

Factores asociados a la violencia autoreportada contra adultos mayores: análisis de la Encuesta Nacional de Salud - 2019

Fabiana Martins Dias de Andrade (<https://orcid.org/0000-0001-8277-6061>)¹
Nádia Machado de Vasconcelos (<https://orcid.org/0000-0002-2323-3064>)¹
Juliana Bottoni de Souza (<https://orcid.org/0000-0002-9308-7445>)²
Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas (<https://orcid.org/0000-0001-5064-2763>)³
Maria Cecília de Souza Minayo (<https://orcid.org/0000-0001-6187-9301>)⁴
Deborah Carvalho Malta (<https://orcid.org/0000-0002-8214-5734>)⁵

Resumen Se estimó la prevalencia y los factores asociados con el VCPI autoreportado. Estudio transversal con datos de personas de 60 años o más entrevistadas en la PNS 2019. Se calcularon prevalencias e intervalos de confianza del 95% (IC95%) de violencia total y subtipos, según variables seleccionadas, con análisis de asociaciones entre violencia total y variables explicativas por regresión de Poisson. De los adultos mayores, el 10,05% reportó algún tipo de violencia, el 11,09% mujeres y el 8,69% hombres. La violencia fue más prevalente en las mujeres: 60 a 69 (RP: 2,18; IC95%: 1,51;314) y 70 a 79 años (RP: 1,91; IC95%: 1,31;2,77), divorciadas/separadas (RP:1,74; IC95%: 1,35;2,24), residente en zona urbana (RP: 1,49; IC95%: 1,20;1,61), salud autopercebida regular (RP: 1,34; IC95%: 1,09;1,65) y mala/muy mala (RP: 2,04; IC95%: 1,64;2,55), síntomas depresivos (RP: 2,13; IC95%: 1,72;2,63) y multimorbilidad (RP: 1,21; IC95%: 1,01;1,44). La prevalencia fue mayor en los hombres: 60 a 69 años (RP: 1,79; IC95%: 1,19;2,69), raza/color de piel no blanca (RP: 1,44; IC95%: 1,18;1,75), residente en el área urbana (RP: 1,28; IC95%: 1,02;1,61), autoevaluación regular de la salud (RP: 1,36; IC95%: 1,09;1,70) y síntomas depresivos (RP: 2,57; IC95%: 1,84;3,56).

Palabras clave Maltrato a personas mayores, Factores de riesgo, Violencia, Prevalencia, Estudios transversales

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Prof. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. fabbianamartins@hotmail.com

² Observatório de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, UFMG. Belo Horizonte MG Brasil.

³ Departamento de Medicina Comunitária, Universidade Federal do Piauí. Teresina PI Brasil.

⁴ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁵ Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, UFMG. Belo Horizonte MG Brasil.

Introducción

El maltrato de las personas mayores (MPM) es un problema social de gran importancia con repercusiones en la salud pública mundial, exacerbado por el envejecimiento poblacional y la mayor vulnerabilidad de los adultos mayores. Se estima que la población mundial mayor de 65 años se duplicará entre 2019 y 2050, lo que corresponde aproximadamente al 16% de la población total¹. Esta población podría alcanzar el 19% en 2050¹ en América Latina y el Caribe.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), MPM se entiende como un “acto único o repetido, o falta de acción apropiada, ocurrido dentro de cualquier relación con una expectativa de confianza, que causa daño o angustia”² y se manifiesta en varios subtipos, como el físico, el sexual, el psicológico, el emocional, el financiero y la negligencia/abandono³.

La violencia es resultado de la interacción de factores individuales, relacionales, sociales, demográficos, culturales y ambientales^{2,3}. Sus consecuencias incluyen problemas de salud física y mental⁴, mortalidad prematura, morbilidades y aumento de la demanda de servicios de salud⁵. Los adultos mayores más vulnerables son los dependientes⁶, es decir, aquellos con capacidad física y mental reducida en movilidad, vitalidad y niveles sensorial, cognitivo y psicológico⁷.

A nivel mundial, la violencia doméstica contra las mujeres se estima en un 15,7%, lo que corresponde a una de cada seis personas mayores⁸. La violencia psicológica fue la más frecuente (11,6%), seguida de la violencia financiera (6,8%), la negligencia (4,2%), la violencia física (2,6%) y la violencia sexual (0,9%)⁸. En Brasil, los estudios han demostrado una prevalencia de la violencia doméstica contra las mujeres del 10,0%⁹ en el estado de São Paulo y del 12,4%¹⁰ en Santa Catarina.

La literatura internacional ha demostrado que ser mujer, tener entre 60 y 69 años, ser soltera, separada/divorciada o viuda, tener bajos ingresos y vivir en zonas urbanas se asocian con una mayor probabilidad de sufrir violencia¹¹. Además de los factores sociodemográficos, la autoevaluación negativa de la salud¹¹, la depresión y la ansiedad¹² y las multimorbididades¹³ comunes en los adultos mayores también se asocian con la violencia autoreportada.

Aún no existen estudios con una muestra representativa de la población brasileña de adultos mayores que investiguen la prevalencia y los factores asociados a la violencia. Los datos obtenidos hasta el momento se derivan de estudios

en instituciones locales, muestras representativas de algunas ciudades o estados brasileños^{9,10} y en las entradas de las unidades de atención de emergencia y urgencia^{14,15}. Además, un estudio bibliométrico mostró que el tema es poco investigado y de prioridad limitada en la mayoría de las regiones del mundo, incluida América del Sur¹⁶.

En 2019, la Encuesta Nacional de Salud (PNS), realizada por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) en colaboración con el Ministerio de Salud, reformuló su módulo de violencia para facilitar la comprensión de tres subtipos de violencia: psicológica, física y sexual¹⁷. Así, por primera vez, la PNS estimó la prevalencia de este evento en adultos mayores y sus factores asociados en una muestra representativa de la población brasileña.

Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia y los factores asociados con el MPM autoreportado, lo que puede contribuir a la formulación de políticas y estrategias de salud pública específicas para este segmento.

Métodos

Diseño del estudio y fuente de datos

Estudio analítico transversal de base poblacional con datos de la PNS 2019, cuya población estuvo constituida por residentes de viviendas particulares y permanentes en el territorio nacional^{18,19}.

Muestra

Este plan de muestreo por conglomerados en tres etapas estratificó las unidades primarias de muestreo (UPM). En la primera etapa se incluyeron los tramos censales que conforman las UPM. En la segunda etapa se incluyeron las viviendas y en la tercera etapa se incluyeron los residentes de 15 años o más^{18,19}. La muestra esperada estuvo conformada por 108.525 viviendas, considerando una tasa de no respuesta del 20%, lo que arrojó 94.114 hogares encuestados¹⁸. Cabe destacar que solo los residentes de 18 años o más respondieron el módulo “Violencia”^{20,18,19}, que fue objeto de este estudio.

Los datos fueron recolectados por entrevistadores capacitados bajo la supervisión y coordinación del IBGE desde agosto de 2019 hasta marzo de 2020^{18,19}. Las entrevistas presenciales se programaron según la disponibilidad de los residentes y las respuestas se registraron en un dispositivo de recolección móvil.

