

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

MARIA ANGÉLICA BEZERRA DOS SANTOS

A VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NO BRASIL: fatores associados segundo o tipo de
agressor

Recife

2019

MARIA ANGÉLICA BEZERRA DOS SANTOS

A VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NO BRASIL: fatores associados segundo o tipo de
agressor

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (PPGERO) do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de mestre em gerontologia.

Área de Concentração: Envelhecimento e Saúde

Orientador: Prof^o Dr. Rafael da Silveira Moreira

Co-Orientadora: Profa. Dra. Vanessa de Lima Silva

Recife

2019

MARIA ANGÉLICA BEZERRA DOS SANTOS

A VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NO BRASIL: fatores associados segundo o tipo de
agressor

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (PPGERO) do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de mestre em gerontologia.

Área de Concentração: Envelhecimento e Saúde

Aprovada em: 27/02/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Dr. Rafael da Silveira Moreira (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Carla Cabral dos Santos Accioly Lins (Examinador interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. George Tadeu Nunes Diniz (Examinador externo)

Instituto Aggeu Magalhães

Dedico esta dissertação ao meu avô Herotides, por todo amor me ofertado em vida.
Agora deve está vibrando no céu com mais essa conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me concede todas as graças e bênçãos...

À Nossa Senhora, que está sempre a minha frente, guiando meus passos...

Aos meus pais por todo apoio e incentivo dado nessa trajetória...

À minha irmã Sandra e meu sobrinho Léo por vibrarem comigo a cada vitória...

Ao meu orientador Rafael por todo carinho, apoio, incentivo e orientação dessa dissertação...

À minha co-orientadora Vanessa por toda ajuda e disponibilidade, principalmente na revisão sistemática...

À minha amiga Patrícia, por toda parceria, generosidade e por construir uma parte desse trabalho comigo, a nossa revisão sistemática...

Às minhas amigas de faculdade e apartamento Rafaely e Jacqueline, que me acolheram tão bem...

Aos professores do Mestrado em Gerontologia por todo ensinamento e troca de saberes...

Aos funcionários da PPGERO, em especial a Manoel, sempre disposto a ajudar...

À todos os colegas de turma, vocês fizeram a caminhada ser mais leve, a melhor turma do mundo...

A todos que sempre me incentivaram e estiveram comigo nessa caminhada...

Que Deus abençoe todos vocês!!

RESUMO

Analisou-se os fatores associados à violência contra idosos brasileiros segundo o tipo de agressor. Estudo de corte transversal de base populacional com dados secundários, incluindo indivíduos com 60 anos ou mais, entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) no ano de 2013, no Brasil, totalizando 11.697 indivíduos. As variáveis dependentes foram violência por agressor conhecido e violência por agressor desconhecido. Foram construídos dois modelos de associação, um para cada variável dependente. As variáveis independentes foram divididas em blocos socioeconômicos, autopercepção, uso dos serviços de saúde, estado de saúde e funcionalidade. A força de associação entre as variáveis independentes e a variável resposta foi expressa pela Razão de Chances “Odds Ratio – OR” com intervalo de confiança 95%. Foram realizadas modelos hierarquizados de regressão logística simples e múltipla, considerando-se o desenho complexo da amostra. Na análise simples foram eletivas para análise múltipla as variáveis que obtiveram p-valor < 0,05. Foi construído um mapa coroplético temático segundo a distribuição espacial da violência, por Unidade da Federação. Ser de cor branca, <68 anos, saber ler e escrever, ter problemas no sono, não sentir prazer em fazer as coisas e ter deficiência física foram associados ao agressor desconhecido. Ter saúde ruim, fumar, discriminação no serviço de saúde e sentir-se mal consigo mesmo foram associados ao agressor conhecido. Discriminação por tipo de doença e pequena dificuldade para sair sozinho foram associados para ambos agressores. Os estados com maior violência contra os idosos foram Amapá, Paraná, Mato Grosso, Amazonas e Rio Grande do Norte. O conhecimento sobre a dinâmica dos determinantes espaço-sociais da violência e o entendimento sobre esses fatores associados à uma estratégia multisetorial são necessários para identificar e prevenir o abuso contra idosos.

Palavras-chave: Violência. Idoso. Maus-tratos ao Idoso.

ABSTRACT

The factors associated with violence against elderly Brazilians were analyzed according to the type of aggressor. Population-based cross-sectional study with secondary data, including individuals aged 60 years and over, interviewed in the National Health Survey (PNS) in 2013, in Brazil, totaling 11,697 individuals. The dependent variables were known perpetrator violence and unknown perpetrator violence. Two association models were built, one for each dependent variable. Independent variables were divided into socioeconomic blocks, self-perception, use of health services, health status and functionality. The strength of association between the independent variables and the response variable was expressed by the Odds Ratio - OR with 95% confidence interval. Hierarchical models of simple and multiple logistic regression were performed, considering the complex design of the sample. In the simple analysis, the variables that obtained p-value <0.05 were elective for multiple analysis. A thematic choropletic map was constructed according to the spatial distribution of violence by Federation Unit. Being white, <68 years old, able to read and write, having trouble sleeping, not enjoying doing things and being physically disabled were associated with the unknown aggressor. Poor health, smoking, discrimination in the health service, and feeling bad about oneself were associated with the known perpetrator. Discrimination by type of disease and minor difficulty in leaving alone were associated for both aggressors. The states with the greatest violence against the elderly were Amapá, Paraná, Mato Grosso, Amazonas and Rio Grande do Norte. Knowledge about the dynamics of spatial and social determinants of violence and understanding of these factors associated with a multisectoral strategy is necessary to identify and prevent abuse against the elderly.

.

Key words: Violence. Aged. Elder abuse.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Associação dos fatores socioeconômicos e demográficos relacionados à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil – 2013..	28
Tabela 2-	Associação dos fatores de autopercepção e cuidado com a saúde relacionados à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil – 2013..	29
Tabela 3-	Associação dos fatores utilização do serviço de saúde relacionados à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil – 2013.	31
Tabela 4-	Associação dos fatores estado de saúde/doença relacionados à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil – 2013.	32
Tabela 5-	Associação das atividades de funcionalidade relacionados à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil – 2013.	36
Tabela 6-	Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis socioeconômicas e demográficas, Brasil – 2013.....	38
Tabela 7-	Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis autopercepção e cuidado com a saúde, Brasil – 2013.....	39
Tabela 8-	Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis utilização do serviço de saúde, Brasil – 2013..	40
Tabela 9-	Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis estado de saúde/doença, Brasil – 2013.....	41
Tabela 10-	Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis de funcionalidade, Brasil-2013.	45
Tabela 11-	Associação da violência ocorrida em idosos por pessoas conhecidas e desconhecidas com os cinco blocos de variáveis analisadas, segundo modelo múltiplo de regressão logística multinomial, Brasil-2013	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck-II
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PDA	Personal Digital Assistance
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SIPD	Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPAs	Unidades Primárias de Amostragem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	ENVELHECIMENTO.....	14
2.2	VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS	16
2.3	CONHECER O AGRESSOR.....	18
3	OBJETIVOS	21
3.1	GERAL.....	21
3.2	ESPECÍFICOS	21
4	MÉTODO	22
4.1	DESENHO DO ESTUDO	22
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	22
4.3	FONTE DE DADOS E PLANO AMOSTRAL	22
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO	22
4.4.1	Variáveis Independentes	23
4.4.2	Variáveis Dependentes	25
4.5	ANÁLISE DE DADOS	25
4.5.1	Análise Descritiva	25
4.5.2	Análise de Associação	25
4.5.3	Análise Espacial	26
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
5	RESULTADOS	28
6	DISCUSSÃO	53
7	CONCLUSÃO	59
	REFERÊNCIAS	60

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	64
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE - 2013.....	65

1 INTRODUÇÃO

Existem 962 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais em todo mundo, a expectativa é que esse número possa no mínimo duplicar em 2050 e triplicar em 2100, chegando a 3,1 bilhões de pessoas (UNITED NATIONS, 2017). Mesmo diante de tamanha ascensão na quantidade de idosos e no aumento da expectativa de vida, a sociedade ainda não está atenta a esses sujeitos, essa invisibilidade os expõe a um tipo de violência oculta (MINAYO, 2014).

Com o envelhecimento, os indivíduos tornam-se mais vulneráveis, devido a dependência de outras pessoas para atividades básicas da vida diária, devido à um déficit cognitivo ou limitações naturais do próprio envelhecimento, que gera menor poder de defesa e facilita a ação de agressores (CHAIMOWICZ, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) violência é o uso de força física ou poder, em ameaça contra si, outros indivíduos, grupos ou comunidades que possa gerar sofrimento, morte, dano psicológico, declínio no desenvolvimento ou privação, que pode ser de origem física, psicológica, sexual, financeira, por negligência, abandono e autonegligência.

Ao tratar-se de maus-tratos contra os idosos, a OMS define como um ato pontual ou repetido ou, ainda, ausência de uma ação, que ocorra diante de uma relação de confiança e que cause prejuízo, sofrimento ou angústia para a pessoa idosa (WHO, 2008).

A violência é crescente em todo o mundo, com dados alarmantes e preocupantes, sobretudo nos adultos mais velhos, afeta um em cada seis indivíduos no mundo inteiro, cerca de 141 milhões de pessoas (YON et al, 2017). Os dados estatísticos mostram apenas os casos notificados de maus-tratos, mas não leva em consideração a violência não vista, não diagnosticada, os conflitos intergeracionais, as dificuldades socioculturais, na assistência à saúde e segurança que eles enfrentam (MINAYO, 2014).

Os tipos de violência interpessoal, intrafamiliar ou doméstica, acontecem entre parceiros sexuais ou outros membros da família. As relações conflituosas entre as famílias, associado ao estigma social de que a velhice significa desprezo e inutilidade propiciam a geração de interações tensas e violentas, que podem ser entre casais idosos, entre idosos e seus filhos ou ainda entre os idosos e seus cuidadores (SILVA; DIAS, 2016a).

Possivelmente existe uma elevada subnotificação entre os idosos violentados, principalmente quando o agressor é conhecido, tendo em vista que pode haver um vínculo afetivo entre agressor e vítima ou até por medo de punição por parte do agressor. Percebe-se

que existe uma busca maior pelo reordenamento familiar que por penalização judicial, por se tratar de relações que envolvem muita proximidade, geralmente familiares, que possui grande afetividade e consideração entre os sujeitos envolvidos (RIFIOTIS, 2007).

Geralmente, as estatísticas oficiais sobre homicídios omitem informações sobre o relacionamento entre perpetrador e vítima, o que dificulta saber a identificação do agressor. Ao tratar-se da violência não fatal que são encaminhadas à serviços de emergência hospitalar, vários fatores influenciaram no relato da agressão sofrida, dentre eles, se o agressor era conhecido ou não da vítima (WHO, 2014).

O conhecimento dos tipos e fatores associados com a violência contra idosos é fundamental para a definição de políticas públicas, para saber onde a violência ocorre e quais os grupos de maior risco, bem como para acompanhar e monitorar progressos. Para isso, é necessário que existam sistemas de informações e dados epidemiológicos seguros.

Ao considerar que a violência contra a pessoa idosa se configura como um problema complexo e multifatorial destaca-se a relevância de realizar estudo com essa população. Sem o entendimento das causas da violência, dos fatores de risco, do tipo de agressor, de quem são as principais vítimas e em que meio estão inseridas, entre outros, torna-se difícil formular planos de ação nacionais e eficazes ou outras políticas estruturais para a prevenção da violência. Diante do exposto, tem-se por objetivo identificar os fatores associados à violência contra idosos no Brasil, segundo o tipo de agressor.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo irrefutável, composto por fatores fisiológicos, psicológicos e sociais de cada indivíduo, por isso, algumas pessoas estão mais envelhecidas, outras aparentam mais jovens do que a idade que realmente têm e outras sentem-se inúteis quando envelhecem, o que evidencia a enorme heterogeneidade da velhice. A legislação brasileira, desde a Lei nº 10.741, de 2003, considera 60 anos como ponte de corte para a pessoa idosa (CAVALCANTE et al, 2017; BRASIL, 2003).

Nas últimas décadas, ocorre no Brasil um veloz processo de transição demográfica e epidemiológica, o que acarreta repercussões para toda a sociedade, pesquisadores e gestores do sistema de saúde, que precisam refletir bastante sobre os impactos que causará essa transição, sobretudo na situação de desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições. Além disso, passou a ter enfermidades típicas de países longevos, com doenças crônicas, que requerem cuidados constantes, medicação contínua e exames frequentes, dessa forma aumenta a procura por serviços de saúde, a carga de doenças na população e as incapacidades (VERAS, 2009).

Transição demográfica é a reorganização do tamanho e estrutura etária da população, resultante da diminuição na mortalidade e fecundidade e crescimento na proporção de idosos. Uma característica do envelhecimento populacional é o crescimento dos idosos com mais de 80 anos, em 1975 eles representavam 12% de todos os idosos brasileiros e em 2030 serão 21% dos idosos (5,5 milhões de octogenários), ou seja, 2,7% da população brasileira terá mais de 80 anos (CHAIMOWICZ, 2013).

