido na Turquia, que avaliou 234 pessoas com 65 anos ou mais de idade, constatou que 63,4% dos participantes estavam em risco de algum tipo de violência, em que apenas 19,6% eram totalmente independentes para ABVD (Kizir; Koçak; Serin, 2023). Já um estudo transversal indiano realizado com 725 pessoas idosas, em que 48,8% tinham multimorbidade e 33,8% possuíam alguma forma de dependência, as prevalências de violência de baixo risco (3 a 5 pontos no HS-EAST) e de alto risco (6 pontos ou mais no questionário de triagem) foram de 56,6% e 15,9% respectivamente; indicando um risco geral de VCPI de 72,5% (Kshatri *et al.*, 2021). Com isso, se observa que a taxa de risco da VCPI apresenta variações, a depender do contexto da população estudada.

No tocante à associação com os dados sociodemográficos, um estudo indiano identificou que o risco de VCPI também foi mais observado em mulheres e igualmente associado ao gênero. Essa pesquisa também não encontrou nenhuma diferença significativa no risco VCPI entre as diferentes faixas etárias (Kshatri *et al.*, 2021), corroborando com os achados

do presente estudo. Enquanto isso, uma pesquisa realizada na Turquia com 211 pessoas idosas avaliou o risco de VCPI e concluiu que não houve diferença entre os gêneros, mas a violência ocorreu duas vezes mais em mulheres (Sezer; Atas; Dagdeviren, 2021).

Ademais, estudo epidemiológico com 2.280 pessoas idosas também demonstrou que as mulheres idosas tiveram maior risco de violência do que os homens (Diniz; Santo; Ribeiro, 2021). Pesquisadores brasileiros confirmaram que pertencer ao gênero feminino aumenta 1,75 vezes a chance de estar em risco de VCPI, indicando que a violência de gênero se perpetua durante o envelhecimento (Araújo-Monteiro *et al.*, 2025; Diniz; Santo; Ribeiro, 2021).

Nesse sentido, sob a perspectiva da socialização de gênero, a sociedade brasileira é estruturada por meio do modelo patriarcal, em que ambos os sexos são submetidos a um padrão de normas que influencia a violência contra a mulher, uma vez que o caráter cultural e histórico determina comportamentos, hábitos e atitudes em ambos os gêneros. Assim sendo, por meio desse modelo, as mulheres são socializadas para um comportamento de submissão, enquanto os homens para uma cultura de dominação (Machado; Castanheira; Almeida, 2021).

Necessário compreender também que esse patriarcado exerce uma relação dinâmica e transgeracional de gêneros, alicerçado em um contexto familiar misógino e opressor, em que subordina, domina e inferioriza o sexo feminino, persistindo ao longo da vida dessas mulheres. Assim sendo, se concebe a perspectiva do enfoque da mulher em uma situação de violência, baseada em sua história de vida, seu contexto sociocultural, mas principalmente sob o prisma da sociedade de gêneros e da naturalização da função feminina na procriação (Machado; Castanheira; Almeida, 2021).

Desse modo, se percebe, desde cedo, a hegemonia dos pais sobre as mulheres, que as direciona para a reprodução sexual, não priorizando sua formação profissional e inserção no mercado de trabalho, e contribuindo, dessa forma, para sua dependência econômica. Tais comportamentos favorecem a replicação da coerção feminina no ambiente doméstico, contribuindo, também, para sua exclusão social (Machado; Castanheira; Almeida, 2021).

Com isso, se deduz que esse cenário se perpetua em todo os ciclos de vida femininos, reverberando na senilidade, sendo possível inferir que os anos de estudo e a renda dessas mulheres são consequências do modelo patriarcal explicitado, em que as mulheres não são incentivadas à sua independência financeira e social, expondo-as ao risco ainda maior de sofrerem violência.

No entanto, estudo transversal com 323 pessoas entre 60 e 93 anos diverge dos resultados apresentados, em que o risco de VCPI não se associou com escolaridade e anos de

estudo. Por outro lado, o risco foi maior entre mulheres, acima de 70 anos, com mais de três anos de estudo, sem relacionamento, que não trabalhavam e com renda superior a 1 SM, além de se associar significativamente com o sexo (Soares *et al.*, 2023), corroborando, nesses pontos, com o presente estudo e os demais apresentados.

Em relação aos fatores individuais estudados, uma pesquisa transversal e multicêntrica destacou que o risco de VCPI foi associado à depressão e à síndrome da fragilidade, ratificando os resultados ora apresentados. Quanto a essa síndrome, os idosos frágeis apresentam 3,1 mais chances de sofrerem risco de violência, sendo evidenciada também uma correlação positiva entre as duas circunstâncias, isto é, quanto mais frágil o indivíduo, maior a possibilidade de ocorrerem situações de violência (Santos, A. *et al.*, 2023; Soares *et al.*, 2023). Outro estudo transversal realizado em centros de atenção primária na Turquia também revelou uma correlação alta e positiva significativa entre a fragilidade e o risco de VCPI (Guner, 2022), se assemelhando aos presentes achados.

Atualmente, concebe-se a fragilidade como uma síndrome biopsicossocial complexa e multidimensional, pois afeta os domínios físico, cognitivo, psicológico e social das pessoas idosas. É sabido que esses domínios se inter-relacionam, e que a abordagem em um deles pode beneficiar os outros, assim como a piora de um pode afetar negativamente os outros (Cohen *et al.*, 2023).

Muito embora seu caráter multidimensional seja reconhecido, a dimensão física foi a primeira a ser ponderada e incluída no modelo sindrômico da fragilidade. No entanto, a fragilidade também pode incluir outro sistema conceitual amplo e que deve ser considerado como complementar e não substituinte do primeiro: o modelo de acumulação de risco. Este modelo pondera que, com o avanço da idade, uma pessoa acumulará doenças e deficiências que as predispõem a desfechos adversos e hospitalizações. Desse modo, propõe intervenções que sejam direcionadas à modificação dos fatores de risco para a fragilidade, que abrangem os elementos biológicos, de estilo de vida, ambientais e clínicos (Cohen *et al.*, 2023).

Dentre esses fatores de risco biológicos, se inclui a desnutrição proteico-energética. Como fatores clínicos destacam-se a sarcopenia (declínio da massa muscular), a depressão, a incapacidade funcional e as limitações nas AIVD, em especial. Os fatores ambientais incluem os fatores de risco sociais e demográficos como o isolamento social, a baixa renda, a baixa escolaridade, a idade avançada, o sexo feminino e a baixa qualidade de vida. Já os fatores relacionados ao estilo de vida, compreendem a baixa atividade física, o tabagismo e o consumo aumentado de álcool (Cohen *et al.*, 2023; Boucham *et al.*, 2024). Observa-se, portanto, que

muitos desses fatores de risco para a fragilidade são comuns aos fatores associados à VCPI, denotando que uma pessoa idosa frágil ou em risco de fragilidade, por si só, já se encontrará em risco de sofrer violência.

Considerando-se um dos fatores clínicos descritos, uma revisão narrativa relata que a fragilidade pode promover a depressão crônica, e que o risco de desenvolver depressão é quatro vezes maior em pessoas idosas frágeis. Além disso, a baixa atividade física, a motivação reduzida e o aumento da fadiga são características compartilhadas entre a fragilidade e a depressão, sendo notadamente semelhantes nas duas condições (Depping *et al.*, 2023). Esses sinais, isoladamente, já podem predispor as pessoas idosas à violência, uma vez que tendem a diminuir seu vigor físico e mental, concorrendo para o risco dos mais variados tipos de violência.

Nesse sentido, um estudo transversal conduzido na Turquia com 429 pessoas idosas observou a correlação da fragilidade com a depressão, que por sua vez, se destaca também como uma condição relacionada ao risco de VCPI, encontrando altas correlações positivas entre a depressão e esse risco de violência (Guner, 2022). Outra pesquisa turca com 211 senescentes também evidenciou a relação entre a depressão e o risco de violência (Sezer; Atas; Dagdeviren, 2021). Uma revisão sistemática relata ainda que a pessoa idosa deprimida tem de duas a sete vezes mais risco de ser vítima dos mais variados tipos de violência (Santos *et al.*, 2020).

Todos os estudos anteriormente citados apresentaram resultados análogos a este trabalho, em que o risco de VCPI apresentou moderada correlação positiva com a depressão; bem como, os idosos deprimidos tiveram 6,15 mais risco de violência do que aqueles sem depressão.

Nessa conjuntura, importante destacar um estudo longitudinal inglês que sugere uma relação bidirecional entre a depressão e o isolamento social. Os resultados evidenciaram um efeito significativo e positivo defasado dos sintomas depressivos sobre o isolamento social, sendo o caminho inverso também significativo. Esses efeitos sugerem que, embora a depressão ou o isolamento tenham ocorrido no passado, ainda têm um efeito positivo e perceptível no presente ou no futuro. Ou seja, o efeito desses eventos, embora não imediato, é bastante relevante (Zhu *et al.*, 2024).

Portanto, sabendo que o isolamento social é um fator de risco de VCPI, esse também pode ser pensado como uma consequência da violência sofrida, uma vez que as pessoas idosas podem ficar temerosas diante da violência sofrida e se isolarem (Santos *et al.*, 2020),

promovendo igualmente outra relação bidirecional. Desse modo, considerando que o isolamento social pode favorecer um cenário de difícil identificação da violência por terceiros, como também a instalação de sintomas depressivos na pessoa idosa, se observa, portanto, a relação entre a depressão e a VCPI ainda mais evidente.

Ademais, pesquisa transversal espanhola observou uma correlação estatisticamente significativa entre a depressão e a dependência para ABVD. Com isso, conclui-se que tanto os sintomas depressivos quanto a dependência funcional para ABVD em pessoas idosas aumentam significativamente a probabilidade de sofrerem violência, evidenciando a existência de uma correlação positiva e significativa entre a suspeita de violência, os sintomas de depressão e a dependência funcional para ABVD. Ou seja, ocorre uma maior taxa de suspeita de violência entre pessoas idosas com escores de dependência funcional e depressão, ressaltando que a correlação entre a suspeita de VCPI e os sintomas de depressão foi maior do que entre aquele risco e a dependência funcional para ABVD (Iborra-Marmolejo *et al.*, 2024), o que ratifica os presentes achados.

Além da associação entre o risco de violência e capacidade funcional das pessoas idosas, as análises de regressão de um estudo transversal evidenciaram que os indivíduos idosos dependentes para ABVD e AIVD apresentam, respectivamente, 2,11 e 1,70 mais possibilidade de apresentar risco de violência quando comparados aos independentes. Além do mais, essas variáveis apresentam uma correlação direta, isto é, a presença de uma pode ocasionar o risco de outra, podendo ocorrer uma retroalimentação desses eventos (Brandão *et al.*, 2021). Esses dados reforçam os resultados apresentados, uma vez que a capacidade funcional para ABVD e AIVD estabeleceram uma correlação negativa com o risco de VCPI. Dessa forma, pode-se inferir que pessoas idosas com dependência funcional podem não ter a capacidade de enfrentar o agressor ou acionar meios de defesa, denotando que quanto maior essa dependência e incapacidade de defesa maior será o risco de violência.

Nesse ínterim, um estudo transversal turco corroborou com os presentes achados, demonstrando uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a VCPI e a capacidade funcional para ABVD em pessoas com mais de 65 anos. Com isso, ficou igualmente evidente que à medida que o nível de independência das pessoas idosas em suas ABVD diminui, a taxa de exposição à violência aumenta. A partir disso, tão cedo quanto possível, o planejamento para prevenção da VCPI deve envolver preparar as pessoas para as mudanças na velhice, a fim de reduzir os seus níveis de dependência (Kizir; Koçak; Serin, 2023).

Esse planejamento necessita envolver também os aspectos nutricionais, visto que as pessoas idosas em situação de violência têm maiores chances tanto de sobrepeso ou obesidade abdominal, como de baixo peso. Nesse ponto, os gêneros apresentam comportamentos distintos: as mulheres idosas em risco de violência têm 33% de chance de manifestar obesidade abdominal; em contrapartida, os homens idosos que apresentam características de maior vulnerabilidade à violência, registram 127% de chance de apresentarem baixo peso (Araújo *et al.*, 2024).

Além disso, a deficiência de micronutrientes, a redução da ingestão calórica e a perda de peso estão associadas a alterações na composição corporal e na função física, caracterizando a transição da independência para a incapacidade. Ademais, a perda de peso também é considerada como um fator de risco para demência (Cohen *et al.*, 2023). Desse modo, com a instalação do quadro/risco de desnutrição, a ocorrência da dependência funcional é iminente, tanto pela possibilidade da incapacidade física como a mental, favorecendo o aumento do risco de violência.

No entanto, é interessante ressaltar uma condição denominada de obesidade sarcopênica, que se constitui na combinação do excesso de adiposidade associada a uma redução significativa na massa e força muscular. Essa disfunção nutricional tem uma prevalência mundialmente aumentada, especialmente nas populações mais velhas (Chen *et al.*, 2025). Com isso, pode-se compreender que a maioria dos idosos, tanto obesos como com baixo peso apresentam sarcopenia, a qual intrinsecamente, já favorece a instalação de limitações físicas e declínio funcional, predispondo ao risco de sofrer violência.

Sob essa ótica, estudo transversal brasileiro analisou 267 pessoas idosas residentes em ILPI e concluiu que a sarcopenia se associou à vulnerabilidade, que se traduziu em dificuldade para realizar atividades envolvendo tanto membros inferiores como superiores. Nesse mesmo estudo, a sarcopenia também se associou com a presença de incapacidades, demonstrando que a diminuição da autonomia e independência das pessoas idosas se associou a um pior estado nutricional dessa população (Araújo *et al.*, 2023).

No tocante à vulnerabilidade, limitado número de estudos se dispõe a analisar a associação do risco de VCPI com a vulnerabilidade. Recentemente, um estudo quantitativo, transversal, envolvendo 200 pessoas comunitárias, com idade ≥ 60 anos, relatou não ter associação da vulnerabilidade com o risco de VCPI (Rocha *et al.*, 2024). No entanto, a vulnerabilidade ora investigada, por se tratar de uma condição avaliada predominantemente por

meio de atividades funcionais, refletindo a capacidade funcional da pessoa idosa, pode repercutir no aumento do risco de VCPI.

A fim de ilustrar essa afirmação, outro estudo bem recente apontou que a VCPI se correlacionou positivamente com a vulnerabilidade, sendo esta variável avaliada em três domínios: físico, psicológico e social. Esse estudo admite ainda que a vulnerabilidade se encontra relacionada à dependência funcional e que ambas levam à VCPI, uma vez que tanto a dependência como a vulnerabilidade foram identificadas como preditores de VCPI, e que o aumento nessas duas condições ocasiona o aumento da VCPI (Bordbar *et al.*, 2025).

Ainda no que diz respeito à obesidade sarcopênica, este fenótipo foi associado a uma menor qualidade de vida relacionada à saúde física, quando comparado à obesidade ou à sarcopenia isoladamente (Chen *et al.*, 2025).

Nesse viés, em se tratando de QV, é sabido que a idade se constitui, por si só, um fator não modificável que pode reduzir a qualidade de vida de pessoas saudáveis com mais de 65 anos. Além disso, um nível particularmente baixo de QV é observado entre as mulheres (Krawczyk-Suszek; Kleinrok, 2022).

Outrossim, estudo quantitativo, transversal, multicêntrico, com 323 pessoas idosas identificou uma correlação negativa significativa entre o risco de violência e as facetas de QV, evidenciando uma relação inversamente proporcional, em que quanto maior a QV, menor o risco de violência e vice-versa (Cunha *et al.*, 2022). Outro estudo transversal com 159 pessoas idosas também demonstrou uma correlação negativa entre a QV e o risco de violência, bem como uma diminuição no risco de violência em pessoas idosas com maior QV (Raposo *et al.*, 2021), correspondendo aos resultados do presente estudo.

Com isso, observa-se o impacto inversamente proporcional do risco de VCPI na QV das pessoas idosas, tanto no que se refere aos aspectos físicos como mentais. Pode-se, portanto, deduzir que as pessoas idosas em situação de risco de violência têm uma percepção negativa da vivência dos valores (domínios) de QV estudados, sendo o mais pronunciado a saúde mental em geral.

De forma complementar, uma pesquisa transversal de base populacional, com 439 pessoas idosas do Nepal, observou uma maior QV em pessoas idosas que relataram satisfação com a família no tocante ao tempo compartilhado, ao respeito e à ausência de violência física e verbal cometidas. Com isso, a QV aumenta à medida que o grau de funcionalidade familiar também aumenta (Risal *et al.*, 2020). Um outro estudo realizado na Turquia com 211 pessoas

idasas evidenciou que o risco de violência foi maior entre aquelas que relataram ter relações familiares ruins (Sezer; Atas; Dagdeviren, 2021). Estes dados convergem com os resultados apresentados, em que o risco de VCPI se associou e se relacionou com a disfuncionalidade familiar mensurada nas pessoas idosas.

Nesse sentido, é sabido que um núcleo familiar que nutre um diálogo aberto entre as pessoas idosas e seus familiares proporciona um ambiente respeitoso e atencioso, que preza pela liberdade e capacidade dessas pessoas em tomarem decisões com livre arbítrio, permitindo, assim, uma maior autonomia às pessoas idosas (Gomes *et al.*, 2021). Com isso, o respeito e a autonomia proporcionada por relações familiares saudáveis podem contribuir na diminuição das chances da pessoa idosa ser vítima de violência.

Ademais, uma revisão integrativa revelou que a disfuncionalidade familiar foi o segundo maior preditor de violência, e que pertencer a uma família com disfuncionalidade suave ou severa aumenta em 8,35 a probabilidade da pessoa idosa sofrer violência (Ribeiro, M. *et al.*, 2021). Os presentes resultados também incluem a disfuncionalidade familiar como preditor de risco de violência, porém com uma probabilidade inferior.