Participantes

Este estudio incluyó entrevistas a adultos mayores (de 60 años o más, según lo determina el Estatuto de las Personas Adultas Mayores²⁰) que respondieron el módulo de Violencia (V).

Variables del estudio

Las variables dependientes se categorizaron como dicotómicas (sí y no) y son:

Violencia psicológica: Se consideraron los adultos mayores (≥ 60 años de edad) que respondieron “sí” a cualquiera de las siguientes preguntas: “En los últimos doce meses, ¿alguien lo ha ofendido, humillado o ridiculizado frente a otras personas? ¿Le ha gritado o insultado? ¿Ha utilizado las redes sociales o un teléfono celular para amenazarlo, ofenderlo, insultarlo o exponer imágenes suyas sin su consentimiento? ¿Lo ha amenazado con lastimar o dañar a alguien importante para usted? ¿Ha destruido algo suyo a propósito?”

Violencia física: Se consideraron los adultos mayores (≥ 60 años de edad) que respondieron “sí” a cualquiera de las siguientes preguntas: “En los últimos doce meses, ¿alguien le ha dado una bofetada? ¿Le ha empujado, agarrado con fuerza o le ha arrojado algo con la intención de lastimarlo? ¿Le ha dado un puñetazo, una patada o lo ha arrastrado del pelo? ¿Ha intentado o realmente lo ha estrangulado, asfixiado o quemado a propósito? ¿Lo ha amenazado o lastimado con un cuchillo, un arma de fuego o cualquier otra arma u objeto?”

Violencia sexual: Se consideraron los adultos mayores (≥ 60 años de edad) que respondieron “sí” a cualquiera de las siguientes preguntas: “En los últimos doce meses, ¿alguien le ha tocado, manipulado, besado o expuesto partes de su cuerpo contra su voluntad? ¿Le ha amenazado o forzado a tener relaciones sexuales o cualquier otro acto sexual contra su voluntad?”

Violencia total: Se consideró la suma de los adultos mayores (≥ 60 años) que auto-reportaron haber sufrido alguno de los subtipos de violencia en los últimos 12 meses.

Las variables independientes fueron seleccionadas con base en la literatura sobre el tema^{10,11,21}, a saber:

Sociodemográficas: Género (masculino; femenino); Grupo de edad en años (60-69; 70-79; 80 y más); Escolaridad (analfabeto; 1-4 años; 5-9 años; 10-12 años; educación superior); Etnia/color de piel (blanco; no blanco [pardo, negro, amarillo e indígena]); Estado civil (casado;

divorciado/separado; viudo, soltero); Ingreso per cápita del hogar (hasta 1 salario mínimo [SM]; más de 1 a 3 SM; por encima de 3 SM). En 2019, el salario mínimo era de R\$ 998,00; Zona de residencia (rural; urbana).

Salud: Salud autoevaluada (buena/muy buena; regular; mala/muy mala); Síntomas depresivos (sí; no): la depresión se evaluó mediante la versión brasileña del Cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ-9), que contiene nueve preguntas que investigan la frecuencia de síntomas depresivos en las últimas dos semanas. Los resultados del PHQ-9 se pueden analizar bajo dos criterios: el algoritmo y el método de escala continua, que considera a los individuos que puntuaron ≥ 10 como positivos, independientemente de la duración de los síntomas. En este estudio, optamos por utilizar la escala continua porque tiene mayor sensibilidad, es decir, una mayor capacidad para identificar a los individuos que realmente presentan síntomas depresivos, además de tener un mejor desempeño en el cribado de personas con síntomas depresivos en estudios comunitarios²²; Multimorbilidad (sí; no): la multimorbilidad se define como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo^{23,24}, y para este estudio se consideraron las siguientes enfermedades: hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, enfermedad cardíaca, asma o bronquitis asmática, accidente cerebrovascular, artritis o reumatismo, problemas crónicos de la columna vertebral, depresión, otras enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, cáncer, enfermedades musculoesqueléticas relacionadas con el trabajo e insuficiencia renal crónica.

En particular, los autores decidieron agrupar las categorías (marrón, negro, amarillo e indígena) en una sola categoría “no blanca” debido al bajo número de observaciones.

Análisis estadístico

La prevalencia y los intervalos de confianza del 95% (IC95%) para la violencia total y los subtipos autoinformados se calcularon según las variables explicativas. Las diferencias entre los grupos sin superposición del IC95% se evaluaron como significativas²⁵.

Se empleó la razón de prevalencia (RP) obtenida mediante el modelo de Regresión de Poisson con varianza robusta²⁶ para investigar posibles factores asociados. Se realizaron análisis bivariados entre la violencia total y cada variable sociodemográfica y de salud, estimando la RP cruda (RPb). Luego realizamos un análisis

multivariado, incluyendo en el modelo todas las variables con un valor $p < 0,20$ en los análisis bivariados y estimando la RP ajustada (RPa). En el modelo final, las variables independientes con un valor $p < 0,05$ permanecieron como factores asociados a la violencia total autoreportada. Para este estudio, decidimos realizar el análisis bivariado y multivariado solo para la violencia total debido a la baja prevalencia observada para los subtipos de violencia por separado.

Los análisis se realizaron utilizando el software Stata, versión 14.1 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos), con ponderación, utilizando el comando “svy”.

Aspectos éticos

Este estudio utilizó datos secundarios y de acceso público y no requirió aprobación del Comité de Ética en Investigación. El proyecto PNS fue presentado y aprobado por el Comité Nacional de Ética en Investigación en agosto de 2019 bajo el Dictamen N°3.529.376.

Resultados

En total, 22.728 adultos mayores respondieron al módulo de violencia de la PNS 2019. La mayoría eran mujeres ($n=12.535$; 56,68%). La mayoría de los encuestados tenían entre 60 y 69 años (56,30%), tenían entre 1 y 4 años de escolaridad (46,45%), estaban casados (50,65%) y vivían en zonas urbanas (85,47%). En cuanto a los aspectos relacionados con la salud, el 11,22% autocalificó su salud como mala/muy mala, el 10,72% tenía síntomas depresivos y el 39,0% presentaba multimorbilidades (Tabla 1).

La prevalencia de violencia autoreportada en el año anterior a la entrevista fue de 10,05%, 8,69% (IC95%: 7,82;9,65) para hombres y 11,09% (IC95%: 10,16;12,10) para mujeres (Figura 1).

Entre las mujeres, el 10,77% reportó violencia psicológica, el 1,54% violencia física y el 0,29% violencia sexual. La violencia total y psicológica fueron menos prevalentes entre las mujeres de 80 años o más (5,44% y 5,36%, respectivamente). Las mujeres divorciadas/separadas tuvieron una prevalencia más alta de violencia total y psicológica (18,36% y 18,13%, respectivamente), al igual que las que vivían en áreas urbanas (11,55% y 11,22%, respectivamente). Las mujeres que autoevaluaron su salud como muy mala tuvieron tasas más altas de violencia total (17,72%) y psicológica (17,46%). Las que tenían

síntomas depresivos tuvieron una prevalencia más alta de violencia total (22,84%), psicológica (22,69%) y física (3,05%). Las mujeres con multimorbilidades mostraron una prevalencia más alta de violencia total (13,29%) y psicológica (13,09%) (Tabla 2).

