



A violência contra pessoas idosas no Brasil: fatores associados segundo o tipo de agressor

Violence against older people in Brazil: associated factors according to the type of aggressor

Maria Angélica Bezerra dos Santos¹ 
Vanessa de Lima Silva² 
Gabriela Carneiro Gomes² 
André Luiz Sá de Oliveira¹ 
Rafael da Silveira Moreira^{1,2} 

Resumo

Analisou-se os fatores associados à violência contra pessoas idosas brasileiros segundo o tipo de agressor. Estudo transversal de base populacional com dados secundários, da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, totalizando 11.697 indivíduos com 60 anos ou mais no Brasil. A variável dependente foi ter sofrido violência por agressor conhecido ou desconhecido e as independentes foram divididas em blocos (Socioeconômico e demográfico; Autopercepção e cuidado com a saúde; Utilização do serviço de saúde; Estado de saúde/doença e Funcionalidade). O efeito das variáveis independentes sobre a variável resposta, foi expresso pela “Odds Ratio” com Intervalo de Confiança 95%. Realizou-se modelos hierarquizados de regressão logística multinomial simples e múltipla. Na análise simples foram eletivas para análise múltipla as variáveis com p-valor <0,05. Construiu-se um mapa temático segundo a distribuição espacial da violência, por estado. Cor da pele branca, <68 anos, saber ler e escrever, problemas no sono, não sentir prazer em fazer atividades e ter deficiência física associaram-se ao agressor desconhecido. Saúde ruim, fumar, discriminação no serviço de saúde e sentir-se mal consigo mesmo se associaram ao agressor conhecido. Discriminação por tipo de doença e pequena dificuldade para sair sozinho foram associados para ambos agressores. Estados com maior número de casos de violência encontrados foram Amapá, Paraná, Mato Grosso, Amazonas e Rio Grande do Norte. Desse modo, estimar a prevalência de violência contra pessoas idosas, o tipo de agressor, assim como os fatores associados, é imprescindível para identificação e prevenção do abuso individual, institucional e estrutural.

Palavras-chave: Violência. Idoso. Maus-tratos ao Idoso. Idoso de 80 anos ou mais.

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães. Recife, Pernambuco, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-graduação em gerontologia. Recife, Pernambuco, Brasil.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Maria Angélica Bezerra dos Santos
profangellikasantos@gmail.com

Recebido: 12/11/2022
Aprovado: 25/01/2023

Abstract

Factors associated with violence against older Brazilians were analyzed according to the type of aggressor. Population-based cross-sectional study with secondary data from the National Health Survey in 2013, totaling 11,697 individuals aged 60 years or older in Brazil. The dependent variable was having suffered violence by a known or unknown aggressor, and the independent variables were divided into blocks (Socioeconomic and demographic; Self-perception and health care; Health service use; Health status/disease and Functioning). The effect of the independent variables on the response variable was expressed by the "Odds Ratio" with a 95% Confidence Interval. Hierarchical models of simple and multiple multinomial logistic regression were performed. In the simple analysis, variables with p-value <0.05 were elective for multiple analysis. A thematic map was constructed according to the spatial distribution of violence, by state. White skin color, <68 years, knowing how to read and write, sleep problems, not feeling pleasure in doing activities and having a physical disability were associated with the unknown aggressor. Poor health, smoking, discrimination in the health service and feeling bad about oneself were associated with the known aggressor. Discrimination by type of illness and little difficulty going, out alone were associated for both aggressors. States with the highest number of cases of violence found were Amapá, Paraná, Mato Grosso, Amazonas and Rio Grande do Norte. Thus, estimating the prevalence of violence against older people, the type of aggressor, as well as associated factors, is essential for identifying and preventing individual, institutional and structural abuse.

Keywords: Violence. Old man. Older people abuse. Aged, 80 and over.

INTRODUÇÃO

Existem 962 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais no mundo, a expectativa é no mínimo duplicar em 2050 e triplicar em 2100, chegando a 3,1 bilhões de pessoas¹. Mesmo diante de tamanha ascensão na quantidade de idosos e no aumento da expectativa de vida, a sociedade ainda não está atenta a esses sujeitos e essa invisibilidade os expõe a uma violência oculta².

Com o envelhecimento, os indivíduos tornam-se mais vulneráveis, devido à dependência de outras pessoas para atividades básicas da vida diária, a um déficit cognitivo ou limitações naturais do próprio envelhecimento, que gera menor poder de defesa e facilita a ação de agressores³.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴, violência é o uso de força física ou poder, em ameaça contra si, outros indivíduos, grupos ou comunidades que possa gerar sofrimento, morte, dano psicológico, declínio no desenvolvimento ou privação, podendo ser de origem física, psicológica, sexual, financeira, por negligência, abandono e autonegligência.

Ao tratar-se de maus-tratos contra pessoas idosas, a OMS os define como ato pontual ou repetido ou,

ainda ausência de uma ação, que ocorra diante de uma relação de confiança e que cause prejuízo, sofrimento ou angústia para a pessoa idosa⁵. Segundo dados de uma revisão sistemática e meta-análise desenvolvidas por Yon et al (2017)⁶, a violência atinge um em cada seis indivíduos idosos no mundo, totalizando cerca de 141 milhões de vítimas, dentre uma população estimada em 2015, de 901 milhões de pessoas maiores de 60 anos.

