

Risco de violência e qualidade de vida de pessoas idosas atendidas no ambiente hospitalar

Risk of violence and quality of life of hospitalized older adults

El riesgo de violencia y la calidad de vida de ancianos atendidos en ambiente hospitalario

Hurana Ketile da Cunha¹, Bárbara Maria Lopes da Silva Brandão¹, Jefferson da Silva Soares¹,
Ângela Amorim de Araújo¹, Rodrigo Assis Neves Dantas¹, Rafaella Queiroga Souto¹

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Brasil; ²Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Brasil

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre o risco de violência e a qualidade de vida de pessoas idosas no ambiente hospitalar. **Método:** estudo quantitativo, transversal, multicêntrico, desenvolvido com 323 pacientes atendidos em dois hospitais universitários da Paraíba. Foram utilizados instrumentos de caracterização sociodemográfica, risco de violência e qualidade de vida. Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial, mediante o teste de qui-quadrado de Pearson, correlação de Spearman e regressão logística múltipla. **Resultados:** o risco de violência foi prevalente em mulheres idosas e com baixa qualidade de vida. As pessoas idosas com baixa qualidade de vida apresentaram 5,24 (IC=3,04-9,05; p<0,001) maior probabilidade de apresentar risco de violência. **Conclusão:** foi identificada associação significativa sob o ponto de vista estatístico entre a qualidade de vida e o risco para a violência entre pessoas idosas.

Descritores: Enfermagem; Idoso; Saúde do Idoso; Qualidade de vida; Violência.

ABSTRACT

Objective: to examine for association between risk of violence and quality of life of hospitalized older adults. **Method:** in this multicenter, quantitative, cross-sectional study, conducted with 323 patients attending two university hospitals in Paraíba State, surveyed sociodemographic, risk of violence, and quality of life characteristics. The questionnaire data were analyzed by descriptive and inferential statistics using the Pearson chi-squared test, Spearman correlation test, and multiple logistic regression. **Results:** risk of violence was prevalent in older women with poor quality of life. Older adults with poor quality of life scored 5.24 times higher risk of violence (CI=3.04-9.05; p<0.001). **Conclusion:** a significant association was found between quality of life and risk of violence in older adults.

Descriptors: Nursing; Aged; Health of the Elderly; Quality of Life; Violence.

RESUMEN

Objetivo: analizar la asociación entre el riesgo de violencia y la calidad de vida de ancianos en el ambiente hospitalario. **Método:** estudio cuantitativo, transversal, multicéntrico, desarrollado junto a 323 pacientes atendidos en dos hospitales universitarios de Paraíba. Se utilizaron instrumentos de caracterización sociodemográfica, riesgo de violencia y calidad de vida. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial, utilizando la prueba de chi-cuadrado de Pearson, correlación de Spearman y regresión logística múltiple. **Resultados:** el riesgo de violencia fue prevalente en ancianas con baja calidad de vida. Los ancianos con baja calidad de vida fueron 5,24 (IC=3,04-9,05; p<0,001) más propensos a estar en riesgo de violencia. **Conclusión:** se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el riesgo de violencia entre los ancianos.

Descriptores: Enfermería; Anciano; Salud del Anciano; Calidad de Vida; Violencia.

INTRODUÇÃO

De acordo com dados ofertados pelo Ministério da Saúde, a população idosa brasileira é composta de 29.374 milhões de pessoas, totalizando 14,3% da população total do país. A expectativa de vida em 2016, para ambos os sexos, aumentou para 75,72 anos, sendo 79,31 anos para mulheres e 72,18 para homens¹. O rápido envelhecimento desse segmento ocasiona profundas implicações e importantes desafios para a sociedade. Esse processo não deve ser considerado um problema, mas exige atenção para a discussão das formas como lidar com o fenômeno².

A violência contra a pessoa idosa (VCPI), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pode ser definida como “um ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada, ocorrendo dentro de qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa”^{3:3}. Esse ato atinge proporções elevadas e é causa importante de lesões e mortes nesse grupo etário⁴.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - Brasil), Edital Universal nº28/2018, Processo nº424604-2018-3; Chamada Produtividade 03/2020, código do projeto: PVG13127-2020.

Autora correspondente: Rafaella Queiroga Souto. E-mail: rqs@academico.ufpb.br

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editor Associado: Sérgio Corrêa Marques

Ainda de acordo com a OMS, a violência pode acontecer de forma física, psicológica/emocional, sexual, financeira ou por negligência, sendo intencional ou não. Por sua vez, a negligência e a violência física constituem as principais causas de internações hospitalares⁵. Logo, os serviços de saúde são espaços privilegiados e passíveis de detecção de sinais ou situações de violência devido à proximidade entre familiares e pessoas idosas nesse ambiente e pela vasta cobertura que o serviço pode ofertar, necessitando de profissionais de saúde capacitados e informados para tomar as medidas necessárias e proporcionar uma melhor qualidade de vida à pessoa idosa⁶.

A qualidade de vida é definida pela OMS como “percepções dos indivíduos de sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^{7,8}. É um conceito abrangente que incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e suas relações com o ambiente. Refere-se a uma avaliação subjetiva, contida em um contexto cultural, social e ambiental, e que deve ser priorizada no atendimento em saúde no convívio com essa população.

Porém, a VCPI no atendimento em saúde ainda apresenta fragilidades, pela dificuldade de os profissionais encontrarem com exatidão seus sinais indicativos, que podem ser semelhantes aos de lesões não intencionais⁸. Sendo a enfermagem a ciência que presta cuidados à saúde dessa população, é essencial que existam responsabilidade, foco e atenção em proporcionar integralidade à pessoa idosa por meio do cuidado em saúde, realizando a prevenção e as intervenções apropriadas em cada situação⁹.

A enfermagem é uma ciência que presta cuidados à saúde da pessoa idosa em vários segmentos e contextos. A enfermagem forense pode somar a partir do cuidado especializado para os casos de violência, promovendo a capacitação profissional no atendimento da pessoa idosa em situação de violência, identificando os casos confirmados e/ou suspeitos, denunciando-os às instâncias corretas e implementando intervenções adequadas¹⁰.

Assim, justifica-se a condução deste estudo pela necessidade de estruturar um arcabouço nacional atualizado diante de assuntos relacionados à VCPI e as possíveis repercussões em sua qualidade de vida e longevidade, além de nortear os profissionais de saúde a respeito do cuidado e do direcionamento da atenção aos sinais indicativos de violência. O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre o risco de violência e a qualidade de vida em pessoas idosas atendidas no ambiente hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, transversal, multicêntrico, desenvolvido com pessoas idosas atendidas em um hospital universitário de Campina Grande (PB), identificado nesse estudo como HU-CG, e em um hospital universitário de João Pessoa, denominado HU-JP, entre os meses de junho de 2019 a fevereiro de 2020.

A população do estudo foi constituída de 1.259 pessoas idosas. A amostra foi calculada de acordo com o quantitativo de indivíduos admitidos em cada setor nos meses de julho, agosto e setembro de 2018 no HU-JP (n=774) e outubro, novembro e dezembro de 2018 no HU-CG (n=385). Esse período foi estabelecido, pois seriam os meses de coleta nos respectivos serviços no ano seguinte. Foram adotados erro amostral de 5% e frequência esperada do fenômeno de 60%. A amostra final foi de 323 participantes.

Quanto aos critérios de inclusão, foram incluídos nesta pesquisa os indivíduos com 60 anos ou mais que recebiam assistência hospitalar nos setores citados, sendo excluídos aqueles que estavam em estágio terminal, com dificuldade grave de comunicação, em condições clínicas que impedissem a participação ou com déficit cognitivo grave. O comprometimento cognitivo foi avaliado por intermédio de informações fornecidas pelos profissionais do setor e observação do pesquisador, conforme os conhecimentos adquiridos no treinamento para coleta de dados.

No HU-JP, os setores de coleta foram Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Unidade de Doença Infectocontagiosa e Parasitárias e os ambulatorios de Geriatria e Psicogeriatria. Já no HU-CG, a coleta foi conduzida nas alas A Cirúrgica, B de Pneumologia e C e D da Clínica Médica feminina e masculina. Esses setores foram escolhidos por normalmente apresentarem maior prevalência de pessoas idosas em atendimento em relação a outros setores do hospital.

Foram realizados três treinamentos com duração de 4 horas em cada encontro e participação de 24 alunos da graduação, nove alunos da pós-graduação, cinco profissionais e todos integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Forense da instituição.

Para a coleta de dados, os participantes foram abordados nos setores pesquisados e, após o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a aplicação dos instrumentos foi realizada em um local apropriado, que mantivesse o sigilo e a privacidade do entrevistado. Nas situações em que a pessoa idosa estava acamada, foi solicitado que o acompanhante se retirasse para evitar viés no estudo e promover um ambiente mais confortável para o entrevistado, uma vez que as perguntas eram relativas ao risco de violência. Cada entrevista teve duração entre 30 e 40 minutos.

Durante os encontros, foram utilizados: instrumento de caracterização sociodemográfica, elaborado pelos autores, com as variáveis sexo, idade, estado civil, saber ler e escrever, arranjo de moradia e renda; o *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST) e *World Health Organization Quality of Life - Old Mode* (WHOQOL-OLD).

O H-S/EAST destina-se a identificar o risco de violência em pessoas idosas. Traduzido e adaptado para o contexto brasileiro, esse instrumento contém perguntas de caráter afirmativo, as quais são atribuídas pontuações, com exceção das perguntas 1, 6, 12 e 14, correspondentes a respostas negativas¹¹. A estratificação para o risco aumentado à violência ocorreu de acordo com o resultado de três ou mais pontos no escore final. Essa variável foi determinada como dependente do estudo.

O WHOQOL-OLD é um instrumento desenvolvido pela OMS com o intuito de avaliar a qualidade de vida de pessoas idosas. Esse instrumento é composto de 24 questões, dispostas em facetas de atividades presentes, passadas e futuras; autonomia; funcionamento do sensorio; intimidade; morte e morrer e participação social. Cada faceta é composta de quatro perguntas, que contêm respostas em escala de um a cinco, cujo resultado positivo é consoante às pontuações maiores, isto é, quanto maior o resultado, melhor será a qualidade de vida¹². A análise dessa variável ocorreu pela mediana, em que ≤ 85 pontos equivale à baixa qualidade de vida e, acima dessa pontuação, indica alta qualidade¹³.

Os dados foram tabulados e analisados em *software* estatístico, com revisão prévia por dois digitadores. Foi realizado teste de normalidade, mediante teste de Kolmogorov-Smirnov, constatando não normalidade entre as variáveis. Desse modo, a análise foi conduzida por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e inferencial (teste do qui-quadrado de Pearson, teste de correlação de Spearman e modelo de regressão múltipla ajustada).

Para a entrada das variáveis no modelo de regressão, adotou-se o critério de $p < 0,2$ segundo a análise de associação bivariada. O modelo de regressão escolhido foi do tipo hierárquico, retirando gradualmente as variáveis com maior valor de p , e a significância do modelo final foi conferida com o valor menor que 0,05. Ressalta-se que, para todos os testes, o nível de significância foi de 5% (valor de $p < 0,05$).

Este estudo está integrado ao projeto intitulado "Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, em concordância com a resolução 466/2012.

RESULTADOS

Os resultados na análise de associação são apresentados na Tabela 1.

TABELA 1: Associação entre risco de violência e variáveis sociodemográficas de pessoas idosas no ambiente hospitalar. Paraíba, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	Risco de violência		Valor de p^*	Amostra válida/ em falta
	Com n (%)	Sem n (%)		
Sexo				
Masculino	67 (53,2)	59 (46,8)	0,004	322/1
Feminino	135 (68,9)	61 (31,1)		
Idade, anos				
≤ 70	103 (60,9)	66 (39,1)	0,486	322/1
> 70	99 (64,7)	54 (35,3)		
Sabe ler e escrever				
Sim	131 (59,8)	88 (40,2)	0,115	322/1
Não	71 (68,9)	32 (31,1)		
Estado civil				
Sem companheiro	104 (67,1)	51 (32,9)	0,109	321/2
Com companheiro	97 (58,4)	69 (41,6)		
Arranjo de moradia				
Mora sozinho	21 (60,0)	14 (40,0)	0,723	322/1
Mora com familiar	181 (63,1)	106 (36,9)		
Renda, salário mínimo				
Até 1	114 (61,0)	73 (39,0)	0,439	322/1
Acima de 1	88 (65,2)	47 (34,8)		
Qualidade de vida				
Baixa qualidade	114 (83,8)	22 (16,2)	$< 0,001$	316/7
Alta qualidade	87 (48,3)	93 (51,7)		

* Teste do qui-quadrado de Pearson.

Verificou-se, entre as variáveis sociodemográficas e o risco de violência, que 135 pessoas idosas com risco eram do sexo feminino (68,9%), com significância estatística ($p = 0,004$). No que se refere à associação entre risco de violência e qualidade de vida, sublinha-se que das pessoas idosas na categoria com risco, 114 demonstraram baixa qualidade de vida (83,8%) e respectiva associação estatística significativa ($p < 0,001$).

Na Tabela 2, são apresentadas as análises relacionadas ao risco de violência.

TABELA 2: Variáveis associadas ao risco de violência de pessoas idosas por meio de regressão logística múltipla. Paraíba, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	RC	IC	Valor de p^*
Sexo			
Feminino	1,67	1,01-2,76	0,044
Masculino	1,00	-	-
Qualidade de vida			
Alta qualidade	1,00	-	-
Baixa qualidade	5,24	3,04-9,05	<0,001

R^2 ajustado: 0,195.

* Significância do teste.

RC: razão de chance; IC: intervalo de confiança.

Foram incluídas no modelo de regressão logística todas as variáveis que obtiveram $p < 0,2$ na análise bivariada, expostas na tabela 1 (sexo, ler e escrever, estado civil e qualidade de vida). Apenas as variáveis de sexo e qualidade de vida permaneceram no modelo final com significância, inferindo que mulheres idosas e com baixa qualidade de vida apresentaram, respectivamente, 1,67 (IC 1,01-2,76; $p = 0,044$) e 5,24 (IC 3,04-9,05; $p < 0,001$) maior probabilidade de risco de violência (Tabela 2).

A Tabela 3 revela os resultados da análise de correlação, apontando correlação negativa e estatisticamente significativa entre as facetas de qualidade de vida e o risco de violência.

TABELA 3: Correlação entre os escores de risco de violência e qualidade de vida das pessoas idosas. Paraíba, Brasil, 2019-2020.

Variáveis de qualidade de vida	Escore de risco para violência	
	Coefficiente de correlação	Valor de p^*
Atividades passadas, presentes e futuras	-0,359	<0,001
Autonomia	-0,344	<0,001
Funcionamento do sensorio	-0,247	<0,001
Intimidade	-0,338	<0,001
Morte e morrer	-0,241	<0,001
Participação social	-0,315	<0,001
Escore total de qualidade de vida	-0,484	<0,001

* Teste de correlação de Spearman.

Destaca-se o maior coeficiente entre as atividades passadas, presentes e futuras ($r = -0,359$; $p < 0,001$). Quanto ao escore total, verifica-se também essa relação inversamente proporcional, ao passo que, quanto maior a qualidade de vida, menor o risco de violência e vice-versa ($r = -0,484$; $p < 0,001$).

DISCUSSÃO

A variável sexo apresenta uma discrepância entre as literaturas que investigaram a mesma temática. Corroborando os dados expostos, tem-se o sexo feminino como principal alvo do risco e da violência, predominando-se como um acontecimento social presente em todas as etapas da vida da mulher^{4,5,14,15}. No entanto, em outros estudos analisados, o maior risco ou até mesmo os casos de violência foram prevalentes no sexo masculino^{6,8}.

Com o sexo feminino, o risco de violência inicia-se mais cedo, em razão do estigma social relacionado à posição da mulher como servidora do lar, tornando-a mais suscetível a sofrer violência nas formas física e sexual no ambiente doméstico^{4,8}, diferentemente do que ocorre com os homens, os quais possuem atividade social por mais tempo e demonstram maior vulnerabilidade aos riscos e/ou violências externas em relação às domésticas, sendo que esta última ocorre em idades mais avançadas, quando comparadas às mulheres da mesma idade¹⁰.

Foi observado que pessoas idosas com baixa qualidade de vida possuíam probabilidade cinco vezes maior para a ocorrência do risco de violência, evidenciando o sexo feminino como o principal acometido^{4,5,14,15}.

No tocante às facetas de avaliação da qualidade de vida, as atividades passadas, presentes e futuras retratam a satisfação com conquistas realizadas e as esperanças relacionadas ao envelhecimento. Autores revelaram que pessoas idosas demonstraram baixas expectativas em relação ao futuro e expressão de arrependimento/tristeza, quando comentado sobre os anos de vida anteriores, o que pode estar relacionado com a perda da autonomia e a presença de sentimentos depressivos, tornando-o mais vulnerável para os diversos tipos de violência¹⁶.

A autonomia se refere ao direito de decisão e pode ocasionar diminuição da autoestima, independência e, consequentemente, menores índices de qualidade de vida na pessoa idosa^{13,17}. As limitações impostas pela idade no aspecto físico e psicoemocional, insuficiência de informações e falta de independência financeira são fatores que podem afetar significativamente essa faceta, minimizando-a e tornando essa pessoa idosa dependente, o que pode agravar a qualidade de vida e aumentar o risco de violência, traduzida pelo abandono e/ou pela negligência¹⁴.

A intimidade avalia a capacidade para as relações pessoais e íntimas. De acordo com estudo desenvolvido em um município de Santa Catarina, os índices médios dessa variável em indivíduos sem depressão foram maiores do ponto de vista estatístico em comparação com as pessoas idosas que tinham sintomas depressivos. À vista disso, quanto maior o grau e as formas de intimidade existentes ao longo do envelhecimento (seja no aspecto social, sexual ou familiar), melhor a qualidade de vida e menores os riscos de solidão e depressão, aspectos que predispõem ao risco de violência¹⁷.

De acordo com autores que analisaram correlações semelhantes, foi possível identificar associação entre a variável morte e morrer – percepções que a pessoa idosa expressa sobre a morte – e a presença de doenças crônicas¹⁶. Desse modo, é possível inferir que, quanto maior o grau de longevidade, maior o sentimento de proximidade da morte e das respectivas incapacidades que as doenças podem produzir, incluindo a dependência e a perda da autonomia sobre a própria vida, deixando-os mais temerosos com o futuro¹⁸.

Esse medo provavelmente está relacionado à dependência funcional que tende a se instalar em decorrência da patologia, necessitando de um cuidador. A literatura traz ainda que, quanto mais complexos os fatores incapacitantes e as comorbidades na pessoa idosa, maior o risco de negligência e abandono hospitalar e menor a qualidade de vida^{8,10}. Se essa pessoa estiver sob a responsabilidade de um cuidador, o risco de violência também se faz presente pelas situações de estresse e sobrecarga desse profissional.

Quanto à participação social, compreendida como a inserção e a convivência da pessoa idosa nas atividades da comunidade, estudo nacional evidenciou maior risco de violência em pessoas idosas que permaneceram maior tempo no ambiente familiar, haja vista que os índices de violência contra esse público são perpetrados pelos próprios familiares, reafirmando outros dados discutidos no presente estudo⁸.

A respeito do funcionamento sensorial, o comprometimento dos sentidos coincide com o processo de senescência, em que os declínios fisiológicos se refletem em danos significativos para a pessoa idosa, em especial nas atividades da vida diárias, na autonomia, nas interações pessoais e na baixa qualidade de vida¹⁹. Com efeito, tais repercussões predispõem ao risco de violência, principalmente pela dependência funcional e pela incompreensão dos cuidadores sobre o declínio sensorial.

Ao passo que a VCPI se configura como um problema de saúde pública, afetando as esferas social, ambiental e política, é necessária a ampliação do arcabouço teórico aos profissionais de saúde, no que tange à identificação dos riscos de violência e/ou à violação propriamente dita. Como a enfermagem é a profissão que possui contato e interação por maior período de tempo com o paciente, o conhecimento das ciências forenses pode contribuir na identificação, no reconhecimento e na intervenção das ocorrências.

Assim, essa especialidade pode atuar não apenas na ocorrência isolada de violências, mas também na promoção de atitudes positivas em relação ao envelhecimento, na prevenção da violência por meio do diálogo e na informação à pessoa idosa e à sua família, além da percepção de suspeitas precoces, que pode acontecer na triagem ou na consulta com esses indivíduos. Portanto, a enfermagem forense tem muito a agregar e intervir para que haja a promoção da qualidade de vida nas facetas citadas de forma integral e em todos os níveis de atenção à saúde¹⁰.

Ademais, diante da complexidade em torno da VCPI, é essencial que também haja uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, com políticas públicas integradas que viabilizem a comunicação entre órgãos relacionados à proteção da pessoa idosa e culminem na garantia de direitos e melhora da qualidade de vida dessa classe com necessidades cada vez mais emergentes.

Ressalta-se o potencial da enfermagem diante da temática, pois é dever do enfermeiro acolher e obter informações levando em consideração o contexto de inserção do usuário. O olhar do enfermeiro aliado à escuta qualificada pode detectar precocemente os riscos para situações de violência.

Cabe ao profissional atuar na prevenção dessas doenças por meio de orientações sobre cuidados com a pessoa idosa. Por meio das informações colhidas no histórico de enfermagem, é possível delinear diagnósticos e intervenções de enfermagem convergentes ao combate de maus-tratos e planejamento das ações com a família da pessoa idosa. Para tanto, é necessário que o enfermeiro tenha em sua formação a capacidade para os processos de identificação, notificação e encaminhamento da vítima e raciocínio crítico visando à resolutividade da problemática. Tais ações caracterizam parte do atendimento integral ao indivíduo, enquanto princípio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Limitações do estudo

Como limitações, podem ser reportadas a ausência de estudos comparativos que analisassem as variáveis relacionadas ao risco de violência e à qualidade de vida, assim como a dificuldade em trabalhar com todas as variáveis de confusão corretamente pela interferência relacional entre elas.

CONCLUSÃO

O risco de violência esteve presente em pessoas idosas do sexo feminino e com baixa qualidade de vida, indicando associação significativa entre essas variáveis. Ademais, foi possível identificar correlação negativa significativa entre o risco de violência e as facetas de qualidade de vida.

Ao enfermeiro é destinado um papel privilegiado no que tange à identificação do risco da violência e do manejo junto à vítima após sua consumação. São necessárias, para prevenção, a promoção e recuperação efetivas da presente temática, a maior capacitação e a especialização desses profissionais, assim como da equipe multiprofissional, para a compreensão e intervenção efetiva e em tempo oportuno ao acometimento.

Diante do baixo número de pesquisas recentes sobre o assunto discutido, estudos com foco mais abrangente em mais regiões do país são necessários para estimular a produção de novas políticas públicas atualizadas que visem à melhoria da qualidade de vida e à segurança dos direitos da pessoa idosa, além de maior embasamento e direcionamento ao profissional de saúde que cuidará dela, tendo a qualidade de vida e a longitudinalidade do envelhecimento preservadas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2022 Aug 16]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/saude-da-pessoa-idosa>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE lança estudo metodológico sobre mudança demográfica e projeções de população. Brasília, DF: IBGE; 2015 [cited 2022 Aug 16]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/9831-ibge-lanca-estudo-metodologico-sobre-mudanca-demografica-e-projecoes-de-populacao>
3. World Health Organization (WHO). The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse. Geneva: WHO; 2002 [cited 2022 Aug 16]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/toronto_declaration/en/
4. Andrade FM, Ribeiro AP, Bernal RT, Machado IE, Malta DC. Profile of care for violence against the elderly in urgency and emergency services: VIVA analysis Survey 2017. Rev Bras Epidemiol. 2020 [cited 2022 Aug 16]; 23(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200008.supl.1>
5. Mercier E, Nadeau A, Brousseau AA, Émond M, Lowthian J, Berthelot S. Elder abuse in the out-of-hospital and emergency department settings: a scoping review. Ann Emerg Med. 2020 [cited 2022 Aug 16]; 33(2):181-91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.12.011>
6. Antequera IA, Lopes MC, Batista RE, Campanharo CR, Costa PC, Okuno MF. Violence against elderly people screening: association with perceived stress and depressive symptoms in hospitalized elderly. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2021 [cited 2022 Aug 16]; 25(2):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0167>
7. World Health Organization (WHO). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Geneva: WHO; 2012 [cited 2022 Aug 16]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
8. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violence against the Brazilian elderly: an analysis of hospitalizations. Rev Bras Enferm. 2018 [cited 2022 Aug 16]; 71(2):777-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139>
9. Maia PH, Ferreira EF, Melo EM, Vargas AM. Occurrence of violence in the elderly and its associated factors. Rev Bras Enferm. 2019 [cited 2022 Aug 16]; 72(2):64-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0014>
10. Sousa RC, Araújo GK, Souto RQ, Santos RC, Santos RC, Almeida LR. Factors associated with the risk of violence against older adult women: a cross-sectional study. Rev Lat-Am Enfermagem. 2021 [cited 2022 Aug 16]; 29(e3394):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4039.3394>
11. 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 Saúde Pública. 2008 [cited 2022 Aug 16]; 24:1801-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800009>

12. Ribeiro VS, Souza RR, Cruz SG, Santos RI, Cassotti CA. Calidad de vida y depresión en idosos en el contexto domiciliar. *Enferm Actual Costa Rica*. 2018 [cited 2022 Aug 16]; (34):53-66. Available from: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n34/1409-4568-enfermeria-34-53.pdf>
13. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Pública*. 2006 [cited 2022 Aug 16]; 40(5):785-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>
14. Machado DR, Kimura M, Duarte YA, Lebrão ML. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. *Cien Saúde Colet*. 2020 [cited 2022 Aug 16]; 25(3):1119-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.19232018>
15. Rosen T, LoFaso VM, Bloemen EM, Clark S, McCarthy TJ, Reisig C, et al. Identifying injury patterns associated with physical elder abuse: analysis of legally adjudicated cases. *Ann Emerg Med*. 2020 [cited 2022 Aug 16]; 76(3):266-76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.03.020>
16. Cachina AMP, Paiva IL, Torres TL. [Intrafamily violence against the elderly: systematic review]. *Liberabit*. 2016 [cited 2022 Aug 16]; 22(2):185-96. Portuguese. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v22n2/a06v22n2.pdf>
17. Rodrigues LR, Tavares DS, Dias FA, Pegorari MS, Marchiori GF, Tavares DM. Qualidade de vida em idosos comunitários e fatores associados. *Rev Enferm UFPE On line*. 2017 [cited 2022 Aug 16]; 11(3):1430-8. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i3a13985p1430-1438-2017>
18. Dias EN, Pais-Ribeiro JL. Qualidade de vida: comparação entre os idosos na comunidade e institucionalizados. *Rev Kairós*. 2018 [cited 2022 Aug 16]; 21(1):37-54. Available from: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/37851>
19. Gato JM, Zenevitz LT, Madureira VS, Silva TG, Celich KL, Souza SS, et al. Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. *Av Enferm*. 2018 [cited 2022 Aug 16]; 36(3):302-10. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68498>