En cuanto a los hombres, la violencia más reportada fue la psicológica (8,13%), seguida de la física (1,57%) y la sexual (0,07%). Los hombres no blancos presentaron tasas más altas de violencia total (10,19%) y psicológica (9,58%). Las violencias total, psicológica y física fueron más prevalentes en hombres con síntomas depresivos (21,45%, 19,79% y 5,14%, respectivamente) (Tabla 3).

En el análisis multivariado, las mujeres de 60-69 años (PR: 2,18; IC95%: 1,51;3,14) y 70-79 años (PR: 1,91; IC95%: 1,31;2,77), divorciadas/separadas (PR: 1,74; IC95%: 1,35;2,24) y que vivían en zonas urbanas (PR: 1,49; IC95%: 1,20;1,84) presentaron mayor prevalencia de violencia. Entre las variables relacionadas con la salud, quienes autoevaluaron su salud como regular (RP: 1,22; IC95%: 1,00;1,50) y mala/muy mala (RP: 1,43; IC95%: 1,11;1,85), aquellos con síntomas depresivos (RP: 2,13; IC95%: 1,72;2,63) y multimorbilidades (RP: 1,21; IC95%: 1,01;1,44) presentaron mayor prevalencia de violencia (Tabla 4).

Entre los hombres, aquellos de 60-69 años (RP: 1,79; IC95%: 1,19;2,69), no blancos (RP: 1,44; IC95%: 1,18;1,75) y que vivían en áreas urbanas (RP: 1,28; IC95%: 1,02;1,61) presentaron una prevalencia de violencia más alta. A su vez, los adultos mayores con 1-4 años de escolaridad (RP: 0,56; IC95%: 0,33;0,92) presentaron niveles de prevalencia más bajos. En cuanto a las variables relacionadas con la salud, los adultos mayores que autoevaluaron su salud como regular (RP: 1,36; IC95%: 1,09;1,70) y presentaron síntomas depresivos (RP: 2,57; IC95%: 1,84;3,56) tuvieron una prevalencia de violencia más alta (Tabla 4).

Discusión

La Encuesta Nacional de Salud de 2019 indica que una décima parte de la población anciana brasileña reportó algún tipo de violencia en el año anterior a la entrevista, y la violencia psicológica fue el subtipo principal, más prevalente entre las mujeres. Las mujeres mayores de 80 años o más reportaron una menor prevalencia de violencia. En cambio, las mujeres divorciadas/separadas y las que viven en áreas urbanas

Tabla 1. Características de los adultos mayores entrevistados, estratificadas por género. Encuesta Nacional de Salud, Brasil, 2019.

Variables	Género		
	Total	Femenino	Masculino
	(n=22.728)	(n=12.535)	(n=10.193)
	% ^a (IC95% ^b)	% ^a (IC95% ^b)	% ^a (IC95% ^b)
Rango de edad (años)			
60-69	56,3 (55,20;57,40)	55,35 (53,91;56,77)	57,56 (11,43;13,52)
70-79	30,14 (29,16;31,14)	30,24 (28,95;31,56)	30,01 (28,51;31,55)
80 y más	13,56 (12,81;14,33)	14,41 (13,37;15,52)	12,44 (55,89;59,21)
Escolaridad			
Analfabeto	16,82 (15,90;17,79)	17,24 (16,09;18,46)	16,27 (15,11;17,51)
1-4 años	46,45 (45,27;47,64)	46,91 (45,37;48,46)	45,85 (44,22;47,48)
5-9 años	6,82 (6,25;7,44)	7,07 (6,34;7,88)	6,5 (5,67;7,43)
10-12 años	17,21 (16,32;18,14)	16,66 (15,59;17,79)	17,93 (16,52;19,42)
Educación superior	12,7 (11,81;13,64)	12,12 (11,11;13,21)	13,45 (12,18;14,84)
Etnicidad/color de piel (n=22.726)			
Blanco	50,51 (49,17;51,85)	50,62 (48,91;52,32)	50,38 (48,64;52,11)
No blanco	49,49 (48,15;50,83)	49,38 (47,68;51,09)	49,62 (47,89;51,36)
Estado civil			
Casado	50,65 (49,53;51,77)	36,14 (34,68;37,62)	69,65 (68,17;71,09)
Divorciado/separado	9,02 (8,44;9,62)	9,59 (8,85;10,38)	8,27 (7,44;9,18)
Viudo	25,05 (24,13;25,99)	37,08 (35,67;38,52)	9,30 (8,50;10,18)
Soltero	15,28 (14,50;16,10)	17,2 (16,08;18,37)	12,78 (11,76;13,87)
Ingreso per cápita (n=22.725)			
Hasta 1 SM	41,73 (40,45;43,03)	42,53 (40,96;44,12)	40,70 (38,93;42,49)
1-3 SM	42,67 (41,52;43,83)	42,95 (41,47;44,45)	42,30 (40,64;43,97)
3 y más	15,6 (14,61;16,64)	14,52 (13,41;15,70)	17,01 (15,64;18,46)
Zona de residencia			
Rural	14,53 (13,47;15,66)	11,8 (10,78;12,91)	18,1 (16,67;19,62)
Urbana	85,47 (84,34;86,53)	88,2 (87,09;89,22)	81,9 (80,38;83,33)
Salud autoevaluada			
Buena/muy buena	47,05 (45,82;48,28)	44,99 (43,42;46,56)	49,75 (48,10;51,41)
Regular	41,73 (40,58;42,89)	42,15 (40,67;43,64)	41,18 (39,58;42,79)
Mala/muy mala	11,22 (10,55;11,93)	12,86 (11,89;13,90)	9,07 (8,26;9,95)
Síntomas depresivos			
No	89,28 (88,48;90,04)	86,11 (84,99;87,15)	93,43 (92,49;94,27)
Sí	10,72 (9,96;11,52)	13,89 (12,85;15,01)	6,57 (5,73;7,51)
Multimorbilidad			
No	61,00 (59,88;62,10)	56,67 (55,12;58,20)	66,66 (65,11;68,17)
Sí	39,00 (37,90;40,12)	43,33 (41,80;44,88)	33,34 (31,83;34,89)

^a El % mostrado se refiere a la prevalencia ponderada o a los pesos de la muestra para la Encuesta Nacional de Salud. ^b IC95%: Intervalo de confianza del 95%.

Fuente: Autores.

reportaron una salud autoevaluada adversa y tenían síntomas depresivos y multimorbilidades. Entre los hombres, aquellos de 60 a 69 años, no blancos, que vivían en áreas rurales, reportaron una salud autoevaluada adversa y tenían síntomas depresivos, y una mayor prevalencia de violencia reportada.

