

Fatores associados ao autorrelato de violência contra a pessoa idosa: análise da Pesquisa Nacional de Saúde - 2019

Associated factors with self-reported elder abuse:
analysis of the National Health Survey - 2019

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

Resumo Estimou-se a prevalência e os fatores associados ao autorrelato de VCPI. Estudo transversal com dados de pessoas com 60 anos ou mais entrevistados na PNS 2019. Calcularam-se prevalências e intervalos de confiança de 95% (IC95%) de violência total e subtipos, segundo variáveis selecionadas, com análise de associações entre violência total e variáveis explicativas pela Regressão de Poisson. Dos idosos, 10,05% relataram alguma violência, 11,09% mulheres e 8,69% homens. Nas mulheres, a violência foi mais prevalente: 60 a 69 (RP: 2,18; IC95%: 1,51;314) e 70 a 79 anos (RP: 1,91; IC95%: 1,31;2,77), divorciada/separada (RP: 1,74; IC95%: 1,35;2,24), residente em área urbana (RP: 1,49; IC95%: 1,20;1,61), autoavaliação de saúde regular (RP: 1,34; IC95%: 1,09;1,65) e ruim/muito ruim (RP: 2,04; IC95%: 1,64;2,55), sintomas depressivos (RP: 2,13; IC95%: 1,72;2,63) e multimorbidade (RP: 1,21; IC95%: 1,01;1,44). Nos homens, a prevalência foi maior: 60 a 69 anos (RP: 1,79; IC95%: 1,19;2,69), raça/cor da pele não branca (RP: 1,44; IC95%: 1,18;1,75), residente em área urbana (RP: 1,28; IC95%: 1,02;1,61), autoavaliação regular de saúde (RP: 1,36; IC95%: 1,09;1,70) e sintomas depressivos (RP: 2,57; IC95%: 1,84;3,56).

Palavras-chave Abuso de Idosos, Fatores de Risco, Violência, Prevalência, Estudos Transversais

Abstract The prevalence and factors associated with self-reported elder abuse were estimated. This was a cross-sectional study with data from people aged 60 or over interviewed in the 2019 PNS. Prevalence and 95% confidence intervals (95%CI) of total violence and subtypes were calculated according to selected variables, with analysis of associations between total violence and explanatory variables using Poisson Regression. Of the elderly, 10.05% reported some violence, 11.09% were women and 8.69% were men. In women, violence was more prevalent: 60 to 69 (PR: 2.18; 95%CI: 1.51;3.14) and 70 to 79 years old (PR: 1.91; 95%CI: 1.31;2.77), divorced/separated (PR: 1.74; 95%CI: 1.35;2.24), resident in urban areas (PR: 1.49; 95%CI: 1.20;1.61), regular self-rated health (PR: 1.34; 95%CI: 1.09;1.65) and poor/very poor (PR: 2.04; 95%CI: 1.64;2.55), depressive symptoms (PR: 2.13; 95%CI: 1.72;2.63) and multimorbidity (PR: 1.21; 95%CI: 1.01;1.44). In men, the prevalence was higher: 60 to 69 years (PR: 1.79; 95%CI: 1.19;2.69), non-white race/skin color (PR: 1.44; 95%CI: 1.18;1.75), resident in urban areas (PR: 1.28; 95%CI: 1.02;1.61), regular self-assessment of health (PR: 1.36; 95%CI: 1.09;1.70) and depressive symptoms (PR: 2.57; 95%CI: 1.84;3.56).

Key words Elder Abuse, Risk Factors, Violence, Prevalence, Cross-sectional studies

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.

Introdução

A violência contra a pessoa idosa (VCPI) é um relevante problema social, com impactos na saúde pública global, que se acirra com o envelhecimento populacional e aumento das vulnerabilidades dos mais longevos. Estimativas mostram que a população global com mais de 65 anos dobrará entre 2019 e 2050, o que corresponde a aproximadamente 16% da população total¹. Na América Latina e Caribe, essa população poderá chegar a 19% em 2050¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a VCPI é entendida como “ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada, ocorrendo em qualquer relacionamento em que exista uma expectativa de confiança, que cause danos ou angústia”² e manifesta-se em diversos subtipos, como a física, sexual, psicológica, emocional, financeira e negligência/abandono³.

A violência resulta da interação de fatores individuais, relacionais, sociais, demográficos, culturais e ambientais^{2,3}. Suas consequências incluem problemas de saúde física e mental⁴, mortalidade prematura, morbidades e maior demanda aos serviços de saúde⁵. Os idosos mais vulneráveis são os dependentes⁶, ou seja, aqueles com redução da capacidade física e mental em domínios como locomoção, vitalidade e nos níveis sensorial, cognitivo e psicológico⁷.

Globalmente, a VCPI foi estimada em 15,7%, o que corresponde a uma em cada seis pessoas idosas⁸. A violência psicológica foi mais prevalente (11,6%), seguida pela financeira (6,8%), negligência (4,2%), física (2,6%) e sexual (0,9%)⁸. No Brasil, estudos mostraram prevalência de VCPI doméstica de 10,0%⁹ no estado de São Paulo e de 12,4%¹⁰ em Santa Catarina.