O tipo de violência interpessoal, intrafamiliar ou doméstica, acontece entre parceiros sexuais ou outros membros da família, no entanto, pelo agressor ser conhecido da vítima e fazer parte do convívio, possivelmente existe uma elevada subnotificação entre esses idosos violentados⁶. Nesses casos, percebe-se que existe uma busca maior pelo reordenamento familiar que por penalização judicial⁷.

Além disso, as estatísticas oficiais sobre homicídios omitem informações sobre o relacionamento entre perpetrador e vítima, dificultando a identificação do agressor. Ao tratar-se da violência não fatal que são encaminhadas aos serviços de emergência hospitalar, vários fatores influenciaram no relato da agressão sofrida, dentre eles, se o agressor era conhecido ou não da vítima⁸.

Em relação ao agressor não ser conhecido (como bandidos, policiais, prestadores de qualquer tipo de serviço, ou qualquer pessoa que não tenha nenhum vínculo consanguíneo ou afetivo com a vítima) existe no Brasil, assim como em outras partes do mundo, uma cultura que menospreza e discrimina o indivíduo em função da sua idade, atitudes estas identificadas pelos termos etarismo, idadeísmo ou ageísmo. Além da violência estrutural, contextual e negligência por parte das políticas públicas a fim de que todos os direitos da pessoa idosa sejam garantidos⁹.

Ao considerar que a violência contra a pessoa idosa se configura como um problema complexo e multifatorial destaca-se a relevância da realização de estudos com essa população, sobretudo o entendimento da prevalência da violência nos idosos, segundo o tipo de agressor.

Estudos mostraram que a maioria dos agressores são familiares, geralmente com dependência mútua entre vítima e agressor, financeira ou de cuidados, o que dificulta que a convivência seja interrompida. Além dos familiares, os cuidadores foram muito evidenciados como principais agressores^{10,11}. A partir da descoberta do agressor é evidenciada a busca, detecção e notificação da violência e dos idosos violentados para uma cessação desses atos através de intervenções precoces por parte dos profissionais de saúde.

Sem esse esclarecimento, torna-se difícil formular planos de ação nacionais e eficazes e políticas estruturais para a prevenção da violência. Diante do exposto, tem-se por objetivo identificar os fatores associados à violência contra idosos no Brasil, segundo o tipo de agressor (conhecido ou desconhecido).

MÉTODOS

Estudo de corte transversal de base populacional com dados secundários. A amostra probabilística por conglomerado foi composta por indivíduos com 60 anos ou mais de idade, entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) no ano de 2013, no Brasil, totalizando 11.697 pessoas. As entrevistas foram realizadas em mais de 64 mil domicílios (taxa de resposta =94%).

A PNS é uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE e Ministério da Saúde constituindo-se na mais completa pesquisa de saúde e seus determinantes, integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD)¹². Foi selecionado a parte do questionário individual específica para indivíduos com idade igual ou maior de 60 anos.

As variáveis independentes estão descritas no quadro 1, divididas em blocos, segundo o modelo hierarquizado.

Quadro 1. Variáveis independentes e classificação segundo o modelo hierarquizado. Brasil, 2022.

BLOCOS	QUESTÕES
Socioeconômico e demográfico	Sexo? Cor ou raça? Idade? Vive com cônjuge ou companheiro (a)? Qual o estado civil? Sabe ler e escrever?
Autopercepção e Cuidado com a saúde	Em geral, como o Sr. avalia a sua saúde? Atualmente, o Sr. fuma algum produto do tabaco? Nos últimos três meses, o (a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia). Com que frequência o (a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?
Utilização do serviço de saúde	O (a) Sr (a) já se sentiu discriminado (a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por: -Falta de dinheiro? -Classe social? -Raça/cor? -Tipo de ocupação? -Doença? -Religião/crença? -Idade? -Outro motivo?
Estado de Saúde/Doença	Nos últimos 12 meses, ficou internado (a) em hospital por 24 horas ou mais? Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de: -Depressão? -Outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno obsessivo compulsivo)? Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) Sr (a): -Teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume? -Teve problemas por não se sentir descansado (a) e disposto (a) durante o dia, sentindo-se cansado (a), sem ter energia? -Sentiu-se incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas? -Teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais? -Teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume? -Sentiu-se deprimido (a), “pra baixo” ou sem perspectiva? -Sentiu-se mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família? -Fez uso de algum medicamento para dormir?
Funcionalidade	Participa de atividades sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de convivência de idosos, etc)? O (a) Sr (a) dirige carro? Tem deficiência física? Tem deficiência auditiva? Tem deficiência visual? Em geral, que grau de dificuldade tem para sair sozinho (a) utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc?

Fonte: Elaborado pela autora.

O questionário e detalhes do plano amostral da PNS encontra-se disponível no endereço: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default_microdados.shtm

A variável dependente foi derivada de duas perguntas: “Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) sofreu alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida (como bandido, policial, assaltante etc.)?” e “Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) sofreu alguma violência ou agressão de pessoa conhecida (como pai, mãe, filho(a), cônjuge, parceiro(a), namorado(a), amigo(a), vizinho(a))?” Nesse sentido, construiu-se uma única variável dependente com três categorias de respostas: 1) não sofreu violência (referência); 2) sofreu violência por pessoa conhecida e; 3) sofreu violência por pessoa desconhecida.