La prevalencia de MPM en Brasil, mostrada por la PNS 2019, es menor que la prevalencia

mundial, estimada en 15,7% por una revisión sistemática con metaanálisis⁸. En India, la prevalencia encontrada fue de 11,0% para cualquier tipo de violencia o falta de respeto después de que el individuo cumpliera 60 años^{13,27}, y, en Corea, 12,6% reportó algún tipo de violencia en el último año, incluyendo abuso financiero y negligencia²⁸. Las comparaciones con estudios representativos de otros países^{13,27,28} muestran

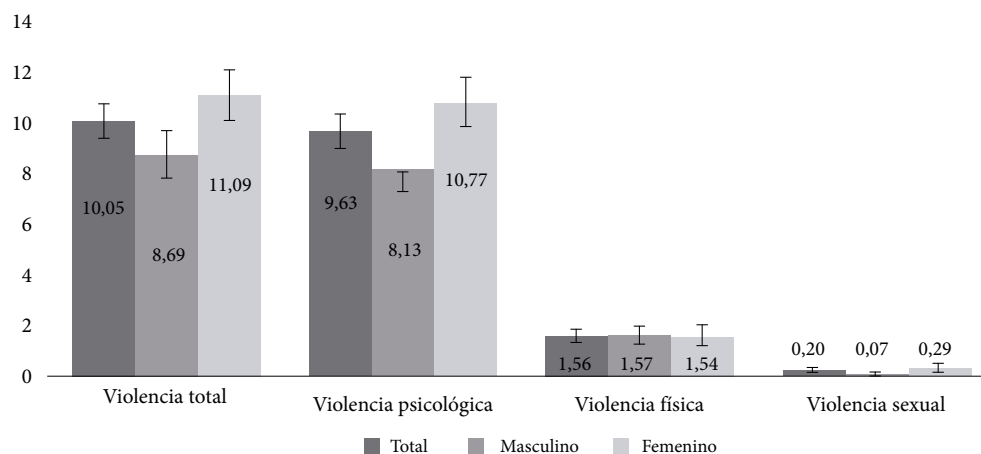


Figura 1. Prevalencia de violencia contra adultos mayores denunciada por los propios afectados, por género. Encuesta Nacional de Salud, Brasil, 2019.

Fuente: Autores.

la posición de Brasil, un país en desarrollo, en comparación con el resto del mundo.

Además, se destacan las diferencias metodológicas entre los estudios, como la variación temporal y el análisis de otros subtipos de violencia no investigados por la PNS. Así, la prevalencia de MPM en Brasil puede ser incluso mayor, ya que la PNS no consideró subtipos de violencia, como la negligencia y la violencia financiera, que son más comunes entre los adultos mayores.

Entre los tipos de violencia estudiados, la violencia psicológica fue la más reportada por los adultos mayores, siendo el subtipo más común en la estimación global (11,8%)⁸. Este tipo de violencia se caracteriza por la falta de respeto, el desprecio, el prejuicio y la discriminación por el simple hecho de ser adulto mayor²⁹ y ser responsable de causar consecuencias devastadoras, como angustia, desesperanza, depresión y miedo³⁰.

La prevalencia de la violencia fue mayor entre las mujeres. En Brasil, en 2022, el grupo de edad de 60 años o más representó el 15,8% de la población total, un aumento del 31,6% en comparación con el Censo Demográfico de 2010, que fue del 10,8%³¹. Además del aumento del número de adultos mayores, cabe destacar las diferencias en las estimaciones por género. El IBGE informa que la población de personas mayores de 65 años residente en Brasil en 2022 fue del 10,9%, de las cuales el 55,7% eran mujeres³². Esta situación, que incluye una “mayor propor-

ción de mujeres que de hombres en la población de edad avanzada”, se denomina feminización del envejecimiento³³ y afecta a las mujeres y a sus familias. Esta feminización etaria se asocia a un mayor riesgo social por limitaciones de edad, dependencia económica, baja educación, soledad y, simultáneamente, a la reestructuración del espacio relacional, pues las adultas mayores son un eslabón fundamental en el sostén familiar³⁴.

A nivel mundial, aproximadamente 1 de cada 7 mujeres mayores ha sufrido algún tipo de violencia³⁵. Los estudios sobre la violencia contra las mujeres mayores muestran que ellas son las principales víctimas a nivel mundial¹¹ y en Brasil^{10,36,37}. Esta diferencia en la prevalencia es intergeneracional y, por lo tanto, tiene su raíz en la cultura patriarcal³⁸.

El género puede entenderse como una construcción social en la que el sexo biológico dicta el rol de alguien, colocando a los hombres en una posición jerárquica por encima de las mujeres³⁹. Dentro de esta estructura, la violencia de género surge como una forma de mantener la supuesta supremacía masculina, restringiendo el poder femenino⁴⁰. La violencia contra las mujeres de cualquier edad está naturalizada en la sociedad, que entiende a las mujeres como posesión de los hombres y, por lo tanto, como alguien a quien se puede repudiar y violar⁴¹.

En el presente estudio, el grupo de 60 a 69 años presentó una mayor prevalencia de violencia reportada en ambos géneros. Este

Tabla 2. Prevalencia de violencia total autoreportada y subtipos según variables sociodemográficas y de salud en mujeres adultas mayores. Encuesta Nacional de Salud, Brasil, 2019.