A transição demográfica está associada à transição epidemiológica, porque caracteriza a modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte de uma população. Houve uma diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial, uma modificação no perfil de saúde da população (MIRANDA et al, 2016).

O envelhecimento populacional é um fator positivo para sociedade, porém é necessário que esteja ligado qualidade à esses anos adicionais de vida, levando-se em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de autossatisfação (VERAS, 2009). Mas ainda não existe consenso entre os pesquisadores sobre envelhecimento “bem-sucedido” ou “ideal”, alguns acreditam que bom funcionamento

cardiovascular, desempenho cognitivo e saúde mental são preditores de envelhecer bem, outros pesquisadores consideram a produtividade econômica, já alguns observam a longevidade como bom indicativo. Outra abordagem observa a experiência subjetiva, as metas alcançadas e a satisfação com sua própria vida (PAPALIA et al, 2006).

Além disso, existem teorias que também qualificam o envelhecimento, a teoria do desengajamento foi uma das teorias mais influentes na gerontologia e defendia a cessação dos papéis sociais na velhice como positiva. Já a teoria da atividade gradual afirma que quanto maior a perda dos papéis sociais, menos satisfeita a pessoa será, ou seja, que as pessoas envelhecem realizando o máximo possível de atividades e substituem as atividades que não poderão realizar (PAPALIA et al, 2006). No entanto, para muitas mulheres idosas brasileiras não existe uma perspectiva profissional, pois a maioria não exercia uma profissão quando jovens, apenas cuidavam dos filhos e da casa, então as que ainda desejam se inserir no mercado de trabalho, acabam trabalhando como cuidadoras de pessoas (LIMA et al, 2009).

Então, não se pode considerar uma pessoa velha apenas pelo critério cronológico, deve-se levar em conta as experiências passadas e anos vividos, relacionamento com a família, temperamento, tipo de trabalho e condições de moradia, tudo isso pode contribuir para que o indivíduo pareça mais velho ou envelheça com aparência jovem (CAVALCANTE et al, 2017).

Estudo realizado entre idosos espanhóis e brasileiros demonstrou que há maior longevidade entre os espanhóis, fato que pode estar relacionado a fatores socioeconômicos da Espanha, país mais desenvolvido e em preparação para o fenômeno do envelhecimento há mais tempo, com maior incentivo aos idosos, atividades e lazer gratuitos, incentivos a viagens e mais acesso aos serviços de saúde. Já no Brasil, programas que aumentam a autonomia do idoso, estão constituindo-se. Apesar das diferenças encontradas entre os dois países, fica claro a importância de grupos de convivência, onde o idoso possa constituir amigos e um núcleo familiar ampliado por parentes e vizinhos, parece aumentar a satisfação e autoestima do idoso (AREOSA, 2010).

O Brasil busca realizar políticas de prevenção das doenças crônicas, mas os inúmeros fatores de risco torna-se um grande desafio. Para uma efetiva resolução, é necessário um comprometimento assistencial contínuo e multidisciplinar, que transforme a forma de trabalho e assegure ações e serviços de saúde para a promoção de saúde e bem-estar da população de idosos de forma permanente, adequando-se o envelhecimento da população e aumento da demanda por uma assistência especializada e de alto custo. Além de atender às necessidades,

deve também inovar e se espelhar em países que já vivenciaram o processo de envelhecimento (MIRANDA et al, 2016).

Portanto, os recursos públicos são essenciais para a sobrevivência dos idosos brasileiros de baixa renda e entre 2000 e 2050 a proporção das despesas do governo com essa população idosa crescerá de 38% para 68%, tornando-se deficitária e um desafio para gestão de contas (CHAIMOWICZ, 2013).

Por isso, a longevidade no Brasil é um problema social, para ser considerada uma conquista da população o Estado precisaria redirecionar ações destinadas aos idosos e demais gerações. Existe uma grande heterogeneidade na forma de envelhecer no Brasil, tendo em vista a enorme desigualdade social, que engloba aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos e que grande parte dos idosos não tem acesso a bens essenciais à existência humana (SILVA, 2016). Na maioria dos casos, envelhecer torna-se sinônimo de preocupação, pois os idosos acabam ficando mais vulneráveis a transtornos físicos, psiquiátricos e a violência (LIMA; BUENO, 2009).

2.2 VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

Com o aumento da expectativa de vida, há um maior tempo de convivência interfamiliar e intergeracional, que pode ser positivo ou ocasionar problemas em relação aos familiares para com os idosos (BRASIL 2050, 2017). A dependência de idosos por indivíduos mais jovens pode gerar conflitos, muitas vezes sem diálogo para apaziguamento, o que faz gerar o fenômeno de violência contra o idoso, seja no âmbito familiar, institucional ou convívio social (FLORÊNCIO et al, 2007).

A população de idosos é vítima bastante susceptível à violência, já que é mais fragilizada, levando-se em consideração as características próprias da idade, como a mobilidade reduzida, saúde comprometida e vulnerabilidades diversas devidas às limitações em vários aspectos do cotidiano. Essa vitimização muitas vezes é permitida pelos idosos, que ficam sob os cuidados de familiares ou cuidadores (BRASIL 2050, 2017).

Em relação às várias formas de violência contra o idoso, Minayo (2005a) classifica-as em:

- Violência física: Utiliza-se força física para obrigar o idoso a fazer algo contra sua vontade, para ferir, gerar dor, incapacidade ou óbito.
- Violência Psicológica: Injúria verbal ou gestual, com o intuito de aterrorizar, humilhar, limitar a liberdade ou afastar o convívio social.

- **Violência Sexual:** Abuso contra a pessoa idosa para obter excitação, sexo, ou condutas eróticas utilizando-se aliciamento, violência física ou ameaças, de caráter homo ou heterossexual.
- **Abandono:** Caracteriza-se pela ausência ou renúncia, por parte do governo, instituições ou família, na prestação de socorro a um idoso que precisa de cuidados.
- **Negligência:** Deixar de cuidar devidamente do idoso, seja os familiares ou instituições. Geralmente está associada a outros tipos de abusos.
- **Violência Financeira ou Econômica:** Apropriação indevida e não consentida dos bens financeiros e patrimoniais do idoso.
- **Autonegligência:** Falta de cuidados do próprio idoso para consigo, que possa gerar danos à saúde ou segurança.
- **Violência medicamentosa:** Administração indevida de medicamentos prescritos, por profissionais de saúde, cuidadores ou familiares.
- **Violência Emocional ou Social:** Agressão verbal crônica que possa levar ao desrespeito da identidade, dignidade e autoestima, evidenciada por desrespeito à intimidade, desejos, restrição de amizades e falta de atenção às necessidades sociais e de saúde.

Além dessas definições, os participantes de um seminário sobre abuso de idosos, realizado na África do Sul em 1992, quiseram acrescentar:

- Perda de respeito por idosos, que foi equiparado à negligência.
- Acusações de bruxaria.
- Abuso por parte dos sistemas: Locais como clínicas ou órgãos burocráticos.

Foi a primeira tentativa de classificar a violência contra idosos num país emergente, que se baseou no modelo ocidental, porém com fatores importantes para a população nativa. Nesse mesmo seminário, foi estabelecida diferença entre maus-tratos e abuso, sendo o primeiro considerado abuso verbal, negligência ativa e passiva, exploração financeira e excesso de medicação. Já o abuso é a violência física, psicológica ou sexual e apropriação indébita. (WHO, 2002)

É difícil saber em números a dimensão da violência contra o idoso mundialmente. Isto devido a subnotificação, violência oculta pela família, profissionais que não têm um olhar clínico para identificação do problema, falta de conscientização sobre as denúncias e carência de serviços especializados para receber tais denúncias (FLORÊNCIO et al, 2007). No entanto, a Lei 12.461/2011 dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação dos serviços de saúde em

casos de suspeita ou confirmação de violência contra o idoso (CORREIA et al, 2012; SOUSA et al, 2010).

Os idosos muitas vezes toleram a violência por acharem que são reféns, que é inevitável o comportamento dos familiares, a quem geralmente não deseja ações repressivas. Daí surgem as subnotificações da violência, refletidas em dados estatísticos distorcidos e dificuldade na detecção e na adoção de providência. Já os adultos tratam os idosos com negligência por acharem que pessoas mais jovens é que necessitam de maiores cuidados por estarem na fase de desenvolvimento psicofisiológico, ao contrário do idoso, que é experiente, desenvolvido e cuida-se sozinho, muitos ainda acreditam que os mais velhos estão em decadência e com poucas necessidades, como as de natureza afetiva e sexual, sendo esta vista como inadequada para a idade (BRASIL 2050, 2017).

Durante longo período a violência contra o idoso foi vista como problema particular de cada núcleo familiar, sendo despercebida pelo profissional de saúde e sem intervenção por parte do Estado, porém é necessário que a violência contra o idoso seja percebida nos atos cotidianos e reconhecida através da percepção de cada indivíduo e de seus valores éticos, que fazem perceber e repudiar um ato violento (FLORÊNCIO et al, 2007).

Portanto, a ética é chave para preservar a vida dos seres humanos. De acordo com o artigo 230 da Constituição Federal, é dever da família, sociedade e Estado, amparar, assegurar participação na comunidade, defender a dignidade e bem-estar da pessoa idosa. Já a lei nº 8.842 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, em seu capítulo IV e define que é dever de todo cidadão denunciar maus-tratos ou negligência à essas pessoas (CORREIA et al, 2012; SOUSA et al, 2010).

A conscientização da sociedade a respeito da violência a qualifica como uma violação contra os direitos humanos e para compreender os motivos e fatores que estão por trás dessa violência é preciso conhecer as relações sociais e sobre qual contexto essas relações são produzidas (BRASIL, 2014).

Para isso, é necessário que se conheça os fatores de risco associados ao favorecimento dessa violência, como a relação diferente de poder entre a vítima e o agressor, idoso com comportamento difícil ou com fatores que estressam o cuidador, como alteração no sono, incontinência fecal ou urinária (MINAYO, 2005a).

2.3 CONHECER O AGRESSOR

Aproximadamente seis milhões de pessoas morreram desde o ano 2000, vítimas de atos de violência interpessoal, no entanto, é mais comum que esse tipo de violência não seja fatal, o que gera consequências sociais e de saúde, e podem ser graves e permanentes, como a incapacitação, depressão, consumo abusivo de álcool e drogas, bem como doenças crônicas e infecciosas. A violência afeta os sistemas de saúde, justiça criminal, serviço social e estrutura econômica das comunidades (WHO, 2014).

De acordo com Neves et al (2017), agressor é quem utiliza ações agressivas contra o próximo, a fim de causar um dano físico ou psicológico, sendo a vítima supostamente mais fraca que o agressor. Já o dicionário “online” de português (Agressor, 2019), define agressor como quem ataca, agride e é provocador.

Segundo Silva e Dias (2016a), são escassos os estudos que pesquisam especificamente a figura do agressor de idosos na família. Pesquisas feitas em diversas partes do mundo, revelaram que em torno de 2/3 dos agressores são filhos e cônjuges. O perfil do agressor demonstra o predomínio de algumas circunstâncias: (MINAYO, 2005b; 2008; MINAYO; SOUZA; PAULA, 2010).

- Mora na mesma casa que a vítima;
- Filho (a) dependente financeiramente de seus pais idosos ou o idoso depende dele;
- Familiar que responde pela manutenção do idoso sem renda própria e suficiente;
- Dependente de álcool ou drogas ou alguém que pune o idoso usuário dessas substâncias;
- Alguém que se vinga do idoso que com ele mantinha vínculos afetivos frouxos, que abandonou a família ou foi muito agressivo e violento no passado;
- Cuidador com problema de isolamento social ou de transtornos mentais;
- Histórico de violência na família;
- O atual agressor ter sofrido, ou ainda sofrer, agressões por parte do idoso, que pode o levar a descarregar no idoso sentimentos de ambivalência, inadequação, inferioridade e cansaço

Estudo demonstrou que foram diversos os motivos que levaram os participantes a cometerem a violência, mas que eles não se enxergam como agressores em potencial, talvez por não entenderem o que seria agressão, pois a maioria fez parte de um ambiente e contexto de violência e aprendeu a relacionar-se reproduzindo a violência sofrida. Entre as motivações,

foi bem evidente o uso abusivo de álcool, bem como a proximidade física e a dependência financeira do agressor em relação ao idoso. Além disso, houve a existência de conflitos que se potencializaram na velhice e o fato do idoso contribuir para a geração da violência, devido às exigências que faz, impaciência ou por uma possível demência ou doença mental que não é compreendido pelos familiares (SILVA; DIAS, 2016a).

A violência contra o idoso é complexa e pode ser causada por um ou mais fatores, porém, pode ser uma resposta a uma situação, ou comportamento gerado pelo próprio idoso. Portanto, é preciso uma reflexão aprofundada sobre a atitude do agressor para averiguar todos os ângulos da questão e não acusar erroneamente apenas o familiar ou cuidador (SILVA; DIAS, 2015).

