

Fatores associados a sintomas depressivos e cognição em idosos(as) vítimas de violência

Factors associated with depressive symptoms and cognition in elderly victims of violence
Factores relacionados a los síntomas depresivos y cognición en ancianos(as) víctimas de violencia

Rafael da Costa Santos^I

ORCID: 0000-0001-8293-340X

Rafaella Queiroga Souto^I

ORCID: 0000-0002-7368-8497

Ana Maria de Almeida^I

ORCID: 0000-0002-6398-7194

Gleicy Karine Nascimento de Araújo^I

ORCID: 0000-0002-4395-6518

Rute Costa Régis de Sousa^{II}

ORCID: 0000-0002-2670-2620

Renata Clemente dos Santos^{III}

ORCID: 0000-0003-2916-6832

^I Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

^{III} UNIFACISA Centro Universitário. Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Como citar este artigo:

Santos RC, Souto RQ, Almeida AM, Araújo GKN, Sousa RCR, Santos RC. Factors associated with depressive symptoms and cognition in elderly victims of violence. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 3):e20190383. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0383>

Autor Correspondente:

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



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Italo Silva

Submissão: 14-05-2019 Aprovação: 14-05-2020

RESUMO

Objetivo: Identificar, entre pessoas idosas vítimas de violência, os fatores associados a sintomas depressivos e função cognitiva. **Métodos:** Tratou-se de um estudo transversal, realizado com 56 idosos(as) classificados(as) como em situação de violência. Foram utilizados: o *Brazil Old Age Schedule*, o *Conflict Tactics Scales Form R*, a *Geriatric Depression Scale* e o Mini Exame do Estado Mental. **Resultados:** Os sintomas depressivos foram mais prevalentes nos idosos do sexo masculino, maiores de 70 anos, sem companheiro, analfabetos, sem trabalho, com até 1 salário mínimo e que moravam sozinhos; e o déficit cognitivo predominou nas mulheres, maiores de 70 anos, sem companheiro, analfabetas, que não trabalhavam, com até 1 salário mínimo e que moravam sozinhas. **Conclusão:** Entre a população idosa vítima de violência, a falta de companheiro e o déficit cognitivo estavam associados aos sintomas depressivos; e encontrar-se morando sozinho, sem companheiro e ser analfabeto, ao déficit cognitivo.

Descritores: Violência; Depressão; Cognição; Idoso; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To identify, among elderly people victims of violence, factors associated with depressive symptoms and cognitive function. **Method:** This was a cross-sectional study carried out with 56 elderly people classified in situation of violence. To do so it was used the *Brazil Old Age Schedule (BOAS)*, the *Conflict Tactics Scales Form R*, the *Geriatric Depression Scale (GDS)* and the Mini-mental State examination (MMSE). **Results:** Depressive symptoms were more predominant in elderly men, over 70 years old, without partner, illiterate, with no job, receiving up to 1 minimum wage and who lived alone; and the cognitive deficit prevailed in women, over 70 years old, without partner, illiterate, who did not work, receiving up to 1 minimum wage and who lived alone. **Conclusion:** Among the elderly population victim of violence, lack of a partner and cognitive impairment were associated to depressive symptoms; and finding themselves living alone, with no partner and being illiterate were associated to cognitive deficit.

Descriptors: Violence; Depression; Cognition; Elderly; Public health.

RESUMEN

Objetivo: Identificar, entre los ancianos(as) víctimas de violencia, los factores relacionados a los síntomas depresivos y función cognitiva. **Método:** Se trató de un estudio transversal, realizado con 56 ancianos(as) clasificados(as) como en situación de violencia. Han sido utilizados: el *Brazil Old Age Schedule*, el *Conflict Tactics Scales Form R*, la *Geriatric Depression Scale* y el Mini Examen del Estado Mental. **Resultados:** Los síntomas depresivos han sido más predominantes en los ancianos del sexo masculino, mayores de 70 años, sin compañero, analfabetos, sin trabajo, con hasta 1 salario mínimo y que vivían solos; y el déficit cognitivo predominó en las mujeres, mayores de 70 años, sin compañero, analfabetas, que no trabajaban, con hasta 1 salario mínimo y que vivían solas. **Conclusión:** Entre la población anciana víctima de violencia, la falta de compañero y el déficit cognitivo estaban relacionados a los síntomas depresivos; y encontrarse viviendo solo, sin compañero y ser analfabeto, al déficit cognitivo.