Variables	Violencia total	Violencia psicológica	Violencia física	Violencia sexual
	% ^a (IC95% ^b)	% ^a (IC95% ^b)	% ^a (IC95% ^b)	% ^a (IC95% ^b)
Total	11,09 (10,16;12,10)	10,77 (9,84;11,77)	1,54 (1,20;1,98)	0,29 (0,16;0,51)
Rango de edad (años)				
60-69	12,75 (11,52;14,10)	12,43 (11,20;13,76)	1,71 (1,26;2,31)	0,36 (0,17;0,76)
70-79	10,75 (8,96; 12,83)	10,32 (8,55;12,40)	1,52 (0,98;2,35)	0,23 (0,11;0,50)
80 y más	5,44 (3,93;7,50)	5,36 (3,85;7,42)	0,95 (0,28;3,21)	0,13 (0,02;0,87)
Escolaridad				
Analfabeto	9,10 (7,50;11,01)	8,81 (7,23;10,69)	1,41 (0,80;2,45)	0,13 (0,04;0,41)
1-4 años	11,58 (10,16;13,17)	11,20 (9,80;12,77)	1,52 (1,08;2,13)	0,33 (0,14;0,78)
5-9 años	13,07 (9,45;17,79)	12,71 (9,13;17,41)	2,08 (0,74;5,73)	0,04 (0,01;0,29)
10-12 años	10,73 (8,69;13,17)	10,62 (8,58;13,06)	2,01 (1,05;3,82)	0,29 (0,08;1,08)
Educación superior	11,36 (9,05;14,17)	10,99 (8,71;13,78)	0,86 (0,44;1,67)	0,50 (0,19;1,34)
Etnicidad/color de piel (n=22.726)				
Blanco	11,20 (8,86;12,70)	10,85 (9,53;12,33)	1,62 (1,14;2,29)	0,26 (0,14;0,61)
No blanco	10,98 (9,74;12,34)	10,69 (9,47;12,05)	1,47 (1,02;2,10)	0,32 (0,13;0,76)
Estado civil				
Casado	11,16 (9,70;12,81)	10,63 (9,20;12,25)	1,66 (1,10;2,52)	0,58 (0,16;2,03)
Divorciado/separado	18,36 (15,18;22,02)	18,13 (14,97;21,79)	2,20 (1,35;3,56)	0,13 (0,04;0,36)
Viudo	8,72 (7,30;10,37)	8,52 (7,11;10,18)	0,96 (0,65;1,41)	0,66 (0,23;1,82)
Soltero	12,01 (9,83;14,59)	11,82 (9,65;14,40)	2,18 (1,14;4,11)	0,22 (0,10;0,47)
Ingreso per cápita (n=22.725)				
Hasta 1 SM	11,18 (9,71;12,84)	11,01 (9,55;12,67)	1,67 (1,18;2,37)	0,15 (0,07;0,31)
1-3 SM	11,01 (9,66;12,52)	10,54 (9,22;12,03)	1,58 (1,04;2,40)	0,42 (0,19;0,95)
3 y más	11,04 (8,92;13,60)	10,71 (8,60;13,25)	1,06 (0,60;1,86)	0,30 (0,10;0,90)
Zona de residencia				
Rural	7,63 (6,30;9,21)	7,40 (6,09;8,97)	1,33 (0,82;2,15)	0,10 (0,04;0,25)
Urbana	11,55 (10,16;12,10)	11,22 (10,19;12,34)	1,57 (1,19;2,06)	0,31 (0,18;0,56)
Salud autoevaluada				
Buena/muy buena	8,67 (7,44;10,08)	8,48 (7,26;9,88)	1,28 (0,81;2,03)	0,19 (0,04;0,80)
Regular	11,65 (10,17;13,32)	11,17 (9,72;12,82)	1,63 (1,12;2,35)	0,35 (0,19;0,66)
Mala/muy mala	17,72 (14,93;20,91)	17,46 (14,68;20,64)	2,17 (1,40;3,34)	0,44 (0,18;1,08)
Síntomas depresivos				
No	9,20 (8,27;10,22)	8,50 (7,93;9,86)	1,30 (0,97;1,74)	0,26 (0,13;0,52)
Sí	22,84 (19,55;26,52)	22,69 (19,39;26,36)	3,05 (1,87;4,94)	0,44 (0,18;1,04)
Multimorbilidad				
No	9,41 (8,27;10,68)	9,00 (7,89;10,24)	1,63 (1,17;2,26)	0,30 (0,13;0,68)
Sí	13,29 (11,78;14,97)	13,09 (11,58;14,77)	1,43 (0,98;2,10)	0,26 (0,14;0,55)

^a El % mostrado se refiere a la prevalencia ponderada o a los pesos de la muestra para la Encuesta Nacional de Salud. ^b IC95%: Intervalo de confianza del 95%.

Fuente: Autores.

resultado se puede explicar por el hecho de que este es el grupo más activo y con mayor capacidad para competir con jóvenes y adultos. Además, este grupo está conformado predominantemente por personas no blancas con niveles de escolaridad e ingresos más bajos y que viven en las zonas con los peores indicadores sociales y de salud del país⁴². Resultados diferentes se observaron en México, donde los

adultos mayores de 80 años o más tuvieron el doble de probabilidades de sufrir violencia que las personas más jóvenes⁴³.

Un estudio realizado en Corea mostró que vivir en zonas rurales se asociaba con un menor riesgo de violencia en ambos géneros⁴⁴, lo que es consistente con los hallazgos de este estudio. Este hecho puede estar relacionado con la creciente urbanización, que es responsable de la concen-

Tabla 3. Prevalencia de violencia total autoreportada y subtipos según variables sociodemográficas y de salud en adultos mayores de sexo masculino. Encuesta Nacional de Salud, Brasil, 2019.

Variables	Violencia total	Violencia psicológica	Violencia física	Violencia sexual
	% ^a (IC95% ^b)	% ^a (IC95% ^b)	% ^a (IC95% ^b)	% ^a (IC95% ^b)
Total	8,69 (7,82;9,65)	8,13 (7,29;8,05)	1,57 (1,26;1,96)	0,07 (0,04;0,12)
Rango de edad (años)				
60-69	9,78 (8,56;11,15)	9,19 (8,01;10,53)	1,75 (1,33;2,30)	0,07 (0,04;0,14)
70-79	7,95 (6,58;9,56)	7,36 (6,08;8,90)	1,41 (0,91;2,18)	0,08 (0,03;0,21)
80 y más	5,48 (3,73;7,98)	5,05 (3,37;7,50)	1,16 (0,59;2,25)	0,05 (0,01;0,34)
Escolaridad				
Analfabeto	8,08 (6,45;10,07)	7,52 (6,04;9,33)	1,92 (1,22;3,01)	0,04 (0,01;0,31)
1-4 años	8,88 (7,64;10,29)	8,25 (7,06;9,61)	1,77 (1,26;2,48)	0,10 (0,05;0,20)
5-9 años	6,47 (4,39;9,44)	6,20 (4,15;9,16)	0,85 (0,41;1,76)	0,06 (0,01;0,40)
10-12 años	8,88 (6,92;11,33)	8,43 (6,50;10,86)	1,14 (0,69;1,85)	0,07 (0,02;0,23)
Educación superior	9,63 (6,86;13,36)	8,97 (6,26;12,68)	1,41 (0,79;2,51)	0,03 (0,01;0,10)
Etnicidad/color de piel (n=22.726)				
Blanco	7,22 (6,08;8,56)	6,70 (5,58;8,02)	1,39 (1,01;1,91)	0,04 (0,02;0,11)
No blanco	10,19 (8,97;11,55)	9,58 (8,42;10,87)	1,76 (1,30;2,38)	0,10 (0,06;0,19)
Estado civil				
Casado	8,11 (7,07;9,27)	7,67 (6,66;8,81)	1,21 (0,90;1,62)	0,03 (0,02;0,08)
Divorciado/separado	10,73 (8,15;14,00)	9,13 (7,17;11,55)	2,73 (1,23;5,95)	0,21 (0,08;0,57)
Viudo	8,33 (6,38;10,80)	8,02 (6,10;10,47)	2,42 (1,52;3,83)	0,23 (0,07;0,72)
Soltero	10,83 (8,29;14,03)	10,06 (7,56;13,26)	2,18 (1,39;3,40)	0,07 (0,23;0,25)
Ingreso per cápita (n=22.725)				
Hasta 1 SM	8,24 (7,06;9,60)	7,56 (6,48;8,81)	1,76 (1,23;2,51)	0,07 (0,03;0,16)
1-3 SM	9,75 (8,24;11,50)	9,35 (7,85;11,09)	1,42 (1,02;1,96)	0,10;0,05;0,20)
3 y más	7,15 (5,56;9,15)	6,45 (4,94;8,38)	1,50 (0,91;2,46)	0,03 (0,01;0,08)
Zona de residencia				
Rural	7,00 (5,85;8,37)	6,62 (5,48;7,98)	1,41 (1,01;1,97)	0,04 (0,01;0,28)
Urbana	9,07 (8,04;10,20)	8,46 (7,47;9,56)	1,61 (1,25;2,07)	0,08 (0,05;0,14)
Salud autoevaluada				
Muy buena/buena	7,05 (5,98;8,30)	6,62 (5,57;7,85)	1,17 (0,85;1,61)	0,03 (0,01;0,08)
Regular	10,01 (8,56;11,67)	9,27 (7,88;10,87)	2,04 (1,46;2,83)	0,14 (0,08;0,26)
Mala	11,69 (8,81;15,36)	11,21 (8,41;14,80)	1,66 (0,89;3,07)	0
Síntomas depresivos				
No	7,80 (6,94;8,75)	7,31 (6,47;8,24)	1,32 (1,06;1,65)	0,06 (0,04;0,11)
Sí	21,45 (16,56;27,31)	19,79 (15,29;25,22)	5,14 (2,72;9,49)	0,20 (0,06;0,66)
Multimorbilidad				
No	7,95 (6,95;9,07)	7,40 (6,44;8,48)	1,54 (1,16;2,05)	0,05 (0,02;0,10)
Sí	10,18 (8,63;11,97)	9,59 (8,09;11,33)	1,63 (1,15;2,31)	0,12 (0,06;0,25)

