

Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC

Prevalence of violence against the elderly and associated factors – a population based study in Florianópolis, Santa Catarina

Carolina Carvalho Bolsoni¹
Elza Berger Salema Coelho¹
Maruí Weber Corseuil Giehl²
Eleonora d'Orsi¹

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de violência contra idosos e analisar sua associação com fatores demográficos, socioeconômicos e condições de saúde. **Métodos:** Realizou-se estudo de base populacional, conduzido com 1.705 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes em Florianópolis, SC, entre 2009 e 2010. Foram investigadas a violência verbal, psicológica, física e financeira por meio do questionário utilizado na Pesquisa Saúde Bem-estar e Envelhecimento (SABE). Foram calculadas as prevalências de cada tipo de violência e verificada a prevalência da violência geral segundo as categorias das variáveis exploratórias. Foi utilizada Regressão Logística para investigar os fatores associados à violência. **Resultados:** A prevalência de violência foi aproximadamente 13%. A verbal ocorreu com 11,0% dos entrevistados. A análise ajustada mostrou que, ser do sexo feminino (OR = 2.08), e idoso(a) solteiro(a) ou divorciado(a) tiveram chance 66% maior de sofrer violência. Aqueles que moram com filhos ou netos apresentam chance duas vezes maior (IC95%: 1.40-3.40). **Conclusões:** Os resultados indicam que a prevalência de violência contra os idosos foi acima da esperada pela OMS, porém é possível que esse número seja ainda maior, pois se trata de um assunto delicado, haja vista os idosos terem medo de revelar que estão em situação de violência, considerando-se que, na maioria das vezes, os perpetradores são os próprios familiares.

Palavras-chave: Idoso; Violência; Violência Doméstica; Maus-Tratos ao Idoso; Estudos Transversais.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence of violence among the elderly and to analyze its association with demographic, socioeconomic and health conditions. **Method:** A cross sectional population-based study was conducted of 1,705 individuals aged 60 years or older living in the city of Florianópolis in the state of Santa Catarina, between 2009 to 2010. Verbal, psychological, physical and financial violence was evaluated with a questionnaire used in the Pesquisa Saúde Bem-estar e Envelhecimento (Health and Well-being in Aging Survey) (SABE). Prevalence was calculated for each type of violence and the overall prevalence of violence was identified using the categories of the explanatory variables.

Keywords: Elderly; Violence; Domestic Violence; Elder Abuse; Cross-sectional studies.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis, SC, Brasil

² Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Florianópolis, SC, Brasil

Logistic regression was used to identify the factors associated with violence. *Results:* The general prevalence of violence was approximately 13.0%, while verbal violence occurred among 11.0% of respondents. The adjusted analysis showed that being female (OR = 2.08) and elderly persons who were single or divorced were 66% more likely to suffer violence. Those who lived with their children or grandchildren were twice as likely to suffer violence (95% CI: 1:40 to 3:40). *Conclusions:* Although the results showed that the prevalence of violence against the elderly was greater than predicted by the WHO, we suspect that this number may be even higher. Due to the complexity of the theme, it is possible that elderly persons are afraid to reveal that they are victims of violence, as in most cases, the aggressors are family members.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, sendo que a população idosa é a que mais cresce no Brasil.¹ Para que esta venha a ter uma maturidade digna, são necessárias estratégias, tais como: promoção do envelhecimento ativo e saudável; preferência na formulação e execução de políticas públicas específicas e demais ações previstas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e Estatuto do Idoso,^{2,3} incluindo-se a denúncia e a prevenção da violência contra a pessoa idosa.