Para associação da variável dependente com as variáveis independentes utilizou-se duas abordagens estatísticas. Inicialmente empregou-se o teste de Qui-Quadrado com correção de Rao-Scott para amostras complexas. O nível de significância foi de 5%, e foram considerados os valores de resíduos padronizados $>1,96$. Na segunda abordagem utilizou-se modelos simples e múltiplos de regressão logística multinomial, a partir do pressuposto da abordagem hierarquizada de Victora, et al (1997). A categoria de referência da variável dependente foi não ter sofrido violência e a medida de efeito foi expressa pela Odds Ratio (OR), e respectivos Intervalos de Confiança de 95%¹³.

Inicialmente foi realizada a análise simples nos blocos e foram eletivas para análise múltipla as variáveis com $p < 0,25$. Ao final, as variáveis com $p < 0,05$ permaneceram no modelo final de cada bloco e foram consideradas fatores de ajuste para os blocos subsequentes. Todas as análises foram realizadas considerando-se os pesos e estratos amostrais contidos no banco de dados da PNS, sob a perspectiva de análises hierarquizadas. Esse tipo de análise baseia-se em modelos conceituais de explicação das associações, o que pode contribuir para elucidar mecanismos até então pouco explorados¹⁴.

Foi construído um mapa temático segundo a distribuição espacial da violência contra os idosos conforme o tipo de agressor, por Unidade da Federação. O *software* utilizado foi o QGIS versão 2.18 (ferramenta livre) que teve como funcionalidade o armazenamento, gerenciamento, manipulação, análise espacial e geração de mapa temático, importante subsídio para tomada de decisões.

Com isso, observa-se a importância do georreferenciamento, que consiste em mostrar dados epidemiológicos de acordo com a informação geográfica, levando em conta o posicionamento na superfície terrestre¹⁵. Sendo assim, ao localizarmos espacialmente a violência contra idosos e os tipos de agressores (conhecidos ou desconhecidos), conhecemos a distribuição espacial dessas condições em todo o território brasileiro.

O projeto da PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o parecer de número 328.159, em 26 de junho de 2013.

RESULTADOS

Dentre a amostra estudada, 97,1% dos idosos afirmaram não ter sofrido nenhum tipo de violência, enquanto 1,7%, IC95% (1,5-2,2) relataram ter sofrido violência por pessoa desconhecida e 1,3%, IC95% (1,1-1,7) violência por pessoa conhecida. Além disso, 60,4% eram do sexo feminino, 54,6% de cor ou raça branca, 54,2% não viviam com cônjuge ou companheiro, 44,3% eram casados e 77,4% sabiam ler e escrever.

Na análise de regressão logística simples, das 34 variáveis analisadas, 30 tiveram valores de $p < 0,25$ e foram testadas no modelo múltiplo. Ao final, 13 variáveis permaneceram com significância estatística, $p < 0,05$ (Tabela 1).

Tabela 1. Associação da violência ocorrida em idosos por pessoas conhecidas e desconhecidas com os cinco blocos de variáveis analisadas, segundo o modelo múltiplo de regressão logística multinomial. Brasil-2013.

Variáveis	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Bloco 1: Fatores Socioeconômicos e demográficos^a					
Cor ou raça					0,010*
Preta	1		1		
Branca	2,53	1,28~4,99†	1,34	0,63~2,86	
Amarela e Indígena	3,50	0,83~14,77	0,08	0,01~0,64†	
Parda	1,77	0,88~3,58	1,35	0,63~2,90	
Idade					0,038*
>68 anos	1		1		
<68 anos	1,68	1,07~2,64†	1,35	0,63~2,90	
Sabe ler e escrever?					0,001*
Não	1				
Sim	2,76	1,63~4,70†	1,01	0,61~1,70	
Bloco 2: Fatores de Autopercepção e cuidado com a saúde^b					
Avaliação da saúde					0,020*
Muito boa ou boa	1		1		
Regular	1,13	0,70~1,83	0,88	0,53~1,44	
Muito Ruim ou ruim	1,21	0,55~2,65	2,39	1,29~4,43†	
Fuma algum produto do tabaco?					0,008*
Não fumo	1		1		
Sim, diariamente	1,51	0,76~3,00	2,17	1,21~3,89†	
Sim, menos que diariamente	2,63	0,78~8,83	4,09	1,18~14,19†	
Bloco 3: Fatores de Utilização do serviço de saúde^c					
Discriminação no serviço de saúde por algum profissional de saúde por:					
Tipo de doença?					0,002*
Não	1		1		
Sim	3,78	1,37~10,48†	3,04	1,35~6,87†	
Motivo de raça/cor?					0,001*
Não	1		1		
Sim	3,22	0,75~13,77	0,02	0,00~0,18†	
Por religião/crença?					0,006*
Não	1		1		
Sim	0,15	0,02~1,29	6,06	1,63~22,52†	