Nesse sentido, um estudo retrospectivo, documental e descriptivo, desenvolvido através das análises dos livros-ata de um ambulatório especializado em saúde geriátrica, destacou os motivos da ocorrência de VCPI relacionados à disfuncionalidade familiar: sobrecarga do cuidador principal – identificada como o motivo mais comum; desconhecimento a respeito da capacidade funcional da pessoa idosa, superestimando sua independência funcional; ressentimentos familiares em relação à pessoa idosa ou fragilidade do vínculo afetivo entre ambos; e desconhecimento dos familiares acerca do estado de saúde da pessoa idosa (Matos *et al.*, 2021).

A sobrecarga do cuidador é um evento que se constitui no estresse percebido ao cuidar de um familiar idoso por um longo tempo. Cuidadores de pessoas idosas dependentes têm escores de satisfação com o cuidado diminuídos e essa insatisfação, por sua vez, é associada à sobrecarga do cuidador (Marinho *et al.*, 2022). Ou seja, familiares sobrecarregados pela função de cuidado às pessoas idosas dependentes podem apresentar-se estressados, predispondo, dessa forma, ao risco de cometerem violência(s).

Para além dessa afirmação, uma pesquisa transversal brasileira, evidenciou também que as pessoas idosas com elevada disfuncionalidade familiar apresentaram maior presença de sintomas depressivos, indicando que o investimento na saudabilidade das relações familiares se

constitui um componente importante para a manutenção da saúde mental e QV na velhice (Chariglione *et al.*, 2022), podendo diminuir o risco de VCPI.

6.2 VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Quanto à ocorrência de violência nas pessoas idosas estudadas, a prevalência encontrada se assemelha aos resultados de outro estudo transversal brasileiro, que revelou que 55,1% das pessoas idosas foram vítimas de violência psicológica e 11,5% sofreram violência física (Araújo-Monteiro *et al.*, 2025).

No entanto, diverge de um estudo analítico de base populacional com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) com 22.728 pessoas idosas, em que o autorrelato de violência psicológica foi de 9,63% e de 1,56% para violência física (Andrade *et al.*, 2025).

Já uma pesquisa desenvolvida na Turquia com 315 pessoas idosas comunitárias encontrou uma prevalência de 51,4% para a violência psicológica e 3,8% para a violência física (Özer; Tanrıverdi, 2023). Na China, um estudo com 8.436 senescentes relatou que a maior prevalência foi para a violência psicológica (5,7%), seguida pela violência física (2,1%) e exploração financeira (2,05%) (Zhang, 2023). Observa-se, com isso, uma variabilidade nas prevalências da VCPI, a depender do contexto estudado e do tamanho amostral.

No que diz respeito à violência psicológica, um estudo documental brasileiro apontou que homens idosos e idosas brancos apresentam maior probabilidade de sofrer violência quando comparados aos seus pares não idosos (Santos *et al.*, 2021). Nesse sentido, é necessário estabelecer uma lógica envolvendo as violências psicológica e financeira, visto que uma revisão integrativa relatou o predomínio da violência financeira em homens idosos (Ribeiro, M. *et al.*, 2021).

É sabido que os homens idosos ajudam mais a sustentar outras pessoas do que as mulheres. No entanto, embora sejam um dos principais mantenedores da casa, esses idosos, muitas vezes, relatam falta de liberdade e autonomia, mesmo no reduto dos seus lares. Ademais, um percentual expressivo desses homens refere não confiar nos seus familiares, inferindo que esses são constantemente violentados financeiramente, independente da sua renda (Diniz; Santo; Ribeiro, 2021).

Seguindo esse raciocínio, é importante destacar também que, nos casos de violência financeira, há a possibilidade de haver a polivitimização, ou seja, a ocorrência concomitante

com outros tipos de violência, especialmente quando envolvem perpetradores familiares. Isto se dá devido à proximidade habitual dos parentes com a vítima, em comparação com outros agressores, tornando mais fácil incorrer em diferentes tipos de violência, como por exemplo a violência psicológica (Dominguez *et al.*, 2022).

Além disso, é necessário salientar que as pessoas negras percebem cerca de 61% do rendimento das pessoas brancas, haja visto que a porcentagem de não brancos supera a de brancos nas faixas de rendas abaixo de 1 SM. Com isso, a partir de 1 SM de renda domiciliar per capita, a proporção de homens e brancos é maior quando comparada à encontrada em mulheres e não brancos (Couto; Pichinini, 2023).

Chama atenção também a grande desigualdade que incide sobre as pessoas não brancas em todas as classes de rendimento, uma vez que a participação desse grupo é quase o dobro daquela observada em brancos para rendas até meio SM. Já para as faixas de rendimento acima de 3 SM, a participação dos não brancos é cerca de três vezes menor do que a de brancos (Couto; Pichinini, 2023). Partindo desse princípio, o perfil do homem idoso branco, polivitimizado por violência financeira e psicológica, mantenedor do domicílio, pode corresponder à prevalência e associação com a violência psicológica observada no presente estudo.

No tocante à violência física, estudo epidemiológico, a partir de informações coletadas no SINAN, relatou que o principal tipo de VCPI notificada foi a física, predominando no sexo feminino, de raça branca e com ensino fundamental incompleto. Ademais, a Paraíba foi o sétimo estado com o maior número de notificações de VCPI no Brasil, no período de 2011 a 2019 (Bovolenta *et al.*, 2024).

Observa-se que, embora a violência psicológica seja mais relatada em estudos observacionais realizados diretamente com pessoas idosas, a violência física é a mais registrada em estudos documentais elaborados a partir das notificações registradas. Este fato pode sinalizar que as pessoas idosas permanecem com receio de relatar a violência física sofrida, por considerarem-na mais grave; e/ou inferir que os profissionais não se encontram devidamente capacitados para identificar e notificar a violência psicológica, sendo mais capazes de reconhecer a violência física, por esta ser mais visível.

Ainda no tocante à prevalência observada na amostra estudada, uma pesquisa transversal, multicêntrica, brasileira, realizado em instituições hospitalares, evidenciou que a violência física foi prevalente em mulheres, na faixa etária de 60 a 70 anos, com 4 anos ou mais de estudo, morando sozinhas, que não exerciam atividade laboral e com renda até 1 SM (Soares

et al., 2024). Os dados sociodemográficos dos últimos dois estudos citados convergem com a maioria das características prevalentes na amostra em questão.

No que diz respeito à associação com a escolaridade encontrada no presente estudo, a única pesquisa convergente com este resultado apresentado diz respeito a uma investigação transversal conduzida na Turquia com 729 pessoas idosas, que revelou associação entre a escolaridade e a violência física nessas pessoas (Gürsoy; Yamaç, 2024).

Enquanto isso, Soares *et al.* (2024) observaram o predomínio e a associação entre a violência física e a renda de até um SM, advinda de fontes de renda como pequenos trabalhos pontuais (“bicos”), sem vínculo empregatício. Esse estudo constatou também que as pessoas idosas com essas fontes de renda incertas têm 3,14 mais chance de sofrer violência física; por outro lado, quanto maior a renda, menor a chance de ocorrer violência física (Soares *et al.*, 2024).

Nesse sentido, um estudo transversal indiano realizado em ambiente comunitário com pessoas com 60 anos ou mais de idade verificou que aquelas pessoas que integram grupos marginalizados e desfavorecidos tiveram 4,7 maiores chances de serem violentadas fisicamente (Sembiah *et al.*, 2020). Revisão sistemática também comprovou que o nível econômico mais baixo gera um risco quatro vezes maior para a violência física (Santos *et al.*, 2020).

Muito embora o presente estudo não tenha evidenciado associação direta entre a violência física e a renda familiar das pessoas idosas, é sabido que, no Brasil, existe uma grande relação entre a renda e a escolaridade da sua população. Um estudo de revisão relata que à medida que a escolaridade avança, a fonte de renda também aumenta; enquanto isso, brasileiros com escolaridade mais baixa se encontram em menores faixas de rendimentos (Couto; Pichinini, 2023).

Sob essa ótica, é apontado que um indivíduo com ensino fundamental incompleto recebe 26,7% do rendimento médio de quem possui ensino superior completo; enquanto aquele que possui ensino médio completo ganha o equivalente a 39% de um graduado. Esses dados reforçam a análise de que diferenças nos rendimentos são consequências das desigualdades no acesso à educação. Ademais, é importante destacar as marcantes diferenças regionais no Brasil no tocante à renda, em que o rendimento médio registrado no Norte e no Nordeste são substancialmente inferiores em relação aos salários médios das outras regiões do país (Couto; Pichinini, 2023).

Além do mais, a renda média ainda demonstra discrepâncias existentes entre homens e mulheres, em que estas apresentam rendimentos médios bem inferiores em relação ao sexo masculino. Nesse sentido, as mulheres chegam a perceber cerca de 79% do rendimento dos homens, observando-se que a proporção de mulheres com renda familiar per capita menor que 1 SM é superior a de homens (Couto; Pichinini, 2023). Com isso, as mulheres com rendas inferiores, consequentemente com menores escolaridades, são mais suscetíveis à violência física, principalmente no que se refere ao Nordeste brasileiro.

Considerando os fatores individuais analisados, se observa que tanto a violência psicológica como a física se correlacionaram positivamente com a depressão. A fim de ilustrar a inferência apresentada, um estudo analítico brasileiro, realizado a partir da PNS, evidenciou que pessoas idosas com sintomas depressivos relataram mais violência (Andrade *et al.*, 2025).

Outro estudo brasileiro, multicêntrico, com pessoas idosas atendidas em unidades hospitalares, demonstrou associação significativa das violências física e psicológica com os sintomas depressivos. Outrossim, evidenciou que pessoas idosas com sintomas depressivos têm 1,96 e 3,00 vezes mais chances de serem vítimas de violência psicológica e física, respectivamente (Santos, R. *et al.*, 2023).

Corroborando igualmente com estes achados, um estudo realizado na Índia concluiu que as pessoas idosas (≥ 60 anos) com sintomas depressivos foram 2,9 vezes mais propensas à violência psicológica e tiveram 3,9 mais chances de serem abusadas fisicamente (Sembiah *et al.*, 2020). Esses dois últimos achados podem ser capazes de justificar a correlação negativa entre a violência física e o domínio da vitalidade da QV, visto que a avaliação deste domínio inclui a abordagem de sintomas depressivos como nervosismo, desânimo, tristeza, disposição, cansaço e esgotamento (Reyna; Contreras; Veja, 2021).

Outrossim, um estudo longitudinal com 1.737 japoneses com 65 anos ou mais de idade também demonstrou que os indivíduos violentados têm 2,28 vezes mais probabilidade de apresentar sintomas depressivos do que aqueles que não sofreram violência. Ademais, a chance de desenvolver depressão aumenta à medida que a idade avança, apresentando 1,37 vezes na faixa etária de 70 a 74 anos, alcançando 1,93 vezes nas pessoas com 85 anos ou mais (Koga *et al.*, 2022).

Esse estudo também sugere que as pessoas idosas que apresentam depressão leve ou grave têm 2,23 vezes mais probabilidade de terem sofrido violência nos últimos três anos. Desse modo, a depressão se estabelece tanto como uma causa como uma consequência da VCPI,

evidenciando o caráter bidirecional dessa condição (Koga *et al.*, 2022). Assim sendo, a manifestação de sintomas depressivos, além de já se configurar mais prevalente em pessoas idosas, torna-se ainda mais significativo na presença de situações de violência.

Estudo que utilizou dados transversais da Pesquisa Social de Envelhecimento Longitudinal da China (*China Longitudinal Aging Social Survey – CLASS*), realizada com 8.436 chineses com 60 anos ou mais de idade, também indicou que as pessoas idosas que sofreram violência psicológica e física apresentaram significativamente mais sintomas depressivos. Importante salientar que, dentre esses tipos de VCPI citados, a violência psicológica foi a que teve o efeito particularmente mais pronunciado nos sintomas depressivos dessas pessoas (Zhang, 2023); e que esses sintomas podem levar a repercussões psicológicas mais graves como a tentativa de suicídio (Ribeiro, M. *et al.*, 2021).

Além disso, estudiosos observaram uma correlação positiva da violência psicológica e a depressão, deduzindo que quanto maior a depressão, maior a ocorrência de violência psicológica nas pessoas idosas (Oliveira *et al.*, 2024). Esses resultados reforçam os achados ora apresentados, uma vez que a força da correlação da depressão com a violência psicológica delineou-se ligeiramente maior do que com a violência física.

Ainda no tocante à depressão, uma revisão sistemática evidenciou uma associação significativa entre a depressão em pessoas idosas e seus relacionamentos familiares. Em especial, as relações intergeracionais positivas foram associadas a menores sintomas depressivos nessa população. Esses relacionamentos positivos abrangem apoio emocional, financeiro e, em alguns casos, instrumental, que são cruciais para reduzir significativamente os sintomas depressivos em pessoas idosas (Sharifi; Khorzoughi; Rahmati, 2024).

Por outro lado, é sabido que os conflitos intergeracionais representam um importante motivador da VCPI, sendo associados às violências física, psicológica e financeira. Ademais, pessoas idosas com menor grau de escolaridade foram mais acometidas pela violência motivada por conflitos geracionais (Rocha *et al.*, 2025). No presente estudo, a violência física foi associada à escolaridade e a violência psicológica associada e à funcionalidade familiar, admitindo-se a possibilidade de ambas as violências serem mediadas por conflitos intergeracionais.

Outrossim, em se tratando de funcionalidade familiar, um estudo de base comunitária, com 265 idosos pessoas idosas do Irã, demonstrou uma correlação negativa significativa entre a função de desenvolvimento nas famílias e a violência psicológica nessas pessoas

(Amirmohammadi *et al.*, 2023), fortalecendo os presentes achados. Nesse sentido, a partir do cenário descrito por Sharifi, Khorzoughi e Rahmati (2024), em que a depressão se associou com a disfuncionalidade familiar, esta, por sua vez, pode favorecer a ocorrência de violência psicológica nas pessoas idosas.

Além da depressão e da funcionalidade familiar, o presente estudo comprovou que a capacidade funcional para AIVD foi correlacionada negativamente à violência física e que as pessoas idosas com risco de declínio funcional apresentam 2,45 mais probabilidades de serem vítimas de violência psicológica.

Nesse sentido, pesquisa multicêntrica brasileira com 323 pessoas idosas demonstrou associação significativa entre a AIVDs e violência física maior, ou seja, situações envolvendo agressões físicas mais severas como murros, socos, chutes, queimaduras, lesões por arma branca ou de fogo (Brandão *et al.*, 2023). Além disso, a dependência para AIVD, foi considerada, particularmente, um preditor significativo de violência, em que as pessoas idosas dependentes para essas atividades têm 3,9 mais chances de serem violentadas fisicamente (Sembiah *et al.*, 2020).

Ademais, pesquisa observacional, transversal, conduzido com pessoas idosas comunitárias apontou a correlação entre as AIVD com a sintomatologia depressiva e o sexo feminino (Carvalho *et al.*, 2023). Desse modo, esse tipo de dependência, especialmente nas mulheres idosas, pode constituir-se a causa ou a consequência da depressão, ocasionando a instalação ou a piora do quadro de dependência funcional, e assim, favorecendo um contexto para ocorrência de violência.

Em contrapartida, estudo prospectivo de intervenção controlada, realizado em um ambulatório na Alemanha, revelou que os determinantes significativos de incapacidade para as AIVD foram: a idade mais avançada, o sexo masculino, o apoio social e o estado cognitivo reduzidos, e – o mais importante – a diminuição do estado funcional para ABVD. Em verdade, a deficiência para ABVD e AIVD estão associadas mutuamente, ou seja, a deficiência em AIVD é o preditor mais forte para a deficiência em ABVD e vice-versa (Beltz *et al.*, 2022).

Em relação ao presente estudo, é necessário ponderar o viés amostral, uma vez que foram excluídas pessoas com incapacidades físicas mais avançadas. Com isso, possivelmente, excluíram-se pessoas idosas dependentes para ABVD e, portanto, com maior dependência funcional, ocultando possíveis associações com a violência, inclusive física.

Ademais, é sabido que as AIVD incluem as habilidades necessárias para uma interação autônoma com o ambiente, evidenciando-se o nível de escolaridade intermediário como um fator de proteção de incapacidade para essas atividades (Beltz *et al.*, 2022). Desse modo, é possível que pessoas idosas dependentes para AIVD, em especial aquelas com baixa escolaridade, possivelmente não interajam suficientemente nos espaços sociais, não sendo capazes de recorrer aos meios de proteção, possibilitando ao agressor ocultar, principalmente, situações de violência física.

Complementando-se as afirmações anteriores, um estudo transversal conduzido na Turquia com 729 pessoas que apresentavam 65 anos ou mais encontrou associação entre violência física e as ABVD (Gürsoy; Yamaç, 2024). Nesse caso, o viés amostral discutido anteriormente também deve ser considerado, além da influência do apoio social no contexto de violência.

Apesar dos presentes resultados não evidenciarem nenhum preditor para a violência física, o risco de declínio funcional aumentou as chances para ocorrência de violência psicológica, corroborando, em parte, com os achados de um estudo transversal indiano. Esta pesquisa evidenciou que as pessoas idosas dependentes para ABVD e AIVD tiveram, respectivamente, 3,8 e 3,4 chances de sofrerem violência, especialmente, a psicológica (Sembiah *et al.*, 2020).

Em relação à síndrome da fragilidade, poucos estudos se propõem a analisar a associação dessa com a ocorrência de violências nas pessoas idosas. Um desse estudos, desenvolvido na Tailândia, com 210 participantes com 60 anos ou mais atendidos em um ambulatório, não encontrou associações estatisticamente significativas entre a fragilidade e a VCPI (Choksomngam *et al.*, 2023).

