



Este artigo está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 3.0 Unported.

Você tem direito de:

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato

Adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material

De acordo com os termos seguintes:

Atribuição — Você deve dar o crédito apropriado, prover um link para a licença e indicar se mudanças foram feitas. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso.

NãoComercial — Você não pode usar o material para fins comerciais.

Sem restrições adicionais — Você não pode aplicar termos jurídicos ou medidas de caráter tecnológico que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 3.0 Unported License.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format.

Adapt — remix, transform, and build upon the material.

Under the following terms:

Attribution — You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

NonCommercial — You may not use the material for commercial purposes.

No additional restrictions — You may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from doing anything the license permits.

Capacidade funcional e situações de violência em idosos

Functional capability and violence situations against the elderly

Andréa Mathes Faustino¹

Lenora Gandolfi¹

Leides Barroso de Azevedo Moura¹

Descritores

Enfermagem geriátrica; Cuidados de enfermagem; Atividades cotidianas; Maus-tratos ao idoso; Violência

Keywords

Geriatrics nursing; Nursing care; Activities of daily living; Elder abuse; Violence

Submetido

8 de Fevereiro de 2014

Aceito

26 de Junho de 2014

Autor correspondente

Andréa Mathes Faustino
Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte,
Brasília, DF, Brasil. CEP: 70910-900
andreamathes@unb.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400066>

Resumo

Objetivo: Verificar se há relação entre a capacidade funcional do idoso e a presença de situações de violência em seu cotidiano.

Métodos: Trata-se de estudo transversal de base populacional com 237 idosos. Foram utilizados instrumentos de pesquisa validados e padronizados.

Resultados: A média de idade de 70,25 anos (desvio padrão de 6,94), 69% eram do gênero feminino, 76% eram independentes nas Atividades Básicas de Vida Diária e 54% possuíam dependência parcial em pelo menos uma atividade instrumental. A violência mais prevalente foi a psicológica e foi estatisticamente significativa a relação entre ser dependente em Atividades Básicas de Vida Diária e sofrer violência física.

Conclusão: Quando o idoso necessita de ajuda para realizar atividades de autocuidado, maior é a chance de exposição à situação de maus-tratos do tipo violência física.

Abstract

Objective: To verify whether there is a connection between the functional capacity of the elderly and the presence of violent situations in their daily lives.

Methods: A population-based cross-sectional study developed with 237 elderly individuals. Standard and validated research instruments were used.

Results: Mean age of 70.25 years (standard deviation of 6.94), 69% were female, 76% were independent in basic activities of daily living and 54% had a partial dependence on at least one instrumental activity. The most prevalent violence was psychological and the relation between being dependent on basic activities of daily living and suffering physical violence was statistically significant.

Conclusion: When the elderly needs assistance to perform self-care activities, there is a greater chance of exposure to a situation of abuse, such as physical violence.

¹Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O processo natural do envelhecimento, associado às doenças crônicas, pode favorecer a incapacidade funcional. Isso leva a um aumento da vulnerabilidade dos idosos, o que os deixa, assim, mais suscetíveis a sofrer maus tratos.⁽¹⁾

A definição para incapacidade funcional é a inabilidade ou a dificuldade em realizar tarefas do cotidiano do ser humano, as quais normalmente são indispensáveis para uma vida independente no meio social. A capacidade funcional seria a potencialidade em desempenhar as Atividades de Vida Diária ou determinado ato sem necessidade de ajuda de terceiros, fato que é determinante para a manutenção da Qualidade de Vida e da independência.⁽²⁾

Os resultados obtidos em avaliações da capacidade funcional possibilitam conhecer o perfil de idosos, quanto à sua funcionalidade em atividades cotidianas, o que permite identificar situações que precisam de intervenções para promoção de saúde, a fim de adiar as incapacidades inerentes ao envelhecimento.⁽³⁾

Violência ou maus-tratos contra idosos podem ser definidos como um ato único ou repetido, ou falta de medidas adequadas em situação de abuso, ocorrendo dentro de qualquer relacionamento no qual há uma expectativa de confiança e causando dano ou angústia a uma pessoa idosa.⁽⁴⁾