Descriptor: Violencia; Depresión; Cognición; Anciano; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A longevidade é um fenômeno mundial, e o aumento da população idosa tem contribuído para mudanças demográficas bastante significativas⁽¹⁾. Estimativas apontam que a América Latina terá, até 2050, um em quatro adultos com idade acima dos 60 anos⁽²⁾. No Brasil, nos últimos anos (2012 a 2017), o número de idosos(as) teve um crescimento superior a 18%, ultrapassando 30 milhões de indivíduos em 2017⁽³⁾. Esse aumento, deu-se, em parte, pela redução na taxa de fecundidade, assim como pelo aumento da expectativa de vida⁽²⁾.

O processo de envelhecimento associado ao despreparo das famílias e da sociedade para lidar com essas mudanças têm revelado um aumento na prevalência de violência contra a pessoa idosa em países desenvolvidos, variando entre 4,6% e 44,6%⁽⁴⁾. Países em desenvolvimento como Colômbia, Panamá e Brasil registram anualmente 102 mil casos de violência, dos quais cerca de 37% são apontados contra idosos(as). Destes casos, observa-se uma prevalência de 67,7% de violência física e 29,1% violência psicológica descrita em estudo realizado em 524 municípios brasileiros, apesar de que esses valores podem estar subestimados, tendo em vista a subnotificação⁽⁵⁻⁷⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde⁽⁸⁾, a violência aos longevos pode ser definida como um fenômeno intencional ou não, por meio de um ato de agressão ou negligência. Em relação à tipologia, observa-se a violência física, psicológica, sexual, financeira e/ou material, assim como também o abandono, a negligência e a autonegligência⁽⁹⁾. As alterações da capacidade física e mental, que ocorrem durante o processo de envelhecimento, associadas ao desrespeito e desigualdade social, concorrem para eventos de violência contra a pessoa idosa⁽¹⁰⁾.

Esse fenômeno é desencadeante de adoecimentos físicos e psicológicos como: patologias psicossomáticas, atenuação progressiva das defesas físicas, desordem pós-traumática, alterações do sono, tentativas de suicídio, deficiências nutricionais, depressão e outros⁽¹¹⁾. Dentre eles, a depressão aparece com maior frequência, ocasionando perda de autonomia e agravamento de problemas patológicos preexistentes⁽¹²⁾.

A depressão destaca-se como um grave problema de saúde pública, piorado pelo fato de inúmeras vezes ser subdiagnosticada e/ou subtratada. Ela pode ser caracterizada como uma alteração da área afetiva ou do humor com expressivo impacto funcional, em todas as faixas etárias. Pesquisas indicam que a prevalência de sintomas depressivos nos(as) idosos(as) variam entre 19% e 34% nas diversas regiões brasileiras⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Os sintomas depressivos nas pessoas idosa estão associados a diversos fatores, destacando-se o sexo feminino, idade avançada, falta de companheiro, baixa escolaridade e renda, presença de eventos estressores, baixo suporte social e violência⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Os sinais de depressão são comumente encontrados em idosos(as) que, de alguma forma, vivem em situação de violência, além de apresentarem outros sintomas como a impotência, alienação, culpa, vergonha, medo, ansiedade, negação, desordem pós-traumática e aumentado risco de morte⁽¹⁷⁾.

Os transtornos de humor ocasionados em decorrência da depressão podem ser condicionantes de outros fenômenos, destacando-se o declínio cognitivo, haja vista que a deterioração cognitiva é uma causa expressiva de morbidade e mortalidade,

podendo comprometer o desempenho de atividades do cotidiano, a interação social e a qualidade de vida entre os indivíduos⁽¹⁸⁻²¹⁾. Ainda, essa deterioração vem sendo associada a modificações estruturais e funcionais no cérebro durante o processo de envelhecimento⁽²²⁾.

O déficit cognitivo é um comprometimento na orientação espaço-temporal, na dificuldade de atenção e de memória, consistindo em um limitador da atividade social e intelectual da pessoa idosa, e causador de restrição em sua capacidade funcional⁽²³⁾.