Já uma pesquisa menos recente, de corte transversal, secundária a uma coorte prospectiva, desenvolvida com 487 pessoas idosas no México, relatou que a fragilidade foi associada à violência física, psicológica e total. Esses indivíduos frágeis apresentaram 2,5 vezes mais chances de sofreram esses tipos de violência, especialmente na presença de sintomas depressivos (Torres-Castro *et al.*, 2018).

Nesse sentido, apesar da fragilidade ter sido originalmente concebida como uma condição física, nos últimos anos, tem sido proposta uma abordagem biopsicossocial mais ampla. Desse modo, essa síndrome vem sendo vista como uma entidade capaz de abranger funções cognitivas e psicológicas, inclusive envolvendo emoções e elementos socialmente

mediados, como a linguagem e os pensamentos. Além disso, esse modelo biopsicossocial propõe que o domínio social externo afete o domínio interno, podendo este ser somatizado (Cohen *et al.*, 2023).

Partindo desse princípio, se sugere que essa síndrome possa “fragilizar” holisticamente a pessoa idosa, oportunizando a ação de agressores, visto que, além do aspecto físico, importante para assegurar meios de defesa, as funções mentais, psicológicas e sociais também podem estar debilitadas. Portanto, essa disfuncionalidade global pode favorecer situações de violência, principalmente físicas, uma vez que o componente físico ainda é preponderante nos instrumentos avaliativos.

No entanto, vale salientar que a correlação da violência psicológica se deu com a fragilidade autorreferida, ou seja, sem a realização de testes aferidos, como o teste do relógio e o TUG, podendo ter influenciado na relação encontrada.

No tocante à qualidade de vida, também há um número reduzido de estudos, os quais se dispõem a analisar a associação da VCPI e a QV dessas pessoas. Um deles consistiu em um estudo transversal mexicano envolvendo 993 pessoas idosas, que concluiu que aqueles que foram vítimas de violência e tinham multimorbidade apresentaram maior risco de ter uma baixa QV em relação às dimensões dor corporal, limitações por aspectos físicos e saúde mental; esta última incluía a presença de sintomas de depressão, ansiedade e dificuldades no controle do comportamento e das emoções (Giraldo-Rodríguez; Pavón-León, 2023). Observa-se que, nesse estudo, os componentes físicos foram mais preponderantes, provavelmente por considerar o caráter da multimorbidade na amostra.

Já uma pesquisa epidemiológica transversal, integrante do estudo brasileiro denominado SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), realizado com 1.126 pessoas idosas, evidenciou que a VCPI é uma variável associada à redução dos componentes físico e mental da QV dessas pessoas. A análise de regressão revelou que a VCPI apresentou coeficiente negativo tanto para o componente físico como para o mental, indicando que ser exposto à violência reduz os escores dos componentes físico e mental do instrumento de QV (Machado *et al.*, 2020).

No presente estudo, além do componente de saúde geral, todos componentes mentais se correlacionaram negativamente com a VCPI, de modo análogo aos dados da pesquisa SABE. No entanto, foram relacionados à violência psicológica, provavelmente por esta violência atingir especificamente o equilíbrio das funções psíquicas, comprometendo a QV no tocante a esse componente mental.

Outro estudo transversal brasileiro, com 649 pessoas idosas, comparou a violência por parceiro íntimo e os níveis de QV em mulheres e homens idosos. Essa pesquisa encontrou um efeito desigual da VCPI sobre os gêneros, em que só as mulheres são afetadas em sua QV, quando na presença de situações de violência cometidas pelo parceiro íntimo (Warmling *et al.*, 2021). Ademais, estudo epidemiológico, transversal e analítico, com 769 pessoas idosas na comunidade, confirmou que os melhores escores de QV foram relacionados ao sexo masculino, e que a manutenção da autonomia e independência funcional garantem à pessoa idosa uma maior autopercepção de saúde e QV (Perseguino; Okuno; Horta, 2022).

Outros fatores importantes, ao se analisar a QV de pessoas idosas, incluem o contato familiar e a proximidade dos vínculos domésticos, que demonstraram ser um fator de proteção para a manutenção dessa QV. A família, como a principal responsável pelo cuidado de seus membros, deve proporcionar à pessoa idosa a manutenção das suas relações, de forma a melhorar a sua QV (Perseguino; Okuno; Horta, 2022).

Portanto, essas ponderações podem ratificar os fatores relacionados e preditores encontrados, especificamente, em relação à violência psicológica. Por um lado, a correlação negativa com a maioria dos domínios da QV, incluindo todos os domínios do componente mental, determinam que quanto maior a violência, menor será a QV nesses domínios. Por outro lado, o quadro se agrava pelas condições de depressão, disfuncionalidade familiar e pelo declínio funcional das pessoas idosas como fatores preditores da violência psicológica.

A partir das análises e discussões apresentadas, espera-se que este trabalho possa contribuir para uma melhor compreensão sobre o fenômeno da VCPI, no tocante aos fatores individuais e relacionais envolvidos no risco e na ocorrência desse agravo contra as pessoas idosas. Dessa forma, almeja-se enfatizar aos profissionais de saúde a importância da identificação e manejo desses fatores como estratégias de prevenção e identificação da VCPI.

As limitações deste estudo incluem a incapacidade de alcançar pacientes com maior dependência funcional e que, provavelmente, podem incorrer em risco ou sofrerem diversos tipos de VCPI. Além do mais, o estudo não contemplou as pessoas idosas residentes em ILPI ou que vivem em situação de rua, que se constituem uma população vulnerável ao risco ou vitimização da VCPI.

7 CONCLUSÃO

A violência contra a pessoa idosa que vive na comunidade se associou a fatores individuais e relacional dessas pessoas. Especificamente, no tocante ao risco para VCPI, este se relacionou a fatores sociodemográficos (sexo, anos de estudo/escolaridade e renda familiar), ao funcionamento familiar e a todos os fatores individuais investigados.

Em relação à violência psicológica, esta se associa com a funcionalidade familiar e com seguintes fatores individuais: depressão, fragilidade autorreferida e qualidade de vida. A violência física, por sua vez, se relacionou com os fatores individuais: depressão, capacidade funcional para AIVD, fragilidade identificada e um domínio da qualidade de vida.

Desse modo, se observou que os fatores individuais e familiar influenciam a disfuncionalidade biopsicossocial da pessoa idosa, integrando um complexo cenário de ocorrência e, principalmente, de risco da população idosa a situações de violência.

Assim, a VCPI apresenta-se como um fenômeno multifatorial, em que as condições individuais e o relacionamento familiar da pessoa idosa permeiam o fenômeno da violência. Portanto, o funcionamento familiar e os fatores individuais das pessoas idosas devem ser considerados na formulação de estratégias preventivas de violência contra essas pessoas.

Com isso, espera-se que o presente estudo possa contribuir na análise da VCPI que vive na comunidade, subsidiando a construção de políticas públicas e medidas preventivas à nível individual e de seus relacionamentos familiares. Ademais, esses fatores quando bem avaliados, além da esfera preventiva, tornam-se importantes instrumentos de monitorização dos desfechos na saúde da pessoa idosa.

Em relação aos fatores individuais, alguns deles carecem ser melhor estudados, no que tange a sua associação, principalmente, com a ocorrência da VCPI, a exemplo da fragilidade, da vulnerabilidade e da qualidade de vida das pessoas idosas. Recomenda-se que o comportamento deste último possa ser investigado, particularmente, sob a perspectiva de gênero.

Por fim, propõe-se a realização de pesquisas com delineamento longitudinal, de modo a possibilitar o estabelecimento de uma relação de causalidade; além de pesquisas comparativas entre os municípios e os países envolvidos na rede de pesquisa, com o propósito de confrontar os resultados entre populações com situações socioeconômicas e culturais diversas.

REFERÊNCIAS

- ALARCON, Miriam Fernanda Sanches *et al.* Violência financeira: circunstâncias da ocorrência contra idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, e190182, 2019. DOI:10.1590/1981-22562019022.190182 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/ xTD4tLJh9bPpgY7xkSX8VZB/ ?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 04 nov. 2024.
- ALIAS, Ahmad Nabeil *et al.* Elderly Abuse and Neglect on Population Health: Literature Review and Interventions from Selected Countries. **Korean Journal of Family Medicine**, v. 44, n. 6, p. 311-318, ago. 2023. DOI: 10.4082/kjfm.23.0046. Disponível em: <https://kjfm.or.kr/journal/view.php?doi=10.4082/kjfm.23.0046>. Acesso em: 29 jul. 2025.
- ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa. **Distritos Sanitários**: Concepção e Organização. v.1 (Série Saúde & Cidadania). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 47p. Disponível em: <https://colecoes.abcd.usp.br/fsp/files/original/9c5b207c1fa57a1ba825c52c66f1654b.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2024.
- ALMEIDA, Osvaldo P.; ALMEIDA, Shirley A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-426, jun. 1999. DOI: 10.1590/S0004-282X1999000300013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/ Bdpjn6hWZz45CbmLQTt95pw/ ?lang=pt>. Acesso em: 05 mar 2025.
- ALONSO, Mayra Alejandra Mireles *et al.* Quality of life related to functional dependence, family functioning and social support in older adults. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, e20210482, mai. 2022. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482en. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ cyjfFNKYGLC383SV6HfJFFD/>. Acesso em: 09 nov. 2024.
- ALQAHTANI, Ali S. *et al.* Elder abuse in Saudi Arabia: A systematic review. **F1000 Research**, London, v. 11, n. 1531, nov. 2024. DOI: 10.12688/f1000research.128295.1 Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/366419765_Elder_abuse_in_Saudi_Arabia_A_systematic_review. Acesso em: 30 nov. 2024.
- AMIRMOHAMMADI, Monireh *et al.* Relationship between emotional elder abuse and developmental function of the family. **Nursing Open**, v. 10, n. 4, p. 2485-2491, abr. 2023. DOI: 10.1002/nop2.1505. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36480172/>. Acesso em: 25 abr. 2025.
- AMORIM, Mylena Gonçalves de; BENITO, Lincoln Agudo Oliveira. Denúncias de violência psicológica contra idosos no Brasil, 2011-2018. **REVISA**, Valparaíso de Goiás, v. 11, n. 1, p. 102-112, jan./mar. 2022. DOI: .36239/revisa.v11.n1.p102a112. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/326/518>. Acesso em: 17 nov. 2024.
- ANDRADE, Fabiana Martins Dias de *et al.* Fatores associados ao autorrelato de violência contra a pessoa idosa: análise da Pesquisa Nacional de Saúde – 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, abr. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413>

81232025304.01692024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sXFtyVg3jtwfWYkWqXSD8KD/?lang=pt>. Acesso em: 22 mai. 2025

ARAÚJO, Carolina Abreu Henn de *et al.* Violência doméstica, obesidade e desnutrição em pessoas idosas de uma capital do Sul do Brasil – Estudo EpiFloripa Idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, e16462023, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024299.16462023 Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2024.v29n9/e16462023/pt>. Acesso em: 18 abr. 2024.

ARAÚJO, Juliana Sousa Soares de *et al.* Satisfação de mulheres hipertensas na atenção primária com relação aos atributos essenciais família e comunidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 411-22, abr./jun. 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151050002009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CJsLVgfHhtHyJTtKrcLHD6Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2024.

ARAÚJO, Mayara Priscila Dantas *et al.* Loss of Muscle Mass and Vulnerability in Institutionalized Older Adults. **International Journal Environmental Reserach and Public Health**, Basileia, v. 20, n. 426, p. 1-8, jan. 2023. DOI: 10.3390/ijerph20010426. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/1/426>. Acesso em: 13 mai. 2025.

ARAÚJO-MONTEIRO, Gleicy Karine Nascimento de *et al.* Factors Associated With Elder Abuse According to the Levels of Social Determinants in Brazil. **Journal of Forensic Nursing**, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 19-28, jan./mar. 2025. DOI: 10.1097/JFN.0000000000000501. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39235315/>. Acesso em: 30 abr. 2025.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. v. 2. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BAKER, A. A. Granny-battering. **Modern Geriatrics**, New York, v. 5, n. 8, p. 20, 1975.

BARBOSA, Keylla Talitha Fernandes; OLIVEIRA, Fabiana Maria Rodrigues Lopes de; FERNANDES, Maria das Graças Melo. Vulnerabilidade da pessoa idosa: análise conceitual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 72, supp. 2, p. 337-344, nov. 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0728. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yBvHGpXJDHXQyGMKSqCJcsz>. Acesso em: 20 out. 2024.

BELTZ, Sebastião *et al.* Multivariate analysis of independent determinants of ADL/IADL and quality of life in the elderly. **BMC Geriatrics**, Boston, v. 22, n. 894, nov. 2022. DOI: 10.1186/s12877-022-03621-3. Disponível em: <https://bmceriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-03621-3>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BEZERRA, Polyana Caroline de Lima; SAMPAIO, Cleane Araújo. Prevalência de violência e fatores associados em idosos de unidades de saúde em uma capital da Amazônia ocidental. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Ouro Fino, v. 12, n. 8, p. e3434, mai. 2020. DOI: 10.25248/reas.e3434.2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3434.2020>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BOLKAN, Cory; TEASTER, Pamela B.; RAMSEY-KLAWSNIK, Holly. The Context of Elder Maltreatment: an Opportunity for Prevention Science. **Prevention Science**, Seattle, n. 24, p. 911-25, mai. 2023. DOI:10.1007/s11121-022-01470-5. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11121-022-01470-5.pdf>. Acesso em: 08 set. 2024.

BORDBAR, Shima *et al.* Examining the severity of disability and vulnerability among older adults and its impact on elder abuse: a cross-sectional study. **Scientific Reports**, London, v. 15, n. 16999, mai. 2025. DOI: 10.1038/s41598-025-02049-0. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-025-02049-0>. Acesso em: 19 mai. 2025.

BOUCHAM, Mouna *et al.* Factors associated with frailty in older people: an umbrella review. **BMC Geriatrics**, Boston, v. 24, n. 737, set. 2024. DOI: 10.1186/s12877-024-05288-4. Disponível em: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-024-05288-4>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BOVOLENTA, Larissa Cipriano *et al.* Perfil da violência contra o idoso no Brasil segundo as capitais brasileiras. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 15, n. 1, e3233, jan. 2024. DOI: 10.15649/cuidarte.3233. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/377799959_Perfil_da_violencia_contra_o_idoso_no_Brasil_segundo_as_capitais_brasileiras. Acesso em: 05 mai. 2025.

BRANDÃO, Bárbara Maria Lopes da Silva *et al.* Risco de violência e capacidade funcional de idosos hospitalizados: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e20200528, 2021. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0528. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gFGHtByWk6qdwVG9ZQCCKM/>. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRANDÃO, Bárbara Maria Lopes da Silva *et al.* Aspectos sociodemográficos e capacidade funcional associados à violência física em pessoas idosas hospitalizadas. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 24, e85201, set. 2023. DOI: 10.15253/2175-6783.20232485201. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/85201>. Acesso em: 06 mai. 2025

BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 jan. 1994. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acao-informacao/legislacao/antigos/lei-no-8-842-de-04-de-janeiro-de-1994>. Acesso em: 08 set. 2024.

BRASIL. MS – Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>. Acesso em: 11 set. 2024.

BRASIL. MS – Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006: Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 out. 2006. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/590>. Acesso em: 11 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo

seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos.196/96, 303/2000 e 404/2008. **Diário Oficial da União**, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf>/view. Acesso em: 30 ago. 2024.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa**. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-idosa/manual-de-enfrentamento-a-violencia-contra-a-pessoa-idosa/view>. Acesso em: 29 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 jul. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/legislacao-e-estatuto-do-idoso>. Acesso em: 11 set. 2024.

BRASIL. MS – Ministério da Saúde. DATASUS – Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Violência Interpessoal e Autoprovocada – BRASIL. 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>. Acesso em 06 nov. 2024.

BRASIL. MS – 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. 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em: 05 nov. 2024.

BRASIL. MDHC – Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **ObservaDH – Observatório Nacional dos Direitos Humanos – Pessoas Idosas**. Violência e Violações. jul. 2024. Disponível em: <https://observadh.mdh.gov.br/>. Acesso em: 26 nov. 2024.

BRIJOUX, Thomas; NEISE, Michael; ZANK, Susanne. Elder abuse in the oldest old: prevalence, risk factors and consequences. **Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie**, Berlin, v. 54, s. 2, p. S132-S137, jul. 2021. DOI: 10.1007/s00391-021-01945-0. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-021-01945-0>. Acesso em: 08 set. 2024.

BRITO NETO, David Clarindo *et al.* Fatores de risco associados à violência contra a pessoa idosa institucionalizada: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 14, e5551, 2025. DOI: 10.26694/reufpi.v14i1.5551. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br>. Acesso em: 15 mai. 2025.

BRONFENBRENNER, Urie. Toward an experimental ecology of human development. **American Psychologist**, Washington, n.32, p. 513-531, 1977. DOI: 10.1037/0003-066X.32.7.513. Disponível em: <https://scottbarrykaufman.com/wp-content/uploads/2019/07/a4f4a4545519d84c5c57095b4bcc685d7dd9.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2024.

BURNES, David *et al.* Prevalence of financial fraud and scams among older adults in the United States: A systematic review and meta-analysis. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 107, n. 8, e13-21, jul. 2017. DOI: 10.2105/AJPH.2017.303821. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28640686/>. Acesso em: 24 out. 2024.

BURNES, David *et al.* Estimated Incidence and Factors Associated with Risk of Elder Mistreatment in New York State. **The Journal of the American Medical Association (JAMA) Network Open**, Chicago, v. 4, n. 8, e2117758, ago. 2021.

DOI:10.1001/jamanetworkopen.2021.17758. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2782989>. Acesso em: 15 set. 2024.