Em relação à natureza das violências, há uma tipologia basilar de violências praticadas contra a pessoa idosa, consistente em violência psicológica (agressão verbal ou gestual), violência física (uso de força física com a intenção de machucar, e uso inapropriado de restrições físicas e químicas), violência sexual (ato ou jogo sexual realizado contra a vontade ou sem consentimento), abandono (ausência de cuidados por parte do responsável legal), negligência (caracterizada pela recusa de cuidados por parte do responsável), exploração financeira e/ou material (uso não consentido dos bens financeiros e/ou materiais) e autonegligência (algum tipo de comportamento da pessoa idosa que coloque em risco sua própria saúde e segurança).⁽⁵⁾

Existem alguns fatores de risco em idosos envolvidos em situações de violência já descritos por vários autores; dentre os quais, merecem destaque: ter algum tipo de demência, deficiência física, depressão, solidão ou falta de apoio social; fazer uso de álcool ou drogas ilícitas; viver situações conflitivas com o cuidador; e apresentar diminuição da capacidade funcional e cognitiva. A presença desses fatores pode favorecer o aumento da dependência para o autocuidado em Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária e aumentar, assim, a chance de sofrer maus-tratos em seu ambiente de convívio.⁽⁶⁻⁸⁾

Este estudo teve como objetivo verificar se há relação entre a capacidade funcional do idoso e a presença de situações de violência em seu cotidiano.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, de caráter descritivo observacional, com a população de pessoas idosas atendidas em um serviço de Atenção Primária a Saúde, na cidade de Brasília (DF), Região Centro-Oeste do Brasil.

Os critérios para inclusão na amostra foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, ser de ambos os gêneros, frequentar os serviços de saúde durante o período da coleta, não possuir diagnóstico de nenhum tipo de demência e concordar em participar da pesquisa.

Os idosos foram abordados individualmente, após consulta médica e em sala privativa, onde as entrevistas foram realizadas face a face, com duração média de 50 minutos. A coleta de dados foi realizada durante o período de julho de 2012 a novembro de 2013.

O instrumento utilizado para avaliar o desempenho nas Atividades Básicas de Vida Diária foi a escala proposta por *Katz*, que avalia o nível de dependência do sujeito para desempenhar um conjunto de seis atividades diárias de autocuidado: banho, vestuário, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação.⁽⁹⁾

O resultado do escore de *Katz* pode variar entre 6 a 18 pontos e, para fins de análise, foi utilizada a

seguinte classificação para a interpretação das pontuações, onde eram dadas as seguintes opções de respostas: não recebe assistência nenhuma, 3 pontos; recebe assistência parcial, 2 pontos; e não executa a atividade, 1 ponto.⁽¹⁰⁾

Para avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária a escala escolhida foi a de *Lawton*, que avalia o desempenho funcional em atividades mais complexas, como usar o telefone, ir a locais distantes usando algum tipo de transporte, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais domésticos, lavar e passar roupas, tomar remédios corretamente e cuidar das finanças. Os escores podem variar entre 9 a 27 pontos e, quanto à classificação em relação ao nível de dependência, temos 27 pontos para independente, de 26 até 18 pontos para dependência parcial e ≤ 18 pontos para dependência total.⁽¹¹⁾

Para abordagem das violências, foi utilizado um instrumento de coleta de dados composto por questões semiestruturadas validadas por um grupo de juristas da área de gerontologia, composto por informações sociodemográficas, pessoais e quanto às naturezas das violências (psicológica, física, sexual, abandono, negligência, abuso financeiro e autonegligência).

Os resultados foram processados e tabulados no programa *Bioestat*, na versão 5.3. Para tratamento dos dados, foram utilizadas estatística descritiva, e tabelas de frequência absoluta e percentual. As associações entre as variáveis categóricas foram estudadas por meio do teste qui-quadrado, com nível de significância 0,05.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

A amostra foi composta por 237 idosos, sendo 69,9% do gênero feminino. A média de idade foi de 70,25 anos (desvio padrão de 6,94), com intervalo entre 60 a 93 anos. A faixa etária de maior predominância correspondeu a de 60 e

69 anos (50,2%). A maioria era de cor branca (48,1%), 38% dos idosos eram casados, 44,3% sem nenhum grau de instrução de escolaridade, 62% católicos, 46% com renda de até um salário mínimo, 89% residiam com pelo menos um familiar e 94,1% tinham filhos, conforme descrito na tabela 1.

Em relação à situação de saúde dos idosos, a maioria possuía, ao menos, uma doença crônica não transmissível, sendo que 81% tinham hipertensão arterial, seguidos por diabetes mellitus tipo 2 (29%), dor crônica (21%), osteoporose (18,5%) e artrose (14%).

Quanto à capacidade funcional medida pelas escalas de *Katz* e *Lawton*, para as Atividades Básicas de Vida Diária, a dependência parcial para uma ou duas atividades atingiu apenas 22% dos idosos, sendo a maioria independente funcional (76%) para essas atividades. Já para as atividades instrumentais, 54% tiveram avaliação de dependência parcial em pelo menos uma atividade desempenhada e 6% eram dependentes totais para usar transportes, tomar seus remédios, cuidar das finanças entre outras atividades (Tabela 2).

Quanto às violências, cerca de 60% referiram ter sofrido algum tipo de violência em algum momento da vida após os 60 anos de idade, mesmo com a obtenção dos maiores escores de independência, tanto na escala de *Katz* quanto em *Lawton*. Já para os escores de maior dependência funcional, ou seja, maior necessidade de ajuda na realização das atividades de autocuidado e as mais complexas do cotidiano, mais de 70% dos idosos relataram alguma situação de maus-tratos depois que se tornaram idosos (Tabela 2); contudo, na relação entre as variáveis, não houve valor de significância nos testes aplicados.

Na análise dos tipos de violência, a de maior prevalência foi a violência psicológica, com 37% do tipo humilhação, situações de insultar, falar mal, gritar e ameaçar o idoso, e 24% do tipo discriminação, ou seja, sofrer abuso por não ser tratado com respeito (Tabela 3).

Sobre os resultados da relação entre capacidade funcional e presença de violência, o único tipo de violência em que houve valor com significância es-

Tabela 1. Características de pessoas idosas e violência

Variáveis	Gênero Feminino		Gênero Masculino	
	Violência após os 60 anos		Violência após os 60 anos	
	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)
Faixa etária, anos				
60-69	53(68,80)	24(31,20)	24(58,50)	17(41,50)
70-79	46(69,70)	20(30,30)	13(52,00)	12(48,00)
>80	13(59,10)	9(40,90)	5(83,30)	1(16,70)
Cor				
Branca	55(65,48)	29(34,52)	18(60,00)	12(40,00)
Parda	41(78,85)	11(21,15)	15(57,69)	11(42,31)
Preta	16(55,17)	13(44,83)	9(56,25)	7(43,75)
Escolaridade, anos				
Sem instrução	46(63,89)	26(36,11)	17(51,52)	16(48,48)
1 ano	10(71,43)	4(28,57)	4(80,00)	1(20,00)
2-4	30(66,60)	15(33,40)	12(63,10)	7(36,90)
5-8	21(80,70)	5(19,30)	5(50,00)	5(50,00)
>9	5(62,50)	3(37,50)	4(80,00)	1(20,00)
Estado civil				
Casado	36(76,60)	11(23,40)	24(55,81)	19(44,19)
Viúvo	44(64,71)	24(35,29)	4(66,67)	2(33,33)
Solteiro	11(57,89)	8(42,11)	4(66,67)	2(33,33)
Mora com algum companheiro	4(57,14)	3(42,86)	3(50,00)	3(50,00)
Desquitado ou separado	17(70,83)	7(29,17)	7(63,64)	4(36,36)
Ocupação				
Aposentado	70(70,71)	29(29,29)	30(63,83)	17(36,17)
Recebe benefício	11(78,57)	3(21,43)	2(66,67)	1(33,33)
Recebe pensão	12(50,00)	12(50,00)	0(0,00)	1(100,00)
Trabalha	8(72,73)	3(27,27)	5(35,71)	9(64,29)
Recebe apoio familiar/outro	11(64,71)	6(35,29)	5(71,43)	2(28,57)
Renda, salários mínimos				
Sem renda	5(100,00)	0(0,00)	1(33,33)	2(66,67)
Até 1	59(66,29)	30(33,71)	8(40,00)	12(60,00)
2-3	40(65,57)	21(34,43)	28(65,12)	15(34,88)
>4	7(87,50)	1(12,50)	2(66,67)	1(33,33)
Não sabe precisar/não tem valor fixo	1(50,00)	1(50,00)	3(100,00)	0(0,00)
Tem filhos				
Sim	106(69,28)	47(30,72)	41(58,57)	29(41,43)
Não	6(50,00)	6(50,00)	1(50,00)	1(50,00)
Acompanhado de algum familiar	101(68,20)	47(31,80)	37(60,60)	24(39,40)
Reside com quem				
Sozinho	10(62,50)	6(37,50)	5(50,00)	5(50,00)
Acompanhando de outra pessoa não familiar	1(100,00)	0(0,00)	0(0,00)	1(100,00)
Religião atual				
Católica	66(67,35)	32(32,65)	28(57,14)	21(42,86)
Evangélica	41(66,13)	21(33,87)	14(63,64)	8(36,36)
Outras	5(100,00)	0(0,00)	0(0,00)	1(100,00)

n=237

Tabela 2. Índices da capacidade funcional e situação de violência

Atividades de Vida Diária	Sofreu violência		Total n(%)	p-value
	Sim n (%)	Não n(%)		
Atividades Básicas de Vida Diária				
Independente (escore =6)	115(63,8)	65(36,2)	180(76,0)	0,49
Dependente parcial para 1 ou 2 atividades (escore de 7-8)	36(67,9)	17(32,1)	53(22,3)	
Dependente parcial para 3 ou mais atividades (escore ≥9)	3(75,0)	1(25,0)	4(1,7)	
Atividades Instrumentais de Vida Diária				
Independente (escore =27)	60(63,1)	35(36,9)	95(40,1)	0,31
Dependente parcial (escore entre 26-18)	84(65,6)	44(34,4)	128(54,0)	
Dependente total (escore <18)	10(71,4)	4(28,6)	14(5,9)	

n=237; Teste Qui-quadrado (p<0,05)

Tabela 3. Tipos/naturezas de violência e sua relação com as atividades funcionais

Tipo / naturezas de violência	Casos positivos	Casos negativos	Escala Lawton	Escala Katz
	n(%)	n(%)	p-value	p-value
Humilhação	88(37,13)	149(62,87)	0,60	0,12
Discriminação	57(24,05)	180(75,95)	0,90	0,08
Violência física	24(10,13)	213(89,87)	0,12	0,02
Violência sexual	10(4,22)	227(95,78)	0,98	0,33
Abandono	56(23,63)	181(76,37)	0,75	0,89
Negligência	37(15,61)	200(84,39)	0,54	0,73
Abuso financeiro	52(21,94)	185(78,06)	0,90	0,59
Autonegligência	28(11,81)	209(88,19)	0,71	0,26

n=237; Teste qui-quadrado (p<0,05)

tatística no teste realizado foi para a associação entre Atividade Básica de Vida Diária e violência física (p=0,02). Quanto maior o escore de Katz, maior a chance de o idoso sofrer violência física. Em outras palavras, quanto maior a dependência no desempenho das atividades básicas, maior era a chance de a pessoa idosa sofrer agressão física corporal, quando, por exemplo, necessitar de ajuda para manter continência fecal ou urinária, para trocar de roupa ou para realizar o banho (Tabela 3).

Discussão

Ainda que o presente estudo tenha buscado a associação do fenômeno da violência e as condições da capacidade funcional entre idosos, uma das limitações do estudo é que não foi possível estabelecer uma relação de causa e efeito entre os fatores analisados, o que sugere que o evento tenha sido causado pela associação de outras variáveis que não foram o

escopo deste estudo, pois a violência contra idosos é um fenômeno complexo e multifacetado, tanto de origem clínica como social e situacional. Desse modo, a violência contra idosos abrange vários aspectos dos cuidados de enfermagem e, sendo assim, precisa ser abordada durante a assistência em todos os ambientes de atuação dos enfermeiros e de outros profissionais da saúde.

Por meio dos métodos e abordagens empregados, foi possível verificar que, na prática, as avaliações de funcionalidade e dos aspectos da violência podem ser realizadas em conjunto, por serem complementares, a fim contribuir para a manutenção da integridade física, mental e social do idoso, por meio da assistência global ao idoso, realizada por enfermeiros e pela equipe multiprofissional.

A caracterização da amostra em relação aos dados socioeconômicos, demográficos e de contexto dos idosos corroborou os achados de outros estudos, cujos métodos de inclusão dos idosos foram semelhantes aos do presente estudo, em que houve

uma predominância de idosos do gênero feminino, de cor branca, na faixa etária entre 60 a 70 anos, com baixa escolaridade e domicílio com a presença de algum familiar.^(3,12-14)

O fenômeno da feminização da população idosa pode ser observado em vários estudos e explicado a partir de alguns fatos marcantes da história, como, por exemplo, a maior longevidade atingida pela mulher, que pode estar associada ao maior cuidado com a saúde e a não exposição, quando jovens, a situações de risco de morte violenta – essa ocorrência tem maior concentração em homens para essa geração de idosos.^(13,15)

As explicações estão embasadas numa perspectiva de gênero, de espaços simbólicos objetivados e hábitos de vida em contextos de ocupação socioespacial nos territórios.

Uma característica peculiar é que os idosos estão vivendo com algum membro de sua família, situação denominada coresidência. Poucos vivem sozinhos, sendo esse fato reflexo de possíveis situações como a da dependência financeira de outros membros da família em relação ao idoso – o que pode caracterizar um abuso financeiro, visto que a maioria possui renda própria, ou o inverso, quando os idosos são financeiramente dependentes de familiares.⁽¹⁶⁾

Outra realidade é a de preocupação em cuidar de pessoas idosas em nossa cultura latina, ou seja, a postura de superproteção ao idoso, que, no imaginário simbólico, é representado como frágil e dependente de auxílio para a execução de atividades desde as mais complexas até as básicas de autocuidado, o que minimiza sua autonomia e sua independência muitas vezes ainda preservada. A condição de morar junto de familiares não oferece uma garantia de que haverá assistência adequada às necessidades do idoso e não se caracteriza como fator de proteção contra maus-tratos.^(17,18)

As comorbidades evidenciadas pela presença de doenças crônicas entre os idosos apresentaram resultados semelhantes aos de outros estudos, sendo a hipertensão arterial e o diabetes as mais prevalentes nessa população. Tais comorbidades estão relacionadas principalmente aos hábitos ao longo da vida, ao processo senescente do envelhecimento, e à senilidade associada, por sua vez, às doenças cardiovasculares e endócrinas, que favorecem o desenvolvimento

dessas patologias e o aparecimento de complicações incapacitantes.^(3,13,19,20)

A avaliação da capacidade funcional nas populações de idosos analisadas em outros estudos com idosos jovens destacou que, nas atividades de vida diária, elas mostraram maior independência funcional em relação às instrumentais, quando avaliadas, o que pode estar relacionado ao próprio declínio natural do envelhecimento. Isso ocorre na maioria das populações de idosos sem doenças neurodegenerativas.^(3,13,19,21)

Em relação às situações de violências e à capacidade funcional, é unânime, entre os estudos, que, com o aumento do grau de dependência, maior é a chance de o idoso ser vítima de violência, ou seja, idosos que necessitam de ajuda para o autocuidado ou para realizar atividades mais complexas do cotidiano, como cuidar de finanças, fazer compras e outros, principalmente devido às incapacidades físicas, apresentam maior risco de sofrer algum abuso ou maus tratos, principalmente quando não há uma boa relação entre os idosos e familiares ou cuidador – e isso pode vir a favorecer a violência.^(16,21,22)

O que foi observado entre os idosos avaliados é que, apesar de apenas a violência física no modelo estudado ter resultado significativo, na situação de dependência para as Atividades Básicas de Vida Diária, os outros tipos de violência podem ser vivenciados, quando há certo declínio nas funções de maior complexidade associado à presença de prejuízo cognitivo. Isso porque, desse modo, o idoso ficaria duplamente exposto às condições de abuso, pois ele está inserido em um contexto que sinaliza a perda da autonomia e da independência.^(16,21-23) Em outro estudo, a diminuição da capacidade funcional entre idosos foi associada a episódios de maus-tratos emocionais e financeiros.⁽¹²⁾ Novos modelos de regressão logística multinível precisam ser testados para desvelar possíveis efeitos entre outras variáveis.

Há de se destacar que a violência psicológica, seguida do abandono e do abuso financeiro foram as condições mais relatadas entre os entrevistados. Alguns estudos já têm como evidência que a maior dependência nas atividades funcionais está associada a um aumento de chance de o idoso sofrer abuso emocional e financeiro, por estar mais fragilizado física e psicologicamente, e por ficar mais vulnerável

às situações que envolvem desde agressões verbais, ameaças de abuso, assédio ou mesmo intimidação do idoso. A detecção dessa natureza de maus-tratos, ainda pouco denunciada ou notificada em nosso meio, merece a atenção dos profissionais.^(14,16,21)

A utilização de estratégias que favoreçam a detecção precoce e a intervenção de enfermagem e de outros profissionais junto às famílias de idosos que sofram maus-tratos é uma necessidade que precisa ser incorporada à prática de enfermagem, principalmente entre populações de idosos com fatores de risco inerentes ao processo normal de envelhecimento e aqueles em situação de vulnerabilidade.⁽²⁴⁾

Conclusão

Ser dependente em atividades básicas de autocuidado e sofrer violência física foram estatisticamente significativos, ou seja, quando o idoso necessita de auxílio para realizar atividades de higiene corporal, transfêrências, auxílio na alimentação, entre outras, maior é a chance de exposição à situação de maus-tratos físicos.

Colaborações

Faustino AM; Gandolfi L e Moura LBA contribuíram com a concepção do projeto, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, no desenvolvimento da pesquisa e interpretação dos dados, redação e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2008; 63(4):S248-54.
2. Kelley-Moore JA, Schumacher JG, Kahana E, Kahana B. When do older adults become "disabled"? Social and health antecedents of perceived disability in a panel study of the oldest old. *J Health Soc Behav.* 2006; 47(2):126-41.
3. Fiedler MM, Peres KG. [Functional status and associated factors among the elderly in a southern Brazilian city: a population-based study]. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(2): 409-15. Portuguese.
4. Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z, Blizard R, Livingston G. Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. *BMJ.* 2009; 338:b155.
5. Phua DH, Ng TW, Seow E. Epidemiology of suspected elderly mistreatment in Singapore. *Singapore Med J.* 2008; 49(10):765-73.
6. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing.* 2008; 37(2):151-60.
7. Hildreth CJ, Burke AE, Golub RM. Elder abuse. *JAMA.* 2011;306(5):568.
8. Amstadter AB, Begle AM, Cisler JM, Hernandez MA, Muzzy W, Acierno R. Prevalence and correlates of poor self-rated health in the United States: the national elder mistreatment study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2010;18(7): 615-23.
9. Duarte YA, Andrade CL, Lebrão ML. [Katz index on elderly functionality evaluation]. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(2):317-25. Portuguese.
10. Paula FL, Fonseca MJ, Oliveira RV, Rozenfeld S. [Profile of elderly admitted to public hospitals of Niterói (RJ) due to falls]. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(4):587-95. Portuguese.
11. Torres GdeV, Reis LA, Reis LA. Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2010;68(1):39-43.
12. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health.* 2010;100(2):292-7.
13. Santos MI, Griep RH. [Functional capacity of the elderly attended in a Unified Health System (SUS) program in Belém in the State of Pará]. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(3):753-61. Portuguese.
14. Begle AM, Strachan M. Elder mistreatment and emotional symptoms among older adults in a largely rural population: the South Carolina elder mistreatment study. *J Interpers Violence.* 2011; 26(11):2321-32.
15. Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Estado.* 2012; 27(1):165-80.
16. Beach SR, Schulz R, Castle NG, Rosen J. Financial exploitation and psychological mistreatment among older adults: differences between African Americans and non-African Americans in a population-based survey. *Gerontologist.* 2010; 50(6):744-57.
17. Camargos MC, Rodrigues RN, Machado CJ. Elderly persons, family and household: a narrative review of the decision to live alone. *Rev Bras Estud Popul.* 2011; 28(1); 217-30. Portuguese.
18. Alexandra Hernandez-Tejada M, Amstadter A, Muzzy W, Acierno R. The national elder mistreatment study: race and ethnicity findings. *J Elder Abuse Negl.* 2013; 25(4): 281-93.
19. Mendes TA, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MB, Cesar CL, Carandina L, et al. [Diabetes mellitus: factors associated with prevalence in the elderly, control measures and practices, and health services utilization in São Paulo, Brazil]. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(6):1233-43. Portuguese.
20. Santos MR, Mendes SC, Morais DB, Coimbra MP, Araújo MA, Carvalho CM. [Nutritional characterization of elderly people with hypertension in Teresina, Piauí State]. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007;10(1):73-86. Portuguese.
21. Dong X, Simon M, Evans D. Decline in physical function and risk of elder abuse reported to social services in a community-dwelling population of older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2012; 60(10):1922-8.
22. Duque AM, Leal MC, Marques AP, Eskinazi FM, Duque AM. [Violence against the elderly in the home environment: prevalence and associated factors (Recife, State of Pernambuco)]. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(8):2199-208. Portuguese.
23. Dong X, Simon M, Rajan K, Evans DA. Association of cognitive function and risk for elder abuse in a community-dwelling population. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2011; 32(3):209-15.
24. Gaioli CC, Rodrigues RA. [Occurrence of domestic elder abuse]. *Rev Latinoam Enferm.* 2008;16(3): 465-70. Portuguese.