A literatura internacional mostrou que ser do sexo feminino, ter entre 60 a 69 anos, ser solteiro, separado/divorciado ou viúvo, ter baixa renda e residir em áreas urbanas estão associados a maiores chances de sofrer violência¹¹. Além dos fatores sociodemográficos, a autoavaliação negativa da saúde¹¹, a depressão e ansiedade¹² e a presença de multimorbidade¹³ comuns nas pessoas idosas também se associam ao autorrelato de violência.

Ainda não existem estudos com amostra representativa da população idosa brasileira que investigue a prevalência e os fatores associados à violência. Os dados obtidos até então são provenientes de estudos em instituições locais, amostras representativas de algumas cidades

ou estados brasileiros^{9,10} e nas portas de entrada de urgências e emergências^{14,15}. Ademais, estudo bibliométrico mostrou que o tema é pouco investigado e de prioridade limitada na maioria das regiões do mundo, incluindo a América do Sul¹⁶.

Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com colaboração do Ministério da Saúde, teve seu módulo de violência reformulado, com a finalidade de facilitar a compreensão de três subtipos de violência: psicológica, física e sexual¹⁷. Assim, a PNS possibilitou, pela primeira vez, estimar a prevalência desse fenômeno na pessoa idosa, bem como os fatores associados, numa amostra representativa da população brasileira.

Deste modo, o estudo objetivou estimar a prevalência e os fatores associados ao autorrelato de VCPI, o que poderá contribuir para a formulação de políticas e estratégias de saúde pública específicas para esse segmento.

Método

Desenho do estudo e fonte de dados

Estudo transversal analítico de base populacional com dados da PNS 2019, cuja população foi composta pelos moradores de residências privadas e permanentes do território nacional^{18,19}.

Amostra

O plano amostral foi por conglomerado em três etapas, com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPA). Na primeira etapa, encontram-se os Setores Censitários que formam as UPA. Na segunda etapa estão as residências e na terceira, os moradores de 15 anos de idade ou mais^{18,19}. A amostra prevista foi de 108.525 residências, considerou-se uma taxa de não resposta de 20%, que resultou em 94.114 domicílios pesquisados¹⁸. Ressalta-se que apenas moradores com 18 anos ou mais responderam ao módulo “Violências”^{18,19}, objeto desse estudo.

Os dados foram coletados por entrevistadores treinados, sob supervisão e coordenação do IBGE, entre os meses de agosto de 2019 e março de 2020^{18,19}. As entrevistas presenciais foram agendadas conforme a disponibilidade dos moradores, sendo as respostas registradas num dispositivo móvel de coleta.

Participantes

Esse estudo incluiu as entrevistas com pessoas idosas (com 60 anos de idade ou mais, conforme determinado pelo Estatuto da Pessoa Idosa²⁰), que responderam ao módulo de Violência (V).

Variáveis do estudo

As variáveis dependentes foram categorizadas como dicotômicas (sim e não), e são:

Violência psicológica: Consideraram-se os idosos (≥ 60 anos de idade) que responderam “sim” a alguma das seguintes questões: Nos últimos doze meses, alguém: Te ofendeu, humilhou ou ridicularizou na frente de outras pessoas? Gritou com você ou te xingou? Usou redes sociais ou celular para ameaçar, ofender, xingar ou expor imagens suas sem o seu consentimento? Te ameaçou de ferir ou machucar alguém importante para você? Destruíu alguma coisa sua de propósito?

Violência física: Consideraram-se os idosos (≥ 60 anos de idade) que responderam “sim” a alguma das seguintes questões: Nos últimos doze meses, alguém: Te deu um tapa ou uma bofetada? Te empurrou, segurou com força ou jogou algo em você com a intenção de machucar? Te deu um soco, chutou ou arrastou pelo cabelo? Tentou ou efetivamente estrangulou, asfixiou ou te queimou de propósito? Te ameaçou ou feriu com uma faca, arma de fogo ou alguma outra arma ou objeto?

Violência sexual: Consideraram-se os idosos (≥ 60 anos de idade) responderam “sim” a qualquer das seguintes questões do questionário: Nos últimos doze meses, alguém: Tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do seu corpo contra sua vontade? Te ameaçou ou forçou a ter relações sexuais ou quaisquer outros atos sexuais contra sua vontade?

Violência total: Considerou-se a soma dos idosos (≥ 60 anos de idade) que autorrelataram ter sofrido algum dos subtipos de violência nos últimos 12 meses.

As variáveis independentes foram selecionadas com base no disposto na literatura sobre a temática^{10,11,21}, sendo elas:

Sociodemográficas: Sexo (masculino; feminino); Faixa etária em anos (60 a 69; 70 a 79 anos; 80 e mais); Escolaridade (Sem estudo; 1 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 12 anos; superior); Raça/cor da pele (branca; não branca [parda, preta, amarela e indígena]); Estado civil (casado; divorciado/separado; viúvo, solteiro); Renda do-

miciliar per capita (até 1 salário-mínimo [SM]; mais de 1 a 3 SM; acima de 3 SM), em 2019, o valor do salário mínimo era R\$ 998,00; Área de residência (rural; urbana).

Saúde: Autoavaliação da saúde (boa/muito boa; regular; ruim/ muito ruim); Sintomas depressivos (sim; não): a depressão foi avaliada pela versão brasileira do Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) que contém nove questões que investigam a frequência de sintomas depressivos nas duas últimas semanas. A análise dos resultados do PHQ-9 pode ser feita por dois critérios, o algoritmo e o método de escala contínua, que considera como positivo os indivíduos que obtiveram pontuação ≥ 10 independente da duração dos sintomas. Neste estudo, optou-se por utilizar a escala contínua uma vez que ela apresenta maior sensibilidade, ou seja, maior capacidade de identificar indivíduos que realmente têm sintomas depressivos, além de apresentar melhor desempenho para a triagem de pessoas com sintomas depressivos nos estudos em comunidades²²; Multimorbidade (sim; não): a multimorbidade é definida como coexistência de duas ou mais condições crônicas num mesmo indivíduo^{23,24}, sendo consideradas para este estudo as seguintes doenças: hipertensão; diabetes; hipercolesterolemia; doenças do coração; asma ou bronquite asmática; acidente vascular cerebral/encefálico; artrite ou reumatismo; problema crônico de coluna; depressão; outras doenças mentais; doenças do pulmão; câncer; doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho; e insuficiência renal crônica.

Destaca-se que os autores optaram por agrupar as categorias - pardo, preto, amarelo e indígena - em apenas uma categoria “não branca”, devido ao baixo número de observações.

Análise estatística

Calcularam-se as prevalências e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) para autorrelato de violência total e subtipos segundo as variáveis explicativas. Avaliou-se como significativas as diferenças entre os grupos que não apresentaram sobreposição de IC95%²⁵.

Para investigar os possíveis fatores associados, empregou-se a razão de prevalência (RP), obtida pelo modelo de Regressão de Poisson com variância robusta²⁶. Realizaram-se análises bivariadas entre violência total e cada variável sociodemográfica e de saúde, sendo estimadas as RP brutas (RPb). Em seguida, procedeu-se a análise multivariada, sendo incluídas no modelo todas as variáveis que apresentaram valor

$p < 0,20$ nas análises bivariadas e estimadas as RP ajustadas (RPa). No modelo final, permaneceram como fatores associados ao autorrelato de violência total as variáveis independentes que apresentaram valor $p < 0,05$. Para este estudo, optou-se por realizar a análise bivariada e multivariada apenas para violência total devido à baixa prevalência observada para os subtipos de violência separadamente.

As análises foram executadas no *software* Stata, versão 14.1 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos), utilizando-se o comando “svy” com ponderação.

Aspectos éticos

O presente estudo utilizou dados secundários e de acesso público, e, portanto, dispensou aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas. O projeto da PNS foi submetido e aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, em agosto de 2019, sob o parecer de nº 3.529.376.

Resultados

No total, 22.728 pessoas idosas responderam ao módulo de violência da PNS 2019, sendo a maioria do sexo feminino ($n=12.535$; 56,68%). Do total de entrevistados, a maioria tinha 60 a 69 anos de idade (56,30%), 1 a 4 anos de estudo (46,45%), era casada (50,65%) e residia na área urbana (85,47%). Quanto aos aspectos relacionados à saúde, 11,22% autoavaliaram a saúde como ruim/muito ruim, 10,72% tinham sintomas depressivos e 39,00% apresentaram multimorbidade (Tabela 1).

A prevalência de violência autorrelatada no ano anterior à entrevista foi 10,05%, sendo 8,69% (IC95%: 7,82;9,65) para homens e 11,09% (IC95%: 10,16;12,10) para mulheres (Figura 1).

No sexo feminino, 10,77% relataram violência psicológica, 1,54%, física e 0,29%, sexual. As violências total e psicológica apresentaram menor prevalência entre mulheres com 80 anos ou mais de idade (5,44% e 5,36%, respectivamente). Mulheres divorciadas/separadas apresentaram maior prevalência de violência total e psicológica (18,36% e 18,13%, respectivamente), assim como as que residiam em área urbana (11,55% e 11,22%, respectivamente). As mulheres que autoavaliaram sua saúde como muito ruim apresentaram maiores proporções de violência total (17,72%) e psicológica (17,46%). As que apresentaram sintomas depressivos mostraram maior prevalência de violência total (22,84%),

psicológica (22,69%) e física (3,05%). Mulheres com multimorbidade evidenciaram maior prevalência de violência total (13,29%) e psicológica (13,09%) (Tabela 2).

Em relação ao sexo masculino, a violência mais relatada foi a psicológica (8,13%), seguidas pela física (1,57%) e sexual (0,07%). Homens não brancos apresentaram maiores proporções de violência total (10,19%) e psicológica (9,58%). A violência total, psicológica e física foram mais prevalentes em homens com sintomas depressivos (21,45%, 19,79% e 5,14%, respectivamente) (Tabela 3).