^a El % mostrado se refiere a la prevalencia ponderada o a los pesos de la muestra para la Encuesta Nacional de Salud. ^b IC95%: Intervalo de confianza del 95%.

Fuente: Autores.

tración de personas y actividades económicas en las zonas urbanas, un aumento del número de personas en las periferias y las consecuentes deficiencias en los servicios de educación, salud y saneamiento⁴⁵. Estos factores contribuyen al aumento de las vulnerabilidades en la población, especialmente entre los adultos mayores.

Los adultos mayores que autoevaluaron su salud como regular y mala/muy mala tuvieron

una mayor prevalencia de violencia. En México, los adultos mayores que autoevaluaron su salud como mala tuvieron 2,28 veces más probabilidades de haber sufrido violencia⁴³. Cabe destacar que la salud autoevaluada está vinculada a indicadores objetivos de enfermedad y uso de servicios de salud y es un fuerte predictor de mortalidad, independientemente de aspectos clínicos, conductuales y psicosociales⁴⁶.

Tabla 4. Análisis bivariado y multivariado de la asociación entre violencia total y variables sociodemográficas y de salud en adultos mayores, estratificados por género. Encuesta Nacional de Salud, Brasil, 2019.

Variables	Bivariado		Multivariado	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
	RP ^a (IC95% ^b)	RP ^a (IC95% ^b)	RP ^a (IC95% ^b)	RP ^a (IC95% ^b)
Rango de edad (años)				
60-69	2,34 (1,67;3,27)	1,78 (1,19;2,67)	2,18 (1,51;3,14)	1,79 (1,19;2,69)
70-79	1,97 (1,39;2,81)	1,45 (0,96;2,19)	1,91 (1,31;2,77)	1,48 (0,97;2,24)
80 y más	1,00	1,00	1,00	1,00
Escolaridad				
Analfabeto	0,80 (0,60;1,07)	0,84 (0,56;1,25)		0,77 (0,52;1,15)
1-4 años	1,02 (0,78;1,33)	0,92 (0,64;1,33)		0,56 (0,33;0,92)
5-9 años	1,15 (0,78;1,69)	0,67 (0,40;1,12)		0,76 (0,53;1,08)
10-12 años	0,94 (0,70;1,27)	0,92 (0,61;1,39)		0,69 (0,46;1,05)
Educación superior	1,00	1,00		1,00
Etnicidad/color de piel (n=22.726)				
Blanco	1,00	1,00		1,00
No blanco	0,98 (0,83;1,16)	1,41 (1,14;1,74)		1,44 (1,18;1,75)
Estado civil				
Casado	1,38 (1,06;1,78)	1,30 (0,90;1,89)	1,26 (0,98;1,62)	
Divorciado/separado	2,11 (1,63;2,73)	1,29 (0,88;1,88)	1,74 (1,35;2,24)	
Viudo	1,28 (1,02;1,60)	0,97 (0,73;1,30)	1,13 (0,90;1,43)	
Soltero	1,00	1,00	1,00	
Ingreso per cápita (n=22.725)				
Hasta 1 SM	1,00 (0,78;1,27)	1,15 (0,86;1,55)		
1-3 SM	1,01 (0,78;1,31)	1,36 (1,01;1,84)		
3 y más	1,00	1,00		
Zona de residencia				
Rural	1,00	1,00		
Urbana	1,51 (1,23;1,87)	1,29 (1,04;1,61)	1,49 (1,20;1,84)	1,28 (1,02;1,61)
Salud autoevaluada				
Muy buena/buena	1,00	1,00	1,00	1,00
Regular	1,34 (1,09;1,65)	1,42 (1,13;1,78)	1,22 (1,00;1,50)	1,36 (1,09;1,70)
Mala	2,04 (1,64;2,55)	1,66 (1,20;2,30)	1,43 (1,11;1,85)	1,24 (0,84;1,85)
Síntomas depresivos				
Sí	2,48 (2,06;2,99)	2,75 (2,08;3,64)	2,13 (1,72;2,63)	2,57 (1,84;3,56)
No	1,00	1,00	1,00	1,00
Multimorbilidad				
Sí	1,41 (1,19;1,68)	1,28 (1,04;1,58)	1,21 (1,01;1,44)	
No	1,00	1,00	1,00	

^aRP: Razón de prevalencia. ^bIC95%: Intervalo de confianza del 95%.

Fuente: Autores.

Los adultos mayores con síntomas depresivos reportaron más violencia. Los estudios muestran que los síntomas depresivos están fuertemente relacionados con una mayor prevalencia de violencia^{11,47,48}. Estos problemas pueden aumentar la vulnerabilidad e impedir que los adultos mayores busquen ayuda o conducirlos a un estado de negación y aislamiento, lo que reduce la probabilidad de denunciar la violencia

o, incluso, que esta sea notada por otros⁴⁹. Además, los síntomas depresivos se asocian con un aumento de la mortalidad y las tasas de suicidio⁵⁰ y, por lo tanto, representan un problema importante a resolver.

Se observaron diferencias en cuanto al género en otros factores asociados. En el caso de las mujeres de mayor edad, los factores asociados fueron estar divorciada/separada y tener mul-

timoribilidades, mientras que en el caso de los hombres, el nivel de educación y no ser de raza blanca fueron factores asociados.

En el caso de las mujeres mayores, el hecho de estar divorciadas o separadas aumenta la prevalencia de la violencia. Una revisión sistemática mostró que el tipo de relación y el estado civil de la persona mayor son factores de riesgo potenciales de violencia¹¹. El divorcio y la separación pueden interrumpir la violencia⁵¹ pero representan un período de alto riesgo para las mujeres, especialmente cuando las parejas no aceptan el fin de la relación⁵².