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Bloco 4: Fatores de Estado de Saúde/Doença^d					
Nas duas últimas semanas:					
Teve problemas no sono?					
Nenhum dia	1		1		0,026*
Menos da metade dos dias	1,64	0,91~2,96	1,93	0,10~3,75	
Mais da metade dos dias	2,07	0,81~5,32	0,86	0,41~1,81	
Quase todos os dias	1,83	1,01~3,30†	1,70	0,98~2,95	
Se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?					
Nenhum dia	1		1		0,010*
Menos da metade dos dias	0,97	0,47~2,00	1,10	0,51~2,39	
Mais da metade dos dias	3,43	1,45~8,15†	1,67	0,71~3,89	
Quase todos os dias.	0,36	0,14~0,90†	0,75	0,34~1,66	
Se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?					
Nenhum dia	1		1		<0,001**
Menos da metade dos dias	1,16	0,60~2,22	3,87	1,91~7,85†	
Mais da metade dos dias	2,08	0,59~7,31	0,80	0,25~2,56	
Quase todos os dias	2,61	0,53~12,71	5,14	2,23~11,88†	
Bloco 5: Fatores de Funcionalidade^e					
Tem deficiência física?					
Não	1		1		0,011*
Sim	5,53	1,66~18,45†	0,54	0,18~1,68	
Grau de dificuldade para sair sozinho (a) utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc?					
Não consegue	1		1		0,004*
Tem grande dificuldade	1,60	0,31~8,19	2,16	0,67~5,97	
Tem pequena dificuldade ou não tem dificuldade	6,46	1,66~25,08†	3,13	1,14~8,64†	

Legenda: Regressão logística múltipla. OR *odds ratio*; IC95% Intervalo de confiança de 95%; *p<0,05; †categoria da variável com p<0,05; ^a Ajustada pelas variáveis do Bloco 1; ^b Ajustada pelas variáveis dos Blocos 1 e Bloco 2; ^c Ajustada pelas variáveis dos Blocos 1, Bloco 2 e Bloco 3; ^d Ajustada pelas variáveis dos Blocos 1, Bloco 2, Bloco 3 e Bloco 4; ^e Ajustada pelas variáveis dos Blocos 1, Bloco 2, Bloco 3, Bloco 4 e Bloco 5.

Na regressão logística múltipla do Bloco 1, admitindo a categoria de referência da cor ou raça “Preta”, os brancos tiveram aproximadamente 2,5 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida e os amarelos e indígenas tiveram 92% de chance a menos de sofrer violência por pessoa conhecida.

Com relação à idade, idosos abaixo da mediana (68 anos) apresentaram 1,68 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida. E quem sabia ler e escrever (referência “não sabe ler e escrever”) apresentou 2,76 vezes mais chances de sofrer violência também por pessoa desconhecida.

No Bloco 2, após ajuste das variáveis do Bloco 1, na variável avaliação da saúde (referência “muito boa ou boa”), os que avaliaram a saúde “muito ruim ou ruim” tiveram 2,39 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida; fumar algum produto de tabaco (referência “não fumo atualmente”), os que fumavam diariamente tiveram 2,17 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida e os que fumavam menos que diariamente, aproximadamente 4 vezes mais chances de sofrer esse mesmo tipo de violência.

No Bloco 3, após ajuste das variáveis dos Blocos 1 e 2, as variáveis de discriminação no serviço de saúde: por tipo de doença, tiveram 3,78 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida e 3 vezes por pessoa conhecida, comparado aos que não sofreram. Já a discriminação por religião/crença gerou 6 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida em relação aos que negaram ter sofrido.

Ao analisar o Bloco 4, após ajuste das variáveis dos Blocos 1, 2 e 3, quem teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume (referência “nenhum dia”), “quase todos os dias” teve 1,83 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida. Quem se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as

coisas (referência “nenhum dia”), mais da metade dos dias teve 3,43 vezes mais chances de sofrer violência desconhecida.

Já o idoso que se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família (referência “nenhum dia”), em “menos da metade dos dias” teve 3,87 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida e em “quase todos os dias”, 5,14 vezes mais chances desse tipo de violência.

No último bloco, após os ajustes das variáveis com significância estatística dos blocos anteriores, quem tem deficiência física, em relação a quem não tem, teve 5,53 vezes mais chance de sofrer violência por pessoa desconhecida. Os que apresentaram pequena dificuldade ou que não têm dificuldade para sair sozinho(a), utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro e etc (referência “não consegue”) tinham 6,46 vezes mais chance de sofrer violência por pessoa desconhecida e 3,13 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida.

Em relação à violência contra idosos, por Unidade de Federação, de acordo com a Figura 1, observou-se que o estado com maior índice foi o Amapá (7,1%), seguido do Paraná (6,4%), Mato Grosso (6,2%), Amazonas (5,9%) e Rio Grande do Norte (5,0%). Enquanto os índices mais baixos de violência contra idosos foram em Pernambuco (2,4%), Piauí (2,3%), Minas Gerais (2,0%), Rio de Janeiro (1,6%), Bahia (1,4%) e Paraíba (1,1%).

A violência por pessoa desconhecida foi consideravelmente maior que por pessoa conhecida em Mato Grosso (4,7%), Amazonas (3,8%), Rondônia (3,0%), Roraima (2,9%), Distrito Federal (2,6%), São Paulo (2,2%), Alagoas (1,9%) e Bahia (1,1%). Já a por pessoa conhecida foi consideravelmente maior no Rio Grande do Norte (3,2%), Tocantins (3,0%), Santa Catarina (2,6%), Pará (2,4%) e Espírito Santo (2,1%). Nos demais estados os tipos de violência foram semelhantes.