Idosos(as) acometidos(as) por déficit cognitivo apresentam nível elevado de dependência. Essa excessiva necessidade de apoio, fenômeno esse que é um elemento determinante da sobrecarga dos cuidadores, pode ser desencadeante de violência. Cerca de 30% dos familiares de idosos(as) dementes apresentaram comportamento violento em estudo realizado no Reino Unido, registrando a violência psicológica por meio de agressões verbais como a mais perpetrada⁽²⁴⁻²⁵⁾.

OBJETIVO

Identificar, entre pessoas idosas vítimas de violência, os fatores associados a sintomas depressivos e função cognitiva.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este projeto é um recorte da pesquisa "Impacto de intervenções multidimensionais em idosos(as) cadastrados na Atenção Primária à Saúde e em seus cuidadores" aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo cumprido todos os preceitos éticos. Além disso, foram apresentados os resultados da investigação para os profissionais da unidade de saúde, salientando a importância de medidas de controle e prevenção de situações de violência, sintomas depressivos e déficit cognitivo.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo transversal, guiada pelo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Foi realizada na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, no período de 2016 a 2017.

População e critérios de elegibilidade

Participaram da pesquisa os idosos(as) vinculados à área de abrangência das três equipes que integram a Unidade de Saúde da Família Sítio Wanderley, na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. A referida unidade foi selecionada para execução do estudo por sua localização geográfica ser próxima à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), facilitando assim a relação de responsabilidade social da universidade com a comunidade adjacente.

A população do estudo foi composta por 1.209 idosos(as) referentes às três equipes a unidade supracitada. Para o cálculo amostral do estudo primário, utilizou-se a fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, adotando um coeficiente de confiança de 92% e poder de erro de 8%. Baseado nesse cálculo, a amostra resultante foi constituída por 159 pessoas idosas.

A amostragem foi aleatória, do tipo sistemática. A quantidade de idosos(as) foi determinada por proporcionalidade entre as três equipes da unidade de saúde. A cada cinco idosos(as) da lista de cada equipe, um era escolhido e convidado para participar da pesquisa.

Participaram da pesquisa, pessoas com idade de 60 anos ou mais, cadastradas nas três equipes de saúde da família da área de estudo. Foram excluídas aquelas portadoras de graves déficits de audição (baixa acuidade auditiva ou surdez) ou de visão (baixa acuidade visual ou cegueira) e/ou que estivessem em cuidados paliativos. O cumprimento desse critério foi determinado pelo pesquisador por meio de observação ou informação proveniente dos seus responsáveis.

Para esse recorte, foram selecionados os 56 idosos(as) identificados como vítimas de violência após a aplicação do *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1).

O CTS-1 é um instrumento de origem canadense e apresenta 19 questões, que estão fragmentadas em três grupos, com base nos tipos de táticas que são utilizados para lidar com conflitos: argumentação (itens a-c), agressão verbal (itens d-f e h-j) e agressão física (itens k-s). Cada item considera três opções de respostas: não aconteceu, aconteceu algumas vezes nestes últimos 12 meses e aconteceu várias vezes nestes últimos 12 meses⁽²⁶⁾. No que diz respeito à classificação da violência contra o(a) idoso(a), receberam a designação “com violência” quando apresentassem pelo menos uma resposta positiva em qualquer um dos itens relativos à escala. Essa medida foi adotada levando em consideração as afirmativas que indicassem algum sinal de violência.

Protocolo do estudo

A coleta de dados ocorreu na residência dos(as) idosos(as), após explicações sobre os objetivos da pesquisa, orientação sobre o sigilo dos dados, disponibilidade em participar e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta, foram usados os seguintes instrumentos: *Brazil Old Age Schedule* (BOAS)⁽²⁷⁾, *Geriatric Depression Scale* (GDS)⁽²⁸⁾ e Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁽²⁹⁾.

O BOAS⁽²⁷⁾ é um instrumento multidimensional e foi utilizado para caracterização sociodemográfica do grupo estudado. Desse instrumento, foram usadas as questões referentes à idade, sexo, estado civil, grau de alfabetização, trabalho e renda.