Os abusos contra os idosos se configura pelo convívio entre diferentes gerações, problema de superlotação nos domicílios e problemas financeiros, entre outros, somados ao estigma social que acredita que velhice é decadência e os idosos são vistos como ultrapassados e descartáveis. Essa situação de preconceito precisa ser extinta, através de campanhas educativas e políticas públicas eficientes. Por isso, é preciso implementar campanhas sobre o processo de envelhecimento nas famílias, comunidades, escolas e mídias, tendo em vista o número crescente de idosos no país (SILVA; DIAS, 2016b).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar os fatores associados à violência contra idosos brasileiros segundo o tipo de agressor.

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a prevalência de violência por agressores conhecidos e desconhecidos entre os idosos brasileiros;
- Descrever as variáveis socioeconômicas, demográfica e de morbidade dos idosos estudados;
- Analisar a associação entre as variáveis socioeconômicas, demográficas e de morbidade e a violência contra idosos no Brasil, segundo o tipo de agressor.
- Descrever espacialmente a prevalência da violência contra idosos por estados e verificar a relação com o tipo de agressor.

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo de corte transversal de base populacional com dados secundários.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra probabilística por conglomerado foi composta por indivíduos com 60 anos ou mais de idade entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) no ano de 2013, no Brasil, um total de 11.697 pessoas.

4.3 FONTE DE DADOS E PLANO AMOSTRAL

A PNS é uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE em parceria com o Ministério da Saúde e se constitui na mais completa pesquisa de saúde e seus determinantes, integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) (IBGE, 2013).

O plano amostral aplicado foi amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das unidades primárias. Os setores censitários ou conjunto de setores formam as unidades primárias de amostragem (UPAs), os domicílios são as unidades secundárias de estágio e os moradores com 18 anos ou mais de idade definem as unidades terciárias de estágio. Entre cada residência selecionada, um indivíduo com 18 anos ou mais de idade foi selecionado para responder ao questionário específico, também por amostragem aleatória simples, da lista de moradores elaborada no momento da entrevista, sendo uma parte específica para moradores com 60 anos ou mais (IBGE, 2013).

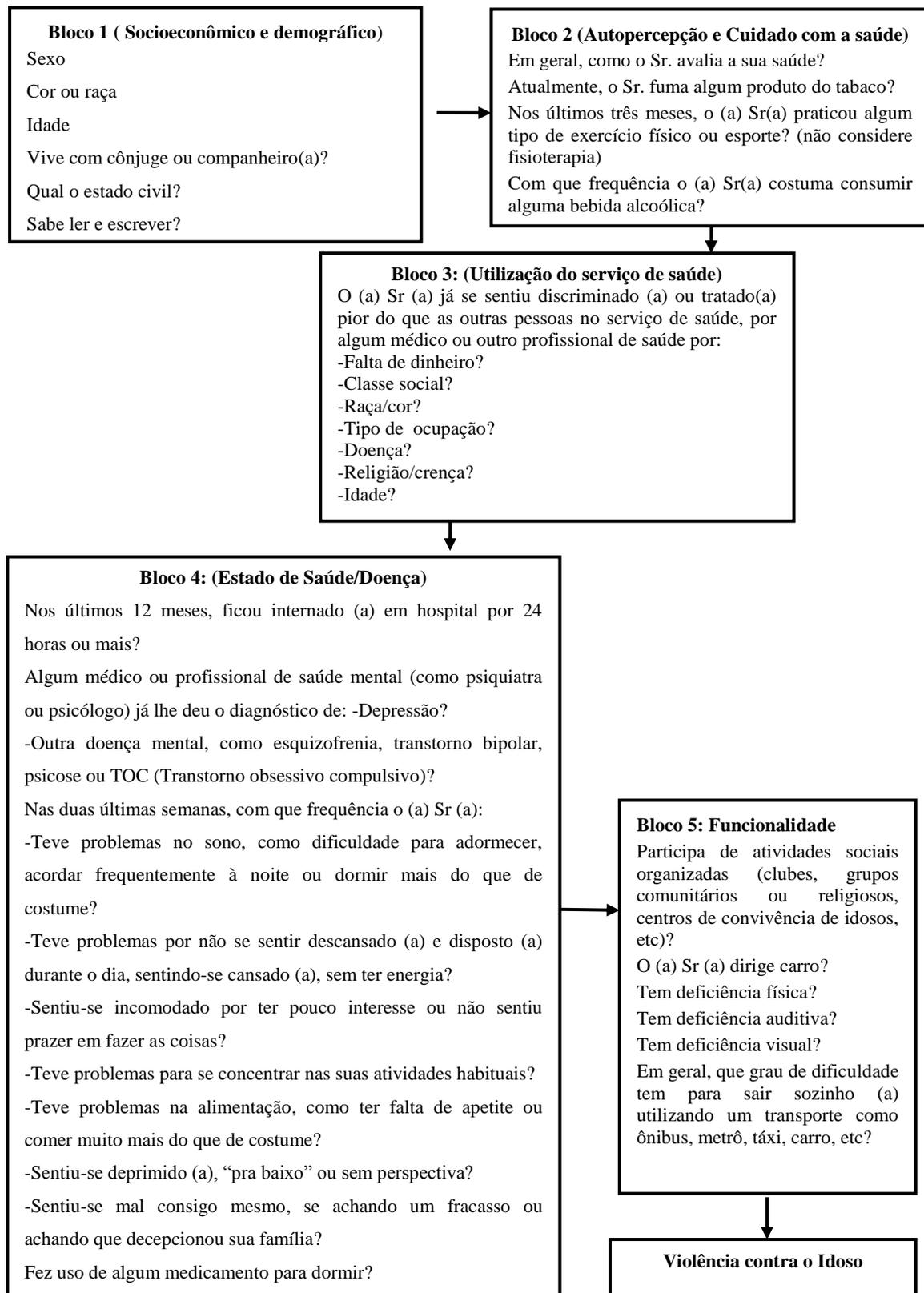
Todos os participantes da coleta de informações, supervisores e coordenadores da PNS foram treinados para compreender detalhadamente toda a pesquisa. As entrevistas foram realizadas utilizando-se o PDA (*Personal Digital Assistance*), computador de mão programado adequadamente para processos de crítica das variáveis (IBGE, 2013). Foi selecionado nesse estudo a parte do questionário individual específica para indivíduos com idade igual ou maior de 60 anos. O questionário e detalhes do plano amostral da PNS encontra-se disponível online no endereço: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default_microdados.shtm.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.4.1 Variáveis Independentes

As variáveis independentes estão descritas na Figura 1, divididas em blocos, segundo o modelo hierarquizado.

Figura 1- Variáveis independentes e classificação segundo o modelo hierarquizado



Fonte: Elaborado pela autora

4.4.2 Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes foram: a) violência por agressor conhecido e; b) violência por agressor desconhecido. Essas variáveis foram compostas por duas perguntas: “Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) sofreu alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida (como bandido, policial, assaltante etc.)?” e “Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) sofreu alguma violência ou agressão de pessoa conhecida (como pai, mãe, filho(a), cônjuge, parceiro(a), namorado(a), amigo(a), vizinho(a))?”

4.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise estatística foi realizada por meio do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.

4.5.1 Análise Descritiva

Foi realizada uma análise descritiva por meio de tabela de frequência e de medida de tendência central para a variável quantitativa “idade”, sendo calculado o intervalo de confiança (IC) de 95%.

4.5.2 Análise De Associação

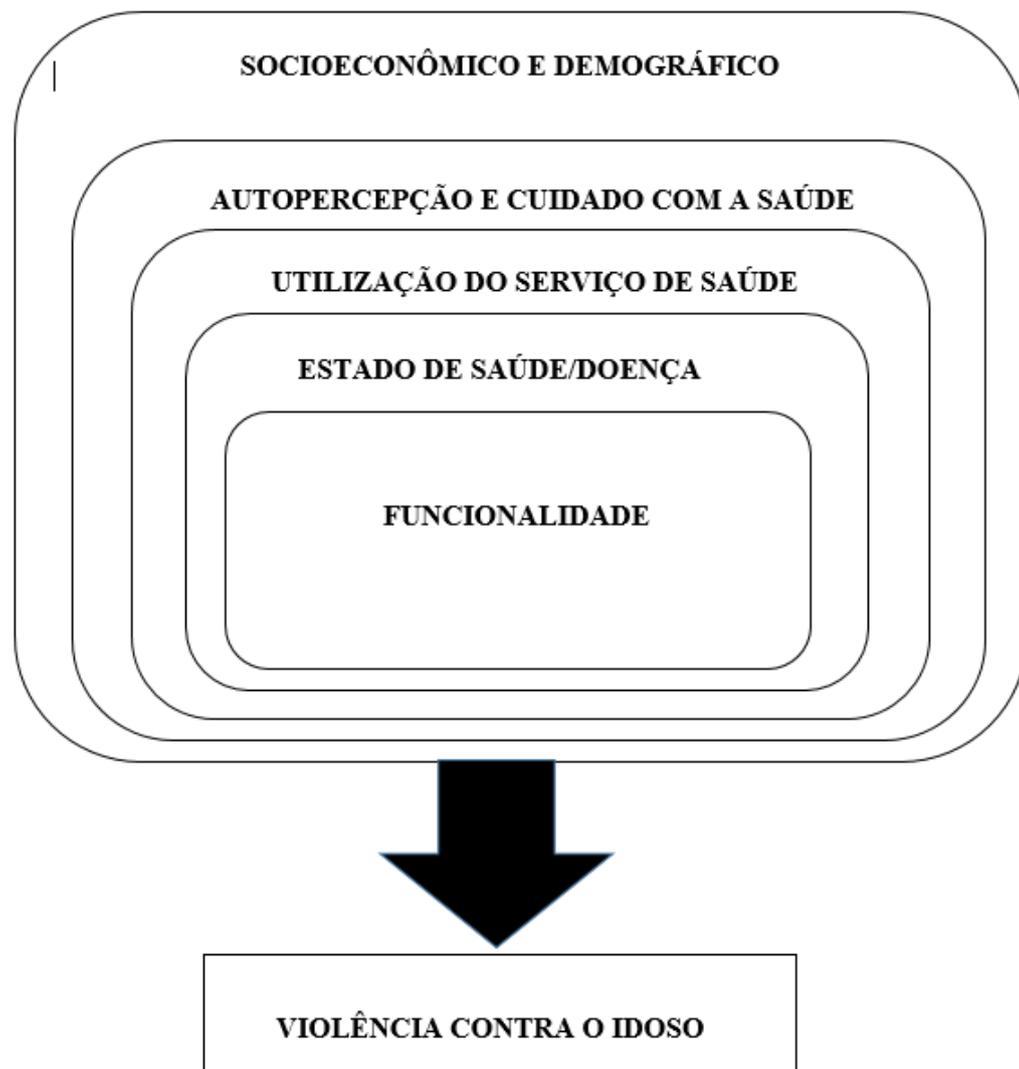
Para associação das variáveis dependentes com as variáveis independentes utilizou-se duas abordagens estatísticas. Inicialmente empregando-se o teste de Qui-Quadrado com correção de Rao-Scott para amostras complexas. O nível de significância foi de 5%, e foram considerados os valores de resíduos padronizados $> 1,96$. Na segunda abordagem utilizou-se modelos simples e múltiplos de regressão logística multinomial, a partir do pressuposto da abordagem hierarquizada de Victora, et al (1997). (Figura 2). A categoria de referência da variável dependente foi não ter sofrido violência e o valor da associação foi expresso pela Odds Ratio (OR), e respectivos intervalos de confiança de 95% (SNIJDERS; BOSKER, 1999).

Inicialmente foi realizada a análise simples nos blocos socioeconômicos e demográficos, autopercepção e cuidado com a saúde, utilização do serviço de saúde, estado de saúde/doença e funcionalidade. Na análise simples foram eletivas para análise múltipla as variáveis com $p < 0,25$ (HOSMER; LEMESHOW, 2000). Ao final, as variáveis com $p < 0,05$

permaneceram no modelo final de cada bloco e foram consideradas fatores de ajuste para os blocos subsequentes. Todas as análises foram realizadas considerando-se os pesos e estratos amostrais contidos no banco de dados da PNS.

Este é um estudo sobre fatores associados à ocorrência de violência em idosos e suas inter-relações, sob a perspectiva de análises hierarquizadas. Esse tipo de análise baseia-se em modelos conceituais de explicação das associações, o que pode contribuir para elucidar mecanismos até então pouco explorados, como a intermediação de efeitos entre esses fatores (por exemplo, entre fatores socioeconômicos e de utilização do serviço de saúde, limitações físicas e autonomia) (PUENTE-PALACIOS, 2009).

Figura 2 - Modelo de análise da violência contra idosos brasileiros, 2019.



Fonte: elaborado pela autora

4.5.3 Análise Espacial

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

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o parecer de número 328.159, em 26 de junho de 2013 (ANEXO A). Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) dos participantes da pesquisa foram firmados nos computadores de mão dos entrevistadores.

5 RESULTADOS

Dentre a amostra estudada, 97,1% dos idosos afirmaram não ter sofrido nenhum tipo de violência, enquanto 1,7% relataram ter sofrido violência por pessoa desconhecida e 1,3% violência por pessoa conhecida.

Observa-se que cor ou raça, idade e saber ler e escrever estão associadas à violência por pessoa desconhecida. Existe um excesso de indivíduos brancos, < 68 anos e que sabe ler e escrever entre os que sofreram esse tipo de violência (Tabela 1).

Tabela 1- Associação dos fatores socioeconômicos e demográficos relacionados à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil – 2013. (continua)

	Sem violência %Linha/ %Coluna	Desconhecida %Linha / %Coluna	Conhecida %Linha / %Coluna	Total %Linha / %Coluna	Valor-p
Sexo					0,567
Masculino	97,4 / 39,8	1,5 / 35,1	1,2 / 36,8	100 / 39,6	
Feminino	96,9 / 60,2	1,8 / 64,9	1,3 / 63,2	100 / 60,4	
Cor ou raça					^a 0,044
Branca	96,7 / 54,3	^b 2,0 / 66,6	1,3 / 55,5	100 / 54,6	
Preta	^b 98,2 / 9,0	0,7 / 3,9	1,1 / 7,4	100 / 8,9	
Amarela e Indígena	97,3 / 1,5	2,7 / 2,4	0,1 / 0,1	100 / 1,5	
Parda	97,4 / 35,2	1,3 / 27,1	1,3 / 37,0	100 / 35,1	
Idade					^a 0,028
<68 anos	96,5 / 50,4	^b 2,1 / 63,8	1,4 / 56,6	100 / 50,7	
>68 anos	^b 97,7 / 49,6	1,2 / 36,2	1,1 / 43,4	100 / 49,3	
Vive com cônjuge ou companheiro(a)?					0,162
Sim	97,4 / 46,0	1,7 / 45,8	1,0 / 34,7	100 / 45,8	
Não	96,8 / 54,0	1,7 / 54,2	1,5 / 65,3	100 / 54,2	
Qual o estado civil?					0,530
Casado (a)	97,2 / 44,4	1,8 / 46,8	1,0 / 34,8	100 / 44,3	
Separado(a) ou desquitado (a) judicialmente	96,6 / 3,8	2,0 / 4,5	1,4 / 4,4	100 / 3,8	
Divorciado (a)	95,9 / 5,7	2,1 / 7,3	2,0 / 9,2	100 / 5,8	
Viúvo (a)	97,4 / 32,8	1,4 / 26,5	1,3 / 32,6	100 / 32,7	
Solteiro(a)	96,4 / 13,3	1,9 / 14,9	1,8 / 18,9	100 / 13,4	

Tabela 1- Associação dos fatores socioeconômicos e demográficos relacionados à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil – 2013. (conclusão)

	Sem violência %Linha/ %Coluna	Desconhecida %Linha / %Coluna	Conhecida %Linha / %Coluna	Total %Linha / %Coluna	Valor-p
Sabe ler e escrever?					^a <0,001
Sim	96,8 / 77,1	2,0 / 91,9 ^b	1,3 / 77,7	100 / 77,4	
Não	98,2 / 22,9 ^b	0,6 / 8,1	1,2 / 22,3	100 / 22,6	
TOTAL	100	100	100	100	

^a -Teste de Rao – Scott<0,05 ^b -Resíduo padronizado>1,96

Fonte: Elaborado pela autora.

A forma de avaliar a saúde, fumar e praticar algum tipo de exercício estão associados à violência. Houve excesso de violência por pessoa conhecida entre os idosos que consideraram a saúde muito ruim ou ruim e afirmaram fumar diariamente e de violência por pessoa desconhecida entre os que praticaram algum tipo de exercício físico ou esporte (Tabela 2).

Tabela 2- Associação da autopercepção e cuidado com a saúde relacionado à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil - 2013. (continua)

	Sem violência %Linha / %Coluna	Desconhecida %Linha / %Coluna	Conhecida %Linha / %Coluna	Total %Linha / %Coluna	Valor-p
Avaliação da saúde					^a 0,026
Muito boa ou boa	97,1/45,6	1,8/ 48,1	1,2/ 42,9	100 / 45,6	
Regular	97,4 / 42,6	1,6 / 41,5	1,0 / 32,6	100 / 42,4	
Muito Ruim ou ruim	96,0 / 11,9	1,4 / 10,3	2,6 / 24,5 ^b	100 / 12,0	
Fuma ?					^a <0,001
Sim, diariamente	95,5 / 10,8	2,1 / 13,7	2,4 / 20,7 ^b	100 / 10,9	
Sim, menos que diariamente	92,1 / 1,4	3,8/ 3,3	4,1 / 4,7	100 / 1,4	
Não fumo atualmente	97,3 / 87,9 ^b	1,6 / 83,0	1,1 / 74,6	100 / 87,6	

Tabela 2- Associação da autopercepção e cuidado com a saúde relacionado à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil - 2013. (conclusão)

	Sem violência %Linha / %Coluna	Desconhecida %Linha / %Coluna	Conhecida %Linha / %Coluna	Total %Linha / %Coluna	Valor-p
Nos últimos três meses, o (a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia)					0,047 ^a
Sim	96,2 / 22,4	2,5 / 33,3 ^b	1,4 / 24,2	100 / 22,6	
Não	97,3 / 77,6	1,4 / 66,7	1,2 / 75,8	100 / 77,4	
Com que frequência o (a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?					0,864
Não bebo nunca	97,2 / 76,3	1,6 / 75,3	1,2 / 70,9	100 / 76,2	
Menos de uma vez por mês	96,5 / 8,6	1,9 / 9,7	1,7 / 11,3	100 / 8,7	
Uma vez ou mais por mês	96,9 / 15,1	1,7 / 15,0	1,5 / 17,8	100 / 15,1	
TOTAL	100	100	100	100	

^a -Teste de Rao – Scott<0,05 ^b -Resíduo padronizado>1,96

Fonte: Elaborado pela autora.

Sentir-se discriminado (a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por falta de dinheiro, classe social, tipo de ocupação, tipo de doença, religião/crença e idade estão associadas à violência, tendo em vista que não ter sido discriminado por esses motivos foi proteção para não sofrer ambos os tipos de violência (Tabela 3).

Tabela 3- Associação da utilização do serviço de saúde relacionado à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil - 2013.

	Sem violência	Desconhecida	Conhecida	Total	Valor-p
	%Linha / %Coluna	%Linha / %Coluna	%Linha / %Coluna	%Linha / %Coluna	
Discriminação no serviço de saúde por médico ou outro profissional de saúde por:					^a 0,007
Motivo de falta de dinheiro?					
Sim	93,6 / 4,1	3,7 / 9,5	2,7 / 9,3	100 / 4,3	
Não	^b 97,2 / 95,9	1,6 / 90,5	1,2 / 90,7	100 / 95,7	
Motivo de classe social?					^a 0,002
Sim	93,1 / 3,9	4,3 / 10,5	2,5 / 8,1	100 / 4,0	
Não	^b 97,2 / 96,1	1,6 / 89,5	1,2 / 91,9	100 / 96	
Motivo de raça/cor?					0,077
Sim	95,6 / 0,8	4,3 / 2,2	0,1 / 0,0	100 / 0,9	
Não	97,1 / 99,2	1,6 / 97,8	1,3 / 100,0	100 / 99,1	
Tipo de ocupação?					^a 0,017
Sim	92,6 / 0,9	5,5 / 3,1	1,8 / 1,4	100 / 0,9	
Não	97,1 / 99,1	1,6 / 96,9	1,3 / 98,6	100 / 99,1	
Tipo de doença?					^a <0,001
Sim	90,3 / 1,4	5,5 / 5,0	4,2 / 5,1	100 / 1,5	
Não	^b 97,2 / 98,6	1,6 / 95,0	1,2 / 94,9	100 / 98,5	
Por religião/crença?					^a 0,010
Sim	92,6 / 0,5	0,6 / 0,2	6,9 / 3,1	100 / 0,6	
Não	97,1 / 99,5	1,7 / 99,8	1,2 / 96,9	100 / 99,4	
Idade?					^a 0,027
Sim	93,4 / 2,7	4,3 / 7,3	2,4 / 5,3	100 / 2,8	
Não	97,2 / 97,3	1,6 / 92,7	1,2 / 94,7	100 / 97,2	

TOTAL	100	100	100	100	
--------------	-----	-----	-----	-----	--

^a -Teste de Rao – Scott<0,05 ^b -Resíduo padronizado>1,96

Fonte: Elaborado pela autora.

Todas as variáveis do estado de saúde/doença estão associadas à violência, dentre elas houve excesso para violência por pessoa conhecida em quem tem depressão, problemas no sono (quase todos os dias), problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia (em menos da metade dos dias e em quase todos os dias), se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas (em mais da metade dos dias), teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais (em mais da metade dos dias), teve problemas na alimentação (quase todos os dias), se sentiu deprimido(a), “pra baixo”, ou sem perspectiva (em menos da metade dos dias e em quase todos os dias), se sentiu mal consigo mesmo (em menos da metade dos dias e em quase todos os dias) e fez uso de medicamento para dormir (Tabela 4).

Tabela 4- Associação do Estado de saúde/ doença relacionado à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil - 2013. (continua)

	Sem violência %Linha/ %Coluna	Desconhecida %Linha / %Coluna	Conhecida %Linha/ %Coluna	Total %Linha / %Coluna	Valor-p
Internação por 24 horas ou mais					^a 0,020
Sim	96,4 / 10,6	1,2 / 8,0	2,3/ 19,7	100 / 10,6	
Não	97,2 / 89,4	1,7 / 92,0	1,1 / 80,3	100 / 89,4	
Diagnóstico de: Depressão?					^a 0,003
Sim	94,5 / 9,8	2,9 / 17,7	2,6 / 20,3 ^b	100 / 10,0	
Não	97,4 / 90,2 ^b	1,5 / 82,3	1,1 / 79,7	100 / 90,0	
Outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC?					^a 0,030
Sim	94,5 / 0,7	1,3 / 0,6	4,1 / 2,4	100 / 0,7	
Não	97,1 / 99,3	1,7 / 99,4	1,2 / 97,6	100 / 99,3	

Tabela 4- Associação do Estado de saúde/ doença relacionado à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil - 2013. (continua)

	Sem violência %Linha/ %Coluna	Desconhecida %Linha / %Coluna	Conhecida %Linha/ %Coluna	Total %Linha / %Coluna	Valor-p
Nenhum dia	^b 97,8 / 66,0	1,3 / 51,2	0,9 / 45,0	100 / 65,5	
Menos da metade dos dias	95,7 / 14,8	2,3 / 20,4	2,0 / 23,8	100 / 15,1	
Mais da metade dos dias	96,0 / 6,8	2,7/ 11,2	1,2 / 6,8	100 / 6,9	
Quase todos os dias	95,3 / 12,3	2,3 / 17,1	^b 2,5 / 24,4	100 / 12,5	
Teve problemas por não se sentir descansado (a) e disposto (a) durante o dia?					^a <0,001
Nenhum dia	^b 97,7 / 71,8	1,4 / 61,2	0,8 / 46,9	100 / 71,3	
Menos da metade dos dias	95,7 / 16,4	2,0 / 19,7	^b 2,3 / 30,2	100 / 16,6	
Mais da metade dos dias	94,4 / 5,1	3,5 / 11,2	2,1/ 8,6	100/ 5,3	
Quase todos os dias	95,4 / 6,6	1,9 / 7,9	^b 2,7 / 14,3	100 / 6,7	
Se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?					^a <0,001
Nenhum dia	^b 97,6 / 77,9	1,5 / 68,6	0,9/ 57,9	100 / 77,5	
Menos da metade dos dias	96,1 / 13,4	2,0 / 16,2	1,9 / 20,0	100 / 13,5	
Mais da metade dos dias	91,0/ 3,7	5,3 / 12,6	^b 3,7 / 11,4	100 / 3,9	
Quase todos os dias	96,5 / 5,1	0,8 / 2,6	2,6/ 10,7	100 / 5,1	

Tabela 4- Associação do Estado de saúde/ doença relacionado à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil - 2013. (continua)

	Sem violência	Desconhecida	Conhecida	Total	Valor-p
	%Linha/ %Coluna	%Linha / %Coluna	%Linha/ %Coluna	%Linha / %Coluna	
Nenhum dia	^b 97,4/ 82,8	1,5/ 76,4	1,0 / 66,8	100 / 82,5	^a 0,005
Menos da metade dos dias	95,3 / 9,8	3,0 / 18,3	1,7 / 13,2	100 / 10,0	
Mais da metade dos dias	95,1 / 3,3	0,7 / 1,5	^b 4,1 / 11,2	100 / 3,4	
Quase todos os dias	95,8 / 4,1	1,5 / 3,8	2,7 / 8,9	100 / 4,1	
Teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?					
Nenhum dia	^b 97,3 / 82,0	1,7 / 82,1	1,0 / 63,8	100 / 81,7	^a <0,001
Menos da metade dos dias	96,6 / 10,0	1,1 / 6,3	2,3 / 18,5	100 / 10,0	
Mais da metade dos dias	96,0/ 4,1	1,8 / 4,5	2,1 / 7,0	100 / 4,1	
Quase todos os dias	93,9 / 4,0	2,8 / 7,0	^b 3,3 / 10,8	100 / 4,1	
Se sentiu deprimido (a), “pra baixo” ou sem perspectiva?					
Nenhum dia	^b 97,6 / 76,1	1,6/ 74,7	0,7 / 44,2	100 / 75,7	^a <0,001
Menos da metade dos dias	96,0/ 14,4	1,4 / 11,9	^b 2,7 / 30,8	100 / 14,5	
Mais da metade dos dias	94,8 / 4,5	2,8 / 7,7	2,4 / 8,8	100 / 4,6	
Quase todos os dias	94,2 / 5,0	1,8/ 5,7	^b 4,0 / 16,2	100 / 5,2	

Tabela 4- Associação do Estado de saúde/ doença relacionado à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil - 2013. (conclusão)

	Sem violência %Linha / %Coluna	Desconhecida %Linha / %Coluna	Conhecida %Linha / %Coluna	Total %Linha / %Coluna	Valor-p
Se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?					^a <0,001
Nenhum dia	^b 97,6 / 88,2	1,5 / 80,3	0,9 / 60,5	100 / 87,7	
Menos da metade dos dias	93,6 / 7,8	2,2 / 10,5	^b 4,2 / 26,9	100 / 8,1	
Mais da metade dos dias	95,1 / 2,0	3,7 / 4,5	1,2 / 1,9	100 / 2,0	
Quase todos os dias	90,1 / 2,0	3,6 / 4,6	^b 6,3 / 10,8	100 / 2,1	
Fez uso de algum medicamento para dormir?					^a 0,018
Sim	95,5 / 14,8	2,2 / 20,0	^b 2,2 / 26,6	100 / 15,0	
Não	^b 97,3 / 85,2	1,6 / 80,0	1,1 / 73,4	100 / 85,0	
TOTAL	100	100	100	100	

^a -Teste de Rao – Scott<0,05 ^b -Resíduo padronizado>1,96

Fonte: Elaborado pela autora.

As atividades de funcionalidade foram associadas à violência por pessoa desconhecida, com excesso para quem dirige carro e tem pequena dificuldade ou não tem dificuldade para sair sozinho(a) utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc (Tabela 5).

Tabela 5- Associação das atividades de funcionalidade relacionada à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil - 2013. (continua)

	Sem violência	Desconhecida	Conhecida	Total	Valor-p
	%Linha / %Coluna	%Linha / %Coluna	%Linha / %Coluna	%Linha / %Coluna	
Participa de atividades sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de convivência de idosos, etc)?					0,020 ^a
Sim	96,0 / 26,0	2,3 / 36,1	1,7 / 35,5	100 / 26,3	
Não	97,5 / 74,0 ^b	1,4 / 63,9	1,1 / 64,5	100 / 73,7	
O (a) Sr (a) dirige carro?					0,002 ^a
Sim	96,3 / 25,3	2,7 / 41,0 ^b	1,1 / 21,6	100 / 25,5	
Não	97,4 / 74,7 ^b	1,3 / 59,0	1,3 / 78,4	100 / 74,5	
Tem deficiência física?					0,045 ^a
Sim	94,6 / 3,5	4,6 / 9,9	0,8 / 2,2	100 / 3,6	
Não	97,2 / 96,5	1,6 / 90,1	1,3 / 97,8	100 / 96,4	
Tem deficiência auditiva?					0,068
Sim	95,2 / 8,3	2,7 / 13,6	2,2 / 14,4	100 / 8,4	
Não	97,2 / 91,7	1,6 / 86,4	1,2 / 85,6	100 / 91,6	
Tem deficiência visual?					0,388
Sim	96,8 / 13,6	1,5 / 12,4	1,7 / 18,6	100 / 13,6	
Não	97,1 / 86,4	1,7 / 87,6	1,2 / 81,4	100 / 86,4	

Tabela 5 – Associação das atividades de funcionalidade relacionada à violência contra idosos por pessoa desconhecida e conhecida, Brasil - 2013. (conclusão)

Grau de dificuldade para sair sozinho (a) utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc?	Sem violência	Desconhecida	Conhecida	Total	Valor-p ^a 0,003
	%Linha / %Coluna	%Linha / %Coluna	%Linha / %Coluna	%Linha / %Coluna	
	Não consegue	99,1 / 8,0 ^b	0,3 / 1,6	0,6 / 3,7	
Tem grande dificuldade	97,7 / 5,1	0,7 / 2,2	1,6 / 6,4	100 / 5,1	
Tem pequena dificuldade ou não tem dificuldade	96,9 / 86,9	1,8 / 96,1 ^b	1,3 / 89,9	100 / 87,1	
TOTAL	100	100	100	100	

^a -Teste de Rao – Scott<0,05 ^b -Resíduo padronizado>1,96

Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados das análises de regressão logística multinomial simples de acordo com cada bloco de fatores associados estudados estão nas Tabelas 6, 7, 8, 9 e 10. A categoria “Sem violência” foi considerada como referência da variável dependente.

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

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

Tabela 6- Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis socioeconômicas e demográficas, Brasil- 2013.

	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Sexo					0,571
Masculino	1		1		
Feminino	1,22	0,81~1,83	1,13	0,70~1,83	
Cor ou raça					0,003*
Preta	1		1		
Branca	2,83	1,42~5,65 ^b	1,24	0,59~2,63	
Amarela e Indígena	3,69	0,87~15,60	0,07	0,01~0,56	
Parda	1,78	0,88~3,60	1,28	0,60~2,72	
Idade					0,030*
>68 anos	1		1		
<68 anos	1,73	1,12~2,68 ^b	1,28	0,79~2,09	
Vive com cônjuge ou companheiro?					0,134*
Sim	1		1		
Não	1,01	0,65~1,54	1,60	1,00~2,54	
Qual o estado civil?					0,454
Viúvo (a)	1		1		
Casado (a)	1,30	0,77~2,20	0,79	0,43~1,45	
Separado(a) ou desquitado (a) judicialmente	1,46	0,66~3,23	1,15	0,44~2,98	
Divorciado (a)	1,56	0,71~3,42	1,61	0,72~3,63	
Solteiro(a)	1,38	0,60~3,21	1,43	0,69~2,98	
Sabe ler e escrever?					<0,001 *
Não	1		1		
Sim	3,36	1,97~5,75 ^b	1,03	0,63~1,69	

Legenda: Regressão logística multinomial simples; Razão de chances (OR); Intervalo de confiança (IC95%); *
b

p<0,25; ^b categoria da variável com p<0,05.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise do Bloco 2, após ajuste das variáveis do Bloco 1, na variável avaliação da saúde (categoria de referência “muito boa ou boa”), os que avaliaram a saúde “muito ruim ou

ruim” tiveram 2,39 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida; fumar algum produto de tabaco (categoria de referência “não fumo atualmente”), os que fumavam diariamente tiveram 2,17 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida e os que fumavam menos que diariamente, aproximadamente 4 vezes mais chances de sofrer esse mesmo tipo de violência (Tabela 7).

Tabela 7- Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis de autopercepção e cuidado com a saúde, Brasil- 2013.

	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Avaliação da saúde					0,018*
Muito boa ou boa	1		1		
Regular	0,92	0,58~1,46	0,81	0,50~1,33	
Muito Ruim ou ruim	0,83	0,38~1,77	2,19	1,24~3,86 ^b	
Fuma?					0,007*
Não fumo atualmente	1		1		
Sim, diariamente	1,35	0,68~2,70	2,27	1,28~4,00 ^b	
Sim, menos que diariamente	2,54	0,75~8,63	4,04	1,19~13,6 ^b	
Nos últimos três meses, o (a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?					0,058*
Não	1		1		
Sim	1,73	1,10~2,72 ^b	1,11	0,64~1,90	
O (a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?					0,870
Não bebo nunca	1		1		
Menos de uma vez por mês	1,13	0,54~2,38	1,41	0,64~3,13	
Uma vez ou mais por mês	1,01	0,57~1,77	1,27	0,70~2,29	

Legenda: Regressão logística multinomial simples; Razão de chances (OR); Intervalo de confiança (IC95%); *
^b
 $p < 0,25$; categoria da variável com $p < 0,05$.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise do Bloco 3, após ajuste das variáveis dos Blocos 1 e 2, as variáveis de discriminação no serviço de saúde: por tipo de doença, tiveram 3,78 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida e 3 vezes por pessoa conhecida, comparado aos que não sofreram. Já a discriminação por religião/crença gerou 6 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida em relação aos que negaram ter sofrido (Tabela 8).

Tabela 8- Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis de utilização do serviço saúde, Brasil- 2013. (continua)

	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Discriminação no serviço de saúde por médico ou outro profissional de saúde por:					
Motivo de falta de dinheiro?					0,007*
Não	1		1		
Sim	2,44	1,09~5,45 ^b	2,36	1,15~4,84 ^b	
Motivo de classe social?					0,005*
Não	1		1		
Sim	2,90	1,32~6,35 ^b	2,19	1,01~4,75 ^b	
Motivo de raça/cor?					0,003*
Não	1		1		
Sim	2,67	0,75~9,56	0,05	0,01~0,36 ^b	
Tipo de ocupação?					0,052*
Não	1		1		
Sim	3,58	1,25~10,20 ^b	1,53	0,40~5,90	
Tipo de doença?					0,001*
Não	1		1		
Sim	3,68	1,52~8,92 ^b	3,73	1,37~10,1 ^b	

Tabela 8 - Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis de utilização do serviço saúde, Brasil- 2013. (conclusão)

	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Por religião/crença?					0,043*
Não	1		1		
Sim	0,35	0,05~2,62	5,85	1,23~27,75 b	
Idade?					0,045*
Não	1		1		
Sim	2,81	1,06~7,44 b	2,00	0,79~5,09	

Legenda: Regressão logística multinomial simples; Razão de chances (OR); Intervalo de confiança (IC95%); *
^b
^b p<0,25; ^b categoria da variável com p<0,05.

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao analisar o Bloco 4, após ajuste das variáveis dos Blocos 1, 2 e 3, quem teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume (categoria de referência “nenhum dia”), “quase todos os dias” teve 1,83 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida. Quem se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas (categoria de referência “nenhum dia”), mais da metade dos dias teve 3,43 vezes mais chances de sofrer violência desconhecida.

Já o idoso que se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família (categoria de referência “nenhum dia”), em “menos da metade dos dias” teve 3,87 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida e em “quase todos os dias”, 5,14 vezes mais chances desse tipo de violência (Tabela 9).

Tabela 9- Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis de estado saúde/doença, Brasil- 2013. (continua)

	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Internação?					0,033*
Não	1		1		
Sim	0,73	0,38~1,39	2,07	1,15~3,75 b	
Depressão?					0,002*
Não	1		1		

Sim	1,98	1,03~3,81	2,35	1,33~4,15
-----	------	-----------	------	-----------

Tabela 9 - Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis de estado saúde/doença, Brasil- 2013. (continua)

	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC?					0,087*
Não	1		1		
Sim	0,81	0,22~3,00	3,43	1,12~10,46 ^b	
Nas duas últimas semanas:					<0,001*
Teve problemas no sono?					
Nenhum dia	1		1		
Menos da metade dos dias	1,77	1,03~3,05 ^b	2,36	1,20~4,61 ^b	
Mais da metade dos dias	2,12	0,87~5,16	1,46	0,74~2,90	
Quase todos os dias	1,80	0,94~3,44	2,91	1,73~4,90 ^b	
Teve problemas por não se sentir descansado (a) e disposto (a) durante o dia?					<0,001*
Nenhum dia	1		1		
Menos da metade dos dias	1,41	0,76~2,62	2,82	1,56~5,10 ^b	
Mais da metade dos dias	2,57	1,23~5,37 ^b	2,57	1,31~5,05 ^b	
Quase todos os dias	1,40	0,57~3,42	3,30	1,74~6,23 ^b	

Tabela 9 - Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis de estado saúde/doença, Brasil- 2013.

(continua)

	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?					<0,001*
Nenhum dia	1		1		
Menos da metade	1,38	0,81~2,33	2,01	1,02~3,96 b	
Mais da metade	3,89	1,62~9,35 b	4,20	2,15~8,15 b	
Quase todos os dias	0,58	0,26~1,27	2,83	1,37~5,86 b	
Teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?					<0,001*
Nenhum dia	1		1		
Menos da metade	2,02	0,99~4,10	1,67	0,92~3,06	
Mais da metade dos dias	0,49	0,20~1,19	4,14	2,10~8,18 b	
Quase todos os dias	1,00	0,48~2,10	2,70	1,31~5,57 b	
Teve problemas na alimentação?					<0,001*
Nenhum dia	1		1		
Menos da metade	0,64	0,34~1,18	2,38	1,31~4,32 b	
Mais da metade	1,11	0,31~3,97	2,20	1,02~4,74 b	
Quase todos os dias	1,74	0,62~4,86	3,45	1,85~6,43 b	

Tabela 9 - Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis de estado saúde/doença, Brasil- 2013. (conclusão)

	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Se sentiu deprimido (a), “pra baixo” ou sem perspectiva?					<0,001*
Nenhum dia	1		1		
Menos da metade dos dias	0,84	0,43~1,63	3,69	2,11~6,47 b	
Mais da metade dos dias	1,74	0,73~4,18	3,36	1,45~7,82 b	
Quase todos os dias	1,16	0,39~3,49	5,57	2,95~10,51 b	
Se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?					<0,001*
Nenhum dia	1		1		
Menos da metade dos dias	1,48	0,71~3,10	5,04	2,94~8,63 b	
Mais da metade dos dias	2,48	0,68~9,08	1,40	0,53~3,68	
Quase todos os dias	2,57	0,69~9,58	7,90	3,72~16,75 b	
Fez uso de algum medicamento para dormir?					0,007*
Não	1		1		
Sim	1,44	0,78~2,68	2,09	1,28~3,41 b	

Legenda: Regressão logística multinomial simples; Razão de chances (OR); Intervalo de confiança (IC95%); *
b

p<0,25; categoria da variável com p<0,05.

No último bloco, após os ajustes das variáveis com significância estatística dos blocos anteriores, quem tem deficiência física, em relação a quem não tem, teve 5,53 vezes mais

chance de sofrer violência por pessoa desconhecida. Os que apresentaram pequena dificuldade ou que não têm dificuldade para sair sozinho(a), utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro e etc (categoria de referência “não consegue”) tinham 6,46 vezes mais chance de sofrer violência por pessoa desconhecida e 3,13 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida (Tabela 10).

Tabela 10- Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis de funcionalidade, Brasil- 2013. (continua)

	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Participa de atividades sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de idosos, etc)?					0,022 *
Não	1		1		
Sim	1,61	1,03~2,52 ^b	1,56	0,97~2,51	
O (a) Sr (a) dirige carro?					0,004 *
Não	1		1		
Sim	2,05	1,32~3,17 ^b	0,81	0,48~1,36	
Tem deficiência física?					0,105*
Não	1		1		
Sim	3,05	0,97~9,57	0,62	0,21~1,80	
Tem deficiência auditiva?					0,067*
Não	1		1		
Sim	1,74	0,87~3,48	1,87	0,91~3,84	
Tem deficiência visual?					0,394
Não	1		1		
Sim	0,90	0,51~1,58	1,45	0,83~2,53	

Tabela 10 - Associação da violência ocorrida em pessoas idosas por pessoas conhecidas e desconhecidas com as variáveis de funcionalidade, Brasil- 2013. (conclusão)

	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Grau de dificuldade para sair sozinho (a) utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc?					0,006*
Não consegue grande dificuldade	1		1		
Tem pequena dificuldade ou não tem dificuldade	2,12	0,45~9,95	2,74	0,90~8,35	
	5,40	1,80~16,13 ^b	2,26	0,86~5,93	

Legenda: Regressão logística multinomial simples; Razão de chances (OR); Intervalo de confiança (IC95%); *

^b p<0,25; categoria da variável com p<0,05.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise de regressão logística simples, das 34 variáveis analisadas, 30 tiveram valores de $p < 0,25$ e foram testadas no modelo múltiplo. Ao final, 13 variáveis permaneceram com significância estatística, $p < 0,05$ (Tabela 11).

Tabela 11- Associação da violência ocorrida em idosos por pessoas conhecidas e desconhecidas com os cinco blocos de variáveis analisadas, segundo o modelo múltiplo de regressão logística multinomial. Brasil-2013. (continua)

	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Bloco 1: Fatores Socioeconômicos e demográficos^a					
Cor ou raça					0,010 *
Preta	1		1		
Branca	2,53	1,28~4,99†	1,34	0,63~2,86	
Amarela e Indígena	3,50	0,83~14,77	0,08	0,01~0,64†	
Parda	1,77	0,88~3,58	1,35	0,63~2,90	
Idade					0,038*
>68 anos	1		1		
<68 anos	1,68	1,07~2,64†	1,35	0,63~2,90	

Tabela 11- Associação da violência ocorrida em idosos por pessoas conhecidas e desconhecidas com os cinco blocos de variáveis analisadas, segundo o modelo múltiplo de regressão logística multinomial. Brasil-2013. (continua)

	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Não	1				
Sim	2,76	1,63~4,70†	1,01	0,61~1,70	
b					
Bloco 2: Fatores de Autopercepção e cuidado com a saúde					
Avaliação da saúde					0,020*
Muito boa ou boa	1		1		
Regular	1,13	0,70~1,83	0,88	0,53~1,44	
Muito Ruim ou ruim	1,21	0,55~2,65	2,39	1,29~4,43†	
Fuma algum produto do tabaco?					0,008*
Não fumo atualmente	1		1		
Sim, diariamente	1,51	0,76~3,00	2,17	1,21~3,89†	
Sim, menos que diariamente	2,63	0,78~8,83	4,09	1,18~14,19†	
c					
Bloco 3: Fatores de Utilização do serviço de saúde					
Discriminação no serviço de saúde por médico ou outro profissional de saúde por:					
Tipo de doença?					0,002*
Não	1		1		
Sim	3,78	1,37~10,48†	3,04	1,35~6,87†	
Motivo de raça/cor?					0,001*
Não	1		1		
Sim	3,22	0,75~13,77	0,02	0,00~0,18†	

Tabela 11- Associação da violência ocorrida em idosos por pessoas conhecidas e desconhecidas com os cinco blocos de variáveis analisadas, segundo o modelo múltiplo de regressão logística multinomial. Brasil-2013. (continua)

	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Por religião/crença?					0,006*
Não	1		1		
Sim	0,15	0,02~1,29	6,06	1,63~22,52	†
Bloco 4: Fatores de Estado de Saúde/Doença					
Nas duas últimas semanas:					
Teve problemas no sono?					0,026*
Nenhum dia	1		1		
Menos da metade dos dias	1,64	0,91~2,96	1,93	0,10~3,75	
Mais da metade dos dias	2,07	0,81~5,32	0,86	0,41~1,81	
Quase todos os dias	1,83	1,01~3,30†	1,70	0,98~2,95	
Se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?					0,010*
Nenhum dia	1		1		
Menos da metade dos dias	0,97	0,47~2,00	1,10	0,51~2,39	
Mais da metade dos dias	3,43	1,45~8,15†	1,67	0,71~3,89	
Quase todos os dias	0,36	0,14~0,90†	0,75	0,34~1,66	

Tabela 11- Associação da violência ocorrida em idosos por pessoas conhecidas e desconhecidas com os cinco blocos de variáveis analisadas, segundo o modelo múltiplo de regressão logística multinomial. Brasil-2013. (conclusão)

	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?					<0,001*
Nenhum dia	1		1		
Menos da metade dos dias	1,16	0,60~2,22	3,87	1,91~7,85†	
Mais da metade dos dias	2,08	0,59~7,31	0,80	0,25~2,56	
Quase todos os dias	2,61	0,53~12,71	5,14	2,23~11,88†	
Bloco 5: Fatores de Funcionalidade^e					
Tem deficiência física?					0,011*
Não	1		1		
Sim	5,53	1,66~18,45†	0,54	0,18~1,68	
Grau de dificuldade para sair sozinho (a) utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc?					0,004*
Não consegue	1		1		
Tem grande dificuldade	1,60	0,31~8,19	2,16	0,67~5,97	
Tem pequena dificuldade ou não tem dificuldade	6,46	1,66~25,08†	3,13	1,14~8,64†	

Legenda: Regressão logística múltipla. OR *odds ratio*; IC95% Intervalo de confiança de 95%; * p<0,05; † categoria da variável com p<0,05.

- a Ajustada pelas variáveis do Bloco 1
- b Ajustada pelas variáveis dos Blocos 1 e Bloco 2
- c Ajustada pelas variáveis dos Blocos 1, Bloco 2 e Bloco 3
- d Ajustada pelas variáveis dos Blocos 1, Bloco 2, Bloco 3 e Bloco 4
- e Ajustada pelas variáveis dos Blocos 1, Bloco 2, Bloco 3, Bloco 4 e Bloco 5

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 1 sintetiza todas as variáveis que foram significativas no modelo múltiplo para cada tipo de agressor.

Quadro 1- Resumo das variáveis que foram significativas para cada tipo de violência.

Variáveis	Desconhecida	Conhecida
Cor ou raça	OR	OR
Branca	2,53	—
Amarela e Indígena	—	0,08
Idade		
<68 anos	1,68	—
Sabe ler e escrever?		
Sim	2,76	—
Avaliação da saúde		
Muito Ruim ou ruim	—	2,39
Fuma algum produto do tabaco?		
Sim, diariamente	—	2,17
Sim, menos que diariamente	—	4,09
Discriminação no serviço de saúde por médico ou outro profissional de saúde por:		
Tipo de doença?		
Sim	3,78	3,04
Motivo de raça/cor?		
Sim	—	0,02
Por religião/crença?		
Sim	—	6,06
Nas duas últimas semanas: Teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume?		
Quase todos os dias	1,83	—
Se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?		
Mais da metade dos dias	3,43	—
Quase todos os dias	0,36	—
Se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?		
Menos da metade dos dias	—	3,87
Quase todos os dias	—	5,14
Tem deficiência física?		
Sim	5,53	—
Grau de dificuldade para sair sozinho (a) utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc?		
Tem pequena dificuldade ou não tem dificuldade	6,46	3,13

Legenda

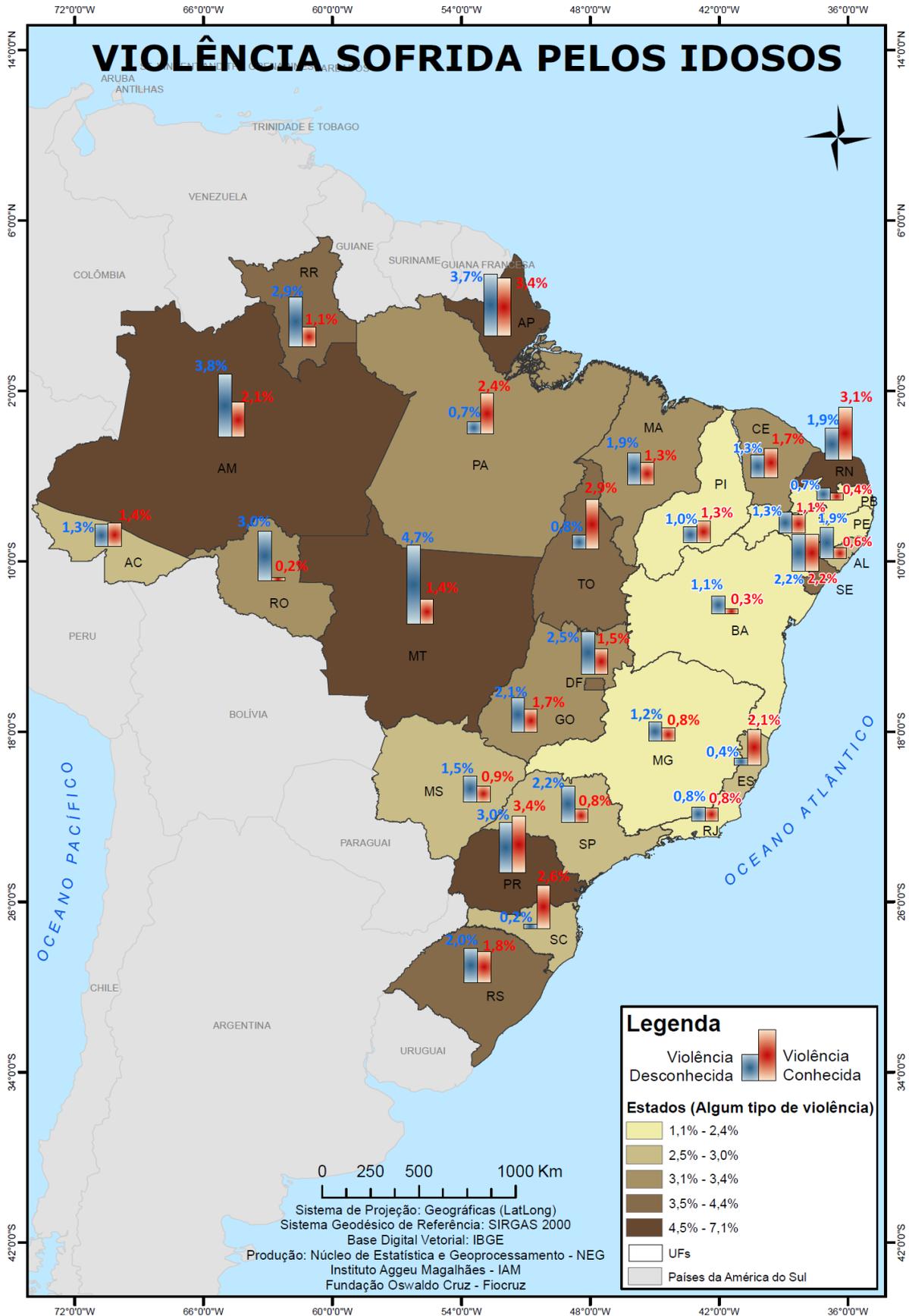
-  Violência por pessoa Desconhecida  Violência por pessoa Conhecida
-  Violência por pessoa Desconhecida e Conhecida

Fonte: Elaborado pela autora.

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

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

Figura 3- Mapa da violência contra os idosos no Brasil.



Fonte: Elaborado pela autora.

6 DISCUSSÃO

A população mundial está envelhecendo de forma significativa, tratando-se do Brasil, que possui a quinta maior população do mundo, essa transição demográfica acontece de forma ainda mais acelerada. Segundo o IBGE, será de 4% ao ano a taxa de crescimento dos idosos brasileiros nos próximos 10 anos (ERVATTI et al, 2015).

Conforme o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, o aumento da população idosa exige uma resposta abrangente da saúde pública, no entanto, essa temática ainda é pouco discutida e necessita ser mais explorada para geração de ações que melhorem a qualidade de vida dos idosos (WHO, 2015).

Equiparado ao aumento de idosos, está o crescimento da violência nessa população, seja pela maior vulnerabilidade ou dependência de outras pessoas (BARCELOS e MADUREIRA, 2013). Estudo demonstrou que conhecer os fatores de risco pessoais, como a saúde e enfrentamento, é importante mas muito trivial, pois a violência é multifacetada, precisa-se saber contextos macroculturais e ambientais que essas pessoas estão inseridas (DE DONDER, 2016).

É imprescindível saber identificar as necessidades da população idosa em termos de políticas públicas, principalmente quando levamos em conta o contexto da violência social na maioria dos países, sendo bem evidente nos idosos. No Brasil, a magnitude e dinâmica desse grupo populacional apresenta características particulares, pois passará de 14,2 milhões, em 2000, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões em 2060. Espera-se um incremento médio de mais de um milhão de idosos anualmente até 2025 (ERVATTI et al, 2015).

Esse estudo retrata uma colaboração para o reconhecimento da violência em nível nacional, já que a maioria dos estudos se restringe ao nível regional ou local, além disso, evidencia-se a violência perpetrada por membros conhecidos e desconhecidos da família e seus fatores associados.

Como resultado, houve divergência desse em relação a estudos realizados no México e Coreia, quando tratou-se dos autores da violência, já que nesses países a maioria foi perpetrada por membros da própria família, e no Brasil a maioria da violência ocorreu por pessoas desconhecidas. Esse achado sugere que no Brasil os elevados índices de violência social refletem diretamente na população idosa e os torna vítimas mais susceptíveis (RUELAS-GONZÁLEZ et al, 2016; MIYA CHANG, 2016).

A maioria da violência perpetrada por pessoas desconhecidas tem implicações nas políticas sociais e de saúde. Portanto, as políticas devem abranger a violência social que ocorre em todo o país, e que produz medo e isolamento social, os idosos sentem-se desprotegidos e desamparados pelas autoridades. Também é preciso atentar para a violência que vem do abuso perpetrado por um membro da família ou por alguém conhecido. Essas inúmeras dimensões exigem estudos e análises mais aprofundadas sobre o que ocorre nos diferentes habitats dos idosos, a fim de desvendar os principais determinantes desse abuso e elaborar programas de prevenção com foco em cada tipo de agressor (RUELAS-GONZÁLEZ et al, 2016).

Em relação a raça/cor, os idosos brancos tiveram aproximadamente 2,5 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida em relação aos idosos de cor preta, pode-se associar isso ao fato de pessoas brancas historicamente terem melhores condições de vida e emprego. Conseqüentemente, são mais expostos ao convívio social ou possuem maior poder aquisitivo, que os tornam vítimas mais atrativas aos agressores. Já os amarelos e indígenas tiveram 92% de chance a menos de sofrer violência por pessoa conhecida, o que pode ser explicado pela união e respeito aos mais velhos nas tribos indígenas, onde na cultura deles é comum a exaltação dos idosos.

Corroborando com esse pensamento, estudo realizado com indígenas do tipo Guarani-Mbyá demonstrou que as pessoas mais velhas na tribo são importantes para tomada de decisões organizacionais, políticas, proteção e implementação dos direitos e deveres da comunidade. Além de transmitirem às tradições, são respeitados pela experiência de vida que possuem (MARQUES et al, 2015).

Para variável idade, os idosos abaixo de 68 anos apresentaram 1,68 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida. Esse resultado pode ser interpretado pelo fato de que quanto mais jovem o indivíduo, mais independente será para realizar passeios, ter uma vida social mais ativa, frequentar bares, restaurantes, trabalhar, fazer compras e viagens, tornando-se com isso muito mais expostos quando comparado a idosos longevos, que muitas vezes não conseguem mais sair desacompanhado de um parente ou amigo, devido às limitações naturais do envelhecimento.

Estudo mostrou que entre 60-69 anos é comum que a capacidade funcional do idoso não esteja comprometida pelo processo de envelhecimento, conseqüentemente são capazes de interagir com mais pessoas e possuem maior poder de decisão, diminuindo com isso, as chances de serem alvos de maus tratos (ZAMBONI et al, 2011). Além disso, existe uma alta notificação de violência nessa faixa etária, que pode ser justificada pela autonomia de vida,

maior procura de serviços de saúde ou serviços de proteção ao idoso, permitindo assim maior detecção e investigação dos casos de violência, o que justifica os achados (FLORÊNCIO, 2014).

Quem afirmou saber ler e escrever apresentou 2,76 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida, comparado a quem não sabe. Sugere-se que quem sabe ler e escrever é mais empoderado, devido ao acesso à educação, em alguns casos, melhores rendas e qualidade de vida, o que os tornam mais expostos à violência por pessoa desconhecida. Bem como melhora o relato da violência, a denúncia e a notificação.

No entanto, segundo Gil et al (2014), os idosos que não possuem nenhuma escolaridade são mais propensos a denunciar violência, quem tem dez anos ou mais de estudos possui 60% a menos de chances de fazer uma denúncia. Enquanto Miya Chang (2016) afirmou em sua pesquisa que quem tem menos anos de estudo é mais vulnerável e corre maior risco de violência, porém por pessoa conhecida.

Avaliar a própria saúde como “muito ruim ou ruim”, correspondeu a 2,39 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida, é natural que uma pessoa com a saúde comprometida exija maior cuidado de parentes ou pessoas próximas. Esses dados corroboram com o estudo de Miya Chang (2016), que demonstrou que idosos com doenças crônicas e que são dependentes de seus cuidadores familiares estão mais propensos a sofrer abuso e que a maioria dos abusos são cometidos por familiares próximos.

A necessidade de cuidados foi fator de risco em estudo semelhante (LACHERA et al, 2016). A sobrecarga de trabalho também é fator de risco, principalmente quando o idoso possui uma dependência para a realização das atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (SANTOS et al, 2018).

Quem mora com o próprio cuidador pode correr maior risco de ser violentado, devido à falta de privacidade entre eles, por domicílios lotados, ou até mesmo por idosos agressivos com os cuidadores, tudo isso pode gerar conflitos (SANTOS et al, 2018).

O idoso que fuma algum produto de tabaco tem maior chance de sofrer violência por pessoa conhecida. Segundo Zaitune (2012), existe uma associação entre idosos tabagistas com depressão/ansiedade referida. Além disso, ser exposto à violência foi fator de risco para o tabagismo, acredita-se que devido ao estresse psicológico decorrente da violência, o tabaco seja utilizado como potencial relaxante. Em relação a cessação do tabagismo, pessoas que não sofreram violência física tiveram 67% maior de parar de fumar (BIOSNICH e HORN, 2011; LOPES et al, 2013). Não há como inferir se os idosos sofrem mais violência por serem tabagistas ou se são tabagistas como consequência da violência sofrida.

A discriminação no serviço de saúde, ou em qualquer ambiente, é um tipo de intolerância, de não aceitação, de não acolher bem, que pode até mesmo se enquadrar na violência psicológica. Esse tipo de violência é caracterizada por uma ofensa verbal ou gestual, a fim de aterrorizar, humilhar ou excluir do convívio social (MINAYO, 2005). Tudo isso pode levar a baixa procura dos serviços de saúde em busca de ajuda nos casos de violência.

Segundo Ruela-Gonzalez (2016), a pouca procura dos serviços de saúde nos casos de violência pode justificar a subnotificação e baixa prevalência desses casos nos sistemas de saúde e mascarar uma realidade de abusos cada vez mais frequentes na população idosa, sendo imprescindível investigar os fatores associados à subutilização dos serviços de saúde após um evento de violência ou abuso.

No bloco “Estado de saúde/doença”, as perguntas são semelhantes às contidas no Inventário de depressão de Beck-II (BDI-II), ou seja são questões que remetem a sintomas associados à depressão (ARGIMON et al, 2016). Quem teve problemas no sono ou quem se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas teve mais chances de sofrer violência desconhecida. Já o idoso que se sentiu mal consigo mesmo teve mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida.

Sintomas de depressão também foram associados à violência em outros estudos, quanto mais intensos os sintomas, mais chances de haver violência (RUELAS-GONZÁLEZ et al, 2016; ROEPKE-BUEHLER et al, 2015). Uma revisão sistemática encontrou que ter o diagnóstico de depressão foi um fator de risco encontrado em quase todos os tipos de violência, porém não puderam inferir se os idosos sofreram violência por serem depressivos ou se adquiriram esses sintomas depressivos devido aos maus tratos sofridos, pois a maioria dos estudos foram transversais e por isso não veem causalidade (SANTOS et al, 2018)

Fica evidente a importância da triagem de sintomas depressivos nos idosos, a fim de haver prevenção contra os abusos por todos os tipos de agressores, através de intervenções conforme os fatores de risco.

Quem tem deficiência física apresentou mais chance de sofrer violência por pessoa desconhecida. A deficiência gera uma limitação adicional às limitações próprios do envelhecimento, aumenta com isso a vulnerabilidade e exposição a violência, pois diminui o poder de defesa e tornam-se vítimas muito mais susceptíveis.

Já os que apresentaram pequena dificuldade ou que não têm dificuldade para sair sozinho(a), utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro e etc tiveram o dobro de chances de sofrer violência por pessoa desconhecida, comparado as chances de sofrer violência por pessoa conhecida.

A explicação parece ser a maior autonomia e exposição ao convívio social, que os tornam vítimas da violência comum à todos os cidadãos, enquanto os idosos que apresentam dificuldade para sair sozinho, vivem mais confinados em casa ou quando saem estão sob a guarda de pessoas conhecidas.

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

A taxa de homicídios/ 100 mil habitantes por unidade de federação em 2016 demonstrou o seguinte: Sergipe (64,7), Alagoas (54,2), Rio Grande do Norte (53,4), Pará (50,8), Amapá (48,7), Pernambuco (47,3), Bahia (46,9), Goiás (45,3), Acre (44,4) e Ceará (40,6), sendo 6 estados na região Nordeste, 3 na região Norte e 1 no Centro-Oeste (CERQUEIRA, 2018).

Essas taxas de homicídios não refletiram na violência contra os idosos brasileiros achados em Pernambuco e Bahia, pois apresentaram os menores índices de violência dessa natureza, enquanto Amapá e Rio Grande do Norte, os resultados foram condizentes, já que os índices de violência contra idosos e a taxa de homicídio foi alta em ambos os casos.

A violência por pessoa desconhecida foi consideravelmente maior que por pessoa conhecida em Mato Grosso, Amazonas, Rondônia, Roraima, Distrito Federal, São Paulo, Alagoas e Bahia, o que reflete mais à violência social. Já a por pessoa conhecida foi consideravelmente maior no Rio Grande do Norte, Tocantins, Santa Catarina, Pará e Espírito Santo. Nos demais estados os tipos de violência foram semelhantes.

Com isso, observa-se a importância do georreferenciamento, que é mostrar dados epidemiológicos de acordo com a informação geográfica, levando em conta o posicionamento na superfície terrestre (MOREIRA, 2009). Sendo assim, ao localizarmos espacialmente a violência contra idosos e os tipos de agressores (conhecidos ou desconhecidos), conhecemos a distribuição espacial dessas condições em todo o território brasileiro.

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

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

Todavia, apesar das limitações comum ao desenho metodológico, essa dissertação se trata de uma contribuição essencial para o estudo da violência contra idosos na população brasileira, com ênfase no tipo de agressor, que gera possibilidade de novo olhar para a temática e pode servir de instrumento para planejamento e instituições de ações e políticas públicas para prevenção da violência.

7 CONCLUSÃO

A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, permitiu estimar a prevalência de violência contra idosos, o tipo de agressor, assim como os fatores associados. Na análise hierarquizada, os blocos de fatores socioeconômicos e demográficos, autopercepção e cuidados com a saúde, utilização do serviço de saúde, estado de saúde/doença e funcionalidade apresentaram efeito sobre a violência.

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

O conhecimento sobre esses fatores de risco e uma estratégia multifacetada são necessários para identificar e prevenir o abuso de idosos. Recomenda-se, então, pesquisas adicionais sobre essa temática, com enfoque nos determinantes sociais, que possam utilizar metodologias diferentes, considerando o contexto sociocultural, econômico e de saúde dessa população.

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

REFERÊNCIAS

- AGRESSOR. In Dicio: **dicionário online de português**. 2019. Recuperado de <http://www.dicio.com.br/agressor/>
- AREOSA, Silvia Virginia Coutinho. **Terceira idade na UNISC**: novos desafios de uma população que envelhece. Baró: EDUNISC, 2010.
- BARCELOS, E.M.; MADUREIRA, M.D.S. Violência contra o idoso. In: Chaimowicz F. **Saúde do idoso**. 2º ed. Belo Horizonte: UFMG. p. 138-149. 2013.
- BLOSNICH, J.R.; HORN, K. Associations of discrimination and violence with smoking among emerging adults: differences by gender and sexual orientation. **Nicotine Tob Res.** v.13, n.12, p. 1284-1295. 2011. DOI:10.1093/ntr/ntr183.
- BRASIL 2050: desafios de uma nação que envelhece / Câmara dos Deputados, Centro de Estudos e Debates Estratégicos, Consultoria Legislativa ; Brasília Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017.
- BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 192, outubro. Brasil, 2003.
- _____. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília, DF: **Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República**, 2014. 90p.
- CAVALCANTE, E. S. et al. La percepcion del envejecer en una poblacion de ancianos. **Cultura de los Cuidados**, 2017.
- CERQUEIRA, D. et al. Atlas da Violência – 2018. Rio de Janeiro: **Ipea/FBSP**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/downloads>. Acesso em: 30 jan. 2018.
- CHAIMOWICZ, F. Saúde do idoso. **NESCON UFMG**. 2º edição, Belo Horizonte, 2013. 167p.
- CORREIA, T. M. P. et al. Perfil dos idosos em situação de violência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 529-536, 2012.
- DE DONDER, L.; LANG, G.; FERREIRA-ALVES, J.; PENHALE, B.; TAMUTIENE, I.; MINNA-LIISA LUOMA, M. Risk factors of severity of abuse against older women in the home setting: A multinational European study. **Journal of Women & Aging** v.28, n.6, p.540-554. 2016.
- ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. Mudanças Demográficas no Brasil no Início de Século XXI: subsídios para as projeções da população. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**, Rio de Janeiro, 2015.

FLORENCIO, M. V. L. Rastreamento de Violência Contra Pessoas Idosas Cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa-PB. **Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**. 2014.

FLORENCIO, M.V.L., FERREIRA FILHA, M.O., SÁ, L.D. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.9 n.3, p. 847-857, set-Dez 2007.

GIL, A. P. M.; KISLAYA, I.; SANTOS, A.J.; NUNES, B. NICOLAU, R.; FERNANDES, A. A. (2014): Elder Abuse in Portugal: Findings From the First National Prevalence Study, **Journal of Elder Abuse & Neglect**. 2014.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. Model-Building strategies and methods for logistic regression. In: HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. 2.ed. Hoboken: John Wiley & Sons. p. 91-142. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Percepção do Estado de Saúde, Estilos de vida e Doenças crônicas. (PNAD 2013). Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

LACHERA, S.; WETTSTEINB. A.; SENNA, O.; ROSEMANNA, T.; HASLERA, S. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. **Swiss Med Wkly**. 2016.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá. v. 2. n. 2, p. 273-280, 2009.

LOPES, C.S.; SAMPAIO, M.M.A.; WERNECK, G.L.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E. Influência de fatores psicossociais na cessação do tabagismo: evidências longitudinais no Estudo Pró-Saúde. **Rev Saúde Pública** ,v.47, n.4, p. 732-739, 2013.

MARQUES, F. D.; SOUSA, L. M.; VIZZOTTO, M. M.; BONFIM, T. E. A Vivência dos mais velhos em uma comunidade indígena Guarani Mbyá. **Psicologia & Sociedade**. v.27, n.2, p.415-427. 2015.

MIYA CHANG, M.A. Experience of elder abuse among older Korean immigrants, **Journal of Elder Abuse & Neglect**. 2016.

MIRANDA, G.M.D. MENDES, A. C. G. SILVA, A. L. A. Os desafios do envelhecimento populacional: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.19 n.3, p. 507-519, 2016.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R; PAULA, D. R. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2709-2718. 2010.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. Brasília; **Secretaria Especial dos Direitos Humanos**, 2005a.

_____. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.29, n.1, p.55-63. 2005b.

MINAYO, M. C. S. Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. **Mais 60 Estudos sobre Envelhecimento**. São Paulo, v. 25, n. 60. Julho de 2014.

MOREIRA, Rafael Silveira. **Perda dentária em adultos e idosos no Brasil: a influência de aspectos individuais, contextuais e geográficos**. Tese (Doutorado em Saúde Pública)

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

NEVES, N.; POCINHO, M.; GARCÊS, S. Aggressor, Vítima e Testemunha: Construção e Validação de uma Escala de Identificação dos Participantes do Bullying (QIPB). **Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP** · v.3, n. 45, p. 147-157. 2017.

PAPALIA, D. E. OLDS, S.W. FELDMAN, R. D. Desenvolvimento Psicossocial na Terceira idade. In: **Desenvolvimento Humano**, 8º edição. Artmed. 2006.

PUENTE-PALACIOS, K.E. LAROS, J.A. Análise multinível: contribuições para estudos sobre efeito do contexto social no comportamento individual. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 26 n.3, p. 349-361, julho - setembro 2009.

RIFIOTIS T. O idoso e a sociedade moderna: desafios da gerontologia. **Pro-Posições**, v. 18, n. 1 (52) - jan./abr. 2007.

ROEPKE-BUEHLER, S.K.; SIMON, M.; XINQI DONG, M.D. Association Between Depressive Symptoms, Multiple Dimensions of Depression, and Elder Abuse: A CrossSectional, PopulationBased Analysis of Older Adults in Urban Chicago. **Journal of Aging and Health**, 2015.

RUELAS-GONZÁLEZ, M.G.; DUARTE-GÓMEZ, M.B.; FLORES-HERNÁNDEZ, S. ORTEGA-ALTAMIRANO, D.V.; CORTÉS-GIL, J.D.; TABOADA, A. RUANO, A.L. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. **International Journal for Equity in Health**. p. 15-35. 2016.

SANTOS, M.A.B.; MOREIRA, R.S.; FACCIO, P.F.; GOMES, G.C.; SILVA, V.L. Fatores associados à violência contra o idoso: Uma revisão sistemática da literatura. **Cien Saude Colet**, Out. 2018. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-a-violencia-contra-o-idoso-uma-revisao-sistemica-da-literatura/16972?id=16972>. Acesso em: 14 fev. 2019.

SILVA, C.F.S.; DIAS, C.M.S.B. Violência Contra Idosos na Família: Intervenção Psicoeducativa Junto aos Agressores. **Geriatr Gerontol Aging**, v.9, nº1, p.26-33. 2015.

_____. Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Aggressor. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, nº3, p.637-652, Jul/Set. 2016a.

_____. Violência contra idosos: perfil sociodemográfico dos familiares agressores, tipos de violência perpetrada e motivações para sua ocorrência. **Rev. Gest. Saúde**, Brasília, v.7, n.2, p 563-81. 2016b.

SILVA, M.R.F. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 126, p. 215-234, maio/ago. 2016.

SNIJDERS, T. A. B.; BOSKER, R. J. **Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modelling.** London - SAGE Publication: 1999.

SOUSA, D. J. et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 321-328, 2010.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division: World Population Prospects: **The 2017 Revision.** New York, 2017.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p.548-554, 2009.

VICTORA, C. G; HUTTLY, S. R; FUCHS, S. C; OLINTO, M. T. A. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Internacional Journal of Epidemiology**, v. 6, p. 224-7. 1997.

WHO. World report on violence and health. Geneva: **World Health Organization.** 2002.

_____. A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report. **World Health Organization.** 2008. Disponível em http://www.who.int/ageing/publications/missing_voices/en/index.html. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Global status report on violence prevention. Geneva: **World Health Organization.** 2014. 292 p.

_____. World Report on Aging and Health. Luxembourg: **World Health Organization.** 2015.

YON, Y. et al. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Glob Health**, Los Angeles, v.5. n.147-56, 2017.

ZAMBONI, C. et al. Violência contra idoso: um velho estigma. **Cogitare Enferm.**v.16, n.4, p. 634-639. Out/dez, 2011.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cadernos de Saúde Pública.** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, v. 28, n. 3, p. 583-596, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/28773>>. Acesso em: 13 fev.2019.

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Saúde
Ministério da Saúde


moreirans@cpqam.fiocruz.br
[lock icon]
[LOGIN]

[Esqueceu a senha?](#) [Cadastre-se](#) v3.0

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE:	Número do Parecer:	
<input type="text" value="10853812.7.0000.0008"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Pesquisar"/>

Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.

DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:		
<input type="text" value="Pesquisa Nacional de Saúde"/>		
Número do CAAE:	Número do Parecer:	
<input type="text" value="10853812.7.0000.0008"/>	<input type="text" value="328159"/>	
Quem Assinou o Parecer:	Pesquisador Responsável:	
<input type="text" value="Jorge Alves de Almeida Venancio"/>	<input type="text" value="Célia Landmann Szwarcwald"/>	
Data Início do Cronograma:	Data Fim do Cronograma:	Contato Público:
<input type="text" value="01/11/2013"/>	<input type="text" value="31/12/2013"/>	<input type="text" value="Deborah Carvalho Malta"/>


Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior) ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).






ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE - 2013



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Consentimento do Informante do Domicílio

A Pesquisa Nacional de Saúde está sendo conduzida no Brasil pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A equipe de pesquisa foi treinada e qualificada em todos os procedimentos pelas duas instituições.

As informações coletadas servirão para uma melhor compreensão dos fatores que afetam a saúde das pessoas e ajudarão a elaborar políticas do governo dirigidas a melhorar o funcionamento da assistência e as condições de saúde da população brasileira.

A pesquisa vai ser realizada com moradores de 80.000 residências de todo o Brasil. O seu domicílio foi selecionado para participar da pesquisa por ter sido sorteado na amostra.

O(a) sr(a) foi identificado(a) como sendo a pessoa com mais conhecimento sobre o seu domicílio e nós gostaríamos de entrevistá-lo(a). A entrevista será feita por entrevistadores qualificados do IBGE e deverá durar, aproximadamente, 30 minutos. Serão feitas perguntas sobre características sociais e de saúde dos moradores do domicílio e sobre uso dos serviços de saúde e assistência de saúde no seu domicílio.

As informações que o(a) sr(a) nos fornecer serão totalmente confidenciais e não serão divulgadas para ninguém. Serão apenas utilizadas para objetivos de pesquisa. Seu nome, endereço e outras informações pessoais serão removidos do questionário e apenas um código será utilizado para relacionar seu nome e suas respostas, sem qualquer identificação. A Equipe da Pesquisa entrará em contato com o(a) sr(a) apenas se for necessário completar informações da entrevista.

Sua participação é voluntária e o(a) sr(a) pode interromper a entrevista mesmo depois de ter concordado em participar. O(a) sr(a) tem liberdade para não responder a qualquer pergunta do questionário. Em caso de recusa ou interrupção da entrevista, o(a) sr(a) não será exposto(a) a qualquer tipo de penalidade.

Gostaríamos de ressaltar ainda que se o(a) sr(a) vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, previsto ou não no termo de consentimento, o(a) sr(a) terá direito à assistência integral e à uma indenização.

Caso o(a) sr(a) tenha qualquer dúvida sobre esta pesquisa, o(a) sr(a) pode me perguntar ou entrar em contato com a Coordenação da Pesquisa ou com o Comitê de ética em Pesquisa, órgão responsável pelo esclarecimento de dúvidas relativas aos procedimentos éticos da pesquisa e pelo acolhimento de eventuais denúncias quanto à condução do estudo.

Esse termo de consentimento foi elaborado em duas vias. Após a sua confirmação em participar, uma via permanecerá retida com o pesquisador responsável e a outra com o(a) sr(a).

O sr(a) aceita participar dessa pesquisa? () Sim () Não, recusou

Data: ____/____/____ Entrevistador: _____

Assinatura do participante: _____

Contato da Coordenação da Pesquisa:
Célia Landmann Szwarcwald
Pesquisador Titular
Av. Brasil, 4365, Rio de Janeiro - RJ
ICICT, FIOCRUZ, Ministério da Saúde
Tel: (21)3865-3259; (21)3865-3239
Horário de funcionamento: 10h às 18h
Fale conosco: www.pns.icict.fiocruz.br

CONEP - Comissão Nacional De Ética Em Pesquisa
SEPN 510 Norte, bloco A 1º subsolo,
Edifício Ex-UNAN - Unidade II - Ministério da Saúde
CEP: 70750-521 - Brasília-DF
Telefone: (61) 3315-5878
Telefax: (61) 3315-5879
E-mail: conep@saude.gov.br
Horário de funcionamento: 8h às 18h