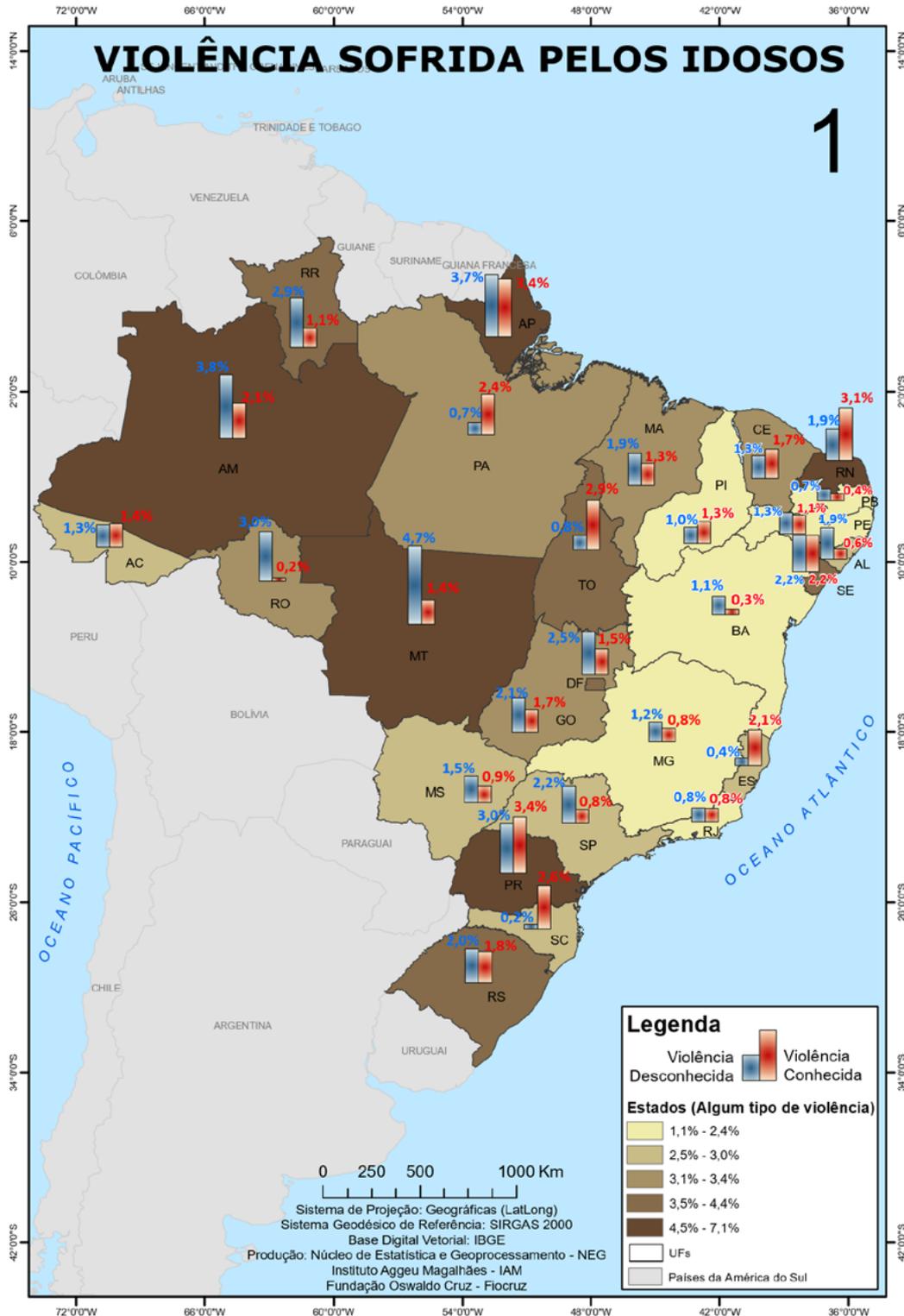


Figura 1. Mapa da violência contra pessoas idosas no Brasil. Brasil, 2013.

DISCUSSÃO

Esses resultados constituem uma colaboração para o reconhecimento da violência em âmbito nacional, através deles, evidencia-se a violência perpetrada por membros conhecidos e desconhecidos da família e seus fatores associados. Tais achados se deram a partir dos questionamentos sobre terem sofrido violência por pessoa desconhecida, ou seja, que não fazem parte da convivência deles, como bandido, policial, assaltante, etc. Ou se sofreram violência por pessoa conhecida, como pai, mãe, filho(a), cônjuge, parceiro(a), namorado(a), amigo(a), vizinho(a) nos últimos 12 meses.

Como efeito, houve divergência desse estudo em relação às pesquisas realizadas no México e Coréia, haja vista que nesses países a maioria dos casos de violência foi perpetrada por membros da própria família. No Brasil, a maioria dos casos de violência ocorreu por pessoas desconhecidas. Esse achado sugere que no Brasil os elevados índices de violência social refletem na população idosa e os torna vítimas mais susceptíveis^{17,18}.

A cor ou raça, idade, saber ler e escrever, avaliação da saúde, fumar, discriminação no serviço de saúde, sintomas depressivos, deficiência física e grau de dificuldade para sair sozinho parecem explicar as diferenças no tipo, frequência e lugar da violência contra idosos. Nesse sentido, é preciso aumentar o conhecimento sobre a dinâmica dos determinantes sociais da violência.