BURSTON, G. R. Granny-battering. **British Medical Journal**, London, v. 3, p. 592, set. 1975. DOI: 10.1136/bmj.3.5983.592-a: Disponível em: <https://www.bmjjournals.org/content/3/5983/592.2>. Acesso em: 02 mar. 2024.

CARVALHO, Fernanda Godinho de *et al.* Atividades Instrumentais de Vida Diária e sintomatologia depressiva em idosos comunitários. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 28, 2023. DOI: 10.22456/2316-2171.118922. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/article/download>. Acesso em: 16 mai. 2025.

CECCON, Roger Flores; GARCIA-JÚNIOR, Carlos Alberto Severo. Violência contra pessoas idosas dependentes no Brasil: um estudo multicêntrico. **Interface**, Botucatu, v. 28, e230511, jul. 2024. DOI: 10.1590/interface.230511. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/F48CyYDnX7Zbzz7GsL5NwLj/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2024.

CETIC – CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO. **TIC DOMICÍLIOS**: Pesquisa sobre o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Domicílios Brasileiros 2023. 1. ed. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2024. Disponível em: <https://cetic.br/pt/publicacao/pesquisa-sobre-o-uso-das-tecnologias-de-informacao-e-comunicacao-nos-domicilios-brasileiros-tic-domicilios-2023/>. Acesso em: 06 abr. 2025.

CHAO, Ying-Yu *et al.* Elder Mistreatment and Psychological Distress among U.S. Chinese Older Adults. **Journal of Elder Abuse and Neglect**, London, v. 32, n. 5, p. 434-52, set. 2020. DOI:10.1080/08946566.2020.1814180. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7736261/pdf/nihms-1623608.pdf>. Acesso em: 08 set. 2024.

CHARIGLIONE, Isabelle Patrícia Freitas Soares *et al.* Funcionalidade familiar e associações com medidas sociodemográficas e psicológicas em idosos da comunidade. **Summa Psicológica UST**, Santiago, v. 19, n. 2, p. 45-52, 2022. ISSN: 0719-448x. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1411591>. Acesso em: 22 mai. 2025.

CHEN, Jing Yi *et al.* Association between sarcopenic obesity, obesity, sarcopenia and quality of life in middle-aged and older Chinese: the Guangzhou Biobank Cohort Study. **Quality of Life Research**, abr. 2025. DOI: 10.1007/s11136-025-03960-9. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-025-03960-9>. Acesso em: 24 abr. 2025.

CHI, Ying-Chen; WU, Chen-Long; LIU, Hsiang-Te. Assessing Quality of Life with Community Dwelling Elderly Adults: A Mass Survey in Taiwan. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 19, n. 14621, p. 1-14, nov. 2022. DOI: 10.3390/ijerph192214621. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/22/14621>. Acesso em: 15 out. 2024.

CHOKSOMNGAM, Yanee *et al.* The Prevalence of Elder Abuse and its Association with Frailty in Elderly Patients at the Outpatient Department of a Super-Tertiary Care Hospital in

Northern Thailand. **Medicina**, Basel, v. 59, n. 1644, p. 1-11, set. 2023. DOI: 10.3390/medicina59091644. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1648-9144/59/9/1644>. Acesso em: 05 mai. 2025.

CICONELLI, Rozana Mesquita *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (BRASIL SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-50, mai./jun. 1999. Disponível em: <https://tosaudefuncional.com/wp-content/uploads/2013/03/questionario-de-qualidade-de-vida-sf36-traduc3a7c3a3o-e-validac3a7c3a3o.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2024.

COHEN, Carl I. *et al.* Frailty: A Multidimensional Biopsychosocial Syndrome. **Medical Clinics of North America**, v. 107, n. 1, p. 183-197, jan. 2023. DOI: 10.1016/j.mcna.2022.04.006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.ez15.periodicos.capes.gov.br/36402498/>. Acesso em: 24 abr. 2025.

CORTEZ, Paulo José *et al.* Incapacidade funcional e fatores associados em idosos atendidos na atenção primária. **Geriatrics Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 17, e0230033, 2023. DOI: 10.53886/gga.e0230033. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/pt_v172200104.pdf. Acesso em: 25 out. 2024.

COUTO, Ana Cristina Lima; PICHININI, Yasmin Rissato. Desigualdade na distribuição de renda no brasil: Uma análise para o ano de 2022. **A Economia em Revista**, Maringá, v. 31, n. 3, p. 27-37, set./dez. 2023. DOI: 10.4025/econrev.v31i3.70833. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EconRev/article/view/70833>. Acesso em: 08 mai. 2025.

CUNHA, Hurana Ketile da *et al.* Risco de violência e qualidade de vida de pessoas idosas atendidas no ambiente hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e65329, set. 2022. DOI: 10.12957/reuerj.2022.65329. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/65329>. Acesso em: 08 mai. 2025.

DENT, Elsa *et al.* Malnutrition in older adults. **The Lancet**, London, v. 401, n. 10380, p. 951-966, mar. 2023. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)02612-5. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)02612-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)02612-5/abstract). Acesso em: 22 set. 2024.

DEPPING, Malte S. *et al.* Depression im Alter und Frailty – epidemiologische, klinische und neurobiologische Zusammenhänge. **Der Nervenarzt**, v. 94, n. 3, p. 234-239, mar. 2023. DOI: 10.1007/s00115-023-01444-0. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-023-01444-0>. Acesso em: 08 mai. 2025.

DINIZ, Cleisiane Xavier; SANTO, Fátima Helena do Espírito; RIBEIRO, Maria de Nazaré de Souza. Análise do risco direto e indireto de violência intrafamiliar contra pessoas idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, e210097, 2021. DOI: 10.1590/1981-22562020024.210097. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/nfZ9CkSf7LJQqnF4Z3zjZsv/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2025.

DOMINGUEZ, Silvia Fraga *et al.* Elder Abuse Vulnerability and Risk Factors: Is Financial Abuse Different From Other Subtypes? **Journal of Applied Gerontology**, Thousand Oaks, v. 41, n. 4, p. 928-939, abr. 2022. DOI: 10.1177/07334648211036402. Disponível em:

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8966108/pdf/10.1177_07334648211036402.pdf. Acesso em: 29 set. 2024.

DUARTE, Yeda A. O.; DOMINGUES, Marisa Accioly R. Tradução, Adaptação Transcultural e Validação do “Family Apgar”. In: DUARTE, Yeda A. O.; DOMINGUES, Marisa Accioly R (org.). **Família, rede de suporte social e idosos:** instrumentos de avaliação. São Paulo: Blucher, 2020. p. 75-182. DOI: 10.5151/9788580394344. Disponível em: <https://openaccess.blucher.com.br/article-details/04-21965/>. Acesso em: 03 mar. 2025.

FABRÍCIO-WEHBE, Suzele Cristina Coelho *et al.* Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale - EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1043-1049, nov./dez. 2009. DOI: 10.1590/S0104-11692009000600018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vMLZjV6WRVqfn4hPHcZNJJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2024.

FABRÍCIO-WEHBE, Suzele Cristina Coelho *et al.* Reprodutibilidade da versão brasileira adaptada da *Edmonton Frail Scale* para idosos residentes na comunidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1330-1336, nov./dez. 2013. DOI: 10.1590/0104-1169.2933.2371. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/wRNH8RmnmRvHkrj4cr4NYqC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 jul. 2025.

FILIPSKA, Karolina *et al.* Prevalence and associated factors of elder psychological abuse - a crosssectional screening study, based on a hospitalized community from Poland. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 90, n. 104152, set./out. 2020. DOI: 10.1016/j.archger.2020.104152. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32623311/>. Acesso em: 20 set. 2024.

FRIED, Linda P. *et al.* Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. **Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, Washington, v. 59, n. 3, p. 255-263, abr. 2004. DOI: 10.1093/gerona/59.3.M255. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/8670633_Untangling_the_Concepts_of_Disability_Frailty_and_Comorbidity_Implications_for_Improved_Targeting_and_Care#fullTextFileContent. Acesso em: 18 ago. 2024.

GIRALDO-RODRÍGUEZ, Liliana; PAVÓN-LEÓN, Patricia. Maltrato de personas mayores con multimorbilidad y su relación con la calidad de vida. **Horizonte Sanitário**, Villahermosa, v. 22, n. 3, p. 561-572, set./dez. 2023. DOI: 10.19136/hs.a22n3.5634. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-7459202300300561#t5. Acesso em: 03 mai. 2024.

GOMES, Gabriela Carneiro *et al.* Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3. mar. 2021. DOI: 1590/1413-81232021263.08222019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nxHVHrZDqVpH7LPnpbRvWTc/>. Acesso em: 16 mai. 2025.

GONZALEZ, Tatiane Nogueira; PALUDO, Cristina dos Santos; MEUCCI, Rodrigo Dalke. Vulnerability among rural older adults in southern Brazil: population-based study. **Rural and Remote Health**, v. 23, n. 3, set. 2023. DOI: 10.22605/RRH7714. Disponível em: https://www.rrh.org.au/assets/article_documents/article_print_7714.pdf. Acesso em: 29 set. 2024.

GUIGOZ, Yves. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, Paris, v. 10, n. 6, p. 466-487, nov./dez. 2006. PMID: 17183419. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/6617787_The_Mini_Nutritional_Assessment_MNAR_Review_of_the_Literature-What_Does_It_Tell_Us. Acesso em: 14 mar. 2025.

GUNER, Türkan Akyol. Evaluation of frailty, abuse and depression among community-dwelling older adults in a northwest city of Turkey. **Psychogeriatrics**, v. 22, n. 4, p. 485-492, jul 2022. DOI:10.1111/psych.12832. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35429203/>. Acesso em: 06 mai. 2025

GÜRSOY, Melike Yalçın; YAMAÇ, Sabriye Uçan. Elder abuse, depression, anxiety, and stress in community-dwelling older adults. **Psychogeriatrics**, v. 24, n. 2, p. 336-344, 2024. DOI: 10.1111/psych.13079. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38237963/>. Acesso em: 16 mai. 2025.

HANCOCK, David; PILLEMER, Karl. Global Review of Elder Mistreatment Research: A Narrative Review. **GeroPsych**, Bern, v. 36, n. 3, p. 127-134, set. 2022. DOI: 10.1024/1662-9647/a000299. Disponível em: researchgate.net/publication/363905600_Global_Review_of_Elder_Mistreatment_Research_A_Narrative_Review#fullTextFileContent. Acesso em: 22 abr. 2025.

HASSELMANN, Maria Helena; REICHENHEIM, Michael 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**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1083-1093, jul./ago. 2003. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000400030. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NBdyR6SSHbBPryfyXkBFn4S/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2024.

HU, Ting *et al.* Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. **Psychiatry Research**, v. 311, n. 114511, mai. 2022. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114511. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35316691/>. Acesso em: 20 out. 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua): 2022. **Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. ISBN: 9788524045431. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101963_informativo.pdf. Acesso em: 03 abr. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Nota complementar - Pessoas Idosas com 60 anos ou mais de idade - Censo 2022**. 2023a. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalhe-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2101&id=6744>. Acesso em: 11 nov. 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. **Agência IBGE Notícias**, 2023b. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012->

agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos. Acesso em: 11 nov. 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. **Censo Demográfico 2022**: Tabela 9606 - População residente, por cor ou raça, segundo o sexo e a idade. 2023c. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/9606#notas-tabela>. Acesso em: 04 abr. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). **Tabela 7126 - Número médio de anos de estudo das pessoas de 15 anos ou mais, por sexo e grupo de idade**. 2023d. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7126>. Acesso em: 06 jun. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama Geral. Pessoas de 18 anos ou mais de idade, por nível de instrução**: Dados dos Resultados preliminares da amostra, estimados a partir de áreas de ponderação preliminares. IBGE, 2023e. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 04 abr. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas completas de mortalidade para o Brasil – 2023**: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2024a. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2023.pdf. Acesso em: 14 abr. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua): 2024. **Tabela 7113 - Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por sexo e grupo de idade**. 2024b. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7113#resultado>. Acesso em: 05 abr. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua): 2024. **Educação 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024c. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102002_informativo.pdf. Acesso em: 06 abr. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua): 2024. **Tabela 6578 - Número médio de moradores por domicílio**. 2024d. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6578>. Acesso em: 05 abr. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Composição domiciliar e óbitos informados - Resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024e. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102127.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais. Tabelas – 2024. Padrão de vida e distribuição de rendimentos. **Tabela 2.12 - Pessoas, total e de 14 anos ou mais de idade, sem rendimento próprio de todas as fontes, ocupadas que contribuem para instituto de previdência social e em domicílios com recebimento de benefícios de transferências sociais, segundo características**

selecionadas - Brasil – 2023. 2024f. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?edicao=42003&t=resultados>. Acesso em: 06 jun. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais. Tabelas – 2024. Padrão de vida e distribuição de rendimentos. **Tabela 2.8 - Total e respectiva distribuição percentual das pessoas, por classes de rendimento domiciliar per capita, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação - Brasil – 2023.** 2024g. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?edicao=42003&t=resultados>. Acesso em: 06 jun. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNAD Contínua – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual. **Tabela 7334 – Percentual de pessoas que utilizaram a Internet no período de referência dos últimos três meses na população de 10 anos ou mais de idade, por grupo de idade.** 16 ago. 2024. 2024h. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7334#resultado>. Acesso em 11 abr. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022: católicos seguem em queda; evangélicos e sem religião crescem no país.** Atualizado em 06 jun. 2025. 2025a. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43593-censo-2022-catolicos-seguem-em-queda-evangelicos-e-sem-religiao-crescem-no-pais#:~:text=O%20catolicismo%20foi%20a%20religi%C3%A3o,%2C5%25%2C%20no%20Nordeste>. Acesso em: 13 jun. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNAD Contínua – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual. **Tabela 7429 - Participação percentual na composição do rendimento médio mensal real domiciliar per capita, a preços médios do ano, por tipo de rendimento.** Atualizado em 08 mai. 2025b. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7429> Acesso em: 05 jun. 2025.

IBORRA-MARMOLEJO, Isabel *et al.* Unmasking Elder Abuse: Depression and Dependency in the Post-Pandemic Era. **Healthcare**, v. 12, n. 1476, p. 1-11, jul. 2024. DOI: 10.3390/healthcare12151476. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39120179/>. Acesso em: 22 abr. 2025.

INPEA – INTERNATIONAL NETWORK FOR THE PREVENTION OF ELDER ABUSE. 2024. Disponível em: <http://www.inpea.net/>. Acesso em: 05 nov. 2024.

KIZIR, Zeynal; KOÇAK, Hatice Serap; SERİN, Emine Kaplan. The relationship between activities of daily living and abuse in the elderly: cross-sectional study during covid 19. **International Journal of Environmental Health Research**, Basel, v. 34, n. 1, p. 639-648, jun. 2023. DOI: 10.1080/09603123.2023.2228246. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37356059/>. Acesso em: 24 abr. 2025.

KOGA, Chie *et al.* Elder Abuse and Depressive Symptoms: Which is Cause and Effect? Bidirectional Longitudinal Studies From the JAGES. **Journal of Interpersonal Violence**, Thousand Oaks, v. 37, ed.11-12, NP9403–NP9419, jun. 2022. DOI: 10.1177/0886260520967135. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0886260520967135>. Acesso em: 10 abr. 2025.

KRAWCZYK-SUSZEK, Marlena; KLEINROK, Andrzej. Health-Related Quality of Life (HRQoL) of People over 65 Years of Age. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 19, n. 625, jan. 2022. DOI: 10.3390/ijerph19020625. Disponível em: <https://www.mdpi.com/journal/ijerph>. Acesso em: 24 abr. 2025.

KSHATRI, Jaya Singh *et al.* Is multimorbidity associated with risk of elder abuse? Findings from the AHSETS study. **BMC Geriatrics**, Boston, v. 21, n. 413, p. 1-8, jul. 2021. DOI:10.1186/s12877-021-02347-y. Disponível em: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com.ez15.periodicos.capes.gov.br/articles/10.1186/s12877-021-02347-y>. Acesso em: 10 abr. 2025.

LAWTON, M. Powell; BRODY, Elaine M. Assesment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. **The Gerontologist**, Washington, v. 9, p. 179-185, 1969. DOI: 10.1093/geront/9.3_Part_1.179. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5349366>. Acesso em: 20 set. 2024.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/n4/v12n4a03.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.

LOPES, Emmanuel Dias de Sousa.; D'ELBOUX, Maria José. Violência contra a pessoa idosa no município de Campinas, São Paulo, nos últimos 11 anos: uma análise temporal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, e200320, 2021. DOI: 10.1590/1981-22562020023.200320. Disponível em: scielo.br/j/rbgg/a/9cffkm8dTNQB5RvdBCsdKcj/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 25 set. 2024.

LOURENÇO, Roberto Alves; VERAS, Renato Peixoto. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em pessoas idosas ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p.712-719, ago. 2006. DOI: 10.1590/S0034-89102006000500023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-437959>. Acesso em: 20 mar. 2024.

LOURENÇO, Roberto Alves; VERAS, Renato Peixoto; RIBEIRO, Pricila Cristina Correa. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 7-16, jan./abr. 2008. DOI: 10.1590/1809-9823.2008.11012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/tK8BDZqm9tcGVT5Tg4PqFLv/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2024.

LYRA, Clélia de Oliveira; COSTA, Nilma Dias Leão; ROSENDO, Tatiana Maria Silva de Souza. Pesquisa Epidemiológica. In: SOUZA, Evânia Leiros de *et al* (org). **Metodologia da Pesquisa: Aplicabilidade em trabalhos científicos na área de saúde**. 2. ed. p. 204-221. Natal: Edufrn, 2019. ISBN 978-85-425-0934-2. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/27909>. Acesso em: 15 ago. 2024.

MACHADO, Daniel Rodrigues *et al.* Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 1119-1128, mar. 2020. DOI: 10.1590/1413-

81232020253.19232018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cBqSSWBMrF9bnNv3Dhx8d7g/>. Acesso em: 10 ago. 2024.

MACHADO, Renata Santos Pereira; COELHO, Maria Auxiliadora Santa Cruz; VERAS, Renato Peixoto. Validity of the portuguese version of the mini nutritional assessment in brazilian elderly. **BMC Geriatrics**, Boston, v. 15, n. 132, p. 1-8, out. 2015. DOI: 10.1186/s12877-015-0129-6. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0129-6>. Acesso em: 03 mar. 2025.

MACHADO, Dinair Ferreira; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de. Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 3, p. 5003-5012, 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212611.3.02472020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yxT3jYZczC9LvqH8WRj79rf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2025.

MAHONEY, Florence I.; BARTHEL, Dorothea W. Functional evaluation: the Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**, Baltimore, v. 14, p. 56-61, fev. 1965. PMID: 14258950. Disponível em: <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2024.

MAIA, Flávia de Oliveira Motta *et al.* Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 46, spe, p. 116-122, out. 2012. DOI: 10.1590/S0080-62342012000700017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/rFRhbJC69dGGmvYcZyj55JR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 set. 2024.

MANN, Clifford J. Observational research methods. Research design II: cohort, cross sectional, and case-control studies. **Emergency Medicine Journal**, v. 20, n. 1, p. 54-60, 2003. DOI:10.1136/emj.20.1.54. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12533370/>. Acesso em: 07 mar. 2025.

MARINHO, Jéssica da Silva *et al.* Burden, satisfaction caregiving, and family relations in informal caregivers of older adults. **Frontiers in Medicine**, Lausanne, v. 22, n. 9, p. 1-8, dez. 2022. DOI: 10.3389/fmed.2022.1059467. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9813492/pdf/fmed-09-1059467.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2025.

MATOS, Neuza Moreira de *et al.* Mediação de conflito: soluções propostas em atendimento a casos de violência contra a pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, 2021. DOI: 10.1590/1981-22562020024.210068. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbogg/a/vDV8c6chV7BVNZ7vr3FKdck/>. Acesso em: 16 mai. 2025.

MELCHIORRE, Maria Gabriella *et al.* The prevalence, severity and chronicity of abuse towards older men: Insights from a multinational European survey. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 16, n. 4, e0250039, abr. 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0250039. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250039>. Acesso em: 21 set. 2024.

MENEZES, Tarcísio Almeida *et al.* Distribuição espacial dos serviços de saúde especializados para pessoas com deficiência em João Pessoa/PB: uma análise sobre o acesso em saúde. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, Recife, v. 24, e202241, mar. 2022. DOI: 10.22296/2317-1529.rbeur.202241. Disponível em: <https://rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/view/7127/5501>. Acesso em: 17 ago. 2024.

MILNER, John D. *et al.* Orthopedic Manifestations of Abuse. **The American Journal of Medicine**, New York, v. 134, n. 3, p. 306-309, mar. 2021. DOI: 10.1016/j.amjmed.2020.09.031. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002934320309165>. Acesso em: 28 jul. 2025.

MINOSSO, Jéssica Sponton Moura *et al.* Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, abr. 2010. DOI: 10.1590/S0103-21002010000200011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/7n8WhRb6Wvcs3QdrWx3ywJn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2025

MORAIS, Jorge Luís Maia *et al.* Lágrimas de solidão: similitudes reacionais no luto por perdas e abandono na velhice. **Revista Kairós - Gerontologia**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 467-491, set. 2019. DOI: 10.23925/2176-901X.2019v22i3p467-491. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/49521/32349>. Acesso em: 13 set. 2024.

MOSAFER, Hadis *et al.* Factors associated with financial exploitation in older adults: A systematic review. **Geriatric Nursing**, v. 61, p. 662-671, jan./fev. 2025. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2024.10.028. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39516091/>. Acesso em: 08 mai. 2025

NEALE, Anne Victoria *et al.* Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. **Journal of Applied Gerontology**. v. 10, n. 4, p. 406-415, dez. 1991. DOI: 10.1177/073346489101000403. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/073346489101000403>. Acesso em: 10 ago. 2024.

NEMATI-VAKILABAD, Reza *et al.* The prevalence of elder abuse and risk factors: a cross-sectional study of community older adults. **BMC Geriatrics**, Boston, v. 23, n. 616, set. 2023. DOI: 10.1186/s12877-023-04307-0. Disponível em: <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-023-04307-0>. Acesso em: 01 nov. 2024.

NOBELS, Anne *et al.* Sexual violence in older adults: a Belgian prevalence study. **BMC Geriatrics**, Boston, v. 21, n. 601, out. 2021. DOI: 10.1186/s12877-021-02485-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34702179/>. Acesso em: 22 out. 2024.

NUNES, Daniella Pires *et al.* Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 1-9, fev. 2015. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005516. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002720191>. Acesso em: 10 set. 2024.

O'CAOIMH, Rónán *et al.* Prevalence of frailty in 62 countries across the world: a systematic review and meta-analysis of population-level studies. **Age and Ageing**, London, v. 50, n. 1, p.

96-104, jan. 2021. DOI: 10.1093/ageing/afaa219. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33068107/> Acesso em: 30 out. 2024.

OLIVEIRA, Luiza Maria de *et al.* Relação entre a violência psicológica, depressão e sociodemográficos em idosos atendidos no ambiente hospitalar. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 98, n. 1, e024246, jan. 2024. DOI: 10.31011/reaid-2024-v.98-n.1-art.1725. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1725>. Acesso em: 08 mai. 2025.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Década do Envelhecimento Saudável**: Relatório de Linha de Base. Washington, DC: OPAS, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726587>. Acesso em: 08 nov. 2024.

ÖZER, Nesrin; TANRIVERDI, Derya. Determining depression, abuse, and neglect in elderly individuals. **Psychogeriatrics**, v. 23, n. 4, p. 690-700, jul. 2023. DOI: 10.1111/psyg.12979. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.ez15.periodicos.capes.gov.br/37300439/>. Acesso em: 28 abr. 2025.

PAMPOLIM, Gracielle; LEITE, Franciélé Marabotti Costa. Negligência e violência psicológica contra a pessoa idosa em um estado brasileiro: análise das notificações de 2011 a 2018. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, e190272, out. 2020. DOI: 10.1590/1981-22562020023.190272. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/6jf7Yz3ZxxGDGFNNGqwygyD/?lang=pt#>. Acesso em: 27 mar. 2025.

PAZ, Adriana Aparecida.; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos; EIDT, Olga Rosaria. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 338-342. set. 2006. DOI: 10.1590/S0103-21002006000300014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/6WjxpYs3ZKXMhsjXvRKPxT/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2024.

PERSEGUINO, Marcelo Geovane; OKUNO, Meiry Fernanda Pinto; HORTA, Ana Lúcia de Moraes. Vulnerabilidade e qualidade de vida de pessoas idosas em diferentes situações de atenção familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, suppl. 4, e20210034, 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0034. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Px6rC7vs5JvVHtdyVncZ9tb/?lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2025.

PETER, Seelia *et al.* Effectiveness of interventions to prevent abuse in people living with dementia in community settings: A systematic review. **Dementia**, London, v. 23, n. 8, p. 1327-1353, nov. 2024. DOI: 10.1177/14713012241260476. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11491043/pdf/10.1177_14713012241260476.pdf. Acesso em: 29 nov. 2024.

PILLEMER, Karl *et al.* Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. **The Gerontologist**, Washington, v. 56, n. S2, S194-S205, mar. 2016. DOI: 10.1093/geront/gnw004. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5291158/pdf/gnw004.pdf>. Acesso em: 24 set. 2024.

RAÎCHE, Michel; HÉBERT, Réjean; DUBOIS, Marie-France. PRISMA-7: a casefinding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. Amsterdam, v. 47, n. 1, p. 9-18, jul./ago. 2008. DOI:

10.1016/j.archger.2007.06.004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494307001409?via%3Dihub>. Acesso em: 03 out. 2024.

RAJPUT, Meena *et al.* Determinants of quality of life of geriatric population in rural block of Haryana. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, Cheyenne, v. 11, n. 9, p. 5103-5109, out. 2022. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1943_21. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9730966/>. Acesso em: 23 out. 2024.

RAPOSO, Matheus Farias *et al.* Risco de violência e qualidade de vida entre idosos da comunidade: estudo transversal. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 22, e60966, fev. 2021. DOI: 10.15253/2175-6783.20212260966. Disponível em: www.periodicos.ufc.br/rene. Acesso em: 24 abr. 2025.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; PAIXÃO JÚNIOR, Carlos Montes; MORAES, Claudia Leite. 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**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1801-1813, ago. 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000800009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PsXtDRnx79JSrgctWcbgFm/>. Acesso em: 22 out. 2024.

REIS JÚNIOR, Wanderley Matos *et al.* Prevalence of functional dependence and chronic diseases in the community-dwelling Brazilian older adults: an analysis by dependence severity and multimorbidity pattern. **BMC Public Health**, London, v. 24, n. 140, p. 1-14, jan. 2024. DOI: 10.1186/s12889-023-17564-w. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-17564-w>. Acesso em: 15 out. 2024.

REUBEN, David B.; SOLOMON, David H. Assessment in geriatrics: of caveats and names. **Journal of the American Geriatrics Society**, Chicago, v. 37, n. 6, p. 570-572, jun. 1989. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1989.tb05691.x. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/j.1532-5415.1989.tb05691.x>. Acesso em: 20 abr. 2024.

REYNA, Raúl Barceló; CONTRERAS, Martha Ornelas; VEJA, Humberto Blanco. Utilización del Cuestionario de Salud SF-36 en personas mayores. Revisión sistemática. **Ansiedad y Estrés**, Madrid, v. 27, p. 95-102, set. 2021. DOI: 10.5093/anyes2021a13. Disponível em: <https://www.ansiedadestres.es/sites/default/files/rev/2021/anyes2021a13.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2025.

RIBEIRO, Maria de Nazaré de Souza *et al.* Evidências científicas da prática da violência contra pessoas idosas: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, eAPE00403, jun. 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AR00403. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/kgjXpP5yQM7FkYMcgNXjwJx/>. Acesso em: 17 set. 2024.

RIBEIRO, Dayane Akinara Toledo *et al.* Vulnerabilidade, violência familiar e institucionalização: narrativas de idosos e profissionais em centro de acolhimento social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, e20200259, 2021. DOI: 0.1590/1983-1447.20200259. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/113584/61595>. Acesso em: 27 out. 2024.

RISAL, Ajay *et al.* Quality of life and its predictors among aging people in urban and rural Nepal. **Quality of Life Research**, v. 29, p. 3201-3212, jul. 2020. DOI: 10.1007/s11136-020-02593-4. Disponível em: <https://link-springer-com.ez15.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s11136-020-02593-4>. Acesso em: 26 abr. 2025.

RIVARA, Frederick *et al.* The effects of Violence on Health. **Health Affairs**, Washington, v. 38, n. 10, p. 1622-1629, out. 2019. DOI: 10.1377/hlthaff.2019.00480. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31589529/>. Acesso em: 30 abr. 2025.

ROCHA, Kalyne Macêdo *et al.* Aspectos associados à vulnerabilidade em saúde em pessoas idosas atendidas na atenção primária à saúde. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, Evora, v. 10, supp. 2, p. 77-92, nov. 2024. DOI: 60468/r.riase.2024.10(2).704.78-92. Disponível em: https://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/704/1205. Acesso em: 13 mai. 2025.

ROCHA, Sara Antunes *et al.* Conflito geracional como motivação de violência contra pessoas idosas no Brasil. **Revista Aracê**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 4, p.15469-15485, abr. 2025. DOI: 10.56238/arev7n3-304. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4168>. Acesso em: 21 abr. 2025.

ROLFSON, Darryl B. *et al.* Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age and Ageing**, London, v. 35, n. 5, p. 526-529, set. 2006. DOI: 10.1093/ageing/afl041. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16757522/>. Acesso em: 22 jun 2024.

ROMERO, Maritza Alfonso *et al.* Maltrato financiero a los adultos mayores. Policlínico “Carlos Manuel Portuondo”, La Habana. **Revista Habanera de Ciencias Médicas**, Havana, v. 20, n. 1, e2911, jan./fev. 2021. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2021000100016. Acesso em: 10 out. 2024.

ROSEN, Tony *et al.* Identifying Injury Patterns Associated With Physical Elder Abuse: Analysis of Legally Adjudicated Cases. **Annals of Emergency Medicine**, v. 76, n. 3, p. 266-276, set. 2020. Disponível em: [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(20\)30210-9/fulltext](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(20)30210-9/fulltext). Acesso em: 18 jul. 2025.

ROSEN, Tony *et al.* Mechanisms and weapons in physical elder abuse injuries: Findings from legally adjudicated cases. **Injury**, v. 54, n. 8, ago 2023. DOI: 10.1016/j.injury.2023.110845. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37296012/>. Acesso em: 29 out. 2024.

ROSS, Jacqueline. Elder Abuse-the Need for Increased Awareness, Assessment, and Reporting in Health Care. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v. 38, n. 6, p. 945-946, dez. 2023. DOI: 10.1016/j.jopan.2023.08.012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38042582/>. Acesso em: 03 nov. 2025.

RUBENSTEIN, Laurence Z. *et al.* Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). **Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, Washington, v. 56, n. 6, p. M366-M372, jun. 2001. DOI: 10.1093/gerona/56.6.m366. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11382797/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

SAENGER, Ana Luiza Flores; CALDAS, Celia Pereira; MOTTA, Luciana Branco. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento PRISMA-7: avaliação das equivalências conceitual, de item e semântica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00072015, set. 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00072015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NBN3zQ65Z78BjsBpw7qpr8x/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SAENGER, Ana Luiza Flores *et al.* Identifying the loss of functional independence of older people residing in the community: Validation of the PRISMA-7 instrument in Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam v. 74, p. 62-67, jan. 2018. DOI: 10.1016/j.archger.2017.09.008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29031102/>. Acesso em: 03 mar. 2025

SALIBA, Debra *et al.* The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **Journal of American Geriatric Society**, New York, v. 49, n. 12, p. 1691-1699, dez. 2001. doi: 10.1046/j.1532-5415.2001.49281.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11844005/>. Acesso em: 15 mar. 2025.

SANTOS, Ana Carolina dos *et al.* Risco de violência, doenças autorreferidas e fragilidade em pessoas idosas hospitalizadas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, eAPE006231, 2023. DOI: 10.37689/acta-ape/2023AO006231. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/kPXg9HdCD85WNnn8rR6xHmS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2025.

SANTOS, Flaviano da Silva *et al.* Characterization and Prevalence of Elder Abuse in Brazil. **Journal of Interpersonal Violence**, Thousand Oaks, v. 36, n. 7, p. NP3803-NP3819, abr. 2021. DOI: 10.1177/0886260518781806. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0886260518781806?casa_token=ePrnUGVjursAAAAA:2EWyHSSodn48jGVSnF1KZg5SPR7DUUWfioNdfLvPdN7Jc1EN3nlfaPj0-dRmtV04arN-42CvFGiR6g. Acesso em: 11 set. 2024.

SANTOS, Maria Angélica Bezerra dos *et al.* Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2153-2175, jun. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.25112018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MpcwN3kZjqZnK9FQXYc6T6j/>. Acesso em: 23 mai. 2024.

SANTOS, Rafael da Costa *et al.* Violência geral, física e psicológica: relação com sintomas depressivos e cognição em idosos (estudo transversal). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, n. 3, e20220375, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0375pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JpdJ7MfDRjNLyJ7PgrKcF7D/?lang=pt>. Acesso em: 08 mai. 2025.

SANTOS, Roberto Lopes dos; VIRTUOSO JÚNIOR, Jair Sindra. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-296, jan. 2008. DOI: 10.5020/575. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/575/2239>. Acesso em: 29 jun. 2024.

SEMBIAH, Sembagamuthu *et al.* Elder abuse and its predictors: a cross-sectional study in a rural area of West Bengal, eastern part of India. **Psychogeriatrics**, v. 20, n. 5, p. 636-644, set.

2020. DOI: 10.1111/psyg.12550. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32250553/>. Acesso em: 05 mai. 2025

SEZER, Onder; ATAS, Ceyda Akbas; DAGDEVIREN, Hamdi Nezih. The Prevalence and Associated Factors of Elderly Abuse: A Cross-Sectional Study. **Konuralp Medical Journal**, Düzce, v. 13, n. 3, p. 570-575, out. 2021. DOI: 10.18521/ktd.947854. Disponível em: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1806620>. Acesso em: 18 abr. 2025.

SEZGIN, Duygu *et al.* Pre-frailty as a multi-dimensional construct: A systematic review of definitions in the scientific literature. **Geriatric Nursing**, v. 41, n. 2, p. 139-146, mar./abr. 2020. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2019.08.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31466806/>. Acesso em: 19 ago. 2024.

SGUERRI, Vinicius dos Santos; CASTRO-COSTA, Érico de; LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio de. Sintomas depressivos na população idosa brasileira: um estudo baseado na Pesquisa Nacional de Saúde-2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, jul. 2024. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sintomas-depressivos-na-populacao-idosa-brasileira-um-estudo-baseado-na-pesquisa-nacional-de-saude2019/19330>. Acesso em 01 abr. 2025.

SHAH, Surya; VANCLAY, Frank; COOPER, Betty. Improving the sensitivity of the Barthel Index for Stroke Rehabilitation. **Journal of Clinical Epidemiology**, Philadelphia, v. 42, n. 8, p. 703-709, jan. 1989. DOI:10.1016/0895-4356(89)90065-6. Disponível em: https://www.academia.edu/19089081/Improving_the_sensitivity_of_the_Barthel_Index_for_stroke_rehabilitation. Acesso em: 25 ago. 2025.

SHARIFI, Sina; KHORZOUGHI, Kimia Babaei; RAHMATI, Mahmoud. The association between intergenerational relationships and depression among older adults: A comprehensive systematic literature review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 119, abr. 2024. DOI: 10.1016/j.archger.2023.105313. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38101113/>. Acesso em: 16 mai. 2025.

SHEIKH, Javaid I.; YESAVAGE, Jerome A. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clinical Gerontologist**, v. 5, n. 1, p. 165-173, 1986. DOI: 10.1300/J018v05n01_09. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J018v05n01_09. Acesso em: 03 set. 2024.

SMILKSTEIN, Gabriel. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. **The Journal of Family Practice**. v. 6, n. 6, p. 1231-1239, jun. 1978. PMID: 660126. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/660126/>. Acesso em: 20 out. 2024.

SOARES, Jefferson da Silva *et al.* Risco de violência e síndrome da fragilidade entre idosos atendidos em serviço hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, suppl. 2, e20220278, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0278pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VJ4TZFVy64FYyxDhgbPvBXs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2025.

SOARES, Jefferson da Silva *et al.* Violência contra pessoas idosas atendidas em instituições hospitalares: estudo transversal em dois municípios da Paraíba. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 27, e230251, 2024. DOI: 10.1590/1981-

22562024027.230251.pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/mqzJPBnLg3qZY9qfmTtZWrr/>. Acesso em: 21 abr. 2025.

SOUSA, Rute Costa Régis de *et al.* Interventions to prevent elder abuse in the community: a mixed-methods systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e3677, abr. 2021. DOI: 10.1590/S1980-220X2019033203677. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5Df6jCcMxq6gf9KdsmHwrWy/>. Acesso em: 29 set. 2024.

SOUZA, Beto. Denúncias de violência contra idosos crescem em 2024. **CNN Brasil**, São Paulo, jun. 2024. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/denuncias-de-violencia-contra-idosos-crescem-em-2024/#:~:text=O%20Disque%201000%2C%20respons%C3%A1vel%20por,65%20mil%20den%C3%BAncias%20de%20viol%C3%A1ncia>. Acesso em: 21 nov. 2024.

SOUZA, Edinilda Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2659-2668, set. 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000600002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cLxGxrPVVmXkwqJqcJ4F3s/>. Acesso em: 22 out. 2024.

STODOLSKA, Agata *et al.* Exploring Elder Neglect: New Theoretical Perspectives and Diagnostic Challenges. **The Gerontologist**, Washington, v. 60, n. 6, e438-448, set. 2020. DOI: 10.1093/geront/gnz059. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/60/6/e438/5496758>. Acesso em: 07 nov. 2024.

STRAUS, Murray A. Measuring intrafamilial conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. **Journal of Marriage and the Family**, v. 41, n. 1, p. 75-88, fev. 1979. DOI: 10.2307/351733. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Measuring-intrafamily-conflict-and-violence%3A-The-Straus/eea71d6a18ef86930d78d36b3e79f7bf0f33162c>. Acesso em: 20 out. 2024.

SUZANA, Rafaela Guio *et al.* Fatores associados à funcionalidade familiar de idosos assistidos por uma unidade de saúde da família de Vitória - ES. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, 2021. DOI: 10.22456/2316-2171.102314. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/102314>. Acesso em: 14 nov. 2024.

TOMASIEWICZ, Anna; POLAŃSKI, Jacek; TAŃSKI, Wojciech. Advancing the Understanding of Malnutrition in the Elderly Population: Current Insights and Future Directions. **Nutrients**, v. 16, n. 2502, p. 1-11, jul. 2024. DOI: 10.3390/nu16152502. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39125381/>. Acesso em: 18 jul. 2025.

TORRES-CASTRO, Sara *et al.* Association Between Frailty and Elder Abuse in Community-Dwelling Older Adults in Mexico City. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 66, n. 9, p. 1773-1778, ago. 2018. DOI: 10.1111/jgs.15489. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.15489>. Acesso em: 08 mai. 2025.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects 2024: Summary of Results**. New York: United Nations, 2024. Disponível em <https://www.un.org/development/desa/pd/sites/>

www.un.org/development/desa/pd/files/files/documents/2024/Jul/wpp2024_summary_of_results_final_web.pdf. Acesso em: 25 nov. 2024.

UNITED NATIONS. General Assembly. **Resolution adopted by the General Assembly on 19 December 2011**. Distribution General, mar. 2012. Disponível em: <https://docs.un.org/en/A/RES/66/127>. Acesso em: 13 nov. 2024.

UNITED NATIONS. Political Declaration and Madrid International Plano f Action on Ageing. **Second World Assembly on Ageing, Madrid, Spain**. New York: United Nations, abr. 2002. Disponível em: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2024.

VAN HOUTEN, Miriam E. *et al.* Types, characteristics and anatomic location of physical signs in elder abuse: a systematic review. **European Geriatric Medicine**, Genoa, v. 13, n. 1, p. 53-85, set. 2022. DOI: 10.1007/s41999-021-00550-z. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8860961/>. Acesso em: 13 out. 2024.

VELLAS, Bruno *et al.* Overview of the MNA – Its History and Challenges. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, Toulouse, v. 10, n. 6, p. 456-465, nov./dez. 2006. DOI: Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/6617786_Overview_of_the_MNA_-_Its_history_and_challenges. Acesso em:

WAMARA, Charles Kiiza; BENNICH, Maria; STRANDBERG, Thomas. Missing voices: older people's perspectives on being abused in Uganda. **Journal of Elder Abuse & Neglect**, v. 33, n. 4, p. 288-310, ago./out. 2021. DOI: 10.1080/08946566.2021.1970682. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34433375/>. Acesso em: 08 out. 2024.

WANDERBROOCKE, Ana Claudia N. S. *et al.* Sentidos da violência psicológica contra idosos: experiências familiares. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p.132-46, dez. 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000200011#1a. Acesso em: 13 out. 2024.

WARE, John E.; SHERBOURNE, Cathy Donald. The MOS 36 item Short-Form Health Survey (SF 36). **Medicine of Care**. v. 30, n. 6, p. 473-483, jul. 1992. DOI: 10.1097/00005650-199206000-00002. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3765916>. Acesso em: 06 out. 2024.

WARE, John E. *et al.* **SF-36 Health Survey**: Manual and Interpretation Guide. Boston: New England Medical Center, 1993. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/John-Ware-6/publication/313050850_SF-36_Health_Survey_Manual_Interpretation_Guide/links/594a5b83aca2723195de5c3d/SF-36-Health-Survey-Manual-Interpretation-Guide.pdf. Acesso em: 06 out. 2025.

WARE, John E. SF-36 Health Survey Update. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3130-3139, dez. 2000. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00008. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/John-Ware-6/publication/12203625_SF-36_Health_Survey_update/links/5b1d4482a6fdcca67b6905c1/SF-36-Health-Survey-update.pdf. Acesso em: 06 out. 2025.

WARMLING, Deise *et al.* Qualidade de vida de mulheres e homens idosos em situação de violência por parceiro íntimo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, e200268, 2021. DOI: 10.1590/1981-22562020024.200268. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/H4Qstc93dz3DrFLkG5gqCQQ/?lang=pt#>. Acesso em: 02 mai. 2025.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoción de la salud**: glosario. Genebra: WHO, 1998. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/67246>. Acesso em: 03 nov. 2024.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=36EA779103D658BB83A336930897C5C3?sequence=1. Acesso em: 09 nov. 2024.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en2>. Acesso em 13 nov. 2024.

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life – Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, London, v. 28, n. 3, p. 551-558, mai. 1998. DOI: 10.1017/s0033291798006667. Disponível em: <https://repository.tilburguniversity.edu/server/api/core/bitstreams/913465d6-28d2-4f42-867d-f3bc784652cc/content>. Acesso em: 02 jun. 2025.

YU, Mingming *et al.* A systematic review of self-neglect and its risk factors among community-dwelling older adults. **Aging & Mental Health**, Saint Louis, v. 25, n. 12, p. 2179-2190, set. 2020. DOI: 10.1080/13607863.2020.1821168. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2020.1821168>. Acesso em: 12 jun. 2025.

YU, Mingming *et al.* Perspectives and experiences of living with self- neglect among older adults: A systematic review and meta- synthesis. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 55, n. 4, p. 771-781, 2023. DOI: 10.1111/jnu.12854. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36494758/>. Acesso em: 12 jun. 2025.

YUNUS, Raudah Mohd; HAIRI, Noran Naqiah; YUEN, Choo Wan. Consequences of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review of Observational Studies. **Trauma, Violence & Abuse**, v. 20, n. 2, p. 197-213, abr. 2019. DOI: 10.1177/1524838017692798. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313896731_Consequences_of_Elder_Abuse_and_Neglect_A_Systematic_Review_of_Observational_Studies/figures?lo=1. Acesso em: 09 out. 2024.

ZHANG, Dan. Elder abuse and depressive symptoms among older adults in China: The moderating role of adverse childhood experiences. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 339, p. 742-749, out. 2023. DOI: 10.1016/j.jad.2023.07.070. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032723009229?via%3Dihub>. Acesso em: 17 set. 2024.

ZHANG, Tianyi *et al.* Elder Financial Exploitation in the Digital Age. **The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law**, Bloomfield, v. 51, n. 2, p. 173-180, mar. 2023. DOI:10.29158/JAAPL.220047-21. Disponível em: <https://jaapl.org/content/early/2023/03/16/JAAPL.220047-21>. Acesso em: 19 out. 2024.

ZHU, Shuai *et al.* Association between social isolation and depression: Evidence from longitudinal and Mendelian randomization analyses. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 350, p. 182-187, abr. 2024. DOI: 10.1016/j.jad.2024.01.106. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032724001174?via%3Dihub>. Acesso em: 23 abr. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

VULNERABILIDADE E CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA APS E ILPI: ESTUDO COMPARATIVO NO BRASIL, PORTUGAL, ESPANHA E FRANÇA

Data _____ / _____ / _____ Coletador _____ Código do Idoso _____

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome do participante: _____
 Nome social (Como gosta de ser chamado): _____ Naturalidade: _____
 Número do Cartão SUS: _____ UBS Vinculado(a): _____
 Endereço: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ Cidade/Estado: _____ País: _____
 Telefone: () Próprio _____ () Vizinho/parente (Nome) _____
 Outros contatos telefônicos para falar diretamente com o participante: _____

OBS: O ENTREVISTADOR DEVERÁ INICIAR A ENTREVISTA COM O MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM). A COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, DE SAÚDE E USO DOS DEMAIS INSTRUMENTOS SÓ DEVE SER REALIZADA EM CASO DE SCORE DO MEEM > 17. EM CASOS QUE O SCORE DO MEEM SEJA ≤ 17 , A COLETA DEVE SER ENCERRADA. FICA A CARGO DO ENTREVISTADOR A SOMA DO SCORE DO MEEM PARA QUE SEJA CONTINUADA OU NÃO A ENTREVISTA.

A - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

“Vou fazer agora algumas perguntas para testar a memória do Senhor (a).”

ORIENTAÇÃO TEMPORAL			
Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS	CÓDIGO
A1	Que dia é hoje (data)?	(0) Errado (1) Certo	
A2	Em que mês estamos?	(0) Errado (1) Certo	
A3	Em que ano estamos?	(0) Errado (1) Certo	
A4	Em que dia da semana estamos?	(0) Errado (1) Certo	
A5	Que horas são agora aproximadamente?	(0) Errado (1) Certo	

ORIENTAÇÃO ESPACIAL			
Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS	CÓDIGO
A6	Em que local nós estamos (andar, sala, cozinha)?	(0) Errado (1) Certo	
A7	Que lugar é este aqui (consultório, hospital, residência)?	(0) Errado (1) Certo	
A8	Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	(0) Errado (1) Certo	
A9	Em que cidade nós estamos?	(0) Errado (1) Certo	
A10	Em que estado nós estamos?	(0) Errado (1) Certo	

REGISTRO DE MEMÓRIA IMEDIATA			
Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS	CÓDIGO
A11	Caneca	(0) Errado (1) Certo	

A12	Tapete	(0) Errado (1) Certo	
A13	Tijolo	(0) Errado (1) Certo	

ATENÇÃO E CÁLCULO

Vou lhe dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos:

*Caso o participante erre o cálculo, corrija e siga com a subtração.

A14	Não sabe fazer cálculos		
A15	100-7 (Resposta: 93)	(0) Errado (1) Certo	
A16	93-7 (Resposta: 86)	(0) Errado (1) Certo	
A17	86-7 (Resposta: 79)	(0) Errado (1) Certo	
A18	79-7 (Resposta: 72)	(0) Errado (1) Certo	
A19	72-7 (Resposta: 65)	(0) Errado (1) Certo	

*Apenas se não souber fazer os cálculos:

Soletre a palavra MUNDO de trás para frente. Marque as letras ditadas corretamente e em ordem.

A20	O (1 ponto)	(0) Errado (1) Certo	
A21	D (1 ponto)	(0) Errado (1) Certo	
A22	N (1 ponto)	(0) Errado (1) Certo	
A23	U (1 ponto)	(0) Errado (1) Certo	
A24	M (1 ponto)	(0) Errado (1) Certo	

O/a senhor/a consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco?

A25	Caneca	(0) Errado (1) Certo	
A26	Tapete	(0) Errado (1) Certo	
A27	Tijolo	(0) Errado (1) Certo	

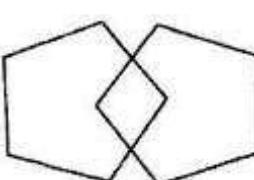
LINGUAGEM

A28	Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome.	(0) Errado (1) Certo	
A29	Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome.	(0) Errado (1) Certo	
A30	Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.	(0) Errado (1) Certo	

Agora vou lhe dar este papel. Quando eu lhe entregar, pegue-o com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão ou me devolva. (Falar os comandos de uma vez só).

A31	Pega a folha com a mão correta	(0) Errado (1) Certo	
A32	Dobra corretamente	(0) Errado (1) Certo	
A33	Coloca no chão (ou devolve)	(0) Errado (1) Certo	
A34	Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: FECHE OS OLHOS	(0) Errado (1) Certo	
A35	Gostaria que o/a senhor/a escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande.	(0) Errado (1) Certo	

Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o (a) senhor (a) copiasse, tentando fazer o melhor possível.

A36	Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos.	(0) Errado (1) Certo	
			

(Pontuação máxima: 30 pontos; Pontuação mínima: 18) TOTAL

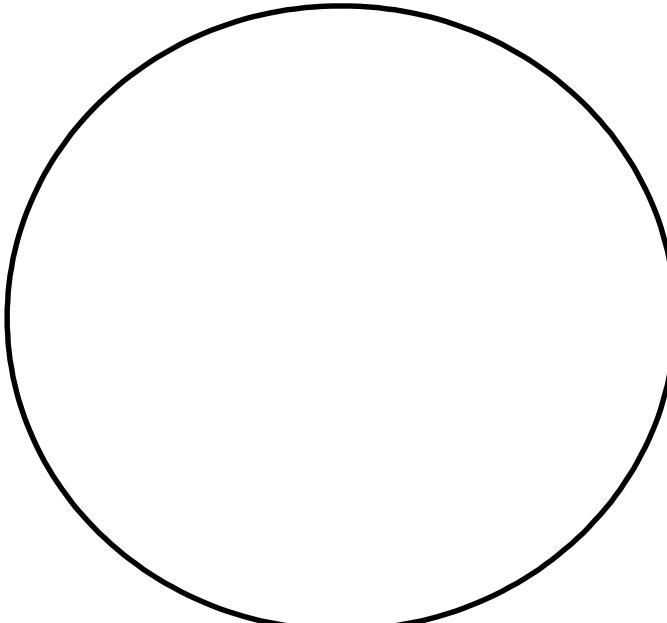
B – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES SOCIAIS

“Vou iniciar fazer agora algumas perguntas gerais.”