Na análise multivariada, as mulheres de 60 a 69 anos de idade (RP: 2,18; IC95%: 1,51;3,14) e de 70 a 79 anos de idade (RP: 1,91; IC95%: 1,31;2,77), divorciadas/separadas (RP: 1,74; IC95%: 1,35;2,24) e que residiam em área urbana (RP: 1,49; IC95%: 1,20;1,84) apresentaram maior prevalência de violência. Entre as variáveis relativas à saúde, tiveram maior prevalência de violência as que a autoavaliaram a saúde como regular (RP: 1,22; IC95%: 1,00;1,50) e ruim/muito ruim (RP: 1,43; IC95%: 1,11;1,85), as com sintomas depressivos (RP: 2,13; IC95%: 1,72;2,63) e multimorbidade (RP: 1,21; IC95%: 1,01;1,44) (Tabela 4).

Entre os homens, aqueles com 60 a 69 anos (RP: 1,79; IC95%: 1,19;2,69), de raça/cor da pele não branca (RP: 1,44; IC95%: 1,18;1,75) e que residiam em área urbana (RP: 1,28; IC95%: 1,02;1,61) apresentaram maior prevalência de violência. Por sua vez, idosos com escolaridade de 1 a 4 anos de estudo (RP: 0,56; IC95%: 0,33;0,92) apresentaram menores prevalências. Entre as variáveis relativas à saúde, os idosos que autoavaliaram a saúde como regular (RP: 1,36; IC95%: 1,0,9;1,70) e com sintomas depressivos (RP: 2,57; IC95%: 1,84;3,56) tiveram maior prevalência de violência (Tabela 4).

Discussão

Segundo a PNS 2019, um décimo da população idosa brasileira relatou algum tipo de violência no ano anterior à entrevista, sendo a psicológica o principal subtipo e com maior prevalência entre mulheres. As idosas com 80 anos e mais relataram menor prevalência de violência, enquanto as divorciadas/separadas, as que residiam em áreas urbanas, autoavaliaram negativamente a saúde e com sintomas depressivos e multimorbidade foram as mais atingidas. Nos homens, os de 60 a 69 anos, raça/cor não branca, que residiam em área rural, autoavaliaram negativa-

Tabela 1. Características das pessoas idosas entrevistadas, estratificadas por sexo. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variáveis	Sexo		
	Total	Feminino	Masculino
	(n=22.728)	(n=12.535)	(n=10.193)
	% ^a (IC95% ^b)	% ^a (IC95% ^b)	% ^a (IC95% ^b)
Faixa etária (anos)			
60 a 69	56,3 (55,20;57,40)	55,35 (53,91;56,77)	57,56 (11,43;13,52)
70 a 79	30,14 (29,16;31,14)	30,24 (28,95;31,56)	30,01 (28,51;31,55)
80 e mais	13,56 (12,81;14,33)	14,41 (13,37;15,52)	12,44 (55,89;59,21)
Escolaridade			
Sem estudo	16,82 (15,90;17,79)	17,24 (16,09;18,46)	16,27 (15,11;17,51)
1 a 4 anos	46,45 (45,27;47,64)	46,91 (45,37;48,46)	45,85 (44,22;47,48)
5 a 9 anos	6,82 (6,25;7,44)	7,07 (6,34;7,88)	6,5 (5,67;7,43)
10 a 12 anos	17,21 (16,32;18,14)	16,66 (15,59;17,79)	17,93 (16,52;19,42)
Superior	12,7 (11,81;13,64)	12,12 (11,11;13,21)	13,45 (12,18;14,84)
Raça/Cor da pele (n=22.726)			
Branca	50,51 (49,17;51,85)	50,62 (48,91;52,32)	50,38 (48,64;52,11)
Não branca	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)
Viúvo	25,05 (24,13;25,99)	37,08 (35,67;38,52)	9,30 (8,50;10,18)
Solteiro	15,28 (14,50;16,10)	17,2 (16,08;18,37)	12,78 (11,76;13,87)
Renda per capita (n=22.725)			
Até 1SM	41,73 (40,45;43,03)	42,53 (40,96;44,12)	40,70 (38,93;42,49)
1 a 3 SM	42,67 (41,52;43,83)	42,95 (41,47;44,45)	42,30 (40,64;43,97)
3 ou mais	15,6 (14,61;16,64)	14,52 (13,41;15,70)	17,01 (15,64;18,46)
Área de residência			
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)
Autoavaliação de saúde			
Boa/muito boa	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)
Ruim/muito ruim	11,22 (10,55;11,93)	12,86 (11,89;13,90)	9,07 (8,26;9,95)
Sintomas depressivos			
Não	89,28 (88,48;90,04)	86,11 (84,99;87,15)	93,43 (92,49;94,27)
Sim	10,72 (9,96;11,52)	13,89 (12,85;15,01)	6,57 (5,73;7,51)
Multimorbidade			
Não	61,00 (59,88;62,10)	56,67 (55,12;58,20)	66,66 (65,11;68,17)
Sim	39,00 (37,90;40,12)	43,33 (41,80;44,88)	33,34 (31,83;34,89)

^a O % apresentado se refere a prevalência ponderada ou com os pesos amostrais para a Pesquisa Nacional de Saúde. ^b IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Autores.

mente sua saúde e com sintomas depressivos tiveram maior prevalência de relato de violência.