Em relação à raça/cor, os idosos brancos tiveram mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida em relação aos de cor preta. O fato de pessoas brancas historicamente terem melhores condições de vida e emprego, as tornam mais independentes funcionalmente para as atividades básicas e instrumentais diárias, levando a maior exposição às causas externas de violência. Adicionalmente, esse grupo possui maior poder aquisitivo o que o torna vítima mais atrativa¹⁸.

Já os amarelos e indígenas tiveram menos chances de sofrer violência por pessoa conhecida, o que pode ser explicado pela união e respeito aos mais velhos nas tribos indígenas. Corroborando esse pensamento, estudo realizado com indígenas

da etnia Guarani-Mbyá demonstrou que pessoas mais velhas na tribo são importantes para tomada de decisões organizacionais, políticas, proteção e implementação dos direitos e deveres da comunidade. Além de transmitirem às tradições, são respeitados pela experiência de vida que possuem¹⁹.

Quanto mais jovem o indivíduo e menos dificuldade para sair sozinho ele tiver, mais independente será para realizar passeios, ter uma vida social mais ativa. Tornando-se com isso mais exposto comparado a idosos longevos, que muitas vezes não conseguem mais sair desacompanhado, devido às limitações naturais do envelhecimento. Além disso, sabe-se que é comum que uma pessoa com a saúde comprometida exija maior cuidado de parentes ou pessoas próximas e com isso estão mais propensos a sofrer abuso por familiares^{3,18}.

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado com idosos do noroeste do Rio Grande do Sul, mostrou que entre 60-69 anos é comum que a capacidade funcional não esteja comprometida pelo processo de envelhecimento, conseqüentemente interação com mais pessoas e possuem maior poder de decisão, diminuindo com isso, as chances de serem alvos de maus tratos²⁰. Além disso, existe uma alta notificação de violência nessa faixa etária, que pode ser justificada pela autonomia de vida, maior procura de serviços de saúde ou serviços de proteção ao idoso, permitindo assim maior detecção e investigação dos casos de violência, o que justifica os achados³.

Sugere-se que quem sabe ler e escrever é mais empoderado, devido ao acesso à educação, em alguns casos, melhores rendas e qualidade de vida, o que os tornam mais expostos à violência por pessoa desconhecida. Bem como melhora o relato da violência, a denúncia e a notificação³. No entanto, segundo Gil et al.²¹, os idosos que não possuem nenhuma escolaridade são mais propensos a denunciar violência, quem tem dez anos ou mais de estudos possui 60% a menos de chances de fazer uma denúncia.

Enquanto Miya Chang¹⁷ afirmou em sua pesquisa que quem tem menos anos de estudo é mais vulnerável e corre maior risco de violência, porém por pessoa conhecida. Esse fato talvez possa ser explicado porque a violência domiciliar muitas vezes pode acontecer por uma naturalização histórica

no contexto social onde os idosos residem. Além da dependência, medo de retaliações ou abandono e o constrangimento que as pessoas idosas têm de denunciar seus próprios esposos, filhos, sobrinhos ou outras pessoas próximas¹⁰.

O idoso que utiliza tabaco teve maior chance de sofrer violência por pessoa conhecida. Segundo Zaitune²², existe uma associação entre idosos tabagistas com depressão/ansiedade referida. Em relação à cessação do tabagismo, pessoas que não sofreram violência física tiveram 67% maior chance de parar de fumar²³. Não há como inferir se os idosos sofrem mais violência por serem tabagistas ou se são tabagistas como consequência da violência sofrida, devido à transversalidade do estudo.

A discriminação no serviço de saúde, ou em qualquer ambiente, pode se enquadrar na violência psicológica. Esse tipo de violência é caracterizado por ofensa verbal ou gestual, para aterrorizar, humilhar ou excluir do convívio social²⁴. Tudo isso pode levar a baixa procura dos serviços de saúde nos casos de violência.

O serviço de saúde também pode ser o lócus de reprodução da violência institucional, a medida em que favorece a repetição de condutas violentas no tratamento e no acolhimento das pessoas idosas. Entende-se por esse tipo de violência, aquela praticada nos serviços de saúde, através de ações ou omissões, a saber, desde a falta de acesso a direitos quanto a má qualidade dos serviços, como falta de atenção, respeito, consideração aos saberes populares, discriminação, filas desnecessárias, dentre outros²⁵.

O desconhecimento do processo de envelhecimento agregado a preconceitos pode gerar esses atos violentos como os supracitados, além de equívocos nas prescrições de medicamentos, exames e dietas. De modo que o profissional de saúde não reconhece como prática de violência devido a naturalização desses processos na prática diária²⁵. Portanto, segundo Ruela-Gonzalez¹⁶, a pouca procura dos serviços de saúde nos casos de violência pode justificar a subnotificação e baixa prevalência desses casos nos sistemas de saúde, sendo imprescindível investigar os fatores associados à subutilização dos serviços de saúde após um evento de violência ou abuso.

Em relação ao bloco “Estado de saúde/doença”, as perguntas são semelhantes às contidas no Inventário de depressão de Beck-II (BDI-II)²⁶. A BDI-II foi adaptada à população brasileira por Gorenstein, Pang, Argimon e Werlang em 2011 e mensura a gravidade dos sintomas depressivos, podendo ser aplicada em distintas amostras^{27,28}.

Portanto, através das perguntas contidas no referido bloco, sintomas de depressão foram associados à violência, coincidindo com outros estudos. Quanto mais intensos os sintomas, mais chances de haver violência¹⁶. Uma revisão sistemática encontrou que o diagnóstico de depressão foi fator de risco encontrado em quase todos os tipos de violência, porém não puderam inferir se os idosos sofreram violência por serem depressivos ou se adquiriram esses sintomas depressivos devido aos maus tratos sofridos, pois a maioria dos estudos foram transversais e por isso suspendem a causalidade⁰³. Fica evidente a importância da triagem de sintomas depressivos nos idosos, para prevenção contra abusos, por meio de intervenções conforme os fatores de risco.

Quem tem deficiência física apresentou mais chance de sofrer violência por pessoa desconhecida. A deficiência gera uma limitação adicional às próprias do envelhecimento, aumentando a vulnerabilidade e exposição a violência, pois diminui o poder de defesa e tornam as vítimas mais susceptíveis. Além disso, vai ao encontro também do etarismo, a discriminação pode gerar violência quando os idosos apresentam algum tipo de deficiência que os afastam de um padrão de normalidade que a sociedade atribui, assim como a dependência para locomoção e falta de acessibilidade também os tornam mais expostos a violência⁹.

No que se refere à violência contra idosos por Unidade de Federação, observou-se que os estados com maior violência contra os idosos foram Amapá, Paraná, Mato Grosso, Amazonas e Rio Grande do Norte. Enquanto Pernambuco, Piauí, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Paraíba tiveram os índices mais baixos de violência contra idosos.

Enquanto a taxa de homicídios/ 100 mil habitantes por Unidade de Federação em 2016 demonstrou o seguinte: Sergipe (64,7), Alagoas (54,2), Rio Grande do Norte (53,4), Pará (50,8), Amapá (48,7), Pernambuco (47,3), Bahia (46,9), Goiás (45,3),

Acre (44,4) e Ceará (40,6), sendo 6 estados na região Nordeste, 3 na região Norte e 1 no Centro-Oeste²⁹.

Como limitação metodológica, este estudo apresentou restrições intrínsecas a pesquisas que utilizam banco de dados secundários, a saber: o pesquisador não pode interferir no questionário que foi utilizado, as variáveis estudadas foram pré-estabelecidas; os objetivos da pesquisa primária foram distintos da pesquisa atual e impediu que novas informações fossem adquiridas; questionários longos, como os aplicados na PNS, podem gerar viés de memória, no qual o participante esquece ou perde a vontade de relatar acontecimentos passados.

Além disso, a violência não foi perguntada por tipos (física, psicológica, sexual, abandono, negligência, financeira ou econômica, autonegligência, medicamentosa, emocional ou social). Apenas utilizou-se o termo violência, que pode ter sido associada apenas à violência física; e por fim o receio de falar sobre violência a pessoas desconhecidas (entrevistadores), que certamente gerou uma subnotificação.

Demonstrou-se que o confinamento gerado pelo COVID-19 aumentou os níveis de estresse, ansiedade e depressão da população³⁰. Além disso, para o idoso com comprometimento cognitivo, recomendou-se a quarentena com um membro da família, para evitar confusão aguda ou delírio no idoso e contaminação por cuidadores³¹. Segundo o jornal “O Globo”³², nesse período houve um aumento de quase 600% de denúncias de violências registradas no “Disque 100”. A ausência de políticas específicas voltadas a esse público a fim de enfrentar os impactos da pandemia potencializa a sensação de abandono e indica a negligência por parte do poder público para com essa população, caracterizando-se como violência estrutural.

Apesar da limitação do tempo desse estudo, com dados de quase 10 anos atrás, conhecer a violência do ano de 2013 se transformará numa linha de base para a comparação com os dados de 2019, já que no momento da conclusão do estudo, os dados da PNS 2019 ainda não estavam disponíveis. Associado a novos estudos relacionados ao aumento da violência devido a pandemia da COVID-19.

Todavia, apesar das limitações comuns ao desenho metodológico, esse estudo trata de uma contribuição essencial para o campo da violência contra idosos na população brasileira, com ênfase no tipo de agressor, gerando possibilidade de um novo olhar para a temática e servir de instrumento para planejamento e instituições de ações e políticas públicas para prevenção da violência. Portanto, evidencia-se a necessidade do treinamento de profissionais de saúde para detecção, notificação e busca ativa dos idosos e agressores, a fim de interromper as práticas violentas, muitas vezes interpretadas como um padrão aceitável de relacionamento.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que a cor branca, ser < 68 anos, declarar saber ler, sofrer discriminação no serviço de saúde por algum tipo de doença, apresentar problemas de sono quase todos os dias, não ter interesse ou prazer em fazer as coisas, ter deficiência física ou pequeno grau de dificuldade de sair sozinho, utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro foram fatores de risco para agressão por pessoa conhecida.

Enquanto quem avaliou a saúde como muito ruim ou ruim, faz uso de tabaco, sofreu discriminação no serviço de saúde por doença, religião/crença, ou que se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou que decepcionou a família foram fatores de risco para violência por pessoa não conhecida.

Estimar a prevalência de violência contra idosos, o tipo de agressor, assim como os fatores associados, é imprescindível para identificação e prevenção do abuso individual, institucional e estrutural. Recomenda-se, pesquisas adicionais sobre essa temática, com enfoque nos determinantes sociais, que possam utilizar metodologias diferentes, considerando o contexto sociocultural, econômico e de saúde dessa população.

