

Preditores de maus-tratos ao idoso relacionados a idosos e a seus cuidadores primários

Predictors for elder mistreatment related to older adults and their primary caregivers

Predictores de malos tratos a personas mayores relacionados con las personas mayores y sus cuidadores principales

Esther Park¹  <https://orcid.org/0000-0002-1594-7753>

Kyeong Eun Lee²  <https://orcid.org/0000-0002-0312-0919>

Da-In Park³  <https://orcid.org/0000-0002-4738-5046>

Barbara Sinacori⁴  <https://orcid.org/0000-0002-8675-5345>

Como citar:

Park E, Lee KE, Park Da-In, Sinacori B. Preditores de maus-tratos ao idoso relacionados a idosos e a seus cuidadores primários. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE035932.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023A0035932>



Descritores

Idoso; Abuso de idosos; Cuidadores; Fatores de risco

Keywords

Aged; Elder abuse; Caregivers; Risk factors

Descriptores

Anciano; Abuso de ancinos; Cuidadores; fatores de riesgo

Submetido

3 de Dezembro de 2021

Aceito

10 de Março de 2023

Autor correspondente

Esther Park
E-mail: esther.park@su.edu

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Camila Takao Lopes
(<https://orcid.org/0000-0002-6243-6497>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivos: Identificar fatores preditivos de maus-tratos ao idoso relacionados a idosos e seus principais cuidadores e a relação entre formação profissional de saúde e identificação de maus-tratos.

Métodos: Estudo quantitativo e analítico. Os potenciais fatores de risco para maus-tratos relacionados a 40 idosos e seus cuidadores foram coletados por meio da observação de 12 profissionais de saúde e em uma associação de enfermeiras visitantes. O treinamento de profissionais de saúde na identificação de maus-tratos foi investigado. Estatística descritiva, teste exato de Fisher e análise de regressão linear múltipla foram usados para investigar as relações entre a ocorrência de maus-tratos ao idoso e fatores de risco relacionados ao idoso e ao cuidador, e os fatores preditivos para maus-tratos ao idoso.

Resultados: A dependência dos idosos em relação aos cuidadores e as condições crônicas de saúde dos cuidadores principais foram preditores de maus-tratos ao idoso. Os fatores de risco apresentados pelos cuidadores primários tendiam a afetar mais os maus-tratos ao idoso do que a dependência dos idosos. O número de treinamentos em maus-tratos ao idoso realizado pelos participantes, seu conhecimento sobre quem é responsável por notificar os maus-tratos ao idoso, o tipo de cuidador principal dos idosos e a condição crônica de saúde dos cuidadores foram os fatores correlacionados que afetaram os maus-tratos ao idoso.

Conclusão: As descrições de maus-tratos ao idoso das vítimas e perpetradores são difíceis de avaliar; portanto, recomenda-se a triagem mais ampla sob perspectiva dos profissionais de saúde. Futuras pesquisas de enfermagem devem explorar intervenções indiretas, como manipular os fatores de risco que os cuidadores primários representam, a fim de diminuir a ocorrência de maus-tratos ao idoso. Estudos futuros testando modelos de previsão de trajetória dentro de uma amostra maior e mais controlada devem ser conduzidos.

Abstract

Objectives: To identify predictive factors for elder mistreatment (EM) related to older adults and their primary caregivers and the relationship between healthcare professional training and identification of EM.

Methods: This was a quantitative and analytic study. Potential risk factors for EM related to 40 older adults and their caregivers were collected through observation by 12 healthcare professionals and in a visiting nurses association. Training of healthcare professionals on EM identification was investigated. Descriptive statistics, Fisher's exact test, and multilevel regression analysis were used to investigate the relationships between the occurrence of EM and older adults and caregiver-related risk factors, and the predictive factors for EM.

Results: The older adults' dependency on caregivers and primary caregivers' chronic health conditions predicted EM. The risk factors the primary caregivers posed tended to affect EM more than the dependency

¹Shenandoah University, Winchester, VA, Estados Unidos da América.

²Kyungpook National University, Daegu, Coreia do Sul.

³Hannam University, Daejeon, Coreia do Sul.

⁴State University of New Jersey, NJ, Estados Unidos da América.

Conflitos de interesse: nada a declarar

older adults posed. The number of EM training the participants attended, their knowledge of who is responsible for reporting EM, the type of older adults' primary caregivers, and caregivers' chronic health condition were the correlating factors affecting EM.

Conclusion: Victims' and perpetrators' descriptions of EM are difficult to gauge; therefore, the broader screening of healthcare professionals' views is recommended. Future nursing research should explore indirect interventions, such as manipulating the risk factors primary caregivers pose, to decrease the occurrence of EM. A subsequent study testing Path prediction models within a bigger and more controlled sample are also warranted.

Resumen

Objetivos: Identificar factores predictivos de malos tratos a personas mayores relacionados con las personas mayores y sus cuidadores principales y la relación entre la formación profesional en salud y la identificación de malos tratos.