Es importante destacar que la violencia de pareja suele ser crónica y conlleva un mayor uso de los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios⁵³. Un estudio realizado en México mostró que las mujeres que sufrieron especialmente MPM sexual y psicológico fueron más susceptibles a la revictimización por violencia en la vejez⁵⁴, y, por lo tanto, las mujeres mayores casadas también pueden ser víctimas a lo largo de su vida y tienen una mayor prevalencia de multimorbilidad, deterioro funcional y muerte prematura⁵⁵. Además de este daño, los estudios han demostrado que la multimorbilidad se asocia con una mayor prevalencia de violencia^{13,56,57}.

Tener entre 1 y 4 años de escolaridad se asoció con una menor prevalencia de MPM en los hombres. Un estudio realizado en São Paulo mostró que cuanto mayor es el nivel de escolaridad de los adultos mayores, menor es la desigualdad social que experimentan⁵⁸ y menor la incidencia de la violencia. Sin embargo, la literatura ha demostrado que la violencia parece ocurrir de manera similar en diferentes estratos socioeconómicos y niveles de escolaridad¹¹. Por lo tanto, no hay consenso sobre el papel de la educación en la victimización por violencia, lo que hace que sea esencial realizar más estudios sobre el tema, ya que el nivel educativo es un factor importante para comprender y adherirse a los medios para el envejecimiento activo⁵⁸.

La prevalencia de la violencia fue mayor entre los adultos mayores que se declararon no blancos. Un estudio que utilizó datos de notificación del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria (SINAN) de 2017 mostró que, entre los hombres mayores, la mayoría de los casos notificados se dieron entre personas de raza negra o morena³⁷. La raza, el color y la etnia son dimensiones fundamentales para comprender la distribución de los resultados de salud, con importantes implicaciones para el campo de las políticas públicas⁵⁹. La identificación étnico-racial es un proceso subje-

tivo que abarca aspectos históricos, culturales, sociales y políticos, trasciende un aspecto medible y, por ello, representa un importante marcador de inequidades entre grupos, especialmente entre los más vulnerables, como es el caso de los adultos mayores⁶⁰. Para ello, la necesidad de hacer de la variable una cualidad medible hace aún más complejas las agrupaciones^{59,61}. Así, otros estudios deberían ahondar en la temática de raza, color y etnicidad para verificar las vulnerabilidades a las que está sujeto cada subgrupo.

En 2019, la Encuesta Nacional de Salud (PNS) realizó por primera vez una evaluación en profundidad del MPM en una muestra representativa de la población brasileña. Este procedimiento analizó los principales factores sociodemográficos y de salud asociados a su aparición y, de esta manera, ayudó a gestionar eficazmente el riesgo en esta población. Los hallazgos de este estudio respaldarán la vigilancia de la violencia y el logro de los objetivos del Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030⁶².

Limitaciones

La PNS es un estudio transversal en el que la exposición y el resultado se determinan simultáneamente, por lo que es imposible definir si la exposición precede o es consecuencia del resultado evaluado^{63,64}. La muestra no incluye adultos mayores institucionalizados, abandonados o sin hogar.

Las tasas de prevalencia en este estudio pueden estar subestimadas debido a que el tema de la violencia está estigmatizado y, por lo tanto, muchas personas no lo denuncian por vergüenza o miedo a represalias. Los encuestados podían responder el módulo de violencia directamente en el dispositivo de recolección de datos móvil para minimizar este sesgo, además de garantizar la privacidad de los participantes en la entrevista. Sin embargo, cuando el encuestado no podía responder debido a razones de salud física o mental, se le pidió a otro residente que respondiera en su lugar (proxy), lo que puede haber afectado las estimaciones. Cabe destacar que hubo una buena concordancia y reproducibilidad entre la información recopilada por un proxy y la respondida por el individuo en otras encuestas de salud^{65,66}.

Conclusión

Uno de cada diez adultos mayores declaró haber sufrido algún tipo de violencia en Brasil. Los

factores asociados a la violencia autoreportada en ambos géneros fueron tener entre 60 y 69 años, vivir en una zona urbana, autoevaluar la salud como regular, presentar síntomas depresivos y multimorbididades. Sin embargo, hay evidencia de que los factores asociados a su ocurrencia difieren entre géneros.

Por ello, es ineludible la creación de políticas públicas efectivas que reduzcan las desigualdades sociales y de género. Además, fomentar el envejecimiento activo y saludable mejora la calidad de vida y la salud. Es fundamental promover acciones y estrategias para enfrentar y prevenir el MPM y prestar atención al cumplimiento de los derechos contenidos en el Estatuto de las Personas Mayores.

Colaboradores

FMD Andrade y DC Malta concibieron el manuscrito. FMD Andrade, NM Vasconcelos y JB Souza contribuyeron con la gestión de datos y realizaron análisis estadísticos. FMD Andrade redactó la primera versión del manuscrito. Todos los autores participaron en el análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido y redacción y aprobación de la versión final del manuscrito.

Agradecimientos

Agradecemos al Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por la beca de productividad a la autora Deborah Carvalho Malta.

Financiación

Fundación Bill & Melinda Gates.

Referencias

1. United Nations (UN). *World Population Prospects 2019: Highlights* [Internet]. 2019 [cited 2023 abr 4]. Available from: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health* [Internet]. 2002 [cited 2023 abr 4]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua=1.
3. World Health Organization (WHO). *World report on ageing and health* [Internet]. 2015 [cited 2023 abr 4]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>.
4. Rivara F, Adhia A, Lyons V, Massey A, Mills B, Morgan E, Simckes M, Rowhani-Rahbar A. The Effects of Violence on Health. *Health Affairs* 2019; 38(10):1622-1629.
5. Yunus RM, Hairi NN, Choo WY. Consequences of Elder Abuse and Neglect. *Trauma Violence Abuse* 2019; 20(2):197-213.
6. World Health Organization (WHO). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
7. World Health Organization (WHO). *Decade of healthy ageing: baseline report* [Internet]. 2020 [cited 2023 abr 4]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>.
8. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017; 5(2):e147-e156.
9. Machado DR, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(3):1119-1128.

