


Risco de violência e apoio social em idosos: estudo transversal

Risk for violence and social support in the elderly: a cross-sectional study

Riesgo de violencia y apoyo social a adultos mayores: estudio transversal

Ana Carolina dos Santos¹  <https://orcid.org/0000-0001-9563-1785>Jéssica Barreto Pereira¹  <https://orcid.org/0000-0002-1274-6024>Rafael da Costa Santos¹  <https://orcid.org/0000-0001-8293-340X>Gleicy Karine Nascimento de Araújo-Monteiro¹  <https://orcid.org/0000-0002-4395-6518>Renata Clemente dos Santos¹  <https://orcid.org/0000-0003-2916-6832>Gabriela Maria Cavalcanti Costa²  <https://orcid.org/0000-0003-4466-6886>Rafaella Queiroga Souto¹  <https://orcid.org/0000-0002-7368-8497>

Como citar:

Santos AC, Pereira JB, Santos RC, Araújo-Monteiro GK, Santos RC, Costa GM, et al. Risco de violência e apoio social em idosos: estudo transversal. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE039006334.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A0006334>



Descritores

Violência; Apoio social; Idoso; Exposição à violência; Enfermagem forense

Keywords

Violence; Social support; Aged; Exposure to violence; Forensic nursing

Descriptores

Violencia; Apoyo social; Anciano; Exposición a la violencia; Enfermería forense

Submetido

14 de Março de 2020

Aceito

29 de Setembro de 2021

Autor correspondente

Rafaella Queiroga Souto
E-mail: rafaellaqueiroga7@gmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Paula Hino
(<https://orcid.org/0000-0002-1408-196X>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar o risco de violência e sua relação com o apoio social entre idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família.

Métodos: Pesquisa observacional transversal prospectiva, elaborada conforme preconiza a ferramenta STROBE, realizada na cidade de Recife (PE), entre os anos de 2016 e 2017, com pessoas idosas cadastradas em uma unidade de Saúde da Família, da zona urbana. Foram utilizados os instrumentos *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* e *Medical Outcome Study: Social Support Scale* para caracterização sociodemográfica. A análise foi realizada utilizando-se estatística descritiva e inferencial.

Resultados: A violência contra a pessoa idosa prevaleceu entre os homens, com mais de 70 anos, alfabetizados, sem relacionamento, que não realizavam trabalho remunerado, moravam sozinhos e com renda própria superior a um salário mínimo. As facetas apoio material, apoio emocional/informacional e interação social apresentaram correlação significativa ($p < 0,000$) com o risco de violência. No modelo de regressão, o apoio emocional/informacional demonstrou fator de proteção (razão de chance de 0,952; intervalo de confiança de 95% de 0,91-0,98; p-valor de 0,007) para ocorrência do risco de violência.

Conclusão: Os idosos com déficit de apoio social são mais vulneráveis ao risco de violência. Porém, destaca-se a faceta apoio emocional/informacional como fator protetivo diante do risco de violência.

Abstract

Objective: To analyze the risk for violence and its relationship with social support among elderly persons enrolled in the Family Health Strategy.

Methods: A prospective, cross-sectional observational study, developed according to the STROBE tool, conducted in the city of Recife (PE), between 2016 and 2017, with elderly adults enrolled in an urban Family Health Unit. The instruments used for sociodemographic characterization were: *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*, and the *Medical Outcome Study: Social Support Scale (MOS-SSS)*. Descriptive and inferential statistics were used for analysis.

Results: Violence against the elderly was more prevalent among those who were: men, more than 70 years old, literate, without paid employment, living alone, and receiving an income higher than one time the minimum wage. Material support, emotional/informational support facets, and social interaction showed significant correlation ($p < 0.000$) with the risk for violence. In the regression model, emotional/informational support showed a protective factor (odds ratio 0.952; 95% confidence interval 0.91-0.98; p-value 0.007) for the risk for violence.

¹Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

²Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Conclusion: The elderly individual with deficient social support is more vulnerable to the risk for violence. However, the emotional/informational support facet is shown as a protective factor against the risk for violence.

Resumen

Objetivo: Analizar el riesgo de violencia y su relación con el apoyo social entre adultos mayores registrados en la Estrategia Salud de la Familia.

Métodos: Investigación observacional transversal prospectiva, elaborada acorde a lo que preconiza la herramienta STROBE, realizada en la ciudad de Recife (Pernambuco), entre los años de 2016 y 2017, con adultos mayores registrados en una unidad de Salud de la Familia, de la zona urbana. Se utilizaron los instrumentos *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* y *Medical Outcome Study: Social Support Scale* para la caracterización sociodemográfica. El análisis se realizó utilizando estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: La violencia contra la persona mayor prevaleció entre los hombres mayores de 70 años, alfabetizados, sin relaciones, que no realizaban trabajo remunerado, vivían solos y con ingresos propios superiores a un salario mínimo. Los aspectos apoyo material, apoyo emocional/de información e interacción social presentaron correlación significativa ($p < 0,000$) con el riesgo de violencia. En el modelo de regresión, el apoyo emocional/de información demostró un factor de protección (razón de probabilidad de 0,952; intervalo de confianza del 95 % de 0,91-0,98; p-valor de 0,007) para la ocurrencia de riesgo de violencia.

Conclusión: Los adultos mayores con déficit de apoyo social son más vulnerables al riesgo de violencia. Sin embargo, se destaca el aspecto de apoyo emocional/de información como factor de protección ante el riesgo de violencia.

Introdução

O envelhecimento é considerado um processo complexo e subjetivo e, por vezes, vulnerabiliza os sujeitos em função do comprometimento e da deterioração das faculdades físicas e mentais, favorecendo o aumento da mortalidade. Nesse sentido, o envelhecimento tornou-se foco de políticas públicas e sociais, por reconhecer os impactos desse processo no sistema de Atenção à Saúde, com destaque para a elevação gradual de hospitalizações, o custo das internações repetidas e prolongadas e a mobilização de profissionais e equipamentos para as intervenções.⁽¹⁻³⁾

As alterações biológicas, decorrentes do processo de senescência, podem se relacionar com as singularidades sociais de cada pessoa, que são peculiaridades advindas de efeitos cumulativos, como condições deficitárias em educação, moradia, renda, lazer, trabalho, suporte social e de saúde.⁽⁴⁾

O envelhecimento ainda é alvo de estereótipos e preconceitos, sendo influenciado pela cultura e pelas condições de vida e estando frequentemente associado apenas a uma fase de aumento das fragilidades. Também o aparecimento de incapacidades para o idoso realizar o autocuidado no ambiente familiar pode resultar no surgimento de episódios de violência, tornando esse fenômeno corriqueiro no relacionamento com o familiar agressor.⁽⁵⁾

A lei N° 10.741, de 1° de outubro de 2003⁽⁶⁾ define violência contra a pessoa idosa como o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra

pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”.

Entre os principais tipos de violência contra a pessoa idosa, estão a estrutural (relacionada à miséria, deixar a pessoa morrer em situação de insegurança alimentar), a interpessoal (do cotidiano, da família, da comunidade e nas relações), a institucional (produzida pelos profissionais da saúde, assistência social e instituições em geral) e a simbólica (desprezo e menosprezo).⁽⁷⁾

A dependência funcional (incapacidade), a saúde física e mental precária e o comprometimento cognitivo são fatores de risco de violência contra a pessoa idosa. Já em relação aos fatores protetivos, estudos mostram que níveis mais altos de apoio social e maior integração em um ambiente de rede social reduzem o risco de violência.^(8,9)

O apoio social, sob abordagens simultâneas, pode ser visto como um tipo de prestação de ajuda que repousa, de um lado nos intercâmbios, nas obrigações e nos padrões de reciprocidade entre indivíduos, grupos, famílias e instituições, carregados de significados para os atores neles envolvidos, em suas respectivas experiências cotidianas e contextos. Por outro lado, dar, receber e retribuir apoio são ações influenciadas por questões econômicas, sociais, políticas e culturais, que afetam e transformam as sociedades modernas.⁽¹⁰⁾

Embora seja reconhecido nexos entre o apoio social e o risco de violência entre pessoas idosas, ainda

se apresenta incipiente o desenvolvimento de pesquisas que versem avaliar a relação do apoio social com o desfecho do risco para violência por meio de instrumentos padronizados para tal.

Dessa maneira, este estudo objetivou analisar o risco de violência e sua relação com o apoio social entre idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família.

Métodos

Trata-se de pesquisa observacional transversal prospectiva, norteadas pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), realizada na cidade de Recife (PE), de março de 2016 a março de 2017.

Participaram desta investigação usuários de 60 anos ou mais cadastrados em uma das três equipes que compõem uma unidade de Saúde da Família. A unidade foi escolhida por localizar-se nas proximidades da Universidade Federal de Pernambuco, proporcionando o cumprimento dos deveres de responsabilidade social do ambiente universitário com a comunidade circunvizinha.

A população era composta de 1.209 pessoas. O cálculo amostral foi realizado seguindo a fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, utilizando o coeficiente de confiança de 92% e o poder de erro de 8%, obtendo-se amostra de 159 pessoas idosas.

A coleta de dados foi realizada adotando-se amostragem aleatória. Foi determinada proporcionalidade entre as três equipes da unidade de Saúde da Família, e, a cada cinco idosos da lista de cada equipe, um era selecionado e convidado a responder ao estudo, sendo excluídas as pessoas portadoras de graves déficits de audição ou visão e/ou as que se encontravam em cuidados paliativos. A avaliação foi realizada de forma observacional pelo pesquisador ou por meio de informações do cuidador responsável. A entrevista ocorreu em dia e horário previamente agendados, na residência dos idosos, com duração média de 30 minutos, sendo realizada por dois alunos de graduação do curso de enfermagem treinados pela equipe de pesquisa e acompanhados por um Agente

Comunitário de Saúde. Na ocasião, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e a observância ética que garantiu o sigilo dos dados, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a caracterização sociodemográfica dos participantes, aplicou-se um formulário desenvolvido e capaz de responder informações relativas a: idade, estado civil, alfabetização, arranjo de moradia, trabalho e renda.

A identificação do risco de violência nessa população foi realizada por meio do instrumento *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST), composto de 15 questões, atribuindo-se um ponto para cada resposta afirmativa, com exceção dos itens 1, 6, 12 e 14, em que o ponto é aplicado para a resposta negativa. Um escore de três ou mais pontos indica risco aumentado de violência.⁽¹¹⁾

Para avaliar em que medida a pessoa contava com o apoio de outras para enfrentar diferentes situações em sua vida, aplicou-se a escala *Medical Outcome Study: Social Support Survey* (MOS-SSS), a qual possui 19 itens divididos em cinco dimensões de apoio social: material, com quatro perguntas; afetiva, com três perguntas; emocional, com quatro perguntas; informação, com quatro perguntas e interação social positiva, com quatro perguntas. Por ter demonstrado melhor qualidade de ajustamento no modelo, optou-se pela versão utilizando-se quatro domínios (apoio emocional/informacional, interação social, apoio material e apoio social afetivo). Esses 19 itens possuem respostas em escala tipo Likert de cinco pontos, sendo um para nunca, dois para raramente, três para às vezes, quatro para quase sempre e cinco para sempre.^(12,13)

Simultaneamente à etapa de coleta, os dados foram digitados em dupla entrada por pesquisadores independentes em *software* de análise estatística, e as eventuais discordâncias foram revisadas e corrigidas. Em seguida, foi realizada a análise dos dados, por meio da estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão; frequência absoluta e relativa) e da inferencial (teste qui-quadrado de Pearson, teste de correlação de Spearman, teste de comparação de Mann-Whitney e modelo de regressão logística múltipla), adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa foi submetida para apreciação ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovada sob o parecer

1413599/16 (CAAE: 51557415.9.0000.5208). Todas as recomendações e os princípios éticos previstos em pesquisas que envolvem seres humanos foram respeitados e seguidos, de acordo com a resolução 466/12, instituída pelo Conselho Nacional de Saúde.⁽¹⁴⁾

Resultados

Prevaleram na amostra idosos com idade média de 71,6 anos, alfabetizados (66,7%), do sexo feminino (76,7%), sem relacionamentos – solteiro, viúvo e divorciado – (66%), que não exerciam trabalho remunerado (79,3%), com renda de até um salário mínimo (71,1%) e morando com alguém (86,2%).

A tabela 1 apresenta a associação entre as variáveis sociodemográficas e o risco de violência. Do ponto de vista estatístico, não foi possível constatar associação significativa, porém o risco de violência prevaleceu entre os idosos do sexo masculino (64,9%), acima dos 70 anos (61,6%), sem relacionamento (61,9%), alfabetizados (62,3%), que não exerciam trabalho remunerado (62,7%), morando sozinho (68,2%) e com renda superior a um salário mínimo (65,2%).

Tabela 1. Risco de violência em função das características sociodemográficas (n=159)

Variáveis	Risco de violência		p-value*
	Com risco	Sem risco	
Sexo			0,524
Feminino	72(59,0)	50(41,0)	
Masculino	24(64,9)	13(35,1)	
Idade, anos			0,764
Até 70	51(59,3)	35(40,7)	
Maior que 70	45(61,6)	28(38,4)	
Estado civil†			0,583
Com relacionamento	31(57,4)	23(42,6)	
Sem relacionamento	65(61,9)	40(38,1)	
Escolaridade			0,492
Alfabetizado	66(62,3)	40(37,7)	
Não alfabetizado	30(56,6)	23(43,4)	
Trabalho			0,183
Sim	13(48,1)	14(51,9)	
Não	79(62,7)	47(37,3)	
Sem informação	4(66,7)	2(33,3)	
Arranjo de moradia			0,420
Mora só	15(68,2)	7(31,8)	
Mora com alguém	81(59,1)	56(40,9)	
Renda, salário mínimo			0,426
Até 1	66(58,4)	47(41,6)	
Mais de 1	30(65,2)	16(34,8)	

Resultados expressos como n (%).

*Teste do qui-quadrado de Pearson; †com relacionamento: casado/morando junto; sem relacionamento: solteiro/viúvo/divorciado.

A tabela 2 apresenta o teste de correlação entre o escore do risco de violência contra a pessoa idosa e as facetas do apoio social. Constatou-se que houve correlação com apoio material ($r=-0,311$; $p=0,001$), apoio emocional/informacional ($r=-0,311$; $p=0,001$) e interação social ($r=-0,190$; $p=0,017$), sendo possível inferir que a medida que aumentou o apoio social material e informacional e a interação social, o risco de violência diminuiu.

Tabela 2. Risco de violência e os domínios do apoio social

Variáveis	Escore do risco de violência	
	Coefficiente de correlação	p-value
Apoio material	-0,311	0,001
Apoio afetivo	-0,148	0,065
Apoio emocional/informacional	-0,311	0,001
Interação social	-0,190	0,017

Teste de correlação de Spearman

Foi realizado teste de comparação das facetas de apoio social em relação ao risco de violência, constatando que houve diferença significativa entre as médias das facetas de apoio material (p-valor 0,004) e informacional (p-valor 0,007) com o risco de violência, apontando que o risco predominou entre os idosos que apresentaram menor apoio. Diante deste resultado, essas variáveis foram inseridas no modelo de regressão logística múltipla do risco de violência. O apoio informacional foi a variável que permaneceu no modelo final e apresentou associação com o risco de violência, inferindo que esse apoio se configurou como fator de proteção para o risco (razão de chance de 0,952; intervalo de confiança de 95% 0,91-0,98; p-valor=0,007) (Tabela 3).

Tabela 3. Variáveis associadas ao risco de violência por meio de regressão logística ajustada múltipla

Variável	RC	IC95%	p-value*
Apoio emocional/informacional	0,952	0,91-0,98	0,007

*Significância do teste; R² ajustado: 0,067; RC - razão de chance; IC95%: intervalo de confiança de 95%

Discussão

O desenvolvimento de um estudo que avalia apenas uma localidade geográfica limita possíveis generalizações referentes ao apoio social e ao risco de violência entre idosos, embora ele dê visibilidade ao fenômeno e incentive a execução de futuras investigações em outros contextos populacionais. A

escassez de produções utilizando instrumentos que versem avaliar as facetas do apoio social e sua relação com o risco da violência contra pessoas idosas, limitou a compreensão da relação entre os fenômenos em outros contextos e o aprofundamento teórico desejado.

Apesar do risco de violência ter predominado nas pessoas idosas do sexo masculino, a literatura apresenta a mulher idosa como mais vulnerável.^(15,16) A idade maior que 70 anos também foi fator de risco, demonstrando que quanto mais velha a pessoa idosa, maior a probabilidade de violência.^(16,17)

A diminuição do ciclo social da pessoa idosa é fator que conflui para o aumento da vulnerabilidade e, conseqüentemente, do risco de violência, o que pode ser explicado pelo prevaletimento do risco em pessoas sem relacionamento e que moravam sozinhas.^(18,19)

Em relação à escolaridade, houve prevalência do risco de violência na pessoa alfabetizada. Tais dados divergem de outros estudos, que mostram a educação como contribuinte para o idoso desenvolver mais autonomia e, assim, ser menos predisposto a sofrer violência. Ainda segundo a literatura, possuir renda baixa é um fator de risco de violência contra a pessoa idosa, o que diverge dos resultados encontrados nesta investigação, que coloca a pessoa com renda superior a um salário mínimo em lugar de maior vulnerabilidade a situações de violência.^(8,20,21)

Percebe-se também maior risco de violência contra a pessoa idosa em quem não exercia atividade laboral remunerada. Isso pode estar relacionado com a tendência de as pessoas idosas apresentarem maiores probabilidades de fragilidade e, conseqüentemente, serem excluídas do mercado de trabalho. Tal exclusão, além de acarretar aumento de dependência financeira, culmina no aumento do risco de essa pessoa sofrer violência.⁽²²⁻²⁴⁾

O atendimento às demandas de saúde destinadas à pessoa idosa em caráter integral envolve o provimento de um envelhecimento com qualidade, bem-estar e senso de pertencimento em todo processo, subsidiando reconfigurações e rede de apoio familiar, comunidade e de serviços de saúde, tornando o apoio social um fator protetivo para desfechos que fragilizam esse processo, como a violência contra a pessoa idosa.⁽²⁵⁾

Quanto maior o apoio social, menor o risco de violência contra a pessoa idosa.^(23,26) Essa relação também foi encontrada neste estudo, no qual se verificou associação inversamente proporcional entre o apoio social e o risco de violência contra a pessoa idosa. Outros dados revelam que níveis mais elevados de apoio social podem atenuar o risco de violência contra a pessoa idosa.^(9,19,27)

O apoio social também é indicador de resultados positivos na saúde de idosos como um todo, tendo em vista que baixos níveis de apoio social podem expressar ameaça potencial de envelhecimento saudável, permitindo que os idosos se tornem mais vulneráveis a sofrer algum tipo de violência.^(27,28)

Compreender o apoio social com o subsídio de um instrumento com propriedades psicométricas confiáveis indica a necessidade de aprofundamento nas dimensões e facetas que o compõem. O MOS-SSS propõe a avaliação do apoio social em quatro domínios: apoio material (relacionado ao suporte em atividades práticas), apoio emocional/informacional (associado a ter pessoas para dividir preocupações e medos íntimos), interação social (relacionado a ter com quem dividir momentos de alegria) e apoio afetivo (sentir-se amado em suas relações).⁽²⁹⁾

A adaptação transcultural do H-S/EAST mensura o risco de violência do ponto de vista de três domínios: abuso potencial (questões diretas relacionadas aos tipos de violência), violação dos direitos pessoais ou abuso direto (itens sobre posse de terceiros de recursos materiais e financeiros ou tomada de decisões sobre finanças dos idosos feitas por terceiro) e características de vulnerabilidade (itens relacionados ao suporte social do idoso para compras, habilidade de autonomia e sentimento de tristeza).⁽¹¹⁾

O apoio material expressou-se com correlação negativa com o risco de violência no presente estudo, indicando que quanto maior o suporte recebido de familiares para atividades, menor o risco de violência. Esse domínio de apoio social está intimamente relacionado à terceira faceta do HS-EAST no tocante às características de vulnerabilidade, uma vez que o MOS-SSS classifica o apoio social com o suporte recebido pelo idoso para atividades de trabalho e financeiras e para acompanhamento médico.⁽³⁰⁾

Interação social positiva ou negativa no tocante a uma das dimensões de apoio social pode indicar carência ou não de atividades para ser desenvolvida com o idoso relacionada a espaços de convivência comunitária para desenvolvimento da cultura, lazer e interação. A carência desses espaços pode favorecer a ocorrência de sofrimento psíquico de pessoas idosas, assim como situações de risco de violência.⁽³¹⁾

A dimensão de apoio emocional relaciona-se com a capacidade de possuir rede de apoio social capaz de satisfazer suas demandas emocionais. Pesquisa desenvolvida em Uberaba (MG) apresentou como objetivo mensurar a associação entre o apoio social de idosos e as condições de saúde, indicando a necessidade de reconhecer as redes de suporte emocional do âmbito macro e microssocial.⁽³²⁾ De forma semelhante, estudos apontam que a existência do apoio social está associado à saúde mental em idosos. Dessa forma, o aumento do apoio social tende a melhorar a saúde mental dos mais velhos, e essa relação se expressa também na suscetibilidade a desfechos violentos.^(4,10,33,34)

Neste estudo, o apoio emocional/informacional apresentou associação com o risco de violência contra a pessoa idosa, inferindo que tal apoio serve como fator protetivo para o risco de violência. Compartilhar aflições, ter alguém para ouvir quando precisar falar e em quem confiar são aspectos que ajudam a pessoa idosa a se sentir mais segura e confiante. Estudos mostram que idosos que sofrem violência geralmente recebem baixo apoio social, sendo o emocional/informacional um dos menos recebidos.^(23,33-35)

Conclusão

Entre pessoas idosas, o apoio social destacou-se como fator que influencia na diminuição do risco de violência, evidenciando as facetas apoio social material e informacional e a interação social no papel dessa redução. Além disso, o apoio emocional/informacional pode ser configurado como fator protetivo para o risco da violência contra o idoso.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Código de Financiamento 001.

Colaborações

Santos AC, Pereira JB, Santos RC, Araújo-Monteiro GKN, Santos RC, Costa GM e Souto RQ com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Fernandes MA, Sousa JW, Sousa WS, Gomes LF, Almeida CA, Damasceno CK, et al. Cuidados prestados ao idoso com alzheimer em instituições de longa permanência. *Rev Enferm UFPE On line*. 2018;12(5):1346-54.
2. Carneiro JA, Ramos GC, Barbosa AT, Mendonça JM, Costa FM, Caldeira AP, et al. Prevalence and factors associated with frailty in non-institutionalized older adults. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):435-42.
3. Amancio TG, Oliveira ML, Amancio VS. Factors influencing the condition of vulnerability among the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(2):e180159.
4. Dantas RB, Oliveira GL, Silveira AM. Psychometric properties of the Vulnerability to Abuse Screening Scale for screening abuse of older adults. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(1):1-10.
5. Lino VTS, Rodrigues NC, Lima IS, Athie S, Souza ER. Prevalence and factors associated with caregiver abuse of elderly dependents: the hidden face of family violence. *Cien Saude Colet*. 2019;24(1):87-96.
6. Brasil. Ministério da Cidadania. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências sobre a pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Cidadania; 2003 [citado 2021 Jul 28]. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/lei-no-10-741-de-01-de-outubro-de-2003>
7. Alencar Júnior FO, Moraes JR. Prevalence and factors associated with violence against elderly committed by strangers, Brazil, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e2017186.
8. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist*. 2016;56(2):194-205. Review.
9. Acierno R, Hernandez-Tejada MA, Anetzberger GJ, Loew D, Muzzy W. The National Elder Mistreatment Study: an 8-year longitudinal study of outcomes. *J Elder Abus Negl*. 2017;29(4):254-69.
10. Maia RS, Maia EM. Prevalence of violence, relation with social support and depressive in the elderly. *Rev Port Saúde Sociedade*. 2018;3(3):948-56.

11. Reichenheim ME, Paixão CM, Moraes CL. Portuguese (Brazil) cross-cultural adaptation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) used to identify risk of violence against the elderly. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1801-13.
12. Zambardi JM, Lopes CT, Morais SC, Newhouse RP, Lopes JL, Barros AL. Cross-cultural adaptation to Brazil and reliability of Smoking Cessation Counseling. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(3):290-7.
13. Oliveira Júnior CR, Machado DR, Santos FS, Da Silva JV, Domingues EA. Cross-cultural adaptation of Collett-Lester Fear of Death Scale to the Brazilian reality. *J Res Fundam Care Online*. 2018;10(1):210.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2021 Jul 28]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581
15. Maia PH, Ferreira EF, Melo EM, Vargas AM. Occurrence of violence in the elderly and its associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):64-70.
16. Santos MA, Moreira RD, Faccio PF, Gomes GC, Silva VL. Factors associated with elder abuse: a systematic review of the literature. *Cien Saude Colet*. 2020;25(6):2153-75.
17. Aminalroaya R, Alizadeh-Khoei M, Hormozi S, Sharifi F, Taati F. Screening for elder abuse in geriatric outpatients: reliability and validity of the Iranian version Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST). *J Elder Abuse Negl*. 2020;32(1):84-96.
18. Bolsoni CC, Coelho EB, Giehl MW, D'Orsi E. Prevalence of violence against the elderly and associated factors - a population based study in Florianópolis, Santa Catarina. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(4):671-82.
19. Eslami B, Di Rosa M, Barros H, Stankunas M, Torres-Gonzalez F, Ioannidi-Kapolou E, et al. Lifetime abuse and perceived social support among the elderly: a study from seven European countries. *Eur J Public Health*. 2017;27(4):686-92.
20. Curcio C, Payán-Villamizar C, Jiménez A, Gómez F. Abuse in Colombian elderly and its association with socioeconomic conditions and functionality. *Colomb Med (Cali)*. 2019;50(2):77-88.
21. Morowatisharifabad MA, Rezaeiandari H, Dehghani A, Zeinali A. Domestic elder abuse in Yazd, Iran: a cross-sectional study. *Health Promot Perspect*. 2016;6(2):104-10.
22. Gross CB, Kolankiewicz AC, Schmidt CR, Berlezi EM. Frailty levels of elderly people and their association with sociodemographic characteristics. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(2):209-16.
23. Muthukenkatachalam S, Sandhya G. Mistreatment of older adults and associated psychological distress: findings of a pilot study. *Asian J Nurs Educ Res*. 2018;8(3):329.
24. Seth N, Yadav A, Adichwal NK, Kamble SB. Elder abuse and its association with socio-demographic variables in India. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2019;7(2):188-91.
25. Guedes MB, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis*. 2017;27(4):1185-204.
26. Nisha C, Manjaly S, Kiran P, Mathew B, Kasturi A. Study on elder abuse and neglect among patients in a medical college hospital, Bangalore, India. *J Elder Abuse Negl*. 2016;28(1):34-40.
27. Vilar-Compte M, Giraldo-Rodríguez L, Ochoa-Laginas A, Gaitan-Rossi P. Association between depression and elder abuse and the mediation of social support: a cross-sectional study of elder females in Mexico City. *J Aging Health*. 2018;30(4):559-83.
28. Kats D, Patel MD, Palta P, Meyer ML, Gross AL, Whitsel EA, et al. Social support and cognition in a community-based cohort: The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Age Ageing*. 2016;45(4):475-80.
29. Zanini DS, Peixoto EM, Nakano TC. The Social Support Scale (MOS-SSS): Standardizing with Item References. *Trends Psychol*. 2018;26:387-99.
30. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica*. 2005;21(3):703-14.
31. Macedo JP, Dimenstein M, Silva BI, Sousa HR, Costa AP. Social support, common mental disorder and abusive use of alcohol in rural settlements. *Trends Psychol*. 2018;26(3):112-37.
32. Tavares DM, Oliveira NG, Ferreira PC. Apoio social e condições de saúde de idosos brasileiros da comunidade. *Cienc Enferm*. 2020;26:1-12.
33. Tsuji K, Khan HT. Exploring the relationship between social support and life satisfaction among rural elderly in Japan. *Ageing Int*. 2016;41(4):414-26.
34. Li C, Jiang S, Li N, Zhang Q. Influence of social participation on life satisfaction and depression among Chinese elderly: social support as a mediator. *J Community Psychol*. 2018;46(3):345-55.
35. Bordoloi A, Ali A, Islam SN. Elder abuse and its association with depression and social support: a community-based study from Tezpur, Assam. *J Geriatr Ment Health*. 2018;5(2):128.