Métodos: Estudio cuantitativo y analítico. Los factores potenciales de riesgo de malos tratos relacionados con 40 personas mayores y sus cuidadores fueron recopilados mediante la observación de 12 profesionales de la salud y en una asociación de enfermeras visitantes. Se investigó la capacitación de profesionales de la salud en la identificación de malos tratos. Se utilizó la estadística descriptiva, la prueba exacta de Fisher y el análisis de regresión lineal múltiple para investigar las relaciones entre los casos de malos tratos a personas mayores y los factores de riesgo relacionados con personas mayores y su cuidador, y los factores predictivos de malos tratos a personas mayores.

Resultados: La dependencia de personas mayores con relación a los cuidadores y las condiciones crónicas de salud de los cuidadores principales fueron predictores de malos tratos a personas mayores. Los factores de riesgo presentados por los cuidadores principales tendían a afectar más los malos tratos a personas mayores que la dependencia de las personas mayores. El número de capacitaciones en malos tratos a personas mayores realizado por quienes participaron, sus conocimientos sobre quién es responsable de notificar los malos tratos a personas mayores, el tipo de cuidador principal de personas mayores y la condición crónica de salud de los cuidadores fueron los factores correlacionados que afectaron los malos tratos a personas mayores.

Conclusión: Las descripciones de malos tratos a personas mayores por parte de las víctimas y perpetradores son difíciles de evaluar; por lo tanto, se recomienda un triaje más amplio bajo la perspectiva de profesionales de la salud. Futuros estudios de enfermería deben investigar intervenciones indirectas, como manipular los factores de riesgo que los cuidadores principales representan, a fin de reducir los casos de malos tratos a personas mayores. Deben realizarse estudios futuros probando modelos de previsión de trayectoria dentro de una muestra más grande y más controlada.

Introdução

Os maus-tratos não detectados aos idosos estão associados ao aumento da carga social e dos custos para o sistema de saúde.¹⁻³ Apenas os fatores de risco para maus-tratos relacionados aos idosos têm recebido atenção, em contraste àqueles relacionados ao cuidador, os quais não foram igualmente considerados. O fato das diferenças em maus-tratos dependerem do observador (por exemplo, experiência do observador como profissional de saúde, experiência anterior com treinamento em maus-tratos, etc.) também deve ser considerado.

Diversos fatores estão relacionados a maus-tratos. Primeiramente, o estado de saúde do idoso, como a existência de doença crônica ou comprometimento cognitivo, afeta a sobrecarga dos cuidadores principais e a incidência de maus-tratos.⁴⁻⁶ Além disso, idosos do sexo feminino tendem a vivenciar mais maus-tratos do que os do sexo masculino.^{6,7} Em termos de agressores, os cuidadores primários informais que realizam uma ampla gama de atividades de cuidado sem serem pagos⁸ são mais propensos a cometer maus-tratos do que os cuidadores pagos.^{9,10} Entre os cuidadores primários informais, os filhos adultos, especificamente as filhas, são os perpetradores mais comuns.¹¹

Há também uma preocupação crescente com a subnotificação de maus-tratos.⁶ O motivo comum para subnotificação por profissionais de saúde é a falta de treinamento em maus-tratos, incluindo como avaliá-lo, e a falta de familiaridade com as leis de notificação obrigatória por estado.¹² O grau de conhecimento dos profissionais de saúde sobre maus-tratos afeta sua detecção e sua taxa real.¹³ Além disso, há correlação entre a qualidade do relacionamento pré-mórbido entre idosos e cuidadores informais,^{6,10,14} bem como uma lacuna no conhecimento a respeito dos fatores relacionados a maus-tratos ao idoso serem principalmente aqueles relacionados ao idoso ou aos cuidadores primários.

Estudos relatam que todos os profissionais de saúde devem detectar, gerenciar e mitigar os maus-tratos a idosos vulneráveis.^{12,15-17,18} Embora os profissionais de saúde tenham uma responsabilidade ética e legal, eles frequentemente não têm conhecimento sobre como identificar e reconhecer os maus-tratos.^{12,19} Por outro lado, profissionais de saúde treinados/qualificados tendem a detectar e relatar os maus-tratos com mais frequência, pois estão preparados para suspeitar disso.^{20,21}

O referencial conceitual deste estudo foi fundamentado na literatura existente e nos resultados

de estudo piloto anterior do primeiro autor sobre maus-tratos.¹³ As evidências atuais relatam variáveis relacionadas com frequência, incluindo, mas não limitadas a fatores pessoais dos profissionais de saúde (duração da experiência de trabalho na área da saúde, treinamento recebido para triagem de maus-tratos, a frequência do treinamento em maus-tratos), componentes individuais dos idosos (sexo, idade, renda, coabitantes, etc.),^{6,13,16} fatores de risco presentes em idosos versus fatores de risco dos cuidadores primários dos idosos,^{2,6,16,22,23} fatores ambientais, como uma situação estressante,^{16,21,24,25} e vários tipos de maus-tratos (psicológico/emocional, físico, financeiro, abuso sexual e negligência).^{2,8,13,16} De acordo com o conhecimento dos autores, poucos estudos comparam os fatores de risco dos idosos com os fatores de risco apresentados pelos cuidadores informais. O presente estudo aumentará o conhecimento a respeito de mais fatores de risco de maus-tratos serem apresentados pelos idosos ou por seus cuidadores principais. Este estudo também pode orientar pesquisas futuras a fim de definir quais fatores devem ser incluídos no modelo de previsão.

Os objetivos deste estudo foram identificar fatores preditivos para maus-tratos relacionados ao idoso e a seus cuidadores principais e a relação entre a formação profissional em saúde e a identificação de maus-tratos.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo e analítico realizado em uma associação de enfermeiras visitantes (do inglês *Visiting Nurses Association - VNA*) em Connecticut, Estados Unidos da América (EUA).

Foram incluídos os profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, etc.) com idade igual ou superior a 20 anos, que tivessem visitado o idoso mais de quatro vezes no momento do preenchimento da ferramenta REAMI para medição de risco de maus-tratos ao idoso (do inglês, *Risk on Elder Abuse and Mistreatment Instrument*). A última visita deveria ter sido feita dentro de uma semana a partir do ponto de memória de lembrança

a fim de evitar viés de recordação. Durante as quatro visitas dos profissionais de saúde ao idoso, houve tempo suficiente para conhecê-los, bem como os seus principais cuidadores e seus ambientes.

Os idosos novos para os profissionais de saúde e as agências não foram rastreados para fatores de risco de maus-tratos ao idoso. Os idosos dos quais os profissionais de saúde se lembravam tinham no mínimo 60 anos e estavam cadastrados nas agências regionais de saúde domiciliar.

O tamanho amostral mínimo necessário para análises quantitativas é de 38, calculado com base na análise G*Power.⁽²⁷⁾ Cada profissional de saúde pode se lembrar de mais de um idoso. Para o cálculo, foi usado um tipo de análise de potência a priori bicaudal, tamanho de efeito médio, nível alfa de 0,05 e um poder de 0,8. O tamanho amostral necessário foi 38 e o tamanho amostral final neste estudo foi 40, o que atende os números necessários para a justificativa do tamanho amostral.

O REAMI inclui três domínios: “fatores de risco dos idosos e seu ambiente”, “fatores de risco do cuidador principal (uma figura-chave nomeada pela pessoa responsável pelo projeto) e seu ambiente” e “sinais verdadeiros de maus-tratos”.² Cada parte (Parte 1, Parte 2 e Parte 3) inclui seis, dez e seis itens, respectivamente, pontuados em uma escala Likert de quatro pontos de A a D, onde C e D são os fatores de risco mais elevado. Uma pontuação total das partes 1 a 3 equivalente a 1-3/10-11 indica baixo risco de maus-tratos ao idoso. Uma pontuação de 4-6/12-106 indica risco moderado de maus-tratos ao idoso. Uma pontuação de 1000 a 6106 indica que os idosos estão sofrendo maus-tratos. Cada subescala do REAMI tem confiabilidade aceitável (alfa de Cronbach de 0,74, 0,84 e 0,89, respectivamente).² A confiabilidade dessa medida no estudo atual, conforme o alfa de Cronbach, foi de 0,95. Os profissionais de saúde levaram de três a cinco minutos para preencher o instrumento REAMI.

Os dados foram codificados no pacote estatístico R²⁶ e analisados por meio de estatística descritiva, teste exato de Fisher e análise de regressão linear múltipla. As análises estatísticas descritivas e o teste exato de Fisher relatam a) fatores pessoais apresentados pelos profissionais de saúde e idosos, b) fatores

de risco individuais para maus-tratos ao idoso e fatores de risco relacionados ao cuidador para maus-tratos ao idoso dos seus cuidadores principais, c) tipo de sintomas de maus-tratos ao idoso, e d) análise de regressão linear múltipla em fatores preditivos para maus-tratos ao idoso.

A aprovação do Institutional Review Board (IRB) foi obtida na instituição de trabalho do primeiro autor em maio de 2020 (IRB ID #: 2019-11-06). A coleta de dados foi entre 1º de junho de 2020 e 31 de agosto de 2020. O projeto de estudo foi apresentado em reuniões de funcionários das agências e uma sessão de treinamento em maus-tratos ao idoso com duração de uma hora foi fornecida a todos os funcionários. Além disso, a explicação sobre o preenchimento do instrumento REAMI foi dada na reunião de equipe. A pesquisa foi feita eletronicamente em decorrência da pandemia.

Antes da aplicação da pesquisa, o pesquisador responsável determinou se cada agência de saúde comunitária tinha uma política de notificação obrigatória para suspeita de maus-tratos ao idoso. Por exemplo, caso os profissionais de saúde da comunidade encontrassem pontuações altas no instrumento REAMI, se os participantes seriam responsáveis por relatar a suspeita de maus-tratos ao idoso ao seu departamento ou agência, o que também é explicado em detalhes no formulário de consentimento. A equipe de pesquisa não teria acesso à identificação da pessoa suspeita de maus-tratos, uma vez que todos os idosos foram desidentificados. Esta informação foi enfatizada durante a sessão de treinamento na reunião de equipe.

Resultados

Doze profissionais de saúde relataram sua percepção sobre os fatores de risco observados nos idosos visitados: sete participantes eram do sexo feminino. A média de idade foi de 46 anos (34-65 anos). A média de experiência profissional em serviços de saúde foi de 15 anos (3-43 anos) e a experiência em ambientes comunitários foi de 11 anos (4-42 anos). A maioria dos profissionais (92%) havia participado de treinamento em maus-tratos ao idoso durante o curso de enfermagem, e 50% havia participado de

treinamento antes de participar da sessão de treinamento durante sua atuação como enfermeiros. Em média, os profissionais participaram de quatro vezes (0-4) ou três horas de treinamento em maus-tratos ao idoso. No entanto, 75% disseram não se sentirem suficientemente confiantes para reconhecer ou identificar os maus-tratos ao idoso.

Os profissionais de saúde observaram 40 idosos com média de idade de 79 anos (60-95 anos) e 75% (n=30) do sexo feminino. A maioria dos cuidadores principais dos idosos eram seus cônjuges, seguidos por seus vizinhos, filhos adultos e auxiliares de cuidados domiciliares. O nível de proximidade do relacionamento indicou que a maioria dos idosos era pouco próxima de seus cuidadores principais. Setenta e três por cento dos idosos tinham condições crônicas de saúde ou condições crônicas de saúde com necessidade de assistência ambulatorial. Além disso, 20% (N=8) dos idosos apresentavam transtornos cognitivos e 7,5% (N=3) apresentavam transtornos por abuso de substâncias. A maioria dos cuidadores principais dos idosos apresentavam condições crônicas de saúde ou condições crônicas com necessidade de suporte ambulatorial (Tabela 1). A tabela 1 mostra os fatores de risco para maus-tratos ao idoso relacionados ao idoso e a seus cuidadores principais. O risco de maus-tratos ao idoso foi significativamente diferente dependendo das condições de saúde do cuidador (valor $p = 0,001$). Os cuidadores tendiam a maltratar quando apresentavam condição crônica com necessidade de suporte ambulatorial (57,1%), seguido por cuidadores com condição crônica sem necessidade de ajuda (52,9%). A análise de regressão linear múltipla mostrou que o número de sessões de treinamento em maus-tratos ao idoso de que os participantes participaram, o conhecimento dos participantes sobre quem tem a responsabilidade de notificar os maus-tratos ao idoso, o tipo de cuidador de idoso e as condições de saúde do idoso e dos cuidadores foram fatores relacionados aos maus-tratos ao idoso (Tabela 2). Essas variáveis explicam os resultados de maus-tratos ao idoso com um R-quadrado ajustado de 0,8. Curiosamente, quando os participantes realizaram duas ou mais sessões de treinamento em maus-tratos ao idoso, esse treinamento influenciou os maus-tratos ao idoso de forma significativa (Tabela 2).

Tabela 1. Fatores de risco para maus-tratos ao idoso relacionados ao idoso e a seus cuidadores primários

Variáveis	Risco de maus-tratos ao idoso					Valor p*
	Sem risco n(%)	Risco baixo n(%)	Risco moderado n(%)	Alto risco n(%)	Total n(%)	
Raça/etnia do idoso						0,998
Branco	2(9,1)	7(31,8)	5 (22,7)	8 (36,4)	22(55)	
Afro-americano	1(14,3)	2(28,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	7(17,5)	
Asiático	0	2(40)	2 (40)	1 (20)	5(12,5)	
Hispanico	0	2(40)	1 (20)	2 (40)	5(12,5)	
Outro	0	0	0	1(100)	1(2,5)	
Tipo de Cuidador Primário						0,523
Cônjuge	0	3(23,1)	4(30,8)	6(46,2)	13(32,5)	
Filho adulto	0	2(28,6)	2(28,6)	3(42,9)	7(17,5)	
Vizinho	1(11,1)	3(33,3)	2(22,2)	3(33,3)	9(22,5)	
Assistência saúde	2(50)	2(50)	0	0	4(10)	
Outro	0	3(42,9)	2(28,6)	2(28,6)	7(17,5)	
Nível de Relacionamento-Proximidade						0,868
Muito próximo	1(8,3)	3(25)	3(25)	5(41,7)	12 (30)	
Alguma proximidade	1(5,3)	7(36,8)	6(31,6)	5(26,3)	19(47,5)	
Alguma distância	1(12,5)	2(25)	1(12,5)	4(50)	8(20)	
Muito distante	0	1(100)	0	0	1(2,5)	
Condição de saúde do idoso						0,824
Transtorno cognitivo	0	2(25)	2(25)	4(50)	8(20)	
Doença crônica que demanda ajuda	2(13,3)	6(40)	3(20)	4(26,7)	15(37,5)	
Doença Crônica com condição ambulatorial	1(7,1)	3(21,4)	4(28,6)	6(42,9)	14(35)	
Outros	0	2(66,7)	1(33,3)	0	3(7,5)	
Condição de saúde do cuidador						0,001
Condição crônica que não demanda ajuda	2(11,8)	2(11,8)	4(23,5)	9(52,9)	17(42,5)	
Condição crônica com condição ambulatorial	0	1(14,3)	2(28,6)	4(57,1)	7(17,5)	
Abuso de substâncias	0	0	0	1(100)	1(2,5)	
Doença psiquiátrica	1(6,7)	10(66,7)	4(26,7)	0	15(37,5)	
Outros	0	0	0	0	0	
Sexo do idoso						0,868
Masculino	0	3 (30)	3(30)	4 (40)	10(25)	
Feminino	3(10)	10 (33,3)	7(23,3)	10(33,3)	30(75)	
Coabitação						0,326
Mora sozinho	1(9,1)	5(45,5)	3(27,3)	2(18,2)	11(27,5)	
Mora com parceiro(a)	0	5(35,7)	5(35,7)	4(28,6)	14(35)	
Mora com filho(s)	1(9,1)	2(18,2)	1(9,1)	7(63,6)	11(27,5)	
Mora com outras pessoas	1(25)	1(25)	1(25)	1(25)	4(10)	

*teste exato de Fisher

Tabela 2. Análise de regressão linear múltipla dos fatores que afetam os maus-tratos ao idoso

Coefficientes	Estimativa	EP	t value	P(> t)
Intercept	1540,3	751,0	2,051	0,05
Número de MTI-Nenhum vs. 1	-1067,8	731,5	-1,460	0,16
Número de MTI-2 vs. 1	2639,8	1289,3	2,047	0,05
Número de MTI-3 vs. 1	-1000,3	1068,0	-0,937	0,36
Número de MTI-4 vs. 1	2164,4	847,0	2,556	0,02
Responsabilidade pela notificação via Assistente Social vs. todos os Profissionais de Saúde	3731,4	986,9	3,781	0,001
Responsabilidade pela notificação via Gestor de Casos vs. todos os Profissionais de Saúde	989,0	1462,7	0,676	0,50
Cuidador do Idoso - Filho vs. Cônjuge	-1094,1	701,6	-1,559	0,13
Cuidador do Idoso - Vizinho vs. Cônjuge	557,8	582,2	0,958	0,35
Cuidador do Idoso – assistência saúde designada vs. Cônjuge	-827,3	658,6	-1,256	0,22
Cuidador do Idoso - outros vs. Cônjuge	585,3	628,6	0,931	0,36
Condição crônica do cuidador que demanda ajuda em AVD/AIVD vs. Condição crônica do cuidador que não demanda ajuda em AVD/AIVD	-1507,0	640,3	-2,354	0,03
Doença psiquiátrica do cuidador vs. condição crônica que não demanda ajuda em AVD/AIVD	1276,8	1282,2	0,996	0,33
Doença psiquiátrica versus condição crônica que não demanda ajuda em AVD/AIVD	-860,6	546,7	-1,574	0,13
Resumo do Modelo	R-quadrado: 0,80 R-quadrado Ajustado: 0,70 Estatística F: 7,9 em 13 & 26 GL EP Residual: 1074 em 26 GL			

EP: Erro Padrão; EMT: Treinamento/Educação sobre Maus-tratos ao Idoso; AVD: Atividades da Vida Diária; AIDL: Atividades Instrumentais da Vida Diária; GL: Graus de Liberdade

Discussão

Este estudo mostrou que metade dos cuidadores principais são membros da família. As evidências revelam que os cuidadores cônjuges tendem a maltratar os idosos com mais frequência em comparação com cuidadores familiares que não sejam cônjuge,¹⁴ enquanto outro estudo mostrou que filhos adultos cuidadores abusam mais dos idosos.¹⁰ O estudo atual trouxe os mesmos achados que evidências demonstradas anteriormente. Os resultados do estudo sugerem que intervir na dinâmica familiar pode diminuir indiretamente a taxa de maus-tratos ao idoso. Além disso, são necessários futuros estudos de intervenção focados nos cuidadores primários informais que indiquem fatores relacionados, como suas limitações/condições físicas, a qualidade do relacionamento com o idoso e o tipo de cuidador principal.

No teste do modelo, não há nível estatisticamente significativo (Tabela 2) para acrescentar o tipo de cuidador principal. No entanto, o modelo explica melhor quais fatores afetam os maus-tratos ao idoso quando uma determinada variável é adicionada à análise. Por exemplo, quando as variáveis 'Número de treinamento/educação em maus-tratos ao idoso, Responsabilidade pela denúncia e Condição crônica do cuidador que demanda ajuda em AVD/AIVD' foram adicionadas ao teste do modelo, os resultados do teste mostraram resultados significativos. Devido a limitações do tamanho da amostra, foi difícil manter a homogeneidade nos números por tipo e características dos cuidadores principais. Em pesquisas futuras, a genuína homogeneidade do tipo de cuidador primário controlando a equidade dos números de cada classe explicaria melhor a verdadeira natureza dos maus-tratos ao idoso pelo tipo de cuidador primário.

As atuais evidências indicam que uma boa qualidade do relacionamento ("proximidade com o cuidador") entre idoso e cuidador afeta os resultados dos maus-tratos ao idoso, conforme comprovado em estudos anteriores.^{28,29} Este estudo mostrou que um quinto dos idosos e seus cuidadores tinham relacionamento ruim, embora a maioria ainda apresentasse um relacionamento relativamente próxi-

mo. Curiosamente, este estudo mostrou resultados opostos aos estudos anteriores: os idosos tendem a ser mais maltratados quando têm um relacionamento próximo com seus cônjuges ou filhos adultos. Em outros termos, quando os cuidados são prestados por cônjuges íntimos ou filhos cuidadores, os idosos estão mais propensos a sofrer maus-tratos. Este é um resultado novo e diferente do relatado pela evidência atual. Uma repetição em estudo futuro com uma amostra maior pode mostrar se os mesmos resultados serão encontrados nesse número significativo de participantes do estudo. Além disso, considerando o impacto da qualidade do relacionamento nos resultados de maus-tratos ao idoso, pesquisas futuras são necessárias para examinar como o grau de qualidade do relacionamento afeta a probabilidade de maus-tratos ao idoso. Uma repetição deste estudo em uma amostra maior seria uma promissora pesquisa futura.

Conforme relatado em estudos anteriores,^{6,21} este estudo também mostrou que idosos com comprometimento cognitivo, como demência, tendem a ter maior risco de serem maltratados. Idosos com doenças crônicas que demandam assistência em AVD/AIVD também têm maior risco de sofrer maus-tratos, embora não haja diferença no tipo de doença crônica apresentada pelo idoso. A análise de regressão linear múltipla revelou que a condição crônica dos idosos não explica seu impacto nos maus-tratos ao idoso, mas a literatura atual relatou que as condições crônicas dos idosos que precisam de assistência em AVD/AIVD afetam significativamente os maus-tratos ao idoso.⁽⁹⁾ Ou seja, de acordo com evidências anteriores, idosos com mais limitações físicas e necessidade de auxílio nas atividades de vida diária tendem a ser mais maltratados. Ainda assim, este estudo não mostrou efeito significativo do impacto dessa variável nos maus-tratos ao idoso, mas revelou que a doença crônica dos cuidadores explica melhor a situação de maus-tratos ao idoso do que uma doença crônica em idosos. Quando a variável 'doenças crônicas de cuidadores que demandam assistência em AVD/AIVD' foi adicionada ao teste do modelo, o valor de R-quadrado tornou-se mais potente. No entanto, a interpretação deve ser cuidadosa em uma amostra pequena. Uma re-

petição deste estudo em tamanho de amostra mais satisfatório é recomendada.

Neste estudo, descobrimos que as variáveis do estudo, como o número de sessões de treinamento em maus-tratos ao idoso recebidas pelos profissionais de saúde anteriormente, suas opiniões sobre quem deve notificar os maus-tratos ao idoso (assistentes sociais, gerentes de caso ou equipe de enfermagem), o tipo de cuidador de idoso (cuidador cônjuge, filhos adultos cuidadores, etc.) e condições crônicas de saúde dos cuidadores que demandam ajuda em AVD/AIVD são os fatores relacionados que aumentam as chances de maus-tratos ao idoso. Mesmo com cautela na generalização dos resultados, encontramos uma relação significativa entre as habilidades dos profissionais de saúde, a confiança na triagem de maus-tratos ao idoso e as pontuações de maus-tratos ao idoso. Essa correlação também foi encontrada em evidências recentes.³⁰ Interpretar os resultados do estudo com cautela é muito importante dado o tamanho limitado da amostra. A repetição deste estudo com amostra de tamanho satisfatório e método de amostragem controlado poderá refletir a verdadeira influência dos fatores de risco nos maus-tratos ao idoso.

Identificamos algumas limitações do estudo, juntamente com seus pontos fortes. O pequeno tamanho da amostra foi limitado para executar com sucesso um modelo de previsão estatística e dificultou a generalização de cada resultado. A amostra de conveniência também dificultou a generalização dos resultados do estudo. No entanto, este estudo piloto mostra uma direção para pesquisas futuras, incluindo um estudo de intervenção personalizado focado em cuidadores primários com alta pontuação de fatores de risco para maus-tratos ao idoso.

Dada a dificuldade de avaliar os maus-tratos ao idoso ao questionar uma vítima ou perpetrador, a triagem do ponto de vista dos profissionais de saúde pode refletir a verdadeira situação do abuso. Tanto os fatores de risco do idoso quanto os de seus cuidadores primários devem ser monitorados de perto, para que o plano de intervenção estratégico direcionado aos fatores de risco corretos possa ser implementado, evitando os maus-tratos ao idoso e prevenindo proativamente a probabilidade de sua ocor-

rência. Em pesquisas futuras, as condições de saúde dos idosos e de seus cuidadores principais devem ser consideradas ao planejar as intervenções. Como os idosos e seus principais cuidadores informais são indivíduos com experiências e necessidades diferentes, ter em mente as condições de saúde de ambas as partes e refletir sobre a realização de intervenções levará a resultados melhores e mais eficazes. Além disso, a experiência de treinamento em maus-tratos ao idoso para profissionais de saúde afeta sua percepção dos fatores de risco e os sintomas reais do abuso ao idoso. Este ponto enfatiza a importância de implementar treinamentos em maus-tratos ao idoso para todos os profissionais de saúde, para que os fatores de risco possam ser percebidos de forma precoce. Recomenda-se repetir o presente estudo com uma amostra maior e controlada. Nossos achados justificam pesquisas que realizem intervenções nos fatores de risco para maus-tratos ao idoso com pontuação mais elevada.

Conclusão

O nível de dependência dos idosos em seus cuidadores principais foi preditor de maus-tratos ao idoso, enquanto a condição crônica de saúde dos cuidadores principais foi o fator relacionado ao cuidador. Os fatores de risco apresentados pelos cuidadores primários tenderam a afetar mais os maus-tratos ao idoso do que os apresentados pelo idoso. O número de treinamentos em maus-tratos ao idoso de que os profissionais de saúde participaram, seu conhecimento sobre quem é responsável pela notificação de maus-tratos ao idoso e a condição crônica de saúde dos cuidadores afetaram o risco de vivenciar maus-tratos ao idoso. Com frequência, é difícil mensurar as descrições de maus-tratos ao idoso feitas pelo idoso que sofreu abuso e pelos perpetradores. Portanto, a triagem de maus-tratos ao idoso na perspectiva dos profissionais de saúde é recomendada e parece ser mais precisa. Futuras pesquisas de enfermagem devem explorar intervenções indiretas para diminuir a ocorrência de maus-tratos ao idoso, como manipular os fatores de risco apresentados pelos cuidadores primários de idosos. Testes com

modelos preditivos de trajetória em amostras maiores e controladas também devem ser utilizados em estudos futuros.

Agradecimentos

Agradecemos à Dra. Liesbeth De Deonder por sua generosa permissão para uso do REAMI - *Risk of Elder Abuse and Mistreatment Instrument*, uma ferramenta de medição sensível. O Dr. De Donder nos ajudou a conceituar esta pesquisa e voluntariamente fez uma revisão interna por pares antes da submissão formal à Acta Paulista de Enfermagem. Seus comentários frutíferos melhoraram este manuscrito e foi uma honra ter um estudioso tão genuíno envolvido neste projeto. Além disso, agradecemos ao escritório de concessão de bolsas da University of Bridgeport. A diretora, Dra. Christine Hempowicz e a Sra. Julie Demers apoiaram esta pesquisa. Sem o apoio do escritório de bolsas da University of Bridgeport, este estudo não poderia ter sido concluído. Reconhecemos e agradecemos sinceramente a assistência.

Colaborações

Park E, Lee KE, Park Da-In e Sinacori B contribuíram para a concepção do presente estudo, estiveram envolvidos na coleta, análise e/ou interpretação dos dados. Além disso, todos os autores contribuíram para a redação/edição e revisão do manuscrito e aprovaram a versão final.

Referências

- Naderi Z, Gholamzadeh S, Zarshenas L, Ebadi A. Hospitalized elder abuse in Iran: a qualitative study. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):307.
- De Donder L, De Witte N, Regenmortel S, Dury S, Dierckx E, Verte D. Risk on elder abuse and mistreatment-instrument: development, psychometric properties, and qualitative user-evaluation. *Educ Gerontol*. 2018;44(2-3):108-18.
- De Donder L, De Wachter L, Ferreira-Alves J, Lang G, Penhale B, Tamutiene I, et al. Quality of life of abused older women: moderating influence of coping mechanisms. In: Bows H, editors. *Violence Against Older Women*. Vol II. Palgrave Macmillan Cham; 2019. pp.123-41.
- Yu M, Gu L, Shi Y, Wang W. A systematic review of self-neglect and its risk factors among community-dwelling older adults. *Aging Ment Health*. 2021;25(12):2179-90.
- Yang EZ, Kotwal AA, Lisha NE, Wong JS, Huang AJ. Formal and informal social participation and elder mistreatment in a national sample of older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(9):2579-90.
- Han D, Olsen, BJ, Mosqueda LA. Elder abuse identification and intervention. In: Ravdin LD, Katzen HL. *Handbook on the Neuropsychology of Aging and Dementia*. 2nd ed. Springer; 2019. pp. 197-203.
- Jeon GS, Cho SI, Choi K, Jang KS. Gender differences in the prevalence and correlates of elder abuse in a community-dwelling older population in Korea. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(1):100.
- Family Caregiver Alliance (FCA). Definitions. What Do We Mean By. San Francisco, CA: FCA; 2023 [cited 2022 Feb 14]. Available from: <https://www.caregiver.org/resource/definitions-0/>
- Hernandez-Tejada MA, Froom G, Steedley M, Watkins J, Acierno R. Demographic-based risk of reporting psychopathology and poor health among mistreated older adults in the national elder mistreatment study wave II. *Aging Ment Health*. 2020;24(1):22-6.
- Day A, Boni N, Evert H, Knight T. An assessment of interventions that target risk factors for elder abuse. *Health Soc Care Community*. 2017;25(5):1532-41. Review.
- Chan AC, Stum MS. A family systems perspective of elder family financial exploitation: examining family context profiles. *J Appl Gerontol*. 2022;41(4):945-51.
- Mohd Mydin FH, Othman S. Elder abuse and neglect intervention in the clinical setting: perceptions and barriers faced by primary care physicians in Malaysia. *J Interpers Violence*. 2020;35(23-24):6041-66.
- Yi Q, Hohashi N. Comparison of perceptions of domestic elder abuse among healthcare workers based on the Knowledge-Attitude-Behavior (KAB) model. *PLoS One*. 2018;13(11):e0206640. Erratum in: *PLoS One*. 2019;14(1):e0210916.
- Park EO. Most prevalent type of elder abuse and its correlation with elder depression. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(1):95-100.
- Myhre J, Saga S, Malmedal W, Ostaszkiwicz J, Nakrem S. Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):199.
- Dauenhauer J, Heffernan K, Caccamise PL, Granata A, Calamia L, Siebert-Konopko T, et al. Preliminary Outcomes From a Community-Based Elder Abuse Risk and Evaluation Tool. *J Appl Gerontol*. 2019;38(10):1445-71.
- Mydin FH, Yuen CW, Othman S. The effectiveness of educational intervention in improving primary health-care service providers' knowledge, identification, and management of elder abuse and neglect: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2021;22(4):944-60.
- Collins M, Posenelli S, Cleak H, O'Brien M, Braddy L, Donley E, et al. Elder abuse identification by an Australian Health Service: a five-year, social-work audit. *Aust Soc Work*. 2020;73(4):462-76.
- Wagenaar DB, Rosenbaum R, Herman S, Page C. Elder abuse education in primary care residency programs: a cluster group analysis. *Fam Med*. 2009;41(7):481-6.
- Alshabasy S, Lesiak B, Berman A, Fulmer T. Connecting models of care to address elder mistreatment. *Generations J*. 2020;44(1):26-32.
- Dong X. Elder self-neglect: research and practice. *Clin Interv Aging*. 2017;12:949-54.

22. Wang M, Sun H, Zhang J, Ruan J. Prevalence and associated factors of elder abuse in family caregivers of older people with dementia in central China cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(2):299-307.
23. Burnes D, Henderson CR Jr, Sheppard C, Zhao R, Pillemer K, Lachs MS. Prevalence of financial fraud and scams among older adults in the united states: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 2017;107(8):e13-e21. Review.
24. Cannell B, Gonzalez JM, Livingston M, Jetelina KK, Burnett J, Weittlauf JC. Pilot testing the detection of elder abuse through emergency care technicians (DETECT) screening tool: results from the DETECT pilot project. *J Elder Abuse Negl*. 2019;31(2):129-45.
25. Rivera-Navarro J, Contador I. Family caregivers' perceptions of maltreatment of older adults with dementia: findings from the northwest of Spain. *J Elder Abuse Negl*. 2019;31(1):77-95.
26. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna: R Core Team; 2019 [cited 2022 Feb 14]. Available from: URL, <https://www.R-project.org/>
27. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G*Power software. *J Educ Eval Health Prof*. 2021;18:17. Review.
28. Kong J, Jeon H. Functional decline and emotional elder abuse: a population-based study of older Korean adults. *J Fam Violence*. 2018;33(1):17-26.
29. Isham L, Hewison A, Bradbury-Jones C. When older people are violent or abusive toward their family caregiver: a review of mixed-methods research. *Trauma Violence Abuse*. 2019;20(5):626-37.
30. Blundell B, Warren A, Moir E. Elder abuse protocols: identifying key features and establishing evidence for their use and effectiveness. *J Elder Abuse Negl*. 2020;32(2):134-51. Review.