

PERFIL DO IDOSO COM RISCO DE VIOLÊNCIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RECIFE - PE

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

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

RESUMO

Objetivou-se identificar a prevalência de risco para violência contra o idoso em uma população cadastrada na atenção básica do município de Recife, Pernambuco. Foi utilizado um instrumento para coleta dos dados socioeconômicos e demográficos e um instrumento para identificação do risco, o Hwalek-Sengstock Elder abuse Screening, traduzido, aculturado e validado para o Brasil. Os dados obtidos foram tabulados no SPSS versão 21.0 e analisados por meio de estatística descritiva (média, desvio padrão, amplitude, frequências relativas e absolutas). A maioria das participantes do presente estudo que estão em risco para violência, apresentam o seguinte perfil: mulher (75%; n=72), alfabetizada (68,8%; n=66), casada ou morando com um companheiro (32,3%, n=31) e viúva (32,3%, n=31). A idade média dos idosos em risco de violência foi de 71,91 anos. O número médio de filhos 4,06. O número médio de pessoas que compartilhavam a residência com idoso foi de 2,55. A renda média do idoso foi de R\$ 1215,91 e da família de R\$ 1997,14, com número médio de pessoas vivendo com a renda familiar de 2,85. A apresentação de um perfil para o idoso em risco de violência permite que o profissional de saúde atue de forma mais consciente no atendimento de idosos, atento para os possíveis fatores de risco presente. **Palavras-chave:** Idoso, Violência, Maus-tratos ao idoso.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica ocorrida ao longo do século vinte levou a um contínuo aumento da população idosa em todo o mundo⁽¹⁾. Estima-se que em 2025, haverá 32 milhões de idosos no Brasil, e nosso país passará a ocupar o 6º lugar no mundo em número de idosos; em 2050, esse número terá atingido tal proporção que será maior ou igual ao número de crianças e jovens de 0 a 15 anos⁽²⁾. Embora a velhice não seja por si uma doença, a população idosa está mais vulnerável à doenças crônicas fazendo surgir a necessidade de um cuidador⁽¹⁾ e com isso uma situação de risco para violência contra esse idoso.

Não há um consenso sobre a definição de violência contra o idoso. A organização mundial de saúde define violência contra o idoso como: “ato individual ou repetido, ou falta de ação apropriada, ocorrido dentro de uma relação onde há uma expectativa de confiança que causa dano ou sofrimento a uma pessoa mais velha”⁽³⁾. Enquanto o Estatuto do Idoso declara como violência contra o idoso: “qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico ao idoso”⁽²⁾.

Estudos na área identificam os seguintes subtipos de violência contra o idoso: a) violência física, que é o uso de força física; b) violência psicológica; c) violência financeira; d) violência anticonstitucional; e) violência sexual e f) negligência⁽⁴⁻⁵⁾.

Um revisão sistemática de estudos asiáticos⁽⁶⁾ identificaram como fatores de risco relativos ao idoso: idade, gênero, estado civil, nível educacional, renda, saúde física e capacidade cognitiva; relativos ao perpetrador: parentesco com a vítima, idade, sobrecarga, suporte social e experiência de violência na infância.

A violência contra o idoso está associada com o aumento do risco de mortalidade e hospitalização⁽⁷⁾ e suas manifestações clínicas são de difícil identificação e variam nos diferentes tipos de violência⁽⁸⁾. O rastreamento sistemático de fatores de risco e indicadores de violência contra o idoso são críticos na detecção e prevenção precoce desse problema⁽⁹⁾, permitindo uma melhor atuação dos profissionais de saúde. Portanto, objetivamos com esse estudo identificar o perfil dos idosos que estão risco de violência entre os idosos de uma unidade básica de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal; realizado na área de abrangência de três equipes de saúde da família de uma unidade básica de saúde, localizada no distrito de saúde IV do município de Recife, Pernambuco. Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: um questionário socioeconômico e demográfico elaborado pelos pesquisadores do estudo e um instrumento de rastreamento para risco de violência contra o idoso, o Hwalek-Sengstock Elder abuse Screening (H-S/EAST) traduzido, aculturado e validado para o Brasil⁽¹⁰⁾. O H-S/EAST é um instrumento americano, composto de 15 itens. Atribui-se um ponto para cada resposta afirmativa, à exceção dos itens 1, 6, 12 e 14, em que o ponto é dado para a resposta negativa. Um escore de três ou mais indica risco aumentado de algum tipo de violência presente.

Os dados obtidos foram digitados e analisados no SPSS versão 21.0. As variáveis dependentes do estudo foram: risco de violência contra o idoso (com risco/sem risco) e escore total do HS-EAST, enquanto as variáveis independentes foram as características sociodemográficas dos idosos: gênero, idade, alfabetização, estado civil, número de filhos, arranjo de moradia, renda do idoso, renda total da família e número de pessoas que vivem com a renda.

As variáveis categóricas apreciadas neste estudo (gênero, alfabetização, estado civil, risco de violência contra o idoso, questões do HS-EAST) foram submetidas a análise de frequência absoluta e relativa. Para as variáveis numéricas (idade, número de filhos, arranjo de moradia, renda do idoso, renda total da família, número de pessoas que vivem com a renda) foram calculadas medidas de posição (média e desvio-padrão) e sua amplitude.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco para apreciação, e foi aprovada sob CAAE 51557415.9.0000.5208. Todas as recomendações e princípios éticos previstos em pesquisas que envolvem seres humanos foram respeitados e seguidos de acordo com a Resolução 466/2012, instituída pelo Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 159 idosos participantes da pesquisa, 60,4% (n=96) das pessoas apresentaram risco para violência segundo o HS-EAST (tabela 1). Outros estudos realizados na região Nordeste e que também utilizaram o HS-EAST como instrumento de rastreio para o risco para violência contra o idoso, apresentaram achados similares. Um estudo conduzido em João Pessoa - PB⁽¹²⁾ apresentou prevalência de risco de 54,7% (n=170) e em Itabuna - BA⁽¹³⁾ foi encontrado um percentual de 48,3% (n=14). No âmbito internacional a prevalência de risco apresentou valores menores do que aqueles encontrados no Brasil. Um estudo na Turquia⁽¹⁴⁾ que tinha por objetivo validar a escala H-S/EAST teve uma prevalência de 20,2% (n=94) e na Índia essa prevalência foi de 9,36% (n=31).

Tabela 1: Prevalência de risco para violência segundo o H-/EAST. Recife, 2016.

VARIÁVEIS	n	%
H-S/EAST		
Com risco para violência	96	60,4
Sem risco para violência	63	39,6

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisarmos o perfil sociodemográfico dos idosos em risco de violência, verificamos que a média de idade desses idosos foi de 71,91 anos, esse achado corrobora com outros estudos que demonstram que o aumento da idade está associado à diminuição na capacidade funcional⁽¹⁵⁾ e a dependência funcional é um fator de risco para violência contra o idoso⁽⁵⁾.

O número de pessoas com quem os idosos compartilhavam a residência variou entre 0 e 8 pessoas, com uma média de 2,55 pessoas vivendo com o idoso. O contrário foi encontrado em uma revisão sistemática desenvolvida na Ásia⁽⁶⁾, que avaliou os fatores de risco para a violência contra o idoso, encontrou que o idoso morar sozinho está associado com um risco aumentado para violência, sendo o mesmo identificado em estudos desenvolvidos na Irlanda⁽¹⁶⁾ e no Irã⁽¹⁷⁾. Um estudo desenvolvido com idosos nativos norte-americanos⁽¹⁸⁾, demonstrou, porém, que os arranjos de moradia intergeracionais estavam relacionados com uma maior vulnerabilidade do idoso a sofrer violência. O mesmo também foi demonstrado em um estudo no Brasil, onde verificou-se maior percentual de idosos vítimas de violência física e psicológica entre aqueles que viviam acompanhados⁽¹⁹⁾.

Essa relação entre o arranjo de moradia do idoso e o risco para violência traz diversas controvérsias, uma revisão de literatura que analisou as diferenças entre pessoas que cometeram violência contra o idoso, encontrou que entre 53-64% dos idosos vítimas de violência estavam vivendo com o agressor no período da violência, também encontrou que os idosos vítimas de violência física e financeira tinha mais chances de estarem vivendo com o agressor do que idosos vítimas de violência financeira e negligência⁽²⁰⁾, havendo relação entre o tipo de violência sofrida pelo idoso e o arranjo de moradia⁽²¹⁾.

Observando a renda média do idoso e a renda média total da família, é possível perceber que há pouca diferença entre a renda do idoso e a renda família, refletindo assim o fato de que o idoso é na maioria das vezes o responsável financeiro pelo sustento familiar de forma completa ou de grande parte dela. A dependência financeira pode ser direta, quando a família vive a partir dos rendimentos do idoso ou indireta, quando precisam dividir o mesmo espaço físico, casa ou quintal⁽¹⁶⁾.

Essa dependência financeira entre a família e o idoso reflete no feito de que a violência financeira é encontrada como uma das formas de violência mais prevalente⁽²²⁾, isso pode ser explicado pelas crises econômicas e instabilidades financeiras que levam ao desemprego e muitas vezes ao retorno dos filhos a casa dos pais⁽²³⁻²⁴⁾. Em estudo realizado no Ceará - PE, foi verificado que cuidadores sem renda pessoal mensal estavam mais propensos a apresentarem atitudes potencialmente violentas contra os idosos de quem cuidavam⁽²⁵⁾. Ela também pode ocorrer de

maneira contrária, onde o idoso é aquele que depende financeiramente dos filhos ou de um familiar que o cuida⁽²³⁾.

Tabela 2 - Análise descritiva do perfil socioeconômico e demográfico do idoso em risco de violência, segundo as variáveis numéricas do estudo. Recife, 2016.

Variáveis	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	96	60	105	71,91	9,25
Nº filhos	96	0	15	4,06	3,07
Nº pessoas com quem compartilha a casa	96	0	8	2,55	1,82
Renda mensal do idoso*	93	0	6.500,00	1215,91	1065,26
Renda mensal familiar*	84	250	10.000,00	1997,14	1858,75
Nº pessoas que vivem com a renda familiar	93	1	8	2,85	1,65

Fonte: dados da pesquisa. *Valor em reais.

Na tabela 3, podemos observar que há predomínio do gênero feminino entre os idosos em risco de violência, esse predomínio pode ser explicado pelo fenômeno de feminização da velhice⁽²⁶⁾ o que torna a mulher como maioria quando se estuda as populações com mais de 60 anos, mas também reflete a subalternidade do gênero feminino e sua vulnerabilidade à violência em todas as etapas do ciclo vital⁽²⁷⁾. Sendo a violência contra o idoso, em alguns casos uma violência conjugal envelhecida, que se iniciou cedo na vida do casal e que ainda perdura na idade avançada^(28, 24). A prevalência de mulheres entre as vítimas de violência contra o idoso e o gênero como fator de risco para a violência contra o idoso tem sido demonstrado em vários estudos^(14, 19, 29-32).

Tabela 3 - Análise descritiva do perfil socioeconômico e demográfico do idoso em risco de violência, segundo as variáveis categóricas do estudo. Recife, 2016.

Variáveis	n	%
Gênero		
masculino	24	25
feminino	72	75
Alfabetizado		
sim	66	68,8
não	30	31,3
Estado conjugal		
casado/morando junto	31	32,3
viúvo	31	32,3
divorciado/separado	18	18,8
nunca casou	16	16,7

Fonte: dados da pesquisa.

Os itens do instrumento HS-EAST que apresentaram maior percentual de respostas afirmativas (tabela 4) foram aqueles que indagavam: se o idoso estava ajudando a sustentar alguém (52,1%, n=50), se o idoso se sentia triste ou só (68,8%, n=66) e se alguém na família do idoso bebia muito (54,2%, n=52). O fenômeno do idoso como maior ou único provedor da renda familiar, ou seja, a dependência financeira entre o idoso e a família, como foi abordado anteriormente é um problema prevalente nessa população e um fator de risco para a violência contra o idoso⁽²²⁻²⁵⁾.

Tabela 4 - Distribuição percentual de respostas dos idosos classificados como em risco às situações abordadas pelos itens do instrumento HS-EAST. Recife, 2016.

Perguntas	Sim		Não	
	n	%	n	%
O senhor tem alguém que lhe faz companhia, que o leva para fazer compras ou ao médico?	69	71,9	27	28,1
O senhor está ajudando a sustentar alguém?	50	52,1	46	47,9
O senhor muitas vezes se sente triste ou só?	66	68,8	30	31,3
Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como o senhor deve viver ou onde deve morar?	28	29,2	68	70,8
O senhor se sente desconfortável com alguém da sua família?	39	40,6	57	59,4
O senhor é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?	56	58,3	40	41,7
O senhor sente que ninguém quer o senhor por perto?	15	15,6	81	84,4
Alguém da sua família bebe muito?	52	54,2	44	45,8
Alguém da sua família obriga o senhor a ficar na cama ou lhe diz que o senhor está doente quando o senhor sabe que não está?	5	5,2	91	94,8
Alguém já obrigou o senhor a fazer coisas que o senhor não queria fazer?	8	8,3	88	91,7
Alguém já pegou coisas que pertencem ao senhor sem o seu consentimento?	44	45,8	52	54,2
O senhor confia na maioria das pessoas da sua família?	57	59,4	39	40,6
Alguém lhe diz que o senhor causa muitos problemas?	14	14,6	82	85,4
Em casa, o senhor tem liberdade suficiente para ficar sossegado quando quer?	82	85,4	14	14,6
Alguém próximo ao senhor tentou machucá-lo ou prejudicá-lo recentemente?	15	15,6	81	84,4

Fonte: dados da pesquisa.

Um percentual de 68,8% dos idosos que pontuaram como em risco de violência, responderam que se sentiam triste ou só. Independentemente do arranjo de moradia, do status

familiar, das condições físicas e de saúde, o sentimento de solidão têm sido prevalente entre idosos⁽³³⁻³⁴⁾. Um estudo multinacional europeu mostrou que mulheres idosas que referiam sentimentos de solidão estavam mais vulneráveis a níveis severos de violência⁽³⁴⁾.

O isolamento e a solidão são vistos não apenas como uma causa, mas como também uma consequência da violência sofrida⁽³⁵⁾, visto que o idoso vítima de violência tende a se isolar por vergonha e desamparo. Esse isolamento social e a solidão também pode se apresentar como uma forma de violência em si, sendo uma das armas utilizados pelo abusador para chantagear o idoso e manipulá-lo⁽³³⁾. A tristeza e a solidão são também sintomas de depressão, e vários estudos tem demonstrado a existência de associação entre a depressão e o risco de vitimização do idoso⁽³⁶⁻³⁷⁾.

O consumo excessivo de álcool foi outra pergunta com maioria de resposta positiva, repetindo o ocorrido em outro estudo, desenvolvido com idosos nativos norte-americanos que também usou o HS-EAST⁽¹⁸⁾. No instrumento utilizado a pergunta é voltada para se algum membro da família bebe muito, deixando de lado assim um possível abuso de álcool pelo próprio idoso. Em ambos os casos de abuso de álcool, seja o idoso ou membro da família ou cuidador, há risco aumentado para violência contra o idoso, esse risco aumenta para o idoso, em casos onde o parente que bebe em excesso é dependente financeiramente direta, depende da renda do idoso para se sustentar ou indiretamente, divide a residência ou terreno onde mora com o idoso⁽³⁸⁾. Ter um esposo(o) ou parceiro(a), alcoolista foi demonstrado estar associado com todas as formas de abuso, independentemente da faixa etária da vítima⁽³⁹⁾.

CONCLUSÕES

Entre a população total estudada o risco para violência identificado foi de 60,4% (n=96). O perfil desses idosos que apresentaram risco de sofrerem algum tipo de violência foi: mulheres (75%; n=72), alfabetizada (68,8%; n=66), casadas ou moravam com um companheiro (32,3%; n=31) ou eram viúvas (32,3%; n=31). A idade média dos idosos em risco de violência foi de 71,91 anos; o número médio de filhos 4,06; o número médio de pessoas que compartilhavam a residência com idoso foi de 2,55; a renda média do idoso foi de R\$ 1215,91 e da família de R\$ 1997,14, com número médio de pessoas vivendo com a renda familiar de 2,85.

Os dados aqui apresentados permitem ao profissional de saúde uma conscientização sobre o perfil do idoso em risco de violência, permitindo assim uma atuação atenta na lida com idosos, mantendo sempre uma sensibilidade para possíveis casos de violência contra o idoso.

REFERÊNCIAS

1. Nisha C, Manjaly S, Kiran P, Mathew B, Kasturi A. Study on elder abuse and neglect among patients in a medical college hospital, Bangalore, India. *J Elder Abuse Negl* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 25];28(1):34–40. Available from:
http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc12&AN=2016-06153-003%5Cnhttp://imp-primo.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/44IMP/44IMP_services_page?sid=OVID&isbn=&isbn=0894-6566&volume=28&issue=1&date=2016&title=Journal+of+Elder+A
2. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatuto do Idoso [Internet]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 p. 70. Available from:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf
3. World Health Organization. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse [Internet]. 2002 [cited 2017 Sep 9]. Available from:
http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf
4. Simone L, Wettstein A, Senn O, Rosemann T, Hasler S. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Med Wkly*. 2016;146(January):w14273.
5. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse : a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*. 2013;42(3):292–8.
6. Yan E, Chan K-L, Tiwari A. A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors for Elder Abuse in Asia. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 29];16(2):199–219. Available from:
[10.1177/1524838014555033%5Cnhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=101601689&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=101601689&site=ehost-live)
7. Dong X, Simon MA. Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 21];173(10):911–7. Available from:
<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamainternmed.2013.238>

8. Wang MX, Brisbin S, Loo T, Straus S. Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention [Internet]. Vol. 187, Canadian Medical Association. 2015. p. 575–82.
Available from:
<http://search.proquest.com/docview/1683082207/abstract/160C449F8D324B72PQ/12?accountid=28058>
9. Burnett J, Achenbaum WA, Murphy KP. Prevention and Early Identification of Elder Abuse. *Clin Geriatr Med*. Elsevier Inc; 2014;30:743–59.
10. Reichenheim ME, Paixão Jr CM, Moraes CL. Portuguese (Brazil) cross-cultural adaptation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) used to identify risk of violence against the elderly. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1801–13.
11. Brasil, Ministério da saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União Brasília*; 2012 p. 59.
12. Florêncio MVDL. Rastreamento de Violência Contra Pessoas Idosas Cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa-PB. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2014.
13. Cruz RVS, Pitanga CDS, Gonçalves BO, Moura MVA, Gonzaga PD. Avaliação do risco de violência contra idosos participantes de um grupo de convivência em Itabuna, BA. *Memorialidades*. 2014;22:49–64.
14. Saikia A, Mahanta N, Mahanta A, Deka A, Kakati A. Prevalence and risk factors of abuse among community dwelling elderly of Guwahati City, Assam. *Indian J Community Med*. 2015;40(4):p279.
15. Boggio ESB, Santos FC, Souza CM, Silva MF, Rosa PV, Rosa LHT. Análise dos fatores que interferem na capacidade funcional de idosos residentes em uma comunidade de Porto Alegre. *Estud interdiscipl Envelhec* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 17];20(1):189–203.
Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46966>
16. Naughton C, Drennan J, Lyons I, Lafferty A. The relationship between older people’s awareness of the term elder abuse and actual experiences of elder abuse. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 30];25(8):1257–66. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23628217><http://www.journals.cambridge.org/ab>

stract_S1041610213000513

17. Alizadeh-Khoei M, Sharifi F, Hossain SZ, Fakhrzadeh H, Salimi Z. Elder Abuse: Risk Factors of Abuse in Elderly Community-Dwelling Iranians. *Educ Gerontol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jul 22];40(7):543–54. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104039555&lang=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>
18. Jervis LL, Fickenscher A, Beals J, Shielding American Indian Elders Project Team. Assessment of Elder Mistreatment in Two American Indian Samples : Psychometric Characteristics of the HS- EAST and the Native Elder Life – Financial Exploitation and – Neglect Measures. *J Appl Gerontol*. 2014;33(3):336–56.
19. Paiva MM, Tavares DMS. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(6):727–33.
20. Jackson SL. All Elder Abuse Perpetrators Are Not Alike: The Heterogeneity of Elder Abuse Perpetrators and Implications for Intervention. *Int J Offender Ther Comp Criminol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 1];60(3):265–85. Available from:
<http://ijo.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0306624X14554063>
21. Jackson SL, Hafemeister TL. How Case Characteristics Differ across Four Types of Elder Maltreatment: Implications for Tailoring Interventions to Increase Victim Safety. *J Appl Gerontol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 22];33(8):982–97. Available from:
http://search.proquest.com/docview/1700676572?accountid=10218%5Cnhttp://www.ub.uni-koeln.de/openurl?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Asocabsshell&atitle=How+Case+Characteristics+Differ+across+Four+T
22. Irigaray TQ, Esteves CS, Pacheco JTB, Grassi-Oliveira R, Argimon II de L. Elder abuse in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil: A documentary study. *Estud psicol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 10];33(3):543–51. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000300543&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
23. Silva CFS, Dias CM de S. Violence against the elderly in the family: aggressor's motivations, feelings and needs. *Psicol Ciência e Profissão*. 2016;36(3):637–52.

24. Gil AP, Santos AJ, Kislaya I, Santos C, Mascoli L, Ferreira AI, et al. A sociography of elderly victims of family violence in Portugal. *Cad Saude Publica*. 2015;31(6):1234–46.
25. Rocha ACO, Gadelha IP, Motta FRN, Junior Falcão JSP, Silva MJ, Coutinho JFV. Screening of Potentially Violent Attitudes Against Elderly Committed By Their Caregiver. *Rev Enferm UFPE line*. 2014;8(2):3654–61.
26. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. The Feminization of Old Age: a focus on the socioeconomic, personal and family characteristics of the elderly and the social risk. *Textos Context (Porto Alegre)* [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 15];14(1):115–31. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/19830>
27. Piosiadlo LCM, Fonseca RMGS, Gessner R. Subordination of gender: reflecting on the vulnerability to domestic violence against women. *Esc Anna Nery Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 15];18(4):728–33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400728&lang=pt
28. Santos CM, Marchi RJo, Martins AB, Hugo FN, Padilha DMP, Hilgert JB. The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area. *Braz Oral Res*. 2013;27:197–202.
29. Garbin CAS, Joaquim RC, Rovida TAS, Garbin AJI. Elderly victims of abuse: a five year document analysis. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 22];19(1):87–94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000100087&lang=pt
30. Crippa A, Rohde KLC, Schwanke CHA, Feijó AGS. Violence against elderly from police reports analysis. *Sist Penal Violência*. 2016;8(2):220–30.
31. Miziara CSMG, Braga MV, Carvalho FI, Teixeira TV, Miziara ID, Muñoz DR. Silent victims: domestic violence against elderly in Brazil. *Saúde, Ética & Justiça*. 2015;20(1):1–8.
32. Paraíba PMF, Silva MCM. Profile of violence against the elderly in the city of Recife-PE, Brazil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 5];18(2):295–306. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200295&lang=pt

33. Souto RQ, Merighi MAB, Guruge S, Jesus MCP. Older Brazilian women's experience of psychological domestic violence: a social phenomenological study. *Int J Equity Health* [Internet]. *International Journal for Equity in Health*; 2015 [cited 2017 Jul 26];14(1):44. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4433063&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
34. Donder L De, Lang G, Ferreira-Alves J, Penhale B, Tamutiene I, Luoma M-L. Risk factors of severity of abuse against older women in the home setting: A multinational European study. *J Women Aging* [Internet]. Routledge; 2016 [cited 2017 May 21];28(6):540–54. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08952841.2016.1223933>
35. Mysyuk Y, Westendorp RGJW, Lindenberg J. Perspectives on the Etiology of Violence in Later Life. *J Interpers Violence* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 22];31(18):3039–62. Available from: <http://jiv.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0886260515584338>
36. Mears DP, Reisig MD, Scaggs S, Holtfreter K. Efforts to Reduce Consumer Fraud Victimization Among the Elderly: The Effect of Information Access on Program Awareness and Contact. *Crime Delinq*. 2016;1–25.
37. Roepke-Buehler SK, Simon M, Dong X. Association Between Depressive Symptoms, Multiple Dimensions of Depression, and Elder Abuse: A Cross-Sectional, Population-Based Analysis of Older Adults in Urban Chicago. *J Aging Health* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 25];27(6):1003–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25804901>
38. Rusac S. Elderly Abuse and Alcohol Consumption. *Coll Antropol*. 2015;39(4):869–75.
39. Policastro C, Finn MA. Coercive Control and Physical Violence in Older Adults: Analysis Using Data From the National Elder Mistreatment Study. *J Interpers Violence* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 18];32(3):311–30. Available from: <http://jiv.sagepub.com/content/early/2015/05/13/0886260515585545.abstract>