A prevalência de VCPI no Brasil mostrada pela PNS 2019 é menor do que a global, estimada em 15,7% por uma revisão sistemática com metanálise⁸. Na Índia, a prevalência encontrada foi de 11,0% para qualquer tipo de violência ou desrespeito após o indivíduo ter completado 60 anos^{13,27} e, na Coreia, 12,6% relataram al-

gum tipo de violência no último ano, incluindo violência financeira e negligência²⁸. As comparações com estudos representativos de outros países^{13,27,28} mostram a posição do Brasil, um país em desenvolvimento, em relação ao resto do mundo.

Além disso, destacam-se diferenças metodológicas entre os estudos, como a variação temporal e a análise de outros subtipos de vio-

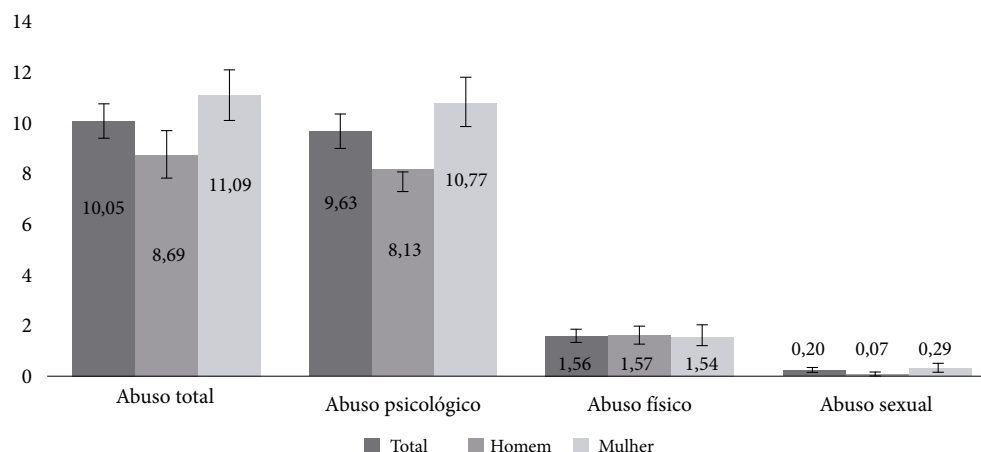


Figura 1. Prevalência da ocorrência de violência contra a pessoa idosa, segundo o sexo. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Fonte: Autores.

lência não pesquisados pela PNS. Portanto, a prevalência de VCPI no Brasil pode ser ainda mais alta, uma vez que a PNS não considerou subtipos de violência como a negligência e a financeira, mais comuns nas pessoas idosas.

Dentre as violências estudadas, a psicológica foi a mais relatada pelas pessoas idosas, subtipo mais comum na estimativa global (11,8%)⁸. Esse tipo de violência se caracteriza pelo desrespeito, desprezo, preconceito e discriminação pelo simples fato de a pessoa ser idosa²⁹ e é responsável por provocar consequências devastadoras, como sofrimento, desesperança, depressão e medo³⁰.

A prevalência de violência foi maior no sexo feminino. No Brasil, em 2022, o grupo etário com 60 anos ou mais representou 15,8% da população total, um crescimento de 31,6% em relação ao Censo Demográfico 2010, que era 10,8%³¹. Além do aumento do número de pessoas idosas, é importante destacar as diferenças nas estimativas por sexo. Segundo o IBGE, a população de pessoas com mais de 65 anos, que residiam no Brasil em 2022, era de 10,9%, sendo que 55,7% eram mulheres³². Esse fenômeno, que compreende uma “maior proporção de mulheres que homens na população idosa” é denominado de feminização do envelhecimento³³ e traz consequências tanto para a mulher quanto sua família. A feminização do envelhecimento está associada a um maior risco social devido limitações da idade, dependência financeira, baixa escolaridade, solidão, entre outras e, simultane-

amente, à reestruturação do espaço relacional, pois a mulher idosa é um elo fundamental de apoio familiar³⁴.

Globalmente, cerca de 1 em cada 7 mulheres idosas sofreram algum tipo de violência³⁵. Estudos de violência contra mulheres idosas mostram que elas são as principais vítimas no mundo¹¹ e no Brasil^{10,36,37}. Essa diferença na prevalência perpassa as gerações, e, portanto, tem sua base na cultura patriarcal³⁸.

Gênero pode ser entendido como uma construção social em que o sexo biológico dita o papel que uma pessoa deve exercer, colocando o homem em posição hierarquicamente acima da mulher³⁹. Dentro dessa estrutura, a violência de gênero surge como uma forma de manutenção da suposta supremacia masculina, restringindo o poder feminino⁴⁰. A violência contra as mulheres de qualquer idade é naturalizada na sociedade, que entende a mulher como posse do homem, e, por isso, alguém que pode ser desautorizada e violentada⁴¹.