Destaca-se também o incentivo à políticas públicas e estratégias nas famílias e comunidades para a prevenção da violência contra os idosos, regradas na cultura do respeito aos direitos humanos, e a participação de múltiplos atores no processo social de melhoria do bem-estar dessas pessoas na família e na sociedade.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division: World Population Prospects: The 2017 Revision 2017. New York.
2. Minayo MCS. Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. *Mais 60 Estudos sobre Envelhecimento* 2014 Jul. São Paulo: 25 (60).
3. Santos MAB, Moreira RS, Faccio PF, Gomes GC, Silva VL. Fatores associados à violência contra o idoso: Uma revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet* 2020; 25(6):2153-2175.
4. Organização Mundial de Saúde. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
5. Organização Mundial de Saúde. A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report. WHO; 2008 [acesso em 20 fev 2018]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/missing_voices/en/index.html.
6. Yon Y. et al. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017. Los Angeles: 5:147-56.
7. Rifiotis T. O idoso e a sociedade moderna: desafios da gerontologia. *Pro-Posições* 2007 Jan-Abr. 18 (1). /
8. Organização Mundial de Saúde. Global status report on violence prevention. 2014. Geneva: WHO: 292 p.
9. Moraes CL et al. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(Supl.2):4177-4184.
10. Oliveira MFS et al. Agressores de pessoas idosas e suas vivências. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2021;24(6).
11. Matos NM et al. Perfil do agressor de pessoas idosas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2019;22(5).
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Percepção do Estado de Saúde, Estilos de vida e Doenças crônicas. PNAD 2013. Rio de Janeiro.
13. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Internacional Journal of Epidemiology* 1997. 6: 224-7.
14. Da Silva MEI, Santana MD, Pereira NM, Alves LJ, Silva RD. Análise hierarquizada dos fatores associados à anemia em lactentes. *Revista Paulista de Pediatria [Internet]*. 2018;36(3):275-285. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406057157006>
15. Camargos MA, Oliver FC. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate* 2019 Out-Dez, Rio de Janeiro: 123 (43):1259-1269.
16. Ruelas-González MG, Duarte-Gómez MB, Flores-Hernández S, Ortega-Altamirano DV, Cortés-Gil JD, Taboada A, Ruano AL. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. *International Journal for Equity in Health* 2016: 15-35.
17. Miya Chang, MA. Experience of elder abuse among older Korean immigrants, *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2016.
18. Silva A et al. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21(SUPPL 2): E180004.SUPL.2.
19. Marques FD, Sousa LM, Vizzotto MM, Bonfim TE. A Vivência dos mais velhos em uma comunidade indígena Guarani Mbyá. *Psicologia & Sociedade* 2015; 27 (2): 415-427.
20. Zamboni C, Mello SMC, Fontana R, Rodrigues FCP. Violência contra idoso: um velho estigma. *Cogitare Enferm* 2011 Out-dez.16 (4): 634-639.
21. Gil APM, Kislaya I, Santos AJ, Nunes B, Nicolau R, Fernandes AA. Elder Abuse in Portugal: Findings From the First National Prevalence Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2014.
22. Zaitune MPA et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cadernos de Saúde Pública* 2012. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. 28(3): 583-596 [acesso em 13 fev 2019]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/28773>.
23. Lopes CS, Sampaio MMA, Werneck GL, Chor D, Faerstein E. Influência de fatores psicossociais na cessação do tabagismo: evidências longitudinais no Estudo Pró-Saúde. *Rev Saúde Pública* 2013; 47 (4): 32-739.
24. Minayo MCS. Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília: 2005.
25. Manso MEG. Dossiê - Violência contra a pessoa idosa. Diversas faces da mesma moeda. *Rev. Longevidad.* 2019; Ano I, n. 3, Jul/Ago/Set. São Paulo.
26. Gorenstein C, et al. Inventário Beck de Depressão-II. Manual. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo. 2011.

27. Silva, M. A., Wendt, G. W., & Argimon, I.I.L. BDI-II: análises pela Teoria do Traço Latente. *Avaliação Psicológica*, 2018, 17(3), pp. 339-350
28. Anunciação, L. Caregnato, M. Silva, F.S.C. Aspectos psicométricos do Inventário Beck de Depressão-II e do Beck Atenção Primária em usuários do Facebook. *J Bras Psiquiatr.* 2019;68(2):83-91
29. Cerqueira D, et al. Atlas da Violência – 2018. Ipea/ FBSP. Rio de Janeiro: 2018 [acesso em 30 jan 2018]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/downloads>.
30. Ozamiz-Etxebarria, Naiara et al. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36 (4).
31. Castro-de-Araujo, Luís Fernando Silva and Machado, Daiane Borges. Impact of COVID-19 on mental health in a Low and Middle-Income Country. *Ciênc. saúde coletiva* 2020; 25 (1): 2457-2460.
32. Mazzi C. Denúncias de violência contra idosos quintuplicaram durante a pandemia, apontam dados do Disque 100. *O Globo* 2020. [cited 2022 Dec 12]. Available from: <https://oglobo.globo.com/sociedade/denuncias-de-violencia-contra-idosos-quintuplicaram-durante-pandemia-apontam-dados-do-disque-100-24480857>