Nº	PERGUNTAS		RESPOSTAS	CÓDIGO
B1	Sexo do participante		(1) Masculino (2) Feminino	
B2	Cor relatada		(1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela	(5) Não declarada (6) Outra: (99) NR/NS
B3	Quantos anos o(a) Sr.(a) tem?		anos	(99) NR/NS
B4	Qual sua data de nascimento?			(99) NR/NS
B5	Religião			
B6	Estado civil		(1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Viúvo (a)	(4) Divorciado (a) (5) União estável (99) NR/NS
B7	Mora com quem		(1) Com companheiro (2) Sozinho	(3) Com filho (4) Outro:
B8	Escolaridade	(1) Não sabe ler e escrever (2) Sabe ler e escrever (3) 1º Ciclo (Ensino Fundamental - 1º ao 5º ano) (4) 2º Ciclo (Ensino Fundamental - 6º ao 9º ano) (5) 3º Ciclo (Ensino médio)	(6) Ensino médio incompleto (7) Ensino Profissional (8) Ensino Superior completo (9) Ensino superior incompleto (99) NR/NS	
B9	Ocupação	(1) Formal (2) Informal	(3) Desempregado (4) Aposentado (5) Cuida da Casa	(6) Afastado do Trabalho (7) Outro:
B10	Renda familiar *em salário(s) mínimo(s)			
B11	Tem acesso a internet?		(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	

D – ESCALA DE FRAGILIDADE EDMONTON (EFE)

“Vamos avaliar agora seu estado de sua saúde e seu vigor”

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS	CÓDIGO
Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluisse os ponteiros de forma a indicar “onze horas e dez minutos”			
D1		(0) Aprovado (todos os ponteiros e números estão corretos, não há adições ou duplicidades) (1) Reprovado por pequenos erros (todos os ponteiros e números estão presentes, mas os ponteiros têm o mesmo tamanho) (2) Reprovado por grandes erros (os números não estão na sequência correta e apresentam-se amontoados, não utiliza os ponteiros) (98) NA (99) NR/NS	

D2	Quantas vezes o senhor (a) foi internado no ano passado (últimos 12 meses)?	(0) 0 (1) 1 a 2 vezes (2) mais do que 2 vezes	(98) NA (99) NR/NS	
D3	De um modo geral, como o senhor (a) descreveria sua saúde?	(0) Excelente/muito boa/boa (1) Regular (2) Ruim	(98) NA (99) NR/NS	
Quais destas atividades, você necessita de ajuda? Após assinalar, conte a quantidade de itens e assinale na próxima questão.				
D4	O senhor (a) precisa de ajuda para preparar as refeições?	() Não () Sim	(98) NA (99) NR/NS	
D5	O senhor (a) precisa de ajuda para utilizar um transporte?	() Não () Sim	(98) NA (99) NR/NS	
D6	O senhor (a) precisa de ajuda para realizar os serviços de casa (limpeza)?	() Não () Sim	(98) NA (99) NR/NS	
D7	O senhor (a) precisa de ajuda para cuidar do dinheiro?	() Não () Sim	(98) NA (99) NR/NS	
D8	O senhor (a) precisa de ajuda para fazer compras?	() Não () Sim	(98) NA (99) NR/NS	
D9	O senhor (a) precisa de ajuda para usar o telefone?	() Não () Sim	(98) NA (99) NR/NS	
D10	O senhor (a) precisa de ajuda para lavar roupas?	() Não () Sim	(98) NA (99) NR/NS	
D11	O senhor (a) precisa de ajuda para tomar remédios?	() Não () Sim	(98) NA (99) NR/NS	
Da questão D4 a D11, quantas atividades o entrevistado relatou precisar de ajuda?		(0) 0-1 (1) 2-4 (2) 5-8	(98) NA (99) NR/NS	
D12	O senhor (a) pode contar com alguém que seja capaz e queira lhe ajudar quando você necessita de ajuda?	(0) Sempre (1) Algumas vezes (2) Nunca	(98) NA (99) NR/NS	
D13	O senhor (a) usa cinco ou mais tipos de remédios prescritos de modo regular?	(0) Não (1) Sim	(98) NA (99) NR/NS	
D14	Algumas vezes o senhor (a) esquece de tomar os remédios prescritos?	(0) Não (1) Sim	(98) NA (99) NR/NS	
D15	O senhor(a) recentemente perdeu peso, de modo que suas roupas ficaram folgadas?	(0) Não (1) Sim	(98) NA (99) NR/NS	
D16	O senhor (a) sente-se triste ou deprimido frequentemente?	(0) Não (1) Sim	(98) NA (99) NR/NS	
D17	O senhor(a) tem problema de perder urina sem querer?	(0) Não (1) Sim	(98) NA (99) NR/NS	
D18	Eu gostaria que o senhor (a) sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser “vá”, levante-se e caminhe em passo normal até a marca no chão (aproximadamente 3 metros), retorne até a cadeira e sente-se”. Anotar o tempo total: _____	(0) 0 a 10 segundos (1) 11 a 20 segundos (2) Mais de 20 segundos (2) NR/NS (98) NA		

E - ESCALA AUTORREFERIDA DE FRAGILIDADE

"Vamos continuar questionando sobre seu vigor."

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS		CÓDIGO
E1	Nos últimos 12 meses, o(a) sr.(a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?	() Sim () Não	(98) NA (99) NR/NS	
E2	Se SIM, quantos quilos?	(0) Entre 1-3Kg (1) Mais de 3Kg	(98) NA (99) NR/NS	
E3	Nos últimos 12 meses (último ano), o(a) sr.(a) sente mais enfraquecido, acha que sua força diminuiu?	(1) Sim (0) Não	(98) NA (99) NR/NS	
E4	O(A) sr.(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses (há um ano)?	(1) Sim (0) Não	(98) NA (99) NR/NS	
E5	Você acha que faz menos atividades físicas do que fazia há 12 meses (há um ano)?	(1) Sim (0) Não	(98) NA (99) NR/NS	
E6	Com que frequência, na última semana, o(a) sr.(a) sentiu que não conseguia levar adiante suas coisas (iniciava alguma coisa mas não conseguia terminar)?	(0) Nunca/raramente (menos de 1 dia) (0) Poucas vezes (1-2 dias) (1) Algumas vezes (3-4 dias) (1) A maior parte do tempo		
E7	Com que frequência, na última semana, a realização de suas atividades rotineiras exigiram do(a) sr.(a) um grande esforço para serem realizadas?	(0) Nunca/raramente (menos de 1 dia) (0) Poucas vezes (1-2 dias) (1) Algumas vezes (3-4 dias) (1) A maior parte do tempo		
3 ou mais critérios (presença de fragilidade); 1 ou 2 critérios (pré-fragilidade); Nenhum critério (não frágil). TOTAL				

F - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – (GDS-15)

"Queria perguntar um pouco agora sobre como vai os sentimentos do senhor (a), sua energia, se o senhor (a) tem andado triste ou alegre."

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS		CÓDIGO
F1	O (A) senhor (a) está basicamente satisfeito (a) com a sua vida?	(1) Não (0) Sim		
F2	O (A) senhor (a) deixou muito dos seus interesses e atividades?	(0) Não (1) Sim		
F3	O (A) senhor (a) sente que sua vida está vazia?	(0) Não (1) Sim		
F4	O (A) senhor (a) se aborrece com frequência?	(0) Não (1) Sim		
F5	O (A) senhor (a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(1) Não (0) Sim		
F6	O (A) senhor (a) tem medo que algo ruim possa lhe acontecer?	(0) Não (1) Sim		
F7	O (A) senhor (a) se sente feliz a maior parte do tempo?	(1) Não (0) Sim		
F8	O (A) senhor sente que sua situação não tem saída?	(0) Não (1) Sim		
F9	O (A) senhor (a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(0) Não (1) Sim		
F10	O (A) senhor (a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(0) Não (1) Sim		
F11	O (A) senhor (a) acha maravilhoso estar vivo?	(1) Não (0) Sim		
F12	O (A) senhor (a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(0) Não (1) Sim		
F13	O (A) senhor (a) se sente cheio de energia?	(1) Não (0) Sim		
F14	O (A) senhor (a) acha que sua situação é sem esperança?	(0) Não (1) Sim		
F15	O (A) senhor (a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o (a) senhor (a)?	(0) Não (1) Sim		
(Total > 5 pontos = suspeita de depressão) TOTAL				

H - ESCALA DE VULNERABILIDADE (VES13)

"Queria continuar perguntando um pouco agora sobre como o senhor (a) se sente debilitado, frágil ou indefeso"

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS	CÓDIGO
H1	Idade	(0) 60 - 74 anos (1) 75 - 84 anos (3) > 84 anos	
H2	Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	(0) Excelente (0) Muito Boa (0) Boa (1) Regular (1) Ruim	
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas: considerar no máximo 2 pontos			
H3	Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se?	(0) Nenhuma dificuldade (0) Pouca dificuldade (1) Muita dificuldade (1) Incapaz de fazer	
H4	Levantar, ou carregar objetos com peso $\cong 5$ Kg	(0) Nenhuma dificuldade (0) Pouca dificuldade (1) Muita dificuldade (1) Incapaz de fazer	
H5	Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro	(0) Nenhuma dificuldade (0) Pouca dificuldade (1) Muita dificuldade (1) Incapaz de fazer	
H6	Escrever ou manusear e segurar pequeno objetos	(0) Nenhuma dificuldade (0) Pouca dificuldade (1) Muita dificuldade (1) Incapaz de fazer	
H7	Andar 400 metros ($\cong 4$ quarteirões)	(0) Nenhuma dificuldade (0) Pouca dificuldade (1) Muita dificuldade (1) Incapaz de fazer	
H8	Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar as janelas.	(0) Nenhuma dificuldade (0) Pouca dificuldade (1) Muita dificuldade (1) Incapaz de fazer	
Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:			
H9	Fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos)?	() Recebo ajuda (SIM) () Não recebo ajuda () Não realizo este item () Não realizo por conta da saúde (SIM)	
H10	Lidar com dinheiro (como controlar suas despesas ou contas)?	() Recebo ajuda (SIM) () Não recebo ajuda () Não realizo este item () Não realizo por conta da saúde (SIM)	
H11	Atravessar o quarto andando? Permitido o uso de bengala ou andador.	() Recebo ajuda (SIM) () Não recebo ajuda () Não realizo este item () Não realizo por conta da saúde (SIM)	
H12	Realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça)?	() Recebo ajuda (SIM) () Não recebo ajuda () Não realizo este item () Não realizo por conta da saúde (SIM)	
H13	Tomar banho de chuveiro ou banheira?	() Recebo ajuda (SIM) () Não recebo ajuda () Não realizo este item () Não realizo por conta da saúde (SIM)	
Considerar 4 pontos para uma ou mais respostas "SIM" nas questões H9 a H13.		(0) Nenhum SIM (4) Um ou mais "SIM"	
Classificação final: não vulnerável ≤ 3 pontos, vulnerável ≥ 4 pontos - TOTAL			

I – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (SF-36)

“Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quanto bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado, tentando responder o melhor que puder”

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS	CÓDIGO
I1	Em geral, você diria que sua saúde é:	(1) Excelente (4) Ruim (2) Muito boa (5) Muito ruim (3) Boa	
I2	Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?	(1) Muito melhor (4) Um pouco pior (2) Um pouco melhor (5) Muito pior (3) Quase a mesma	

Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quanto?

I3	Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.	(1) Sim, dificulta muito (2) Sim, dificulta um pouco (3) Não, não dificulta de modo algum	
I4	Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	(1) Sim, dificulta muito (2) Sim, dificulta um pouco (3) Não, não dificulta de modo algum	
I5	Levantar ou carregar mantimentos	(0) Sim, dificulta muito (1) Sim, dificulta um pouco (2) Não, não dificulta de modo algum	
I6	Subir vários lances de escada	(1) Sim, dificulta muito (2) Sim, dificulta um pouco (3) Não, não dificulta de modo algum	
I7	Subir um lance de escada	(1) Sim, dificulta muito (2) Sim, dificulta um pouco (3) Não, não dificulta de modo algum	
I8	Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	(1) Sim, dificulta muito (2) Sim, dificulta um pouco (3) Não, não dificulta de modo algum	
I9	Andar mais de 1 quilômetro	(1) Sim, dificulta muito (2) Sim, dificulta um pouco (3) Não, não dificulta de modo algum	
I10	Andar vários quarteirões	(1) Sim, dificulta muito (2) Sim, dificulta um pouco (3) Não, não dificulta de modo algum	
I11	Andar um quarteirão	(1) Sim, dificulta muito (2) Sim, dificulta um pouco (3) Não, não dificulta de modo algum	
I12	Tomar banho ou vestir-se	(1) Sim, dificulta muito (2) Sim, dificulta um pouco (3) Não, não dificulta de modo algum	

Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

I13	Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou outras atividades?	(1) Sim (2) Não	
I14	Realizou menos tarefas do que você gostaria?	(1) Sim (2) Não	
I15	Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	(1) Sim (2) Não	
I16	Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (ex. necessitou de um esforço extra)?	(1) Sim (2) Não	

Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

I17	Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	(1) Sim (2) Não	
I18	Realizou menos tarefas do que você gostaria?	(1) Sim (2) Não	
I19	Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	(1) Sim (2) Não	

I20	Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?	(1) De forma nenhuma (2) Ligeiramente (3) Moderadamente	(4) Bastante (5) Extremamente	
I21	Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?	(1) Nenhuma (2) Muito leve (3) Leve	(4) Moderada (5) Grave (6) Muito grave	
I22	Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?	(1) De forma nenhuma (2) Um pouco (3) Moderadamente	(4) Bastante (5) Extremamente	

Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

I23	Quanto tempo você se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo	(4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca	
I24	Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo	(4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca	
I25	Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo	(4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca	
I26	Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo	(4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca	
I27	Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo	(4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca	
I28	Quanto tempo você tem se sentido abatido ou desanimado?	(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo	(4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca	
I29	Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo	(4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca	
I30	Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo	(4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca	
I31	Quanto tempo você tem se sentido cansado?	(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo	(4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca	
I32	Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?	(1) Tempo todo (2) A maior parte do tempo (3) Alguma parte do tempo (4) Uma pequena parte do tempo (5) Nenhuma parte do tempo		

O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

I33	Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	(1) Definitivamente verdadeiro (2) A maioria das vezes verdadeiro (3) Não sei	(4) A maioria das vezes falso (5) Definitivamente falso	
I34	Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	(1) Definitivamente verdadeiro (2) A maioria das vezes verdadeiro (3) Não sei	(4) A maioria das vezes falso (5) Definitivamente falso	
I35	Eu acho que a minha saúde vai piorar.	(1) Definitivamente verdadeiro (2) A maioria das vezes verdadeiro (3) Não sei	(4) A maioria das vezes falso (5) Definitivamente falso	
I36	Minha saúde é excelente.	(1) Definitivamente verdadeiro (2) A maioria das vezes verdadeiro (3) Não sei	(4) A maioria das vezes falso (5) Definitivamente falso	

TOTAL

J – QUESTIONÁRIO DE FUNCIONALIDADE (AIVDS) – ESCALA DE LAWTON E BRODY

“Agora eu vou perguntar sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:”

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS	CÓDIGO
J1	Uso do telefone	(1) D: Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone (não consegue atender e nem discar) (2) A: É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números (3) I: É capaz de receber e fazer ligações sem ajuda (99) NR/NS	
J2	Viagens	(1) D: Não tem o hábito ou é completamente incapaz de viajar (2) A: capaz de viajar exclusivamente acompanhado (3) I: capaz de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou táxi. (99) NR/NS	
J3	Fazer compras	(1) D: Não tem o hábito ou é completamente incapaz de fazer compras (2) A: capaz de fazer compras, exclusivamente acompanhado (3) I: capaz de fazer compras, se fornecido transporte (99) NR/NS	
J4	Preparo de refeições	(1) D: Não tem o hábito ou é completamente incapaz de preparar qualquer refeição (2) A: capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho (3) I: capaz de planejar e cozinhar refeições completas (99) NR/NS	
J5	Tarefas domésticas	(1) D: Não tem o hábito ou é completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico (2) A: capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas (3) I: capaz de realizar trabalho doméstico pesado (como esfregar o chão) (99) NR/NS	
J6	Uso de medicação	(1) D: completamente incapaz de tomar remédios sozinho (2) A: capaz de tomar remédios, mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare (3) I: capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa, sem assistência (99) NR/NS	
J7	Manejo do dinheiro	(1) D: Não tem o hábito ou é completamente incapaz de administrar dinheiro (2) A: capaz de administrar necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de contas (3) I: capaz de administrar necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas sem auxílio (99) NR/NS	
TOTAL			

K - QUESTIONÁRIO DE FUNCIONALIDADE (ABVD) – ESCALA DE BARTHEL

“Gostaria de saber qual é a sua relação com as seguintes atividades:”

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS	CÓDIGO
K1	Alimentação	(10) I: Independente - capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; alimenta-se em um tempo razoável; capaz de cortar o alimento, usa temperos, passa manteiga no pão sozinho. (5) A: Necessita de ajuda para cortar o alimento, passar manteiga no pão, etc. (0) D: Dependente - necessita ser alimentado. (99) NR/NS	
K2	Banho	(5) I: Independente - capaz de lavar-se por inteiro, usando o chuveiro ou banheira, permanecendo em pé e se ensaboando com a esponja por todo o corpo; inclui entrar e sair do chuveiro/banheira sem a necessidade de uma pessoa presente. (0) D: Dependente - necessita de alguma ajuda. (99) NR/NS	
K3	Vestir-se	(10) I: Independente: capaz de vestir-se e arrumar-se na roupa; amarra os sapatos, abotoa os botões. (5) A: Necessita de ajuda; faz metade das tarefas em um tempo razoável. (0) D: Dependente: incapaz de arrumar-se, sem assistência maior. (99) NR/NS	

K4	Asseio pessoal	(5) I: Independente: realiza todas as tarefas (lavar as mãos, rosto, cabelo, etc.); inclui barbear-se e escovar os dentes; não necessita de nenhuma ajuda, inclusive pluga o barbeador elétrico na tomada, se for o caso. (0) D: Dependente: necessita de alguma ajuda. (99) NR/NS	
K5	Evacuação	(10) I: Continente: nenhum acidente; se necessita de enema ou supositório pode fazer por si mesmo. (5) A: Acidente ocasional é raro (menos de uma vez por semana); ou necessita de ajuda com supositório. (0) D: Incontinente. (99) NR/NS	
K6	Micção	(10) I: Continente - nenhum acidente; seco durante o dia e a noite; capaz de usar qualquer dispositivo (cateter); se necessário, será capaz de trocar a bolsa coletora de urina. (5) A: Acidente ocasional: menos de uma vez por semana; necessita ajuda com fraldas. (0) D: Incontinente. (99) NR/NS	
K7	Uso do vaso sanitário	(10) I: Independente - entra e sai sozinho; é capaz de tirar e colocar as roupas, limpar-se e prevenir manchas nas roupas; capaz sentar-se e levantar-se sem ajuda ou pode usar barras de suporte. (5) A: Precisa de Ajuda - necessita de ajuda para manter-se em equilíbrio, limpar-se ou tirar a colocar e roupa. (0) D: Dependente - incapaz de manejá-lo sem assistência maior. (99) NR/NS	
K8	Transferência da cama para a cadeira/poltrona	(15) I: Independente - não necessita de ajuda; se utilizar cadeira de rodas, faz de forma independente. (10) A: Mínima ajuda - inclui supervisão verbal e pequena ajuda física (por exemplo, oferecida pelo cônjuge). (5) A: Grande ajuda - capaz de sentar-se sem ajuda, mas necessita de muita assistência para sair da cama. (0) D: Dependente - necessita de apoio completo para levantar-se com a ajuda de duas pessoas; incapaz de permanecer sentado. (99) NR/NS	
K9	Deambulação	(15) I: Independente - pode utilizar qualquer tipo de auxiliar para marcha (próteses, bengalas, muletas, etc.) exceto andador; a velocidade não é importante; pode caminhar pelo menos 50 metros ou equivalente sem supervisão ou ajuda. (10) A: Necessita de ajuda - supervisão verbal ou física, incluindo instrumentos ou outras formas de ajuda para permanecer de pé; deambula por 50 metros. (5) I: Independente em cadeira de rodas - impulsiona sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros; vira a cadeira em cantos apenas. (0) D: Dependente - requer ajuda maior. (99) NR/NS	
K10	Escadas	(10) I: Independente - capaz de subir/descer um andar com escadas sem ajuda ou supervisão, mesmo utilizando o corrimão ou outros instrumentos de apoio. (5) A: Necessita de ajuda - supervisão verbal ou física. (0) D: Dependente - necessita de ascensores (cadeira elevador); não pode subir degraus. (99) NR/NS	
TOTAL			

L – RISCO DE DECLÍNIO FUNCIONAL – PRISMA 7

“Queria continuar perguntando sobre sua saúde geral e sua independência para fazer as coisas do dia-a-dia.”

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS	CÓDIGO
L1	O Sr(a) tem mais de 85 anos?	(1) Sim (0) Não	
L2	Sexo masculino?	(1) Sim (0) Não	
L3	Em geral o Sr(a) tem algum problema de saúde que o obrigue a limitar ou diminuir suas atividades?	(1) Sim (0) Não	
L4	O Sr(a) precisa de alguém para ajudá-lo regularmente?	(1) Sim (0) Não	
L5	Em geral, o Sr(a). tem algum problema de saúde que exija que fique em casa?	(1) Sim (0) Não	
L6	Em caso de necessidade, o Sr(a). pode contar com alguém próximo?	(1) Sim (0) Não	
L7	O Sr(a) usa, regularmente, muleta, andador ou cadeira de rodas?	(1) Sim (0) Não	

M – QUESTIONÁRIO NUTRICIONAL – Mini Nutritional Assessment (MNA)

“Gostaria de saber como o (a) senhor (a) tem se sentido e se comportado ultimamente em relação à alimentação”.

TRIAGEM

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS	CÓDIGO
M1	Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutar?	(0) Diminuição grave da ingestão (1) Diminuição moderada da ingestão (2) Sem diminuição da ingestão	
M2	Perda de peso nos últimos 3 meses	(0) Superior a 3 quilos (1) Não sabe informar (2) Entre 1 e 3 quilos (3) Sem perda de peso	
M3	Mobilidade	(0) Restrito ao leito ou à cadeira de rodas (1) Deambula, mas não é capaz de sair de casa (2) Normal	
M4	Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?	(0) Sim (2) Não	
M5	Problemas neuropsicológicos	(0) Demência ou depressão graves (1) Demência ligeira (2) Sem problemas psicológicos	
M6	Índice de Massa Corporal = peso em kg/(estatura em m) ²	(0) IMC < 19 (1) 19 ≤ IMC < 21 (2) 21 ≤ IMC < 23 (3) IMC ≥ 23	

OBS: Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos):

12-14 pontos: estado nutricional normal; 8-11 pontos: sob risco de desnutrição; 0-7 pontos: desnutrido

TOTAL TRIAGEM**AVALIAÇÃO GLOBAL**

M7	O idoso vive na sua própria casa?	(1) Sim (0) Não (instituição geriátrica ou hospital)	
M8	Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?	(0) Sim (1) Não	
M9	Lesões de pele ou escaras?	(0) Sim (1) Não	
M10	Quantas refeições faz por dia?	(0) Uma refeição (1) Duas refeições (2) Três refeições	

O idoso consome:

M11	Pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?	() Sim () Não	
M12	Duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?	() Sim () Não	
M13	Carne, peixe ou aves todos os dias?	() Sim () Não	
M14	Com base na resposta anterior, responda:	(0) Nenhuma ou uma resposta “SIM” (0,5) Duas respostas “SIM” (1) Três respostas “SIM”	
M15	O idoso consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?	(0) Não (1) Sim	
M16	Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o idoso consome por dia?	(0) Menos de 3 copos (0,5) 3 a 5 copos (1) Mais de 5 copos	
M17	Modo de se alimentar	(0) Não é capaz de se alimentar sozinho (1) Alimenta-se sozinho, porém com dificuldade (2) Alimenta-se sozinho sem dificuldade	
M18	O idoso acredita ter algum problema nutricional?	(0) Acredita estar desnutrido (1) Não sabe dizer (2) Acredita não ter um problema nutricional	
M19	Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o idoso a sua própria saúde?	(0) Pior (0,5) Não sabe (1) Igual (2) Melhor	

M20	Perímetro braquial (PB) em cm	(0) PB < 21 (0,5) 21 ≤ PB ≤ 22 (1) PB > 22	
M21	Perímetro da perna (PP) em cm	(0) PP < 31 (1) PP ≥ 31	
TOTAL AVALIAÇÃO GLOBAL			
PONTUAÇÃO TOTAL			
24 a 30 pontos: normal; 17 a 23,5 pontos: sob risco de desnutrição; <17 pontos: desnutrido			

N - 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, essa pessoa com quem o (a) senhor (a) se desentendeu fez alguma dessas coisas abaixo?”

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS		CÓDIGO
N1	Ele(a) discutiu o problema calmamente?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS	
N2	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	
N3	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	
N4	Ele(a) xingou ou insultou?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS	
N5	Ele(a) ficou emburrado. Não falou mais do assunto?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS	
N6	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	
N7	Ele(a) chorou?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS	
N8	Ele(a) fez ou disse coisas só para irritar?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS	
N9	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	
N10	Ele(a) destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS	
N11	Ele(a) jogou coisas sobre o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS	
N12	Ele(a) empurrou ou agarrou o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS	
N13	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	
N14	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	
N15	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	
N16	Ele(a) espancou o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS	
N17	Ele(a) queimou; estrangulou ou sufocou o (a) senhor (a)?	(0) Não aconteceu (1) Aconteceu algumas vezes	(2) Aconteceu várias vezes (99) NR/NS	
N18	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	
N19	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	
TOTAL				

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

“Vou continuar conversando com o senhor (a) sobre o relacionamento do senhor (a) com as pessoas que convivem com o (a) senhor (a).”

Nº	PERGUNTA	RESPOSTAS	CÓDIGO
O1	O(a) senhor(a) tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou aomédico?	(0) Sim (99) NR/NS	(1) Não
O2	O(a) senhor(a) está ajudando a sustentar alguém?	(0) Não (99) NR/NS	(1) Sim
O3	O(a) senhor(a) muitas vezes se sente triste ou só?	(0) Não (99) NR/NS	(1) Sim
O4	Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como o(a) senhor(a) deve viver ou onde deve morar?	(0) Não (99) NR/NS	(1) Sim
O5	O(a) senhor(a) se sente desconfortável com alguém da sua família?	(0) Não (99) NR/NS	(1) Sim
O6	O(a) senhor(a) é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?	(0) Sim (99) NR/NS	(1) Não
O7	O(a) senhor(a) sente que ninguém quer o senhor(a) por perto?	(0) Não (99) NR/NS	(1) Sim
O8	Alguém da sua família bebe muito?	(0) Não (99) NR/NS	(1) Sim
O9	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 (99) NR/NS	(1) Sim
O10	Alguém já obrigou o(a) senhor(a) a fazer coisas que o(a) senhor(a) não queria fazer?	(0) Não (99) NR/NS	(1) Sim
O11	Alguém já pegou coisas que pertencem a o(a) senhor(a) sem o seu consentimento?	(0) Não (99) NR/NS	(1) Sim
O12	O(a) senhor(a) confia na maioria das pessoas da sua família?	(0) Sim (99) NR/NS	(1) Não
O13	Alguém lhe diz que o(a) senhor(a) causa muitos problemas?	(0) Não (99) NR/NS	(1) Sim
O14	Em casa, o(a) senhor(a) tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer?	(0) Sim (99) NR/NS	(1) Não
O15	Alguém próximo ao(a) senhor(a) tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?	(0) Não (99) NR/NS	(1) Sim
TOTAL			

Q – APGAR DA FAMÍLIA

“Farei agora algumas perguntas relacionadas à satisfação com a sua família.”

Nº	PERGUNTAS	CÓDIGO
Q1	Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	(0) Raramente (1) Às vezes (2) Quase sempre
Q2	Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	(0) Raramente (1) Às vezes (2) Quase sempre
Q3	Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	(0) Raramente (1) Às vezes (2) Quase sempre
Q4	Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	(0) Raramente (1) Às vezes (2) Quase sempre
Q5	Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	(0) Raramente (1) Às vezes (2) Quase sempre
0 - 4 elevada disfunção familiar; 5 - 6 moderada disfunção familiar; 7 - 10 boa funcionalidade familiar.		TOTAL



APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Este é um convite para você participar da pesquisa “Vulnerabilidade e condições sociais e de saúde da pessoa idosa na atenção primária e instituições de longa permanência: estudo comparativo no Brasil, Portugal e Espanha”, que está inserida na rede de pesquisa internacional de mesmo nome, que tem como pesquisador responsável Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres e pesquisadora responsável, no município de João Pessoa, a Profa. Dra. Rafaella Queiroga Souto.

Esta pesquisa pretende analisar a relação da vulnerabilidade com as condições sociais, saúde e cuidados/intervenções na pessoa idosa atendida na atenção primária à saúde e instituições de longa permanência para idosos no Brasil, Portugal e Espanha. Ou seja, este projeto vai verificar suas condições econômicas, de saúde e os tratamentos que você está realizando.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é buscar contribuir para identificação das necessidades de saúde e melhorar o seu tratamento, objetivando uma atenção completa e humanizada na atenção primária à saúde/ou na sua instituição de longa permanência (ILPI).

Caso decida participar, serão coletados os dados por meio de questionários com perguntas sobre sua: memória, fraqueza, capacidade de fazer atividades, tristeza, qualidade de vida, alimentação, e se você está em risco para a violência e como a sua família se encontra, sendo um total de 17 questionários com duração média de 5 minutos cada ou o tempo necessário que você achar que precisa.

A equipe de coleta terá o máximo de cuidado para que todas as informações já existentes sejam anotadas para evitar reavaliações desnecessárias. O tempo de aplicação dos instrumentos será em média de 1h30m em ambiente reservado para garantir a sua privacidade. Serão questionários com perguntas feitas pelo pesquisador e respondidas por você. E para facilitar sua rotina, o pesquisador poderá fazer a aplicação dos questionários nos seus dias de consultas/atendimentos ou em sua residência.

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos durante as entrevistas e os procedimentos de avaliação. Esses riscos poderão ser minimizados, uma vez que a equipe será treinada antes de realizar as avaliações, e o local será restrito ao pesquisador e a você. Qualquer pergunta que lhe cause constrangimento você tem o direito de não responder ou de parar a qualquer momento. Na avaliação da gordura do seu corpo você pode sentir desconfortos quando for usado os aparelhos no seu braço, na barriga ou nas costas, porém a equipe é bem treinada para fazer o exame o mais brevemente possível.

Como benefícios direto da pesquisa você receberá o acompanhamento do seu estado geral, que serão garantidos pelo pesquisador. Os benefícios indiretos serão contribuir para as informações sobre o envelhecimento tanto no Brasil, quanto em Portugal e na Espanha.

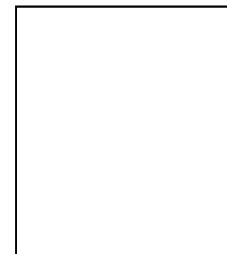
Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa estar relacionado com a pesquisa, compete ao pesquisador responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada na sua cidade.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para o professora Rafaella Queiroga Souto (endereço, e-mail e telefone para contato).

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de cinco anos.

Assinatura do Participante da Pesquisa



Assinatura do Pesquisador Responsável

Impressão
datiloscópica

Contato do pesquisador responsável:

Prof. Dra. Rafaella Queiroga Souto

Endereço: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Centro de Ciências da Saúde Campus I da UFPB -

Fone: (83) 3216-7109

E-mail: rafaellaqueiroga7@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB

Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

ANEXOS

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE E CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO NO BRASIL, PORTUGAL E ESPANHA

Pesquisador: Rafaella Queiroga Souto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36278120.0.2001.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.354.368

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo multicêntrico em rede internacional de pesquisa, analítico comparativo, longitudinal com abordagem quantitativa, multiprofissional e interdisciplinar. Os estudos multicêntricos ocorrem de forma simultânea por meio de um mesmo protocolo em diversas instituições e localidades. São, habitualmente, estudos de grande relevância, pois levantam dados de populações distintas, de diferentes regiões geográficas e países, podendo então, serem interpretados e validados para a população em geral. O estudo será realizado no Brasil, Portugal e Espanha com a população idosa nos cenários da Atenção Primária à Saúde (APS) e Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs) /Residências conforme denominação em cada País, e atende ao Edital 01/2020 - Redes de Pesquisa da UFRN, o que fomentou já a criação da rede internacional de pesquisa sobre vulnerabilidade, saúde, segurança e qualidade de vida do idoso: Brasil, Portugal e Espanha. No Brasil, serão pesquisados idosos residentes em 24 municípios, sendo no Nordeste (Natal/RN, Macaíba/RN, Parnamirim/RN, Santa Cruz/RN, João Pessoa/PB, Jequié/BA, Vitória da Conquista/BA, Recife/PE, Sobral/CE, Teresina/PI, Maceió/AL), Norte (Porto Velho/RO, Palmas/TO, Rio Branco/AC), Centro-Oeste (Goiânia/GO), Sudeste (São Roque/SP, Campinas/SP, Jundiaí/SP, Araras/SP, Divinópolis/MG, Carmo do Cajuru/MG e Viçosa/MG) e Sul (Maringá/PR e Foz do

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.354.368

Iguaçu/PR). No âmbito internacional, em Portugal (Cidade de Évora) e Espanha (Cidade de Murcia). A proposta de pesquisa atual submetida ao Edital 09 PQ/CNPq e Edital 01/2020 de Rede de Pesquisa/UFRN, representa a consolidação de um grande esforço nos últimos dez anos de ampliação da rede de pesquisadores no Brasil e sua internacionalização com Portugal e Espanha na temática do envelhecimento, com a proposição de criação da rede internacional de pesquisa sobre vulnerabilidade, saúde, segurança e qualidade devida do idoso: Brasil, Portugal e Espanha.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a relação da vulnerabilidade com as condições sociais, de saúde e cuidados/intervenções na pessoa idosa atendida na atenção primária à saúde e instituições de longa permanência para idosos no Brasil, Portugal e Espanha.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Tendo em vista que não realizaremos procedimentos invasivos, acreditamos que os riscos serão mínimos, que estaremos atentos a identificá-los e buscar imediatamente suspender a coleta de dados e reparar o eventual dano causado. Em caso de complicações ou danos à saúde nos idosos pesquisados que possam ter relação com a pesquisa, compete aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa em cada cenário/país garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada na sua cidade que a coleta de dados for realizada. O tempo para a avaliação será distribuído em dias alternados (segundas, quartas e sextas) e a equipe terá o máximo de cuidado para que todas as informações já existentes sejam anotadas para evitar reavaliações desnecessárias.

Benefícios: Como benefícios direto da pesquisa o idoso receberá todos as informações das avaliações sobre sua saúde e seus dados sociais e encaminhamentos para atendimentos direcionados a sua necessidade serão garantidos pelo pesquisador. Os benefícios indiretos serão contribuir para as informações sobre envelhecimento tanto no Brasil, quanto em Portugal e Espanha.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em consonância com os objetivos, referencial teórico, metodologia, referências e a estrutura multicêntrica internacional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a documentação comprobatória.

Recomendações:

Divulgar resultados.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.354.368

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1628640.pdf	01/10/2020 11:35:17		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	01/10/2020 11:27:22	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Atual.docx	08/09/2020 09:59:12	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Outros	Chamada_PQ2020_cronogramanovo_link.pdf	05/08/2020 09:35:19	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Outros	EDITAL_N_01_2020_REDES_DE_PESQUISA_ERRATA.pdf	05/08/2020 09:33:49	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/08/2020 09:26:23	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPQ_GILSON_TORRES_CEP_UFRN_COMPLETO.pdf	01/08/2020 15:47:57	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Outros	Instrumentos_Projeto.pdf	01/08/2020 15:46:42	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.354.368

Outros	Termo_Confidentialidade_Pesquisadores.pdf	01/08/2020 15:45:52	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
--------	---	------------------------	------------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 22 de Outubro de 2020

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N	Bairro: CASTELO BRANCO	CEP: 58.051-900
UF: PB	Município: JOAO PESSOA	
Telefone: (83)3216-7791	Fax: (83)3216-7791	E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 16 de fevereiro de 2022

Processo Nº: 3.945/2022

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Gerência de Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **“VULNERABILIDADE E CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO NO BRASIL, PORTUGAL E ESPANHA”**, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **RAFAELLA QUEIROGA SOUTO**, sob orientação de **RAFAELLA QUEIROGA SOUTO**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **DISTRITO SANITÁRIO I, II, III, IV E V**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrovo-me.

Atenciosamente,

Jeovana Stropp
Gerência da Educação na Saúde

Secretaria Municipal de Saúde

Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 03 de fevereiro de 2022

Processo nº 3.945/2022

Da: **GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Para: **DISTRITOS SANITÁRIOS I, II, III, IV E V**

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) encaminha o(a) pesquisador(a) **ADRIANA LUNA PINTO DIAS**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **“VULNERABILIDADE E CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO NO BRASIL, PORTUGAL E ESPANHA”**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de João Pessoa, subscrevo-me.



Jeovana Stropp
Gerência de Educação na Saúde
GES - DATER - SMS

Jeovana Stropp
Gerência da Educação na Saúde