No presente estudo, o grupo de 60 a 69 anos apresentou maior prevalência de relato de violência em ambos os sexos. Esse resultado pode ser explicado por ser o grupo mais ativo e o que tem mais condições de competir com os jovens e adultos. Além disso, nesse grupo predominam pessoas não brancas que possuem menor escolaridade, renda e residentes em áreas com piores indicadores sociais e de saúde do país⁴². Resultados diferentes foram observados no México, onde idosos com idade ≥80 anos tiveram duas

Tabela 2. Prevalência de autorrelato de violência total e por subtipos segundo variáveis sociodemográficas e de saúde para em pessoas idosas do sexo feminino. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variáveis	Violência total	Violência psicológica	Violência física	Violência 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)
Faixa etária (anos)				
60 a 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 a 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 e mais	5,44 (3,93;7,50)	5,36 (3,85;7,42)	0,95 (0,28;3,21)	0,13 (0,02;0,87)
Escolaridade				
Sem estudo	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 a 4 anos	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 a 9 anos	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 a 12 anos	10,73 (8,69;13,17)	10,62 (8,58;13,06)	2,01 (1,05;3,82)	0,29 (0,08;1,08)
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)
Raça/Cor da pele (n=22.726)				
Branca	11,20 (8,86;12,70)	10,85 (9,53;12,33)	1,62 (1,14;2,29)	0,26 (0,14;0,61)
Não branca	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)
Viúvo	8,72 (7,30;10,37)	8,52 (7,11;10,18)	0,96 (0,65;1,41)	0,66 (0,23;1,82)
Solteiro	12,01 (9,83;14,59)	11,82 (9,65;14,40)	2,18 (1,14;4,11)	0,22 (0,10;0,47)
Renda per capita (n=22.725)				
Até 1SM	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 a 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 ou mais	11,04 (8,92;13,60)	10,71 (8,60;13,25)	1,06 (0,60;1,86)	0,30 (0,10;0,90)
Área de residência				
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)
Autoavaliação de saúde				
Boa/muito boa	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)
Ruim/muito ruim	17,72 (14,93;20,91)	17,46 (14,68;20,64)	2,17 (1,40;3,34)	0,44 (0,18;1,08)
Sintomas depressivos				
Não	9,20 (8,27;10,22)	8,50 (7,93;9,86)	1,30 (0,97;1,74)	0,26 (0,13;0,52)
Sim	22,84 (19,55;26,52)	22,69 (19,39;26,36)	3,05 (1,87;4,94)	0,44 (0,18;1,04)
Multimorbidade				
Não	9,41 (8,27;10,68)	9,00 (7,89;10,24)	1,63 (1,17;2,26)	0,30 (0,13;0,68)
Sim	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 O % apresentado se refere a prevalência ponderada ou com os pesos amostrais para a Pesquisa Nacional de Saúde. ^b IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Fonte: Autores.

vezes maior chance de sofrer violência que os mais jovens⁴³.

Estudo realizado na Coreia mostrou que residir em área rural foi associado ao menor risco de violência em ambos os sexos⁴⁴, dado que condiz com os achados desse estudo. Esse fato pode estar relacionado a crescente urbanização, que é responsável pela concentração de pessoas e atividades econômicas na área urbana,

aumento do número de pessoas nas periferias e consequente deficiências nos serviços de educação, saúde, saneamento, entre outros⁴⁵, fatos que contribuem para o aumento das vulnerabilidades na população, especialmente entre idosos.

As pessoas idosas que autoavaliaram a saúde como regular e ruim/muito ruim apresentaram maior prevalência de violência. No México, pessoas idosas que autoavaliaram a saúde como

Tabela 3. Prevalência de autorrelato de violência total e por subtipos segundo variáveis sociodemográficas e de saúde para pessoas idosas do sexo masculino. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variáveis	Violência total	Violência psicológica	Violência física	Violência 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)
Faixa etária (anos)				
60 a 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 a 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 e mais	5,48 (3,73;7,98)	5,05 (3,37;7,50)	1,16 (0,59;2,25)	0,05 (0,01;0,34)
Escolaridade				
Sem estudo	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 a 4 anos	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 a 9 anos	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 a 12 anos	8,88 (6,92;11,33)	8,43 (6,50;10,86)	1,14 (0,69;1,85)	0,07 (0,02;0,23)
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)
Raça/Cor da pele (n=22.726)				
Branca	7,22 (6,08;8,56)	6,70 (5,58;8,02)	1,39 (1,01;1,91)	0,04 (0,02;0,11)
Não branca	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)
Viúvo	8,33 (6,38;10,80)	8,02 (6,10;10,47)	2,42 (1,52;3,83)	0,23 (0,07;0,72)
Solteiro	10,83 (8,29;14,03)	10,06 (7,56;13,26)	2,18 (1,39;3,40)	0,07 (0,23;0,25)
Renda per capita (n=22.725)				
Até 1SM	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 a 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 ou mais	7,15 (5,56;9,15)	6,45 (4,94;8,38)	1,50 (0,91;2,46)	0,03 (0,01;0,08)
Área de residência				
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)
Autoavaliação de saúde				
Muito boa/boa	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)
Ruim	11,69 (8,81;15,36)	11,21 (8,41;14,80)	1,66 (0,89;3,07)	0
Sintomas depressivos				
Não	7,80 (6,94;8,75)	7,31 (6,47;8,24)	1,32 (1,06;1,65)	0,06 (0,04;0,11)
Sim	21,45 (16,56;27,31)	19,79 (15,29;25,22)	5,14 (2,72;9,49)	0,20 (0,06;0,66)
Multimorbidade				
Não	7,95 (6,95;9,07)	7,40 (6,44;8,48)	1,54 (1,16;2,05)	0,05 (0,02;0,10)
Sim	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 O % apresentado se refere a prevalência ponderada ou com os pesos amostrais para a Pesquisa Nacional de Saúde. ^b IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Fonte: Autores.

ruim tiveram 2,28 maior chance de terem sofrido violência⁴³. Ressalta-se que a autoavaliação da saúde está ligada a indicadores objetivos de doenças e utilização de serviços de saúde, sendo um forte preditor de mortalidade, que independe de aspectos clínicos, comportamentais e psicossociais⁴⁶.

Pessoas idosas com sintomas depressivos relataram mais violência. Estudos mostram que

os sintomas depressivos estão fortemente relacionados a maior prevalência de violência^{11,47,48}. Esses problemas podem ampliar a vulnerabilidade e impedir que a pessoa idosa busque ajuda ou levar ao estado de negação e isolamento, fato que reduz as chances de denúncias ou da percepção por outras pessoas⁴⁹. Ademais, os sintomas depressivos estão associados ao aumento na taxa de mortalidade e de suicídio⁵⁰ e, portan-

Tabela 4. Análise bivariada e multivariada da associação de violência total e as variáveis sociodemográficas e de saúde em pessoas idosas, estratificada por sexo. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variáveis	Bivariada		Multivariada	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
	RP ^a (IC95% ^b)	RP ^a (IC95% ^b)	RP ^a (IC95% ^b)	RP ^a (IC95% ^b)
Faixa etária (anos)				
60 a 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 a 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 e mais	1,00	1,00	1,00	1,00
Escolaridade				
Sem estudo	0,80 (0,60;1,07)	0,84 (0,56;1,25)		0,77 (0,52;1,15)
1 a 4 anos	1,02 (0,78;1,33)	0,92 (0,64;1,33)		0,56 (0,33;0,92)
5 a 9 anos	1,15 (0,78;1,69)	0,67 (0,40;1,12)		0,76 (0,53;1,08)
10 a 12 anos	0,94 (0,70;1,27)	0,92 (0,61;1,39)		0,69 (0,46;1,05)
Superior	1,00	1,00		1,00
Raça/Cor da pele (n=22.726)				
Branca	1,00	1,00		1,00
Não branca	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)	
Viúvo	1,28 (1,02;1,60)	0,97 (0,73;1,30)	1,13 (0,90;1,43)	
Solteiro	1,00	1,00	1,00	
Renda per capita (n=22.725)				
Até 1SM	1,00 (0,78;1,27)	1,15 (0,86;1,55)		
1 a 3 SM	1,01 (0,78;1,31)	1,36 (1,01;1,84)		
3 ou mais	1,00	1,00		
Área de residência				
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)
Autoavaliação de saúde				
Muito boa/boa	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)
Ruim	2,04 (1,64;2,55)	1,66 (1,20;2,30)	1,43 (1,11;1,85)	1,24 (0,84;1,85)
Sintomas depressivos				
Sim	2,48 (2,06;2,99)	2,75 (2,08;3,64)	2,13 (1,72;2,63)	2,57 (1,84;3,56)
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Multimorbidade				
Sim	1,41 (1,19;1,68)	1,28 (1,04;1,58)	1,21 (1,01;1,44)	
Não	1,00	1,00	1,00	

^aRP: Razão de prevalência. ^bIC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Fonte: Autores.

to, representam um problema importante a ser resolvido.

Para outros fatores associados, observaram-se diferenças relativas ao sexo. Para as mulheres idosas, os fatores associados foram ser divorciada/separada e apresentar multimorbidade, enquanto, para os homens, foram escolaridade e raça/cor não branca.

Para as mulheres idosas, ser divorciada/separada aumentou a prevalência de violência.

Uma revisão sistemática mostrou que o tipo de relacionamento e o estado civil da pessoa idosa são potenciais fatores de risco para a ocorrência de violências¹¹. O divórcio e a separação podem interromper a violência⁵¹, mas representam um período de alto risco para as mulheres, especialmente quando os parceiros não aceitam o fim do relacionamento⁵².

É importante destacar que a violência por parceiros íntimos (VPI) costuma ser crônica,

o que contribui para aumentar o uso dos serviços de saúde, tanto ambulatoriais como hospitalares⁵³. Estudo realizado no México mostrou que mulheres que sofreram VPI, especialmente sexual e psicológica, estavam mais susceptíveis a revitimização por violência na velhice⁵⁴, e, portanto, também as idosas casadas podem ser vítimas ao longo de toda vida e apresentarem maior prevalência de multimorbidade, declínio funcional e de óbito prematuro⁵⁵. Além desses prejuízos, estudos têm mostrado que a multimorbidade está associada a prevalências mais elevadas de violências^{13,56,57}.