10. Bolsoni CC, Coelho EBS, Giehi MWC, 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):671-682.
11. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist* 2016; 56(Supl. 2):S194-S205.
12. Johannesen M, Logiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing* 2013; 42:292-298.
13. Sathya T, Nagarajan R, Selvamani Y. Multimorbidity as a Risk Factor of Elder Abuse/Mistreatment in India: A Cross-Sectional Study. *J Interpers Violence* 2022; 37(11-12):NP9191-NP9213.
14. Andrade FMD, Ribeiro AP, Bernal RTI, Machado ÍE, Malta DC. Perfil dos atendimentos por violência contra idosos em serviços de urgência e emergência: análise do VIVA Inquérito 2017. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23(Supl. 1):e200008.supl.1.
15. Luz TCB, Malta DC, Sá NNB, Silva MMA, Lima-Costa ME. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(11):2135-2142.
16. Sweileh WM. Global Research Activity on Elder Abuse: A Bibliometric Analysis (1950-2017). *J Immigr Minor Health* 2021; 23(1):79-87.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Manual de Entrevista de Saúde*. Rio de Janeiro; IBGE; 2021.
18. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira ML, França P, Freitas MPS, Sardinha LMV, Macário EM. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(5):e2020315.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social: Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
20. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2003.
21. 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.
22. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD, Patella AM, Matijasevich A. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saude Publica* 2013; 29(8):1533-1543.
23. Johnston MC, Crilly M, Black C, Prescott GJ, Mercer SW. Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. *Eur J Public Health* 2019; 29(1):182-189.
24. Le Reste JY, Nabbe P, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, Czachowski S, Munoz M, Argyriadou S, Claveria A, Calvez A, Barais M, Lietard C, Van Royen P, van Marwijk H. A Research Group from the European General Practice Research Network (EGPRN) explores the concept of multimorbidity for further research into long term care. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14(2):132-133.
25. Hazra A. Using the confidence interval confidently. *J Thorac Dis* 2017; 9(10):4125-4130.
26. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica* 2008; 42(6):992-998.
27. Sinha D, Mishra PS, Srivastava S, Kumar P. Socio-economic inequality in the prevalence of violence against older adults – findings from India. *BMC Geriatr* 2021; 21(1):322.
28. Sathya T, Nagarajan R, Selvamani Y. Multimorbidity as a Risk Factor of Elder Abuse/Mistreatment in India: A Cross-Sectional Study. *J Interpers Violence* 2022; 37(11-12):NP9191-NP9213.
29. Lee YJ, Kim Y, Park JI. Prevalence and Factors Associated with Elder Abuse in Community-Dwelling Elderly in Korea: Mediation Effects of Social Support. *Psychiatry Investing* 2021; 18(11):1044-1049.
30. Minayo MCS. Múltiplas faces da VCPI. *Mais* 60 2014; 25(60):10-27.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2022: População por idade e sexo* [Internet]. 2022 [acessado 2024 maio 11]. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_media/ibge/arquivos/0c84737978791f626ea-10b75eae18b3c.docx#:~:text=Em%201980%2C%20o%20Brasil%20tinha,10%2C8%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2022: População por idade e sexo, Resultados do universo, Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
33. Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* 2018; 34(11):e00173317.
34. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. The Feminization of Old Age: a focus on the socioeconomic, personal and family characteristics of the elderly and the social risk. *Textos Contexto* 2015; 14(1):115-131.
35. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Brasil: manual de enfrentamento à VCPI. É possível prevenir. É necessário superar* [Internet]. 2014 [acessado 2024 maio 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-contudo/pessoa-idosa/manual-de-enfrentamento-a-violencia-contra-a-pessoa-idosa>.
36. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, Eskinazi FMV, Duque AM. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2199-2208.
37. Andrade FMD, Machado ÍE, Freitas MIF, Souza MFM, Malta DC. Patterns of abuse of elderly people in Brazil: analysis of notifications. *Cad Saude Publica* 2023; 39(1):e00075722.
38. Silva SG. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. *Psicol Cien Prof* 2010; 30(3):556-571.
39. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Real* 2017; 20(2):71-99.
40. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Rev Soc Estado* 2014; 29(2):449-469.
41. Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cad Pagu* 2001; 16:115-136.

42. Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA. The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (2008). *Cad Saude Publica* 2014; 30:1438-1452.
43. Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatr Gerontol Int* 2013; 13(2):466-474.
44. Jeon G-S, Cho S-I, Choi K, Jang KS. Gender Differences in the Prevalence and Correlates of Elder Abuse in a Community-Dwelling Older Population in Korea. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(1):100.
45. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cien Saude Colet* 2012; 17(1):123-133.
46. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38(1):21-37.
47. Pengpid S, Karl P. Elder abuse and health outcomes among community-dwelling older adults in India: results of a national survey in 2017-2018. *J Elder Abuse Negl* 2021; 33(4):327-341.
48. Santos AJ, Nunes B, Kislaya I, Gil AP, Ribeiro O. Exploring the Correlates to Depression in Elder Abuse Victims: Abusive Experience or Individual Characteristics? *J Interpers Violence* 2021; 36(1-2):NP-115-NP134.
49. Henderson D, Buchanan JA, Fisher JE. Violence and the elderly population: Issues for prevention. In: Schewe PA, editor. *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2002. p. 223-245.
50. Hawton K, Comabella CCI, Haw K., Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2013; 147(1-3):17-28.
51. Meneghel SN, Portella AP. Feminicídios: Conceitos, tipos e cenários. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9):3077-3086.
52. Morgado R. Separação: Risos e Feminicídio. In: Maia R, Cruz V. *Saberes plurais: produção acadêmica em sociedade, cultura e serviço social*. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/UFRJ; 2020.
53. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França Junior I, Strake SS, Oliveira EA. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. *Saude Soc* 2000; 9(1-2):3-15.
54. Giraldo-Rodríguez L, Mino-León D, Aragón-Grijalva SO, Agudelo-Botero M. The revictimization of older Mexican women: understanding the accumulation of multiple victimizations throughout a lifetime. *BMC Geriatr* 2022; 22(1):41.
55. Melo LA, Lima KC. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. *Cien Saude Colet* 2020; 25(10):3869-3877.
56. Kshatri JS, Bhoi T, Barik SR, Palo SK, Pati S. Is multimorbidity associated with risk of elder abuse? Findings from the AHSETS study. *BMC Geriatr* 2021; 21(1):413.
57. Brijoux T, Neise M, Zank S. Elder abuse in the oldest old: prevalence, risk factors and consequences. *Zeitschrift Gerontologie Geriatrie* 2021; 54(Supl. 2):132-137.
58. Sousa NFS., Lima MG., Barros MBA. Desigualdades sociais em indicadores de envelhecimento ativo: estudo de base populacional. *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 3):5069-5080.
59. Kabad JF, BastosJL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis* 2012; 22(3):895-918.
60. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(31):383-394.
61. Moreira RS. Epidemiologia e a categoria das raças: reflexões onto-epistemológicas. *Cad Saude Publica* 2021; 37(6):e00133721.
62. World Health Organization (WHO). *Decade of Healthy Ageing: Plan of Action* [Internet]. 2020 [cited 2024 maio 11]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28&download=true.
63. Paixão Jr. CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):7-19.
64. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saude* 2003; 12(4):189-201.
65. Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Confiabilidade das informações obtidas de informante secundário em inquéritos de saúde. *Cad Saude Publica* 2010; 26(8):1537-1548.
66. Santana VS, Almeida Filho N, Rocha CO, Matos AS. Confiabilidade e viés do informante secundário na pesquisa epidemiológica: análise de questionário para triagem de transtornos mentais. *Rev Saude Publica* 1997; 31(6):556-565.

Artículo presentado en 04/02/2024

Aprobado en 04/11/2024

Versión final presentada en 06/11/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva