



PERCEPÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA E AS EXPERIÊNCIAS DE VIOLÊNCIAS EM IDOSOS

PERCEPTIONS OF QUALITY OF LIFE AND EXPERIENCES OF VIOLENCE IN THE ELDERLY PERCEPCIONES DE CALIDAD DE VIDA Y LAS EXPERIENCIAS DE VIOLENCIAS EN ANCIANOS

Leides Barroso Azevedo Moura¹, Vanessa Mara Alves da Silva Noronha², Ana Beatriz Duarte Vieira³, Andréa Mathes Faustino⁴

RESUMO

Objetivo: descrever as experiências de violências e a autopercepção da qualidade de vida e saúde após os 60 anos de idade. **Método:** estudo quantitativo, transversal e descritivo desenvolvido com 100 idosos comunitários. Utilizaram-se, para a coleta de dados, os instrumentos Qualidade de Vida (WHOQOL-BREEF), Avaliação do Estado Mental e questionário sobre a ocorrência de violências. **Resultado:** constatou-se uma maior frequência de idosos do sexo feminino (62%), com ensino fundamental incompleto (43%) e renda familiar de até um salário mínimo (46%). Mais da metade dos idosos (62%) declarou não ter uma boa qualidade de vida e 38% descreveram sentimentos compatíveis com o desespero, a ansiedade e a depressão. Observou-se que 73% sofreram algum tipo de violência destacando-se o insulto e a discriminação (40% e 35%, respectivamente), o abandono (31%), o abuso financeiro (15%) e a agressão física (12%). Não se observou relação entre sofrer violência e autopercepção de saúde e qualidade de vida (p-valor de 0,5587). **Conclusão:** destaca-se a importância da identificação e magnitude das violências nesse segmento populacional, pois as intervenções interdisciplinares e intersetoriais precisam estar articuladas com o setor saúde e, assim, favorecer o protagonismo do idoso no enfrentamento às violências. **Descritores:** Violência; Idoso; Qualidade de Vida; Exposição à Violência; Autoimagem; Determinantes sociais de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to describe experiences of violence and self-perception of quality of life and health after 60 years of age. **Method:** quantitative, cross - sectional and descriptive study developed with 100 elderly. Data collection was used for the Quality of Life (WHOQOL-BREEF), Mental State Assessment and questionnaire on the occurrence of violence. **Results:** there was a higher frequency of female elderly (62%), incomplete primary education (43%) and family income up to a minimum wage (46%). More than half of the elderly (62%) reported not having a good quality of life, and 38% described feelings compatible with despair, anxiety and depression. It was observed that 73% suffered some form of violence, including insult and discrimination (40% and 35% respectively), abandonment (31%), financial abuse (15%) and physical aggression (12%). There was no relation between suffering violence and self-perception of health and quality of life (p-value 0.5587). **Conclusion:** the importance of the identification and magnitude of violence in this population segment is highlighted, since interdisciplinary and intersectoral interventions need to be articulated with the health sector and, thus, to favor the protagonism of the elderly in confronting violence. **Descriptors:** Violence; Aged; Quality of Life; Exposure to Violence; Self Concept; Social Determinants of Health.

RESUMEN

Objetivo: describir las experiencias de violencias y la autopercepción de la calidad de vida y la salud después de los 60 años de edad. **Método:** estudio cuantitativo, transversal y descriptivo desarrollado con 100 ancianos comunitarios. Se utilizaron los siguientes instrumentos para la recolección de datos: Calidad de Vida (WHOQOL-BREEF), Evaluación del Estado Mental y cuestionario sobre la ocurrencia de violencias. **Resultados:** se constató una mayor frecuencia de ancianos del sexo femenino (62%), con enseñanza básica incompleta (43%) y renta familiar de hasta un salario mínimo (46%). Más de la mitad de los ancianos (62%) declaró no tener una buena calidad de vida y 38% describieron sentimientos compatibles con la desesperación, la ansiedad y la depresión. Se observó que el 73% sufrieron algún tipo de violencia, destacándose el insulto y la discriminación (40% y 35%, respectivamente), el abandono (31%), el abuso financiero (15%) y la agresión física (12%). No se observó relación entre sufrir violencia y autopercepción de salud y calidad de vida (p-valor de 0,5587). **Conclusión:** se destaca la importancia de la identificación y magnitud de las violencias en ese segmento poblacional, pues las intervenciones interdisciplinares e intersectoriales necesitan estar articuladas con el sector salud y, así favorecer el protagonismo del anciano en el enfrentamiento a las violencias. **Descriptor:** Violencia; Anciano; Calidad de Vida; Exposición a la Violencia; Autoimagen; Determinantes Sociales de la Salud.

¹Doutora, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília/UnB, Brasília (DF), Brasil. E-mail: lmoura@unb.br ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-1208-4569>; ²Especialista, Núcleo de Estudos e Pesquisas da Terceira Idade (NEPTI), Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília/UnB, Brasília (DF), Brasil. E-mail: vmaranoronha@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-0629-5554>; ³Doutora, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília/UnB, Brasília (DF), Brasil. E-mail: abd.vieira@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-0147-5641>; ⁴Doutora, Núcleo de Estudos e Pesquisas da Terceira Idade (NEPTI), Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília/UnB, Brasília (DF), Brasil. E-mail: andreamathes@unb.br ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-5474-7252>

INTRODUÇÃO

Considera-se que as violências contra as pessoas idosas têm impacto mundial e local e ocasionam danos físicos, psicológicos, morais e espirituais interferindo na percepção da qualidade de vida e saúde.¹⁻²

Utilizam-se os termos violências ou maus-tratos contra idosos como sinônimos e podem ser definidos como ato único ou repetido, que ocorre dentro de qualquer relacionamento no qual há uma expectativa de confiança e que cause dano ou angústia a uma pessoa idosa. Atos violentos, mesmo quando não fatais, abalam a qualidade de vida, são responsáveis por agravos físicos e mentais e, muitas vezes, deixam, em suas vítimas, sequelas de intensidade diversa.³

Sabe-se que a qualidade de vida e saúde são conceitos multidimensionais e subjetivos, difíceis de serem medidos, pois representam uma avaliação baseada em subjetividades, temporalidades, individualidades, variações culturais, sionormativas e de posição social.⁴⁻⁵

Comprova-se que estudos comunitários acerca da qualidade de vida de pessoas idosas ainda são escassos.⁶ Pesquisas com a população de idosos indicam: a importância dos vínculos familiares; relações sociais; saúde; vida sem violências; atividade física; bem-estar psicológico; espiritualidade; autoestima e bem-estar pessoal; acesso aos recursos financeiros; relações de boa vizinhança para favorecer a qualidade de vida na velhice.⁶⁻⁷

Entende-se que a identificação das violências e a subjetividade da percepção de qualidade de vida e saúde tendem a sofrer influência de vários aspectos como o nível socioeconômico, a interação social, o suporte familiar e a satisfação com a vida. Além disso, entende-se que situações de violências afetam negativamente a percepção da qualidade de vida e estão associadas com doenças mentais e comportamentais como a depressão, a ansiedade, a insônia, entre outras.⁸⁻⁹

Apresenta-se, no cenário internacional, um estudo com dados de 28 países, de economia periférica, onde há uma estimativa de que a cada seis idosos, um é vítima de violência e afirma que a violência contra idosos representa um problema negligenciado na agenda de prioridade da saúde global.¹⁰

OBJETIVO

- Descrever a percepção de pessoas idosas sobre a saúde, a qualidade de vida e as experiências de violências sofridas após completarem 60 anos.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, transversal e descritivo desenvolvido em região socioeconomicamente vulnerável da Área Metropolitana de Brasília (AMB), no Distrito Federal (DF).

Elencaram-se como critérios para a inclusão na composição da amostra: ter idade igual ou superior a 60 anos; ser de ambos os sexos; ser cadastrado no Centro de Convivência do Idoso (CCI) da AMB escolhida para o estudo e não possuir diagnóstico de nenhum tipo de demência.

Realizou-se a coleta de dados por meio de entrevistas individuais face a face, em ambiente privativo, em uma das salas do CCI ou na casa do idoso, de acordo com a preferência do participante, no período de março a julho de 2015. As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos.

Utilizou-se, para identificar as características sociodemográficas, de contexto de vida e ocorrências de violências, um questionário validado em estudos anteriores.^{9,11}

Aplicou-se um instrumento de avaliação de função cognitiva - a segunda edição do *Mini-Mental State Examination* (MMSE), que representa uma escala para auxiliar no rastreamento e na investigação de *deficits* cognitivos em pessoas com risco de desenvolver uma síndrome demencial. Os escores do instrumento foram adaptados para o Brasil de acordo com os níveis de escolaridade.¹²

Escolheram-se, para analisar a percepção de qualidade de vida dos idosos, duas perguntas do WHOQOL-BREF referentes à autopercepção sobre a qualidade de vida e saúde: “*Como você avalia sua qualidade de vida?*” e “*Quão satisfeito você está com sua saúde?*”.¹³

Digitaram-se os dados em planilha *Excel* e utilizou-se, para a análise da estatística descritiva, o *software* R, onde obtiveram-se as frequências, a distribuição e as relações entre as variáveis por meio do teste qui-quadrado, com nível de significância 0,05. Realizou-se a estatística inferencial para os dois grupos da escala *likert*: idosos que declararam uma qualidade de vida boa ou muito boa e que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a saúde e idosos que não possuem uma qualidade de vida boa e que não estão satisfeitos com a saúde. Esses dois grupos foram analisados segundo a experiência de terem sofrido ou não algum tipo de violência.

Aprovou-se a pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da

Moura LBA, Noronha VMAS, Vieira ABD et al.

Saúde da Universidade de Brasília (UnB) sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 41273915.9.0000.0030.

RESULTADOS

Informa-se que a amostra final foi composta por 100 idosos. Observou-se que a maior proporção dos idosos pertencia à faixa etária entre 60 a 69 anos (51%), era do sexo feminino (62%), com baixa escolaridade (43%) e baixa renda familiar (46%), conforme a tabela 1.

Revela-se, quanto ao desempenho cognitivo mensurado pelo MMSE, que 100% apresentaram pontuação normal no escore de acordo com a escolaridade.

Complementa-se, no que se refere à ocupação atual, que 66% afirmaram ser aposentados ou pensionistas. Acerca da procedência, a região Nordeste do Brasil correspondeu a quase metade dos entrevistados (48%), sendo que apenas 19% eram naturais da região Centro-Oeste. Quanto à autopercepção de saúde, 51% responderam que consideravam seu estado de saúde como regular ou ruim, de acordo com a tabela 1.

Percebeu-se, ainda, que, embora 80% tenham relatado estar em tratamento médico para algum tipo de doença crônica não transmissível, 76% avaliaram que a dor física não os impedia de realizar as atividades básicas de vida diária.

Notou-se que o ambiente urbano no qual os idosos viviam foi percebido, pela maioria, como saudável (84%) e mais da metade dos entrevistados declarou estar satisfeita com as condições do local onde residia (60%). Entretanto, 33% declararam não ter oportunidade para atividades de lazer no local da residência.

Ressalta-se que, quando perguntado ao idoso, especificamente, sobre a qualidade do acesso aos serviços de saúde e serviços de transporte, eles foram percebidos como ruins para 70% e 82%, respectivamente.

Detectou-se, quanto à rede de apoio, que 77% dos idosos afirmaram morar acompanhados por, pelo menos, um familiar, 93% possuíam filhos, mas apenas 34% participavam de alguma atividade social com maior frequência, conforme a tabela 2.

Detalha-se, sobre as experiências de maus-tratos, que a violência de natureza psicológica foi a mais relatada pelos entrevistados. Os insultos corresponderam a 40% dos casos e as situações de discriminação foram relatadas por 35%. Quando questionados acerca da frequência dos atos violentos, 23% relataram que os episódios de insultos eram muito

Percepções de qualidade de vida e as experiências...

frequentes, o que revela não se tratar de um episódio isolado, mas de um *continuum* de violência na vida desses idosos. Sobre a temporalidade da ocorrência das agressões sofridas, 51% afirmaram que a discriminação ocorreu nos últimos 12 meses e, portanto, representou episódios de violência recente, de acordo com a tabela 3.

Relatou-se negligência autoinfligida descrita por 26% dos idosos e 31% declararam ter se sentido abandonados após os 60 anos de idade. Quanto à frequência em sentir-se abandonado, quase um terço (32,3%) afirmou que isso ocorreu em muitas ocasiões. A violência sexual foi relatada por 4%, conforme a tabela 3.

Salienta-se que apenas 24% de todos os entrevistados perceberam a saúde e a qualidade de vida como boa e muito boa, sendo que 76% identificaram ambas como: “não estar boa e nem ruim”; “ruim e muito ruim”. A ocorrência de experiências vividas de violências foi observada nos dois grupos e não houve uma associação entre experiências de violências e diferentes percepções sobre saúde e qualidade de vida ($p= 0,8982$), de acordo com a tabela 4.

Enfoca-se que a análise inferencial, que procurou identificar se a percepção da qualidade de vida e saúde como “boa e muito boa” aumentaria a chance para a não ocorrência de violências, encontrou que havia a chance em 0,956 vezes maior de pertencer ao grupo que não sofreu violência, se comparado aos idosos que sofreram os maus-tratos.

Verificou-se que as experiências de violências ocorreram em ambos os grupos e o número amostral do estudo apresentou limitações para análises mais robustas, especialmente em detrimento do número de entrevistados que não tiveram uma posição definida no momento da entrevista ou ainda não conseguiram classificar, de maneira específica, sua qualidade de vida e saúde optando por descrevê-la como “nem boa e nem ruim” (40%) e tendo ficado fora na análise inferencial.

Observa-se, na tabela 4, que há maior proporção de idosos insatisfeitos com a saúde e a qualidade de vida, aproximadamente 60%, do que os que se declararam satisfeitos e com a saúde boa. A alta prevalência de experiências de violências identificadas no estudo revela a gravidade do problema das violências contra as pessoas idosas. Ressalta-se que 73% dos entrevistados afirmaram ter passado por alguma situação na qual sofreram, pelo menos, um tipo de violência na velhice. Dos idosos selecionados para a análise

inferencial, 78,3% sofreram algum tipo de violência após os 60 anos de vida.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas e de contexto de vida de idosos de uma região da Área Metropolitana de Brasília, DF, 2016 (n=100).

Variáveis	n	%
Faixa Etária (anos)		
60 a 69	51	51,0
70 a 79	32	32,0
80 ou mais	17	17,0
Sexo		
Feminino	62	62,0
Masculino	38	38,0
Procedência Geográfica		
Nordeste	48	48,0
Sudeste	24	24,0
Centro-Oeste	19	19,0
Norte	7	7,0
Sul	2	2,0
Raça/cor		
Parda/Negra	74	74,0
Branca	18	18,0
Amarela	8	8,0
Estado Civil		
Divorciado	53	53,0
Casado/união estável	37	37,0
Solteiro	10	10,0
Escolaridade		
Fundamental incompleto	43	43,0
Analfabeto	41	41,0
Fundamental completo	9	9,0
Superior ou médio completo	5	5,0
Não sabe/não lembra	2	2,0
Situação trabalhista		
Aposentado/pensão	66	66,0
Benefício do governo	15	15,0
Trabalhando	10	10,0
Outros	9	9,0
Bebida alcoólica		
Não	78	78,0
Sim	22	22,0
Percepção da saúde		
Ruim	12	12,0
Regular	39	39,0
Boa	32	32,0
Ótima	17	17,0
Tratamento para problema de saúde		
Sim	81	81,0
Não	19	19,0
Total	100	100,0

Tabela 2. Distribuição quanto à rede de apoio de idosos de uma região da Área Metropolitana de Brasília, DF, 2016 (n=100).

Variável	Categoria	n	%
Mora com seus filhos ou membro de sua família	Sim	77	77,0
	Não	23	23,0
Possui filhos	Sim	93	93,0
	Não	7	7,0
Participa de algum grupo ou atividades com outras pessoas além do Centro de Convivência	Sim	34	34,0
	Não	66	66,0
Satisfação com as relações pessoais com amigos, parentes, conhecidos ou colegas	Sim	59	59,0
	Não	41	41,0
Total		100	100,0

Tabela 3. Distribuição das vivências de violências segundo a natureza, a prevalência e a frequência de idosos de uma região da Área Metropolitana de Brasília, DF, 2016 (n=100).

Natureza das Violências	Prevalência				Frequência				
	Na vida	Nos últimos 12 meses		Uma vez		2 a 4 vezes		5 ou mais vezes	
		N	n	%	n	%	n	%	n
Violência Psicológica Insulto	40	18	45,0	15	37,5	9	22,5	16	27,5

Moura LBA, Noronha VMAS, Vieira ABD et al.

Percepções de qualidade de vida e as experiências...

	35	18	51,4	11	31,3	16	45,7	8	11,4
Discriminação	35	18	51,4	11	31,3	16	45,7	8	11,4
Violência Física	12	6	50,0	7	58,3	2	16,6	3	16,7
Violência Sexual	4	-	-	2	50,0	2	50,0	-	-
Abandono	31	17	54,8	6	19,3	11	35,4	14	32,3
Negligência	16	10	62,5	3	18,7	8	50,0	5	31,3
Abuso financeiro	15	6	40,0	7	46,6	3	13,3	5	33,3
Autonegligência	26	9	34,6	12	46,1	9	34,6	5	19,2

Tabela 4. Distribuição quanto à autopercepção de qualidade de vida segundo as experiências de violências de idosos de uma região da Área Metropolitana de Brasília, DF, 2016 (n=60).

Variável	Vivência de Violência						p-valor
	Sim (n)	%	Não (n)	%	Total	%	
Qualidade de vida e saúde como “boa e muito boa”	19	40,4	5	38,5	24	40,0	0,8982
Qualidade de vida e saúde como “ruim e muito ruim”	28	59,6	8	61,5	36	60,0	
Total	47	100	13	10	60	100	

DISCUSSÃO

Sabe-se que, pelo fato de a pesquisa ter sido realizada com participantes de um CCI que desenvolve atividades coletivas e oferece apoio social, provavelmente corroborou-se o achado de que a maioria declarou estar satisfeita ou muito satisfeita com as relações interpessoais com amigos e conhecidos da vizinhança, além de ter favorecido o ambiente de confiança necessário para realizar as entrevistas individuais com um tema sensível onde, aproximadamente, quatro a cada cinco entrevistados relataram ter sofrido violência após completar 60 anos. A violência psicológica se mostrou a mais prevalente e a violência física ou sexual apresentou prevalências menores seguindo a tendência internacional.¹⁴

Levantou-se, sobre a região investigada, uma pesquisa de base populacional que também apontou baixo índice de escolaridade, com ensino fundamental incompleto, para quase metade da população (48,24%), sendo apenas 18,7% os que possuem ensino médio completo. Quanto à cor da pele, 74,0% se declararam pardos e negros. Um total de 49,0% era oriundo de diversas regiões do Brasil. Destes, a região Nordeste representou 70,0% dos migrantes. A renda individual média mensal dos responsáveis pelos domicílios foi equivalente a 1,58 salários mínimos e evidenciou um território marcado pela vulnerabilidade socioeconômica.¹⁵

Representou-se também, por meio dos CCI, uma oportunidade essencial para a promoção de saúde das pessoas idosas que deve ser cada

vez mais utilizada como cenário de práticas e vivências de promoção da saúde e prevenção de violências. Um estudo comparado com idosos da Espanha e do Brasil identificou que aqueles filiados tanto a grupos, quanto a centros de convivência relataram maior satisfação, melhoria na percepção da saúde e descreviam as redes de relações como fontes de suporte social e satisfação com a vida. A participação social do idoso favorece o bem-estar físico e psicossocial. Na convivência, podem surgir oportunidades para o fortalecimento mútuo, a troca de saberes e informação, a solidariedade, a ampliação de confiança e relações de ajuda tão necessárias para o enfrentamento das violências.¹⁶

Destaca-se, neste estudo, que o cuidado dos idosos provém de uma base familiar nos domicílios. No Brasil, a estrutura de cuidado do idoso ainda se apoia fortemente na família. As instituições de longa permanência para pessoas idosas não estão disponíveis em quantidade e qualidade de cuidado suficientes para a sociedade como um todo, especialmente para as populações socioeconomicamente vulneráveis.¹⁷ Estudo realizado na região Centro-Oeste do Brasil encontrou resultados semelhantes de idosos que residem com, pelo menos, um membro de sua família (89%) e com filhos (94,1%).¹⁸

Representa-se também, pela família, um risco para a segurança e a integridade do idoso. Em um estudo baseado nos serviços de disque-denúncia realizado em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, observou-se que o fato de os idosos residirem nos domicílios com seus filhos e netos mostrou-se

Moura LBA, Noronha VMAS, Vieira ABD et al.

como um fator de risco relacionado à violência.¹⁹ Outros estudos já demonstraram a mesma tendência: residir com filhos aumenta a chance de os idosos serem vítimas de violências.²⁰⁻²¹ Ainda que o Estatuto do Idoso apresente a família como uma das responsáveis pelo cuidado dessa população, os resultados de pesquisas desvelam as graves violações de direitos praticadas por familiares nos diversos ciclos da vida humana, inclusive, na velhice.^{19,22}

Expõe-se, no que diz respeito à violência psicológica, que o estudo realizado na mesma área metropolitana onde este estudo foi desenvolvido revelou que 34% dos idosos entrevistados já haviam sido vítimas de atos de humilhação e 26% haviam sofrido discriminação, especialmente os idosos do sexo feminino.¹⁸

Adverte-se que, como a população estudada é praticamente homogênea na sua apresentação de posição social de baixa renda e escolaridade, as questões da interseccionalidades entre idade, gênero, etnia e acesso aos serviços públicos precisam ser discutidas em conjunto, pois podem representar uma vida de experiências de negação de direitos que se prolongam para a velhice e não necessariamente representar um novo fenômeno na vida dos entrevistados. Vale ressaltar que a baixa escolaridade tem sido apontada como associada com a percepção de qualidade de vida ruim.²²

Aconselha-se que, em uma perspectiva de gênero, um delineamento longitudinal, por intermédio de novos estudos, auxiliaria a identificar as violências sofridas pelas mulheres praticadas por parceiros íntimos e aquelas perpetuadas pelos filhos ou familiares e a captar o processo de violência no curso de vida das mulheres idosas. A maior presença das mulheres no CCI e, portanto, na amostra do estudo, sugere um cenário *continuum* da presença das mulheres nos espaços coletivos e de serviços de saúde.²³ As violências identificadas necessitam de assistência que transcenda a atuação dos profissionais da saúde e que viabilize ações intersetoriais articuladas com o foco na prevenção, promoção, proteção da saúde e melhoria na qualidade de vida dos idosos com a ampliação de acesso aos serviços de saúde e segurança pública no território.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se a naturalização das vivências de violência no cotidiano dos entrevistados pela magnitude do fenômeno. Ainda assim, a maior parte dos entrevistados acredita que a

Percepções de qualidade de vida e as experiências...

vida tem sentido, diz aproveitá-la e que está satisfeita consigo mesma.

Ressalta-se a necessidade de se desenvolverem atividades intersetoriais nos coletivos da cidade e de se ampliar a consciência dos profissionais de saúde acerca das oportunidades de promoção da saúde nesses espaços de convivência. Os ambientes comunitários favorecem a contribuição dos idosos e possibilitam novas dinâmicas relacionais de fortalecimento da autonomia e do protagonismo no acesso às redes de proteção e serviços. A não banalização das violências, em qualquer etapa do curso da vida, envolve um aprendizado para uma cultura de denúncias das violências, de valorização da dignidade humana e de ampliação da qualidade de vida, da saúde comunitária e da liberdade de viver uma vida livre de violências.

Observou-se, neste estudo, maior frequência de idosos do sexo feminino, de divorciados, com baixos níveis de escolaridade e de renda familiar, onde a natureza da violência mais frequente foi a psicológica e a menos relatada foi a violência sexual. A maioria dos idosos afirmou estar insatisfeita com a saúde e a qualidade de vida e sofreu algum tipo de violência após completar sessenta anos.

Demonstram-se, assim, as implicações práticas desta pesquisa, pois identificar maneiras de promover o protagonismo do idoso no enfrentamento às violências sofridas pode contribuir para a implementação de ações assertivas que resultem em atuação integrada da equipe multiprofissional para a promoção da saúde e da dignidade humana.

REFERÊNCIAS

1. Beach SR, Liu PJ, DeLiema M, Iris M, Howe MJK, Conrad KJ. Development of short form measures to assess four types of elder mistreatment: findings from an evidence-based study of APS elder abuse substantiation decisions. *J Elder Abuse Negl.* 2017 Aug/Oct; 29(4):229-53. Doi: [10.1080/08946566.2017.1338171](https://doi.org/10.1080/08946566.2017.1338171)
2. Lima FM, Hyde M, Chungkham HS, Correia C, Campos AS, Campos M, et al. Quality of life amongst older Brazilians: a cross-cultural validation of the CASP-19 into Brazilian-Portuguese. *Plos One.* 2014 Apr;9(4):e94289. Doi: [10.1371/journal.pone.0094289](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094289)
3. Silva CFS, Dias CMSB. Violence Against the Elderly in the Family: Aggressor's Motivations, Feelings and Needs. *Psicol Ciênc Prof.* 2016 July/Sept;36(3):637-52. Doi: [10.1590/1982-3703001462014](https://doi.org/10.1590/1982-3703001462014)

Mar/Apr; 17(2):278-84. Doi: 10.15253/2175-6783.2016000200016

22. Kumar SG, Maumdar AG, G P. Quality of Life (QOL) and its associated factors using WHOQOL-BREF among elderly in urban Puducherry, India. J Clin Diagn Res. 2014 Jan; 8(1):54-7. Doi:

<http://doi.org/10.7860/JCDR/2014/6996.3917>

23. Luyt R. Beyond traditional understanding of gender measurement: the gender (re)presentation approach. J Gend Stud. 2015; 24(2):207-26. Doi:

<http://doi.org/10.1080/09589236.2013.824378>

8

Submissão: 22/01/2018

Aceito: 06/07/2018

Publicado: 01/08/2018

Correspondência

Andréa Mathes Faustino

Núcleo de Estudos e Pesquisas da Terceira Idade (NEPTI), Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Prédio Multiuso I Bloco A térreo, Sala AT 70 / 6

Universidade de Brasília, Campus Universitário

Darcy Ribeiro

CEP: 70910-900 – Brasília (DF), Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(8):2146-53, ago., 2018