Violência contra o idoso é definida como um ato de agressão ou omissão, que pode ser intencional ou involuntário. O abuso pode ser de natureza física ou psicológica, podendo envolver maus-tratos de ordem financeira ou material.⁴

Estudo realizado na Espanha mostrou que a prevalência de violência foi: 4,6% emocional, 1,6% física, 0,6% sexual e 5,6% financeira.⁵ Na Nigéria, por sua vez, 30% dos idosos que participaram de estudo referiram alguma forma de violência.⁶

No Brasil, pesquisa realizada na cidade de Niterói demonstrou a prevalência de violência nos idosos com 60 anos ou mais, sendo 43% violência psicológica e 9,6% física.⁷ Outras pesquisas comprovam que os idosos com suposta condição de violência caracterizam-se como mulheres, solteiras, idade avançada, baixa escolaridade, com alguma dependência física ou psicológica e que vivem com filhos, noras e netos.^{8,9}

Particularmente na cultura ocidental, a violência contra o idoso é um ato que ocorre

independentemente do nível socioeconômico e se justifica pela concepção socialmente aceita de que o idoso é considerado improdutivo e sem capacidade de aprender.^{10,11} Suspeita-se que a violência propicia danos na capacidade funcional dos idosos e qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação de direitos humanos e redução da qualidade de vida para estes.^{4,12}

A violência contra o idoso é comumente velada. Pesquisa é uma das formas de investigá-la, tornando-a visível para subsidiar a adoção de medidas para seu enfrentamento.¹⁰ Sendo assim, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de violência contra os idosos e analisar sua associação com fatores demográficos, socioeconômicos e condições de saúde em uma capital do Sul do Brasil.

MÉTODO

Desenho e População do Estudo

Tratou-se de estudo transversal populacional de base domiciliar composto por idosos de 60 anos ou mais, residentes no município de Florianópolis/SC. O estudo faz parte de inquérito sobre as condições de saúde das pessoas idosas, realizado entre 2009 e 2010 - EpiFloripa Idoso, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A população de Florianópolis, capital de Santa Catarina, no ano de 2010 era de 421.240 habitantes, sendo 47.076 com idade igual ou superior a 60 anos (19.786 do sexo masculino e 27.289 do sexo feminino), o que representava 11,1% da população total. No período em que ocorreu a

pesquisa, o município apresentava um índice de desenvolvimento humano de 0,88, colocando-o na terceira posição dentre os brasileiros, e a esperança de vida ao nascer era 72,8 anos.

Amostragem

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se os seguintes parâmetros: tamanho da população igual a 44.460, prevalência desconhecida de 50%, erro amostral igual a quatro pontos percentuais, intervalo de confiança de 95% e efeito de delineamento igual a dois. Foram acrescidos, ainda, 20% para perdas previstas e 15% para estudos de associação, totalizando uma amostra desejável de, no mínimo, 1.599 pessoas. Para tal, foi usado o programa Epi-Info, versão 6.04, de domínio público.

A amostragem foi realizada por conglomerados em dois estágios. Com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os 420 setores censitários urbanos do município foram ordenados pela média da renda mensal dos chefes de família domiciliados no setor e estratificados em decis. Na etapa seguinte, sorteou-se sistematicamente 80 setores (oito em cada decil de renda). Foram considerados como unidades do segundo estágio os domicílios. Para a atualização do número de domicílios em cada setor, devido ao fato de que o registro dos domicílios em cada setor estava defasado (último censo conduzido antes do presente estudo ocorreu em 2000), foi realizada a contagem do número de domicílios particulares habitados em cada unidade.

Verificou-se que o número de domicílios variou de 61 a 725, e para diminuir o coeficiente de variação no número de domicílios das unidades amostrais foi realizada a fusão e a divisão de setores, respeitando-se o decil de renda correspondente e a proximidade geográfica. Assim, o coeficiente de variação inicial passou de 52,7% (n=80 setores) para de 35,2% (n=83 setores). Em seguida, sortearam-se os domicílios de maneira sistemática, sendo considerados elegíveis e convidados a participar do estudo todos os idosos residentes nos domicílios sorteados. Em virtude da disponibilidade de recursos financeiros, estimou-

se realizar 23 entrevistas por setor censitário, permitindo uma maior variabilidade da amostra e obtendo-se, desta forma, 1.911 idosos elegíveis para o estudo. A taxa de não resposta do estudo foi de 10,9%, o que originou em uma amostra final de 1.705 idosos efetivamente entrevistados. Idosos institucionalizados foram excluídos deste estudo.

Foram consideradas como perdas os idosos que estavam viajando e os não localizados após quatro visitas pelas entrevistadoras (sendo pelo menos uma no período noturno e uma no final de semana). Foram consideradas recusas os idosos elegíveis que se negaram a responder o questionário.

Coleta de Dados

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário padronizado e pré-testado aplicado por entrevistadoras treinadas, com ensino médio completo e disponibilidade integral para a realização do trabalho de campo. Anteriormente à coleta, houve um estudo piloto com 99 idosos em setores não amostrados para a pesquisa. A entrevista foi realizada face a face, utilizando-se o *Personal Digital Assistant (PDA)* para registro das informações.

Semanalmente, verificou-se a consistência dos dados e o controle de qualidade das entrevistas ocorreu por telefone, com a aplicação do questionário reduzido em 10% das entrevistas selecionadas aleatoriamente.

Neste estudo foram investigados quatro tipos de violência (violência verbal, psicológica, física e financeira) por meio do questionário utilizado na Pesquisa Saúde Bem-estar e Envelhecimento (SABE),¹³ que constitui um estudo longitudinal sobre as condições de vida e saúde dos idosos do município de São Paulo no ano 2006 e que reúne questões que avaliam se o idoso sofreu violência verbal, financeira, psicológica e física.

Foram utilizadas as seguintes perguntas para formar as variáveis de violência doméstica contra o idoso: 1) “Sofreu algum tipo de violência?”; 2) “No último ano, algumas das pessoas que o rodeiam tem gritado com o (a) Sr. (a) sem razão?”; 3) “No último ano, alguma das pessoas que o(a) rodeiam

tem chamado por algum nome ou apelido que o (a) Sr.(a) não goste?"; 4) "No último ano, alguma das pessoas que o(a) rodeiam tem usado ou mexido no seu dinheiro sem sua autorização?"; 5) "No último ano, alguma das pessoas que o(a) rodeiam o(a) têm ameaçado(a) em função de o Sr.(a) não fazer o que querem que o(a) Sr(a) faça?"; 6) "No último ano, alguma das pessoas que o(a) rodeiam tem batido ou esbofetado o(a) Sr.(a)?"; 7) "No último ano, alguma das pessoas que o(a) rodeiam tem sacudido ou chacoalhado a(a) Sr.(a)?", e 8) "No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem roubado seu dinheiro ou algum pertence importante para o(a) Sr.(a)?". Para cada variável havia como possibilidade de resposta "sim", "não" ou "ignorado". A construção da variável desfecho, que consistiu da violência geral, bastava que o idoso respondesse "sim" em alguma das perguntas. Para este estudo, consideramos como violência verbal as questões 2 e 3. Como violência financeira, as questões 4 e 8; violência psicológica, a questão 5, e, como violência física, as questões 6 e 7.

A partir da revisão de literatura, foram selecionadas as seguintes variáveis exploratórias: sexo, idade (60 a 69 anos, 70 a 79 e 80 ou mais); cor da pele autorreferida (branca, parda ou preta) (importante ressaltar aqui que amarelos (n=12) e indígenas (n=16) foram excluídos da presente análise devido à amostra reduzida); escolaridade (≥ 12 anos de estudo, 9 a 11 5 a 8, ≤ 4) e renda familiar *per capita* estratificada em quartis (1º quartil: \leq R\$ 327,50; 2º quartil: entre R\$ 327,50 e R\$ 700,00; 3º quartil: entre R\$ 700,00 e R\$1.500,00 e 4º quartil: $>$ R\$ 1.500,00).

Concomitantemente, foram investigadas as condições de saúde, capacidade funcional verificada por meio da aplicação da escala de atividades da vida diária básicas e instrumentais (AVD), sendo classificada em ausência de dependência (incapacidade/dificuldade em nenhuma das atividades), dependência leve (incapacidade/dificuldade para realizar 1-3 atividades) e dependência moderada/grave (incapacidade/ dificuldade em quatro ou mais atividades)¹⁴, estado cognitivo investigado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)¹⁵, dicotomizado em ausência de deficit cognitivo e provável deficit cognitivo, utilizando

pontos de corte que levam em consideração o nível de escolaridade, autopercepção de saúde (muito boa/boa, regular e ruim/muito ruim).

Do mesmo modo, foram realizadas perguntas para verificar se os idosos tinham cuidador (sim ