

Fatores associados ao risco de violência contra mulheres idosas: um estudo transversal

Rute Costa Régis De Sousa¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2670-2620>

Gleicy Karine Nascimento De Araújo²

 <https://orcid.org/0000-0002-4395-6518>

Rafaella Queiroga Souto³

 <https://orcid.org/0000-0002-7368-8497>

Renata Clemente Dos Santos²

 <https://orcid.org/0000-0003-2916-6832>

Rafael Da Costa Santos⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-8293-340X>

Luana Rodrigues de Almeida³

 <https://orcid.org/0000-0003-1365-8912>

Objetivo: identificar os fatores associados ao risco de violência contra mulheres idosas. **Método:** trata-se de uma pesquisa quantitativa, analítica e transversal, realizada com 122 mulheres idosas na cidade de Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumentos validados e adaptados para o Brasil. A análise foi realizada por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e estatística inferencial (qui-quadrado de Pearson, teste de correlação de Spearman e regressão logística múltipla). **Resultados:** houve prevalência de risco de maus-tratos em mulheres idosas com menos de 70 anos, alfabetizadas, sem união estável, morando sozinhas, sem nenhuma atividade laboral e com renda superior a um salário mínimo. Existe uma associação significativa entre o risco de violência entre mulheres idosas com maior número de doenças crônicas (24; 77,4%) e menos ativas em atividades avançadas (42; 70,0%). A redução da qualidade de vida e do nível de satisfação com a vida e o aparecimento de sintomas depressivos aumentam o risco de violência. **Conclusão:** multimorbidade, baixa capacidade funcional, sintomas depressivos, baixa qualidade de vida e baixa satisfação com a vida, elevado número de condições crônicas, sintomas depressivos e dependência funcional para a realização de atividades diárias podem ser fatores condicionantes para o surgimento de maus-tratos contra idosos.

Descritores: Enfermagem Forense; Exposição à Violência; Enfermagem Geriátrica; Mulheres; Saúde Pública; Idoso.

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

² Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

³ Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, João Pessoa, PB, Brasil.

⁴ Universidade Federal da Paraíba, Escola de Enfermagem, João Pessoa, PB, Brasil.

Como citar este artigo

Sousa RCR, Araújo GKN, Souto RQ, Santos RC, Santos RC, Almeida LR. Factors associated with the risk of violence against older adult women: a cross-sectional study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3394. [Access   ]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4039.3394>.   

URL

Introdução

O aumento do número de idosos dependentes pode estar relacionado ao processo de envelhecimento, que muitas vezes vem com limitações físicas, emocionais e cognitivas. Quando associados ao baixo nível social, despreparo da família para a prestação de cuidados e histórico recorrente de conflitos intrafamiliares, tais problemas podem ser fatores na ocorrência do fenômeno de maus-tratos contra idosos⁽¹⁾.

Maus-tratos contra o idoso é definido como qualquer tipo de ação ou omissão que ocorra individual ou coletivamente, em uma única ocasião ou repetidamente, dentro de uma relação onde existe confiança ou expectativa, causando dano e/ou angústia ao idoso⁽²⁾. A discussão sobre o fenômeno ainda tem pouca visibilidade no meio acadêmico⁽³⁾; no entanto, merece atenção especial dada a vulnerabilidade e os danos resultantes desse fenômeno à saúde pública e à qualidade de vida da população idosa⁽⁴⁾.

Apesar de listados na literatura, a presença de demência, idade avançada, dependência para realizar atividades básicas de vida, condições socioeconômicas desfavoráveis e sexo feminino são fatores de risco para idosos serem vítimas de violência⁽⁵⁾. A violência contra idosos não ocorre de maneira uniforme e costuma ser encontrada em mais de uma modalidade. Por exemplo, um estudo realizado em Minas Gerais, Brasil, mostrou uma prevalência de violência física e psicológica, seguida de negligência, violência financeira, tortura e violência sexual⁽⁶⁾. As mulheres idosas têm maior probabilidade de serem vítimas de violência, que é predominantemente perpetrada em casa e no ambiente familiar⁽⁷⁾. Tais evidências têm sido observadas com frequência em diferentes estudos e contextos^(4,8-9), o que nos leva a considerar que as mulheres estão mais expostas a vivenciar situações de violência e, portanto, o gênero é um fator de risco para o fenômeno. Essa condição de vulnerabilidade é explicada pelas desigualdades de gênero, em que as mulheres são subjugadas e oprimidas em todas as idades, e isso aumenta na velhice, quando se encontram relações de poder envolvendo outros elementos agressivos que não o gênero.

Em pesquisa realizada com 7257 mulheres pertencentes a diferentes faixas etárias, 65,1% das maiores de 65 anos relataram ter sofrido violência física ou sexual, contra 8% das mulheres entre 16 e 49 anos e 3% das mulheres com idade entre 50 e 65 anos⁽¹⁰⁾.

Para lidar com este fenômeno, é necessária a atuação de profissionais capacitados para o atendimento adequado às idosas vítimas de violência. A área de Enfermagem Forense (EF) foi regulamentada

no Brasil em 2011. É uma especialidade que atua em situações de violência, como triagem e atendimento às vítimas⁽¹¹⁾.

Estudo metodológico, desenvolvido com o objetivo de determinar as competências destinadas à EF para o atendimento de idosos em situação de violência, aponta em seus resultados que existem 47 competências gerais para o exercício, que incluem a identificação de casos confirmados e/ou suspeitos de maus-tratos contra idosos, denunciando casos de violência e implementando planos de intervenção nas vítimas, agressores e/ou suas famílias⁽¹²⁾.

O escopo da EF na área de maus-tratos, abuso sexual, trauma e outras formas de violência concentra-se em estabelecer respostas humanas em todos os contextos e ciclos de vida, incluindo os idosos, bem como desenvolver, promover, monitorar e implementar respostas aos agravos que ocorrem em decorrência da violência por meio da aplicação de práticas de cuidado⁽¹¹⁾. Para fortalecer as ações de prevenção à violência, a identificação dos fatores que influenciam a ocorrência da violência é fundamental no planejamento de uma ação efetiva e resolutiva⁽¹³⁾.

Diante da problemática levantada, justifica-se o desenvolvimento de estudos que compreendam os fatores associados e os maus-tratos contra idosos entre indivíduos que vivem na comunidade, a fim de dar maior visibilidade a este fenômeno e desenvolver uma visão da EF sobre a prática entre os enfermeiros cadastrados, possibilitando a proposição de possíveis intervenções e medidas de prevenção de maus-tratos contra idosos.

Para o assunto em discussão, pode ser colocada a seguinte pergunta: Quais são os fatores que influenciam o risco de maus-tratos contra mulheres idosas? Portanto, o presente estudo tem como objetivo identificar os fatores associados ao risco de violência contra mulheres idosas.

Método

Este é um estudo quantitativo, descritivo e transversal norteado pela ferramenta STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* - Fortalecimento do Relato de Estudos Observacionais em Epidemiologia), desenvolvido para avaliar a qualidade de estudos observacionais (caso-controle, coorte e transversal)⁽¹⁴⁾, realizado de 2016 a 2017 na cidade de Recife, estado de Pernambuco, Brasil.

Participaram do estudo todos os idosos cadastrados na área de abrangência de três equipes de saúde da família da Unidade de Saúde da Família,

localizada na Microárea III do Distrito Sanitário IV, Recife, Pernambuco. A população foi composta por 1209 indivíduos.

A amostra foi calculada de acordo com a fórmula de população finita para estudos epidemiológicos. Com esse cálculo, a amostra resultante foi composta por 159 idosos. Para efeito de avaliação, foram utilizados apenas dados referentes às participantes do sexo feminino por se tratar de uma população mais vulnerável à violência, conforme apontado na literatura⁽⁵⁾, que incluiu 122 indivíduos.

Foi utilizada amostragem aleatória sistemática, sendo o número de participantes determinado proporcionalmente entre as três equipes da unidade de saúde. De cada cinco idosos da lista de cada equipe, um foi escolhido e convidado a participar da pesquisa.

Foram incluídos no estudo indivíduos com 60 anos ou mais, sendo excluídos aqueles que apresentavam deficiência auditiva severa (baixa acuidade ou surdez) ou visual (baixa acuidade visual ou cegueira). Os respectivos critérios de exclusão foram detectados pelo pesquisador por meio de observação ou informação dos responsáveis. Um total de 17 indivíduos foram excluídos devido a esses critérios.

O local da coleta de dados foi o domicílio do idoso, após esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e o sigilo dos dados. Posteriormente, o indivíduo que estava disponível e tinha interesse em participar assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes não receberam incentivos financeiros para participar da pesquisa.

A entrevistadora foi acompanhada pelo Agente Comunitário de Saúde até a residência do idoso, a fim de proporcionar a máxima segurança, visto que o agente faz parte da equipe de saúde e conhece a comunidade.

Para que a escolaridade dos participantes não os impedisse de ler e responder às questões, a pesquisadora leu em voz alta todas as questões dos questionários. Além disso, a entrevistadora solicitou que a pesquisa fosse realizada apenas com o entrevistado, em um espaço privado, construindo assim um ambiente mais favorável para que o idoso se sentisse seguro para responder questões que eram principalmente relacionadas à violência.

A coleta de dados durou aproximadamente 40 minutos. Não foram observadas perdas no desenvolvimento da pesquisa, pois a pesquisadora esclareceu que a coleta poderia ser interrompida e retomada em outros momentos.

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos validados e adaptados para o Brasil: O *Brazil Old Age Schedule* (BOAS)⁽¹⁵⁾; o

Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)⁽¹⁶⁾; o questionário *Self-Reported Chronic Conditions*⁽¹⁷⁾; o *Mini Mental State Examination* (MMSE)⁽¹⁸⁾; *Advanced Activities of Daily Living* (AADLs)⁽¹⁹⁾; *Instrumental Activities of Daily Living* (IADLs)⁽²⁰⁾; *Basic Activities of Daily Living* (BADLs)⁽²¹⁾; e o módulo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-OLD)⁽²²⁾.

A caracterização sociodemográfica da população avaliada foi realizada por meio do instrumento BOAS, que é dividido em seções que incluem informações gerais, saúde física e uso de serviço médico, odontológico e de saúde mental⁽¹⁵⁾. Deste instrumento foram extraídas questões referentes à idade, estado civil, alfabetização, condições de moradia, trabalho e renda (6 questões).

O H-S/EAST é um instrumento americano, composto por 15 questões que analisam o risco de maus-tratos contra idosos. É atribuído um ponto para cada resposta afirmativa, exceto para os itens 1, 6, 12 e 14, onde o ponto é atribuído para respostas negativas. Uma pontuação de três ou mais indica um aumento do risco de um tipo de violência presente⁽¹⁶⁾.

O *Self-Reported Chronic Conditions Questionnaire* avalia, em 7 questões, a presença de patologias crônicas, a saber: angina ou infarto, acidente vascular cerebral ou acidente cerebrovascular (ACV), câncer, artrite ou reumatismo, doença pulmonar, depressão e osteoporose⁽¹⁷⁾. O MMSE foi aplicado para avaliar o déficit cognitivo em idosos por meio de 30 questões. A pontuação desse instrumento pode variar de 0 a 30 pontos, sendo que o ponto de corte pode variar de acordo com a escolaridade do entrevistado, sendo 13 pontos para analfabetismo, 18 para indivíduos com baixa ou média escolaridade e 26 para alto nível de escolaridade⁽¹⁸⁾.

A capacidade funcional dos participantes foi avaliada de acordo com os AADLs, IADLs e BADLs. Os AADLs são 12 questões adaptadas que se referem à participação dos idosos em atividades mais complexas como atividades educativas, cívicas, religiosas e de lazer, oferecendo três respostas possíveis: nunca fez, parou de fazer e ainda faz. Os indivíduos que realizam apenas três ou menos atividades são classificados como menos ativos⁽¹⁹⁾. As IADLs são 7 questões sobre atividades de média complexidade como uso do telefone, uso de transporte, realização de compras e gestão de dinheiro⁽²⁰⁾, enquanto os BADLs foram baseados no índice de Katz, verificando funções como movimentação, higiene, alimentação e controle do esfíncter em 6 questões. Todas as escalas classificaram os idosos como independentes ou dependentes em

função da necessidade de ajuda ou da incapacidade de executar qualquer atividade avaliada⁽²¹⁾.

O módulo WHOQOL-OLD avalia a qualidade de vida. É composto por 24 questões e as respostas são indicadas em escala Likert (de 1 a 5) atribuída a seis elementos, a saber: funcionamento sensorial; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade⁽²²⁾.

O risco de violência foi a variável dependente. As variáveis independentes foram: idade, estado civil, alfabetização, trabalho remunerado, renda, condições de moradia, condições crônicas, atividades da vida diária, qualidade de vida e déficit cognitivo.

Os dados coletados foram inseridos na modalidade de dupla entrada por digitadores independentes no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, e as discordâncias foram revisadas e corrigidas pelo coordenador da coleta de dados.

Posteriormente, a análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e inferencial (qui-quadrado de Pearson, teste de correlação de Spearman e regressão logística múltipla). O teste não paramétrico foi estabelecido porque, de acordo com o resultado do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, as variáveis não apresentaram distribuição normal. O nível de significância de 5% ($p < 0,05$) foi adotado para todas as análises.

O critério de entrada das variáveis no modelo de regressão logística foi estabelecido em $p < 0,02$ com base no resultado do teste de associação. No final, um valor de 0,05 ou menos foi considerado significativo.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco para consideração e foi aprovada sob o Parecer nº 1413599/16. Todas as recomendações e princípios éticos previstos em pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitados e seguidos de acordo com a Resolução 466/12, estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Na amostra houve prevalência de mulheres com idade máxima de 70 anos (72; 59,0%); alfabetizadas (85; 69,7%); solteiras (92; 75,4%); morando com alguém (106; 86,9%); sem trabalho (103; 88,0%); e com renda de até 1 salário mínimo (94; 77,0%). O risco de violência esteve presente em 59,0% ($n=72$) dos entrevistados.

A Tabela 1 a seguir mostra os dados de associação entre essas características e o risco de violência. Não foi observada associação estatisticamente significativa

entre as variáveis; entretanto, houve prevalência de risco de violência para mulheres com mais de 70 anos, alfabetizadas, sem união estável, morando sozinhas, sem atividade profissional e com renda superior a um salário mínimo.

Tabela 1 - Risco de violência em função das características sociodemográficas das idosas participantes da pesquisa. Recife, PE, Brasil, 2016-2017, N=122

Variáveis	Risco de violência		valor-p*
	Com risco	Sem risco	
Idade	n (%)	n (%)	
≤70 anos	42 (58,3)	30 (41,7)	0,85
>70 anos	30 (60,0)	20 (40,0)	
Alfabetizada			
Sim	51 (60,0)	34 (40,0)	0,73
Não	21 (56,8)	16 (43,2)	
Estado civil			
Casada/Morando com alguém	17 (56,7)	13 (43,3)	0,76
Viúva/Separada/ Nunca se casou	55 (59,8)	37 (40,2)	
Condições de moradia			
Vive sozinha	10 (62,5)	6 (37,5)	0,76
Vive com alguém	62 (58,5)	44 (41,5)	
Está trabalhando?			
Sim	6 (42,9)	8 (57,1)	0,19
Não	63 (61,2)	40 (38,8)	
Renda mensal			
Até 1 salário mínimo	54 (57,4)	40 (42,6)	0,51
Mais de 1 salário mínimo	18 (64,3)	10 (35,7)	

*Teste qui-quadrado de Pearson

A Tabela 2 apresenta o risco de violência de acordo com alguns fatores como o número de condições crônicas autorreferidas e as atividades avançadas, instrumentais e básicas de vida diária. Há associação significativa entre o risco de violência contra mulheres idosas e o maior número de doenças crônicas (24; 77,4%) e menor atividade (42; 70,0%), segundo a escala AADL. O cruzamento do risco de violência com as escalas IADL e BADL não foi significativo; no entanto, a dependência foi predominante entre as mulheres idosas em risco de violência.

A Tabela 3 mostra o modelo de regressão logística múltipla correspondente ao risco de violência. Apenas as variáveis com $p < 0,02$ nas análises bivariadas foram incluídas no modelo. Os dados permitem inferir que mulheres idosas com 4 a 7 condições crônicas menos ativas têm 2,69 e 2,22 vezes mais chances de desenvolver algum risco de violência, respectivamente.

Tabela 2 - Associação do risco de violência e os fatores avaliados entre os participantes da pesquisa Recife, PE, Brasil, 2016-2017, N=122

Variáveis	Risco de violência		valor-p*
	Com risco	Sem risco	
	n (%)	n (%)	
Nº de condições crônicas autorreferidas			
0-3	48 (52,7)	43 (47,3)	0,01
4-7	24 (77,4)	7 (22,6)	
AADLs†			
Mais atividade	30 (48,4)	32 (51,6)	0,01
Menos atividade	42 (70,0)	18 (30,0)	
IADLs‡			
Independente	30 (53,6)	26 (46,4)	0,21
Dependente	42 (64,6)	23 (35,4)	
BADLs§			
Independente	55 (57,3)	41 (42,7)	0,33
Dependente	17 (68,0)	8 (32,0)	

*Teste do qui-quadrado de Pearson; †AADL = *Advanced Activities of Daily Living* (Atividades avançadas da vida diária); ‡IADL = *Instrumental Activities of Daily Living* (Atividades instrumentais da vida diária); §BADL = *Basic Activities of Daily Living* (Atividades básicas da vida diária)

Tabela 3 - Variáveis associadas ao risco de violência por meio de regressão logística ajustada. Recife, PE, Brasil, 2016-2017, N=122

Variáveis	OR*	IC†	valor-p‡
Nº de condições autorreferidas			
0-3	1,00	-	-
4-7	2,69	[1,03-7,01]	0,04
Atividades avançadas da vida diária			
Mais atividade	1,00	-	-
Menos atividade	2,22	[1,03-4,75]	0,04

R² ajustado: 0.111; Precisão do teste: 0,336; *OR = Odds Ratio; †IC = Intervalo de Confiança; ‡Importância do teste

A Tabela 4 mostra o resultado da análise de correlação entre os escores totais dos instrumentos H-S/EAST, MMSE e WHOQOL. Por meio da correlação negativa, pode-se observar que à medida que a qualidade de vida diminui, os idosos correm maior risco de violência.

Tabela 4 - Correlação entre o escore total do H-S/EAST e os escores totais do MEEM e WHOQOL. Recife, PE, Brasil, 2016-2017, N=122

Variáveis	Pontuação total do H-S/EAST*	
	Coefficiente de correlação	valor-p†
Pontuação total do MMSE‡	0,008	0,934
Pontuação total do WHOQOL§	-0,253	0,007

*H-S/EAST = *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*; †Teste de correlação de Spearman; ‡MMSE = *Mini Mental State Examination*; §WHOQOL = *World Health Organization Quality of Life*

Discussão

Considerar os fatores preditivos como um guia para a prática profissional possibilita ao profissional direcionar o cuidado às reais necessidades da população em estudo. Ao se referir a Violência Contra Idosos, a EF visa aprimorar o atendimento aos casos considerados forenses, apresentando competências específicas para o enfrentamento desse fenômeno⁽²³⁾. Os dados de caracterização da amostra indicam as situações de predomínio para o risco de violência entre os idosos, que precisam de um olhar da Enfermagem na ótica forense.

Os participantes que alcançaram o escore de risco para maus-tratos tinham predominantemente mais de 70 anos; esses dados corroboram aqueles encontrados em alguns estudos na literatura⁽²⁴⁻²⁵⁾, como um estudo realizado no Irã em que os maus-tratos está presente em 93% (n=57) das mulheres com mais de 72 anos⁽²⁶⁾. Mulheres nessa faixa etária podem estar sob maior risco de violência devido à maior vulnerabilidade que acompanha o avanço da idade⁽²⁴⁾.

Os resultados mostraram que a alfabetização foi caracterizada como fator de risco para violência em mulheres adultas, divergindo da literatura, que afirma que idosos com baixa escolaridade têm maior probabilidade de sofrer maus-tratos⁽²⁷⁾. No entanto, outro estudo afirmou que o risco de violência sexual ou física aumenta com o aumento dos anos de estudo⁽²⁸⁾. A prevalência de risco entre os idosos pode ser justificada pela melhor percepção da violência entre aqueles com maior escolaridade.

Apesar de não ser estatisticamente significativo, o estado civil também é um fator de risco quando se trata de violência. Uma revisão sistemática registrou que não estar em um relacionamento é um fator associado à violência em idosos⁽²⁹⁾, e outro estudo mostra esse mesmo perfil conjugal em mulheres com maior prevalência de violência física e sexual⁽³⁰⁾.

É possível verificar que o risco foi mais prevalente entre aqueles que ganhavam mais de um salário mínimo. Outro estudo realizado com mulheres chinesas idosas que vivem nos Estados Unidos encontrou resultados semelhantes, ou seja, os maus-tratos foram mais prevalentes entre indivíduos com níveis de rendimentos mais elevados⁽³¹⁾. Esses resultados parecem contraditórios, uma vez que mulheres idosas com dificuldades financeiras têm 2,5 vezes mais probabilidade de sofrer maus-tratos mais graves⁽³²⁾. No entanto, considerando que muitos idosos contribuem significativamente para a renda familiar, isso faz com que as mulheres idosas com maior poder econômico corram maior risco de maus-tratos, que podem ser perpetrados

pelos próprios familiares por meio da apropriação do dinheiro ou bens pertencentes a esta mulher idosa⁽³³⁾.

Foi encontrada associação ($p=0,01$) entre o número de afecções autorreferidas e o risco de violência e, na regressão logística, as mulheres idosas que referiram maior número de afecções, ou seja, maior multimorbidade, foram 2,69 vezes mais prováveis estar em risco de maus-tratos (IC=95%, 1,03-7,01). A maior expectativa de vida das mulheres em comparação com os homens no Brasil⁽³⁴⁾ e no mundo⁽³⁵⁾ levou a uma feminização da velhice⁽³⁶⁾, sem que isso se traduza automaticamente em envelhecimento saudável, levando a uma alta prevalência de multimorbidade em mulheres idosas e pessoas idosas em geral⁽³⁷⁻³⁹⁾.

Multimorbidade é a ocorrência de duas ou mais condições crônicas no mesmo indivíduo⁽⁴⁰⁾, e está associada a elementos como perda de capacidade funcional^(39,41), diminuição da força de preensão⁽⁴⁰⁾, fragilidade⁽⁴²⁾, e comprometimento cognitivo⁽⁴³⁾, todos os quais também estão associados a maus-tratos contra idosos. Além disso, a literatura mostra que idosos com elevado número de comorbidades têm maior chance de sofrer violência⁽⁴⁴⁾. Reforçando essa análise, um estudo desenvolvido em Dakahlia, Egito, com 272 idosos, concluiu, com base na análise de regressão, que não ter comorbidades crônicas é um fator de proteção para mulheres idosas⁽⁴⁵⁾.

A diminuição da capacidade funcional potencialmente induzida pela presença de morbidades associadas ao risco de violência é um fato bastante evidente quando analisamos a Tabela 2, onde se observa que as idosas menos ativas nas AADLs apresentaram maior prevalência (70,0%, $n=42$) de risco de violência ($p=0,01$); e a Tabela 3, que mostra que os idosos menos ativos nas AADLs têm 2,22 vezes mais chance de sofrer maus-tratos (IC=95%, 1,03-4,75).

A EF é responsável por atuar na prevenção da violência contra idosos, bem como por planejar ações que previnam ou minimizem o declínio funcional, o que é reconhecido como uma medida que pode reduzir o risco de violência nesta população⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾. A literatura indica que a dependência funcional do idoso pode aumentar em 2,20 vezes a exposição à violência, pois aumenta a relação de dependência entre as vítimas idosas e o provável agressor⁽⁴⁸⁾.

Uma pesquisa desenvolvida no Rio de Janeiro com idosos dependentes buscou enumerar os fatores associados à violência e, nos achados da associação, observaram maior prevalência de violência entre idosos com déficit cognitivo⁽⁴⁹⁾. Existem poucos apontamentos na literatura que mostram a correlação entre o risco de violência e o comprometimento cognitivo observada nos resultados do presente estudo, de forma que não é

possível determinar a relação de causa e efeito para ambos os desfechos. Um alto déficit cognitivo pode aumentar o risco de violência, assim como o risco de violência pode piorar a função cognitiva de mulheres idosas⁽⁵⁰⁾.

Outra variável que também se correlacionou com o risco de maus-tratos foi o escore total do WHOQOL: o coeficiente de correlação foi negativo, apontando assim para uma relação inversamente proporcional entre as duas variáveis, ou seja, quanto maior o escore do WHOQOL (maior qualidade de vida), menor a pontuação HS-EAST (menor risco de maus-tratos), ou vice-versa.

Um estudo conduzido com adultos mais velhos na China descobriu que a autonegligência é um fator de risco para qualidade de vida deficiente⁽⁵¹⁾, e que outros fatores também estão associados à qualidade de vida⁽⁵²⁾ são anos de estudo, autoavaliação de saúde, número de condições crônicas e atividade física⁽⁵³⁾.

A qualidade de vida também está associada ao preconceito que os idosos têm sobre si mesmos e sobre o envelhecimento, sendo que a EF é responsável por promover atitudes positivas em relação à velhice e a autopercepção das mulheres idosas, levando a uma melhoria na qualidade de vida e, conseqüentemente, a uma menor probabilidade de maus-tratos⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

Os resultados corroboram o enfoque da atuação da EF para a população estudada, apontando que a capacidade funcional, o declínio cognitivo e a qualidade de vida são fatores que aumentam o risco de violência entre os idosos, portanto qualquer intervenção nestes aspectos pode ser satisfatória na prevenção da violência. Além disso, esses fatores devem atrair a atenção de enfermeiros forenses na triagem de idosos vítimas de violência⁽¹³⁾.

Dentre as limitações do estudo, encontra-se a ausência de instrumentos validados para o cenário brasileiro que identifiquem todos os tipos de violência, restringindo o aprofundamento da discussão sobre esse fenômeno. Além disso, faltam estudos que relacionem a EF e seu exercício no contexto da violência contra idosos, impossibilitando um entendimento claro da comunidade científica de Enfermagem sobre este campo de atuação.

Conclusão

Pode-se concluir que fatores como multimorbidade, baixa capacidade funcional, sintomas depressivos, baixa qualidade de vida e baixa satisfação com a vida, sintomas depressivos e dependência funcional para atividades diárias estão associados ao risco de violência contra mulheres idosas.

O estudo contribui para o campo acadêmico e para a prática da Enfermagem, pois fornece subsídios para a tomada de decisões com base em evidências

comprovadas, que demonstram os fatores preditivos da violência contra mulheres idosas. Além disso, também fortalece o campo de atuação da EF, além de realizar novas pesquisas de diagnóstico situacional e propor intervenções de enfrentamento ao fenômeno da violência.

Referências

1. Belisário MS, Dias FA, Pegorari MS, Paiva MM, Ferreira PCS, Corradini FA, et al. Cross-sectional study on the association between frailty and violence against community-dwelling elderly people in Brazil. *São Paulo Med J*. [Internet]. 2017 Dec [cited Mar 10, 2019];136(1):10-9. Available from: 10.1590/1516-3180.2017.0203290817
2. World Health Organization. *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Geneva: WHO; 2002.
3. Santana IO, Vasconcelos DC, Lima Coutinho MP. Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão analítica. *Arq Bras Psicol*. [Internet]. 2016 [Acesso 10 mar 2019];68(1):126-39. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/sc_elo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000100011
4. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violence against the Brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [cited Mar 11, 2019];71(suppl 2):777-85. Available from: <http://dx.doi.org/0.1590/0034-7167-2017-0139>
5. Storey JE. Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggress Violent Behav*. 2020 Jan;50:101339. doi: 10.1016/j.avb.2019.101339
6. Oliveira GF, Cunha BRR, Souza ADC, Giorgiani M, Batista JRR, Alves PMR, et al. Epidemiological Profile of Violence against the Elderly in the State of Minas Gerais, Brazil. *SciMedicine J*. 2019 Jun;1(2):38-47. doi: 10.28991/SciMedJ-2019-0102-1
7. Silva GCN, Almeida VL, Brito TRP, Godinho MLC, Nogueira DA, Chini LT. Violência contra idosos em um município do sul de Minas Gerais: uma análise documental. *Aquichan*. 2018 Dec;18(4):449-60. doi: 10.5294/aqui.2018.18.4.7
8. Alencar Junior FO, Moraes JR. Prevalência e fatores associados à violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas, Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018 May;27(2). doi: 10.5123/s1679-49742018000200009
9. Dantas RB, Oliveira GL, Silveira AM. Psychometric properties of the Vulnerability to Abuse Screening Scale for screening abuse of older adults. *Rev Saude Publica*. 2017;51. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006839
10. Knight L, Hester M. Domestic violence and mental health in older adults. *Int Rev Psychiatry*. 2016 Sep;28(5):464-74. doi: 10.1080/09540261.2016.1215294
11. Associação Brasileira de Enfermagem Forense. *Regulamento das competências técnicas da enfermagem forense*. [Internet]. Aracaju: ABENFORENSE; 2015 [Acesso 12 abr 2019]. Disponível em: <http://www.abeforense.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Competências-Técnicas-da-Enfermagem-Forense.pdf>
12. Du Mont J, Kosa D, Macdonald S, Elliot S, Yaffe M. Development of skills-based competencies for forensic nurse examiners providing elder abuse care. *BMJ Open*. 2016;6(2):1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009690
13. Du Mont J, Kosa D, Yang R, Solomon S, Macdonald S. Determining the effectiveness of an Elder Abuse Nurse Examiner Curriculum: A pilot study. *Nurse Educ Today*. [Internet]. 2017 Aug [cited Apr 23, 2020];55:71-6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.002>
14. Cheng A, Kessler D, Mackinnon R, Chang TP, Nadkarni VM, Hunt EA, et al. Reporting Guidelines for Health Care Simulation Research. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc*. 2016 Aug;11(4):238-48. doi: 10.1097/SIH.0000000000000150
15. Veras RP, Souza CAM, Cardoso RF, Milioli R, Silva SD. Pesquisando populações idosas - A importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. *Rev Saude Publica*. 1988 Dez;22(6):513-8. doi: 10.1590/S0034-89101988000600008
16. Reichenheim ME, Paixão Jr CM, Moraes CL. 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. *Cad Saude Publica*. 2008 Aug;24(8):1801-13. doi: 10.1590/S0102-311X2008000800009
17. Domingues PC, Neri AL. Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças auto-relatadas em idosos da comunidade. *Rev Bras Ativ Física Saúde*. 2009;14(3):164-73. doi: 10.12820/rbafs.v.14n3p164-173
18. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saude Publica*. 2006 Aug;40(4):712-9. doi: 10.1590/S0034-89102006000500023
19. Oliveira EM, Silva HS, Lopes A, Cachioni M, Falcão DVS, Batistoni SST, et al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. *Psico-USF*. 2015 Apr;20(1):109-20. doi: 10.1590/1413-82712015200110
20. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2008;290-6. doi: 10.5020/18061230.2008.p290
21. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007 Jun;41(2):317-25. doi: 10.1590/S0080-62342007000200021

22. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica*. 2006 Oct;40(5):785-91. doi: 10.1590/S0034-89102006000600007
23. Paiva MHP, Lages LP, Medeiros ZC. Studies on forensic nursing in Brazil: a systematic review of the literature. *Int Nurs Rev*. [Internet]. 2017 Jun [cited Jun 29, 2020];64(2):286-95. doi: 10.1111/inr.12328
24. Guimarães APS, Górios C, Rodrigues CL, Armond JE. Notification of intrafamily violence against elderly women in the city of São Paulo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018 Feb;21(1):88-94. doi: 10.1590/1981-22562018021.160213
25. Hernández RR, Esquivel-Santoveña EE. Prevalencia y factores asociados con la violencia de pareja en las adultas mayores mexicanas. *Salud Colect*. 2020 May;16:e2600. doi: 10.18294/sc.2020.2600
26. Sadrollahi A, Khalili Z, Ghorbani M, Mahmoodi M. The Prevalence of Various Abuse Types and Their Associated Factors in the Elderly. *J Res Heal*. 2020 Jan;59-66. doi: 10.32598/JRH.10.1.59
27. Bows H. Sexual Violence Against Older People: A Review of the Empirical Literature. *Trauma Violence Abuse*. 2018 Dec;19(5):567-83. doi: 10.1177/1524838016683455
28. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, Horta BL, Leite IC. Violência urbana e fatores de risco relacionados ao feminicídio em contexto amazônico brasileiro. *Cad Saude Publica*. 2019;35(8). doi: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00230418
29. Warmling D, Lindner SR, Coelho EBS. Prevalência de violência por parceiro íntimo em idosos e fatores associados: revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2017 Sep [Acesso 23 abr 2020];22(9):3111-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12312017>
30. Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2017 [cited Apr 23, 2020];51. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006815>
31. Dong X, Chen R, Simon MA. Elder Mistreatment in U.S. Community-Dwelling Chinese Older Women. *Violence Against Women*. 2016 Aug 27;22(9):1097-112. doi: 10.1177/1077801215618804
32. Donder L, Lang G, Ferreira-Alves J, Penhale B, Tamutiene I, Luoma ML. Risk factors of severity of abuse against older women in the home setting: a multinational European study. *J Women Aging*. 2016 Nov;28(6):540-54. doi: 10.1080/08952841.2016.1223933
33. Alarcon MFS, Paes VP, Damaceno DG, Sponchiado VBY, Marin MJS. Financial abuse: circumstances of occurrences against older adults. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(6). doi: 10.1590/1981-22562019022.190182
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2018. [Internet]. 2018 [Acesso 5 jun 2019]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101629>
35. Kontis V, Bennett JE, Mathers CD, Li G, Foreman K, Ezzati M. Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *Lancet*. 2017;389(10076):1323-35. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32381-9
36. Carney GM. Toward a gender politics of aging. *J Women Aging*. 2018 May;30(3):242-58. doi: 10.1080/08952841.2017.1301163
37. Bell SP, Saraf AA. Epidemiology of Multimorbidity in Older Adults with Cardiovascular Disease. *Clin Geriatr Med*. 2016 May;32(2):215-26. doi: 10.1016/j.cger.2016.01.013
38. Lin H, Li Q, Hu Y, Zhu C, Ma H, Gao J, et al. The prevalence of multiple non-communicable diseases among middle-aged and elderly people: the Shanghai Changfeng Study. *Eur J Epidemiol*. 2017 Feb;32(2):159-63. doi: 10.1007/s10654-016-0219-6
39. Rillamas-Sun E, LaCroix AZ, Bell CL, Ryckman K, Ockene JK, Wallace RB. The Impact of Multimorbidity and Coronary Disease Comorbidity on Physical Function in Women Aged 80 Years and Older: The Women's Health Initiative. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2016 Mar;71(Suppl 1):S54-61. doi: 10.1093/gerona/glv059
40. Volaklis KA, Halle M, Thorand B, Peters A, Ladwig KH, Schulz H, et al. Handgrip strength is inversely and independently associated with multimorbidity among older women: Results from the KORA-Age study. *Eur J Intern Med*. 2016 Jun;31:35-40. doi: 10.1016/j.ejim.2016.04.001
41. Costa Filho AM, Mambrini JVM, Malta DC, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Contribution of chronic diseases to the prevalence of disability in basic and instrumental activities of daily living in elderly Brazilians: the National Health Survey (2013). *Cad Saude Publica*. 2018 Feb 5;34(1). doi: 10.1590/0102-311x00204016
42. Villacampa-Fernández P, Navarro-Pardo E, Tarín JJ, Cano A. Frailty and multimorbidity: Two related yet different concepts. *Maturitas*. 2017 Jan;95:31-5. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.10.008
43. Loprinzi PD. Multimorbidity, cognitive function, and physical activity. *Age (Omaha)*. 2016 Feb;38(1):8. doi: 10.1007/s11357-016-9874-5
44. Bolsoni CC, Lindner SR, D'Orsi E, Salema Coelho EB. Dimensions of Violence against the Elderly and Health Conditions: a Population-based Study in Southern Brazil. *Res Ageing Soc Policy*. 2019 Jul;7(2):426. doi: 10.17583/rasp.2019.4425

45. El-Khawaga G, Eladawi N, Abdel-Wahab F. Abuse of Rural Elders in Mansoura Districts, Dakahlia, Egypt: Prevalence, Types, Risk Factors, and Lifestyle. *J Interpers Violence*. 2018 Apr;1-15. doi: 10.1177/0886260518767900
46. Kong J, Jeon H. Functional Decline and Emotional Elder Abuse: a Population-Based Study of Older Korean Adults. *J Fam Violence*. 2018 Jan;33(1):17-26. doi: 10.1007/s10896-017-9941-4
47. Santos AA, Silva JF, Ferreira MB, Conceição VLS, Alves DMC. Estado da arte da Enfermagem Forense no cenário atual da saúde. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2019 Jul;(27):e1015. doi: 10.25248/reas.e1015.2019
48. Sathya T, Premkumar R. Association of functional limitations and disability with elder abuse in India: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2020 Dec;20(1):220. doi: 10.1186/s12877-020-01619-3
49. Lino VTS, Rodrigues NCP, Lima IS, Athie S, Souza ER. Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2019 Jan [Acesso 23 abr 2020];24(1):87-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34872016>
50. Faustino AM, Moura LBA, Gandolfi L. Relação entre violência e função cognitiva em idosos. *J Nurs UFPE On Line*. [Internet]. 2016 [Acesso 23 abr 2020];10(5):1717-23. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i5a13547p1717-1723-2016>
51. Zhao Y, Hu C, Feng F, Gong F, Lu S, Qian Z, et al. Associations of self-neglect with quality of life in older people in rural China: a cross-sectional study. *Int Psychogeriatrics*. [Internet]. 2017 Jun [cited Jun 15, 2019];29(6):1015-26. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1041610217000229>
52. Sánchez-García S, García-Peña C, Salvà-Casanovas A, Sánchez-Arenas R, Granados-García V, Cuadros-Moreno J, et al. Frailty in community-dwelling older adults: association with adverse outcomes. *Clin Interv Aging*. [Internet]. 2017 Jun [cited Jun 16, 2019];Volume 12:1003-11. doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S139860>.
53. Fonte E, Feitosa P, Oliveira Neto L, Araújo C, Figueiroa J, Alves J. Effects of a physical activity program on the quality of life among elderly people in Brazil. *J Fam Med Prim Care*. [Internet]. 2016 [cited Jun 18, 2019];5(1):139. Available from: <https://doi.org/10.4103/2249-4863.184639>
54. Top M, Dikmetaş E. Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adults at old people's homes. *Heal Expect*. [Internet]. 2015 Apr [cited Jun 20, 2019];18(2):288-300. Available from: <https://doi.org/10.1111/hex.12032>
55. Yamada Y, Merz L, Kisvetrova H. Quality of life and comorbidity among older home care clients: role of positive attitudes toward aging. *Qual Life Res*. [Internet]. 2015 Jul [cited Jun 20, 2019];24(7):1661-7. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0899-x>

Recebido: 03.12.2019

Aceito: 15.07.2020

Editora Associada:
Andrea Bernardes

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:
Rafaela Queiroga Souto
E-mail: rafaellaqueiroga7@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-7368-8497>