Para o sexo masculino, ter de 1 a 4 anos de estudo mostrou-se associado a menor prevalência de VCPI. Estudo realizado na cidade de São Paulo mostrou que quanto mais elevado o nível de escolaridade da pessoa idosa, menor é a desigualdade social vivenciada por ela⁵⁸ e menor a ocorrência de violência. Contudo, a literatura tem mostrado que a violência parece ocorrer de forma semelhante nos diferentes estratos socioeconômicos e níveis de escolaridade¹¹. Portanto, não há um consenso sobre o papel da escolaridade na vitimização por violência, o que torna fundamental outros estudos sobre a temática, uma vez que o padrão educacional é importante fator de compreensão e adesão aos meios para o envelhecimento ativo⁵⁸.

A prevalência de violência foi mais alta no idosos que autorrelataram raça/cor da pele não branca. Estudo com dados de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do ano de 2017 mostrou que, entre os homens idosos, a maioria dos casos notificados eram daqueles que tinham raça/cor da pele preta/parda³⁷. A raça, cor e etnia são dimensões fundamentais para a compreensão da distribuição de desfechos de saúde, com importantes implicações para o campo das políticas públicas⁵⁹. A identificação étnico-racial é um processo subjetivo, que engloba aspectos históricos, culturais, sociais e políticos, indo além de um aspecto mensurável e, assim, representa um marcador importante de iniquidades entre os grupos, especialmente entre os mais vulneráveis, como é o caso das pessoas idosas⁶⁰. Para tanto, a necessidade de tornar a variável uma qualidade mensurável, os agrupamentos a tornam ainda mais complexa^{59,61}, desse modo, é importante que outros estudos se aprofundem na temática da raça, cor e etnia, a fim de verificar as vulnerabilidades que cada subgrupo está submetido.

Em 2019, a PNS aprofundou pela primeira vez na avaliação da VCPI em uma amostra representativa da população brasileira. Isso possibilitou analisar os principais fatores sociodemo-

gráficos e de saúde associados a sua ocorrência, e, assim, auxiliar na gestão efetiva do risco nessa população. Nesse sentido, os achados deste estudo servirão para apoiar a vigilância de violências e o alcance dos objetivos da Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030⁶².

Limitações

A PNS é um estudo de desenho transversal, no qual a exposição e o desfecho são determinados simultaneamente, portanto, não é possível definir se a exposição antecede ou é consequência do desfecho avaliado^{63,64}. A amostra não contempla as pessoas idosas institucionalizadas, abandonadas e as que vivem em situação de rua.

É possível que as prevalências encontradas nesse estudo estejam subestimadas, uma vez que o tema da violência é estigmatizado, e, por isso, muitas pessoas não o relatam por vergonha ou medo de represália. Para tentar minimizar esse viés, foi oferecida a possibilidade dos entrevistados responderem ao módulo de violência diretamente no dispositivo móvel de coleta, além de assegurar privacidade dos participantes no momento da entrevista. Contudo, nos casos em que o entrevistado não tinha condições de responder por motivos de saúde, física ou mental, foi solicitado a outro(a) morador(a) que respondesse em seu lugar (*proxy*), o que pode ter afetado as estimativas. Ressalta-se que houve boa concordância e reprodutibilidade entre as informações coletadas por um *proxy* e as respondidas pelo próprio indivíduo em outros inquéritos de saúde^{65,66}.

Conclusão

Uma em cada dez pessoas idosas relatou ter sofrido algum tipo de violência no Brasil. Os fatores associados ao autorrelato de violência em ambos os sexos foram: ter 60 a 69 anos de idade, residir em área urbana, autoavaliar a saúde como regular, apresentar sintomas depressivos e multimorbidade. Entretanto, há evidências de que os fatores associados a sua ocorrência são diferentes entre os sexos.

Portanto, é indiscutível a necessidade de criar políticas públicas efetivas que atuem na redução das desigualdades sociais e de gênero, além de incentivar o envelhecimento ativo e saudável, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida e saúde. É fundamental promover ações e estratégias para o enfrentamento e prevenção da VCPI, bem como atentar para o cumprimento dos direitos contidos no Estatuto da Pessoa Idosa.

Colaboradores

FMD Andrade e DC Malta conceberam o manuscrito. FMD Andrade, NM Vasconcelos e JB Souza contribuiu com a gestão dos dados e processou as análises estatísticas. FMD Andrade elaborou a primeira versão do manuscrito. Todos os autores participaram da análise e interpretação dos dados, da revisão crítica do conteúdo, da redação e da aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa produtividade para a autora Deborah Carvalho Malta.

Financiamento

Bill & Melinda Gates Foundation.

Referências

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 MF. 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_mediaibge/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-conteudo/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 IE, 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, Kislalya 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.

Artigo apresentado em 04/02/2024

Aprovado em 04/11/2024

Versão final apresentada em 06/11/2024

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