A GDS⁽²⁸⁾ é uma escala para rastreamento de sintomas depressivos na população idosa, sendo utilizada no presente estudo a versão *Short Form*, com 15 itens (GDS-15). Os participantes responderam aos itens em uma escala de resposta dicotômica, sendo o 1 (*Não*) e o 2 (*Sim*). Para a análise, a cada resposta que indica sintoma de depressão, seja positiva ou negativa, é atribuído 1 ponto. Realizada a somatória, é considerada normal a faixa entre 0 e 4, sugere depressão entre 5 a 10, e entre 11 a 15 indica depressão severa. Para esses dados, a variável foi recategorizada, e os indivíduos com escore ≥ 5 foram classificados com “sintomas depressivos”, sem indicar a intensidade.

O MEEM foi aplicado para rastreamento cognitivo dos(as) idosos(as). A pontuação desse instrumento pode ser de 0 a 30 pontos, e seu ponto de corte varia segundo o grau de escolaridade do indivíduo, sendo 13 pontos para não alfabetizados, 18 para indivíduos

com baixa ou média escolaridade e 26 pontos para aqueles que possuem alto nível de escolarização⁽²⁹⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados coletados foram digitados em dupla entrada por digitadores independentes em um software estatístico; e as discrepâncias, revisadas e corrigidas por uma coordenadora de coleta de dados.

Posteriormente, foram analisados utilizando a estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e inferencial (qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher quando as caselas apresentavam número igual ou menor do que 5; e regressão logística múltipla). Para todas as análises, empregou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Foi avaliada a natureza da distribuição do escore total da GDS a fim de verificar a normalidade dos dados por meio do teste Kolmogorov-Smirnoff. A variável não apresentou distribuição normal.

O critério para entrada dos fatores no modelo foi $p \leq 0,02$; e, para permanência, aqueles com significância $\leq 0,05$. A estratégia de modelagem utilizada foi o *Backward*.

RESULTADOS

A prevalência de sintomas depressivos foi de 57,1% ($n = 32$), e a de déficit cognitivo, 32,1% ($n = 18$), entre os indivíduos estudados.

Tabela 1 – Distribuição dos sintomas depressivos e déficit cognitivo segundo as variáveis sociodemográficas entre pessoas idosas vítimas de violência — Recife, Pernambuco, Brasil, 2016/2017, N = 56

Variáveis	Sintomas depressivos		Déficit cognitivo	
	Com sintomas n (%)	Sem sintomas n (%)	Com déficit n (%)	Sem déficit n (%)
Sexo (n = 56)				
Masculino	7 (58,3)	5 (41,7)	3 (25,0)	9 (75,0)
Feminino	25 (56,8)	19 (43,2)	15 (34,1)	29 (65,9)
Valor de p	0,925*		0,732**	
Idade				
≤ 70 anos	18 (52,9)	16 (47,1)	8 (23,5)	26 (76,5)
> 70 anos	14 (63,6)	8 (36,4)	10 (45,5)	12 (54,5)
Valor de p	0,430*		0,086*	
Estado civil				
Com companheiro	9 (36,0)	16 (64,0)	3 (12,0)	22 (88,0)
Sem companheiro	23 (74,2)	8 (25,8)	15 (48,4)	16 (51,6)
Valor de p	0,004*		0,004*	
Alfabetizado				
Sim	21 (53,8)	18 (46,2)	8 (20,5)	31 (79,5)
Não	11 (64,7)	6 (35,3)	10 (58,8)	7 (41,2)
Valor de p	0,450*		0,005*	
Trabalha				
Sim	4 (40,0)	6 (60,0)	1 (10,0)	9 (90,0)
Não	27 (60,0)	18 (40,0)	17 (37,8)	28 (62,2)
Valor de p	0,304**		0,140**	
Renda				
Até 1 salário mínimo	23 (57,5)	17 (42,5)	13 (32,5)	27 (67,5)
Mais de 1	9 (56,3)	7 (43,7)	5 (31,3)	11 (68,7)
Valor de p	0,932*		0,928*	
Arranjo de moradia				
Sozinho	5 (62,5)	3 (37,5)	6 (75,0)	2 (25,0)
Com alguém	27 (56,3)	21 (43,7)	12 (25,0)	36 (75,0)
Valor de p	0,741*		0,010**	

Nota: * Teste qui-quadrado de Pearson; ** Teste exato de Fisher.

A Tabela 1 descreve a associação entre as variáveis sociodemográficas, sintomas depressivos e déficit cognitivo. Observa-se que houve associação dos sintomas depressivos e o estado civil autodeclarado pelo(a) idoso(a) ($p = 0,004$), com predomínio entre os idosos(as) sem companheiro (solteiro, viúvo, divorciado). Também foi encontrada associação estatisticamente significativa entre déficit cognitivo e estado civil ($p = 0,004$), alfabetização ($p = 0,005$) e arranjo de moradia ($p = 0,010$), prevalecendo com déficit as pessoas idosas sem companheiros, que não são alfabetizadas e moram sozinhas.

A Tabela 2 exhibe os dados acerca da associação entre déficit cognitivo e sintomas depressivos. Verifica-se o predomínio de sintomas depressivos entre os(as) idosos(as) que apresentaram déficit cognitivo ($p = 0,006$).

Tabela 2 – Associação de sintomas depressivos e declínio cognitivo entre pessoas idosas vítimas de violência, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016-2017

Déficit cognitivo	Sintomas depressivos		Valor de p^*
	Com sintomas n (%)	Sem sintomas n (%)	
Com déficit	15 (83,3)	3 (16,7)	0,006*
Sem déficit	17 (44,7)	21 (55,3)	

Nota: * Teste Qui-quadrado de Pearson.

As variáveis “estado civil” e “déficit cognitivo” que apresentaram associação com a variável “sintomas depressivos” foram inseridas em um modelo de regressão logística bivariada. Foi confirmada a associação da variável “estado civil” com “sintomas depressivos”, conforme a Tabela 3. Os dados referentes a regressão possibilitam inferir que os(as) idosos(as) sem relacionamento (solteiro, viúvo, divorciado) apresentaram 5,11 vezes a chance de desenvolver sintomas depressivos.

Tabela 3 – Variáveis associadas a sintomas depressivos por meio de regressão logística ajustada, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016-2017

Variáveis	OR	IC	Valor de p^*
Estado Civil			
Com relacionamento	1,00	-	-
Sem relacionamento	5,11	[1,62-16,08]	0,005

Nota: OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confiança; *Significância do teste.

DISCUSSÃO

A prevalência de sintomas depressivos entre pessoas idosas em situação de violência foi de 57,1%, associou-se à pessoa idosa que se declarou sem companheiro (solteiro, viúvo, divorciado) e mostrou uma tendência de comprometer mais aqueles que apresentaram déficit cognitivo. Em relação ao déficit cognitivo, a prevalência foi de 32,1%, e ele teve associação com a condição de a pessoa idosa não ter companheiro, não ser alfabetizada e morar sozinha.

A prevalência de sintomas depressivos foi superior à encontrada em um estudo realizado em outro estado do Nordeste do país, com pessoas idosas atendidas no programa de saúde da família e avaliadas com o mesmo instrumento utilizado no presente estudo⁽³⁰⁾. Essa prevalência mais alta de sintomas depressivos pode estar relacionada ao fato de a análise dos sintomas depressivos ter sido efetuada entre vítimas de violência, embora os(as) idosos(as) com sintomas depressivos sejam mais vulneráveis a episódios de violência⁽¹⁶⁾. A associação entre depressão e abuso

entre pessoas idosas na Índia evidenciou que as vítimas de algum tipo de violência tinham duas vezes mais chances de apresentarem sintomatologia depressiva⁽³¹⁾.

Destaca-se, ainda, que a presença desses sintomas, geralmente, leva à perpetuação da violência, uma vez que dificulta o rompimento do ciclo de agressões sofridas pelas pessoas idosas⁽³²⁾. Um estudo realizado com idosos(as) comunitários(as) vítimas de violência em Portugal — também utilizando a GDS para avaliação de sua amostra — registrou que 78,8% dessas pessoas apresentaram sintomas depressivos; entretanto, na análise dos dados, foram consideradas para o estudo pessoas idosas que pontuaram em dois ou mais valores referentes à sintomatologia depressiva⁽³³⁾. Essa diferença no corte de classificação de idosos(as) com ou sem sintomatologia pode ter sido o fator que gerou divergência no percentual da prevalência em relação ao presente estudo.

Pessoas idosas sem companheiro são mais vulneráveis a quadros depressivos. A falta de companhia na velhice é um fenômeno relacionado à solidão e associado à depressão; ademais, a morte de um membro da família ou pessoa muito importante também pode ser um evento que propicia o surgimento de sintomas depressivos^(30,34). Estudo realizado no interior de Minas Gerais retratou essa condição como um contributo para o declínio cognitivo, inferindo que a presença de companhia é um fator para maior estimulação cognitiva⁽³⁵⁾. A continuidade nas relações familiares e comunitárias contribuem na prevenção ou retardo do comprometimento cognitivo, e os resultados do presente estudo confirmam que os(as) idosos(as) que viviam sem companheiros tiveram maior ocorrência de déficit cognitivo⁽³⁶⁾. Entretanto, na contemporaneidade, o ambiente familiar tem sido classificado como o principal local de perpetuação da violência contra a pessoa idosa, tendo, na maioria das vezes, como agressores, as pessoas inseridas no contexto da família⁽³⁷⁻³⁸⁾. Ressalta-se que, para além da companhia, a família deve estar preparada para dar suporte social, considerado um dos aspectos mais relevantes para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa⁽³⁹⁾.

Apesar de, neste estudo, a presença de sintomas depressivos ser mais prevalente entre os idosos do sexo masculino, outros trabalhos apontam o sexo feminino com o dobro de chances de desenvolver quadros depressivos, relacionando essa prevalência a efeitos hormonais, estresse, entre outros fatores^(30,34,40).

A associação entre sintomas depressivos e pessoas idosas não escolarizadas foi evidenciada no estudo e mostra semelhança com outros estudos. O grau de escolaridade do(a) idoso(a) pode influenciar no enfrentamento de situações estressoras, entretanto idosos(as) que não são alfabetizados(as) apresentam um risco mais elevado de desenvolver sintomatologia depressiva^(32,41).

Observou-se relação entre sintomas depressivos e déficit cognitivo, prevalecendo entre os(as) idosos(as) comprometidos(as) cognitivamente, confirmando o déficit cognitivo como fator de risco para a sintomatologia depressiva⁽¹⁸⁾. Ainda é desconhecida a complexa interação de fatores de risco biológicos e ambientais no desencadeamento de sintomas depressivos e comprometimento cognitivo em indivíduos vulneráveis, apesar de a depressão entre idosos(as) com transtornos cognitivos ser uma das síndromes psiquiátricas mais comuns nesse grupo⁽⁴²⁾. No presente estudo, as pessoas idosas com déficit cognitivo apresentaram uma chance cinco vezes maior de apresentar sintomas depressivos, razão que pode estar superestimada em decorrência da situação de violência neste grupo.

Houve associação entre déficit cognitivo e nível de alfabetização, observando-se que pessoas idosas não alfabetizadas apresentaram maior déficit cognitivo. Esse quadro pode torná-las ainda mais vulneráveis visto que esse fator se agrega, também, à ocorrência de sintomas depressivos, e não se pode deixar de registrar que os(as) idosos(as) estudados(as) eram vítimas de violência.

Entre os sintomas depressivos, déficit cognitivo e violência não existe uma relação de causa e efeito bem definida, uma vez que o surgimento de um desses fatores proporciona uma suscetibilidade para desenvolvimento do outro e, consequentemente, agrava aquele já instalado. Portanto, é fundamental que o profissional de saúde seja capacitado para rastrear todos esses fatores, traçando um planejamento assistencial baseado na avaliação global, multidimensional e interdisciplinar da pessoa idosa, identificando os elementos psíquicos, sociais e físicos, sendo capaz de correlacioná-los com base nas particularidades das pessoas idosas⁽⁴³⁾.

Limitações do estudo

Consideram-se como limitações do estudo: a impossibilidade de generalização por meio de inferência estatística; e a escassez

de estudos na literatura que abordassem idosos(as) em situação semelhante à população desta pesquisa.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Os resultados desta investigação contribuem no conhecimento sobre o fenômeno da violência contra a pessoa idosa, aperfeiçoando a assistência dos profissionais de enfermagem a essa população. Ainda, favorecem tanto o desenvolvimento de futuras ações preventivas de violência contra esses indivíduos quanto a prestação de cuidados de forma individualizada levando em consideração as particularidades de cada pessoa.

CONCLUSÃO

Nas pessoas idosas comunitárias que receberam a classificação “com violência”, a presença de fatores como déficit cognitivo e encontrar-se sem companheiro apresentam associação significativa sob o ponto de vista estatístico com a prevalência de sintomas depressivos, assim como morar sozinho, ser analfabeto e não ter companheiro associam-se com o déficit cognitivo.

REFERÊNCIAS

1. Moreira WC, Damasceno CKCS, Fernandes SKS, Vieira, Campêlo TPT, Campêlo DS, et al. Análise sobre as políticas públicas de enfrentamento a violência contra o idoso. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(4):1324–32. doi: 10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201621
2. Salazar-Barajas ME, Lillo Crespo M, Hernández Cortez PL, Villarreal Reyna MA, Gallegos Cabriales EC, Gómez Meza MV, et al. Factors contributing to active aging in older adults, from the Framework of Roy's Adaptation Model. *Investig Educ Enferm*. 2018;36(2):e08. doi: 10.17533/udea.iee.v36n2e08
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento O e GD de P. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017 [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 30]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>
4. Blay SL, Laks J, Marinho V, Figueira I, Maia D, Coutinho ESF, et al. Prevalence and correlates of elder abuse in São Paulo and Rio de Janeiro. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(12):2634–8. doi: 10.1111/jgs.15106
5. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violence against the Brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(suppl 2):777–85. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0139
6. Paiva MM, Tavares DMS. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 Dec;68(6):1035–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680606i>
7. Irigaray TQ, Esteves CS, Pacheco JTB, Grassi-Oliveira R, Argimon ILL. Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. *Estud Psicol*. 2016;33(3):543–51. doi: 10.1590/1982-02752016000300017
8. United Nations. World Population Ageing 2017. *World Popul Ageing: 2017* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 30];1–124. Available from: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Report.pdf
9. Faustino AM, Gandolfi L, Moura LBA. Functional capability and violence situations against the elderly. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014;27(5):392–8. doi: 10.1590/1982-0194201400066
10. Rodrigues RAP, Monteiro EA, Santos AMR, Pontes MLF, Fhon JRS, Bolina AF, et al. Older adults abuse in three Brazilian cities. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(4):783–91. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0114
11. Silva CFS, Dias CMSB. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicol Ciênc Prof*. 2016;36(3):637–52. doi: 10.1590/1982-3703001462014
12. Frade J, Barbosa P, Cardoso S, Nunes C. Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals. *Rev Enferm Ref*. 2015;IV Série(No 4):41–9. doi: 10.12707/RIV14030
13. Nery BLS, Cruz KCT, Faustino AM, Santos CTB. Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e20170184. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0184

14. Amaral TLM, Amaral CA, Lima NS, Herculano PV, Prado PR, Monteiro GTR. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2018;23(9):3077–84. doi: 10.1590/1413-81232018239.22532016
15. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):1–12. doi: 10.1590/1980-5497201500010001
16. Apratto Jr PC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Cien Saude Colet*. 2010;15(6):2983–95. doi: 10.1590/S1413-81232010000600037
17. Garbin CAS, Joaquim RC, Rovida TAS, Garbin AJI. Elderly victims of abuse: a five year document analysis. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2016;19(1):87–94. doi: 10.1590/1809-9823.2016.15037
18. Faber LM, Scheicher ME, Soares E. Depressão, declínio cognitivo e polimedicção em idosos institucionalizados. *Rev Kairós Gerontol*. 2017;20(2):195. doi: 10.23925/2176-901X.2017v20i2p195-210
19. Schikowski T, Vossoughi M, Vierkötter A, Schulte T, Teichert T, Sugiri D, et al. Association of air pollution with cognitive functions and its modification by APOE gene variants in elderly women. *Environ Res*. 2015 Oct;142:10–6. doi: 10.1016/j.envres.2015.06.009
20. Sposito G, Neri AL, Yassuda MS. Advanced Activities of Daily Living (AADLs) and cognitive performance in community-dwelling elderly persons: Data from the FIBRA Study - UNICAMP. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2016;19(1):7–20. doi: 10.1590/1809-9823.2016.15044
21. Votruba KL, Persad C, Giordani B. Cognitive Deficits in Healthy Elderly Population With “Normal” Scores on the Mini-Mental State Examination. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2016;29(3):126–32. doi: 10.1177/0891988716629858
22. Sánchez-Moguel SM, Alatorre-Cruz GC, Silva-Pereyra J, González-Salinas S, Sanchez-Lopez J, Otero-Ojeda GA, et al. Two different populations within the healthy elderly: lack of conflict detection in those at risk of cognitive decline. *Front Hum Neurosci*. 2018;11. doi: 10.3389/fnhum.2017.00658
23. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017;26(2):295–304. doi: 10.5123/S1679-49742017000200007
24. Lino VTS, Rodrigues NCP, Camacho LAB, O'Dwyer G, Lima IS, Andrade MKN, et al. Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(6). doi: 10.1590/0102-311X00060115
25. Lino VTS, Rodrigues NCP, Lima IS, Athie S, Souza ER. Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. *Cien Saude Colet*. 2019 Jan;24(1):87–96. doi: 10.1590/1413-81232018241.34872016
26. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saude Pública*. 2003;19(4):1083-93. doi: 10.1590/S0102-311X2003000400030
27. Veras RP, Souza CA, Cardoso RF, Milioli R, Silva SD. Pesquisando populações idosas--a importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. *Rev Saude Publica*. 1988;22(6):513–8. doi: 10.1590/S0034-89101988000600008
28. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1999;57(2B):421–6. doi: 10.1590/S0004-282X1999000300013
29. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. 2015;20(12):3865–76. doi: 10.1590/1413-812320152012.06032015
30. Magalhães JM, Carvalho AMB, Carvalho SM, Alencar DC, Moreira WC, Parente ACM. Depression among the elderly in the family health strategy: a contribution to primary care. *Rev Min Enferm*. 2016;20. doi: 10.5935/1415-2762.20160016
31. Mawar S, Koul P, Das S, Gupta S. Association of physical problems and depression with elder abuse in an urban community of North India. *Indian J Community Med*. 2018;43(3):165–9. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_249_17
32. Gil AP, Santos AJ, Nicolau R, Santos C. Fatores de risco de violência contra as pessoas idosas: consensos e controvérsias em estudos de prevalência. *Configurações*. 2015;(16):75–95. doi: 10.4000/configuracoes.2852
33. Gil AP, Santos AJ, Kislaya I, Santos C, Mascoli L, Ferreira AI, et al. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. *Cad Saude Publica*. 2015;31(6):1234–46. doi: 10.1590/0102-311X00084614
34. Gullich I, Duro SMS, Cesar JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(4):691–701. doi: 10.1590/1980-5497201600040001
35. Tavares DMS, Ferreira PCS, Dias FA, Souza LDM, Gonçalves JRL, Rodrigues LR. Aspectos sociodemográficos e desempenho cognitivo de idosos residentes na zona rural. *Av Enferm*. 2017;35(3). doi: 10.15446/av.enferm.v35n3.61789
36. Gurian F, Beatriz M, Oliveira D, Celia R, Roberto M, Rodrigues Jr AL, et al. Screening cognitive function of non-institutionalized elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(2):275–83. doi: 10.1590/S1809-98232012000200010
37. Guimarães APS, Górios C, Rodrigues CL, Armond JE. Notification of intrafamily violence against elderly women in the city of São Paulo. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2018;21(1):88–94. doi: 10.1590/1981-22562018021.160213
38. Rodrigues CL, Armond JE, Gorios C. Physical and sexual aggression against elderly persons reported in the city of São Paulo. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2015;18(4):755–60. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14177
39. Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2017;27(4):1185–204. doi: 10.1590/s0103-73312017000400017

40. Lopes JM, Fernandes SGG, Dantas FG, Medeiros JLA. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2015;18(3):521–31. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14081
 41. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(2):122–31. doi: 10.1590/0047-2085000000067
 42. Wang S, Blazer DG. Depression and Cognition in the Elderly. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2015 Mar 28;11(1):331–60. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112828
 43. Marques GCS, Rodrigues JS, Rodrigues SG, Souza MR, Barros PS, Borges CJ. Profissional Enfermeiro : Competências e habilidades para a avaliação multidimensional da pessoa idosa. *Rev Kairós-Gerontol*. 2018;21(2):307–26. doi: 10.23925/2176-901X.2018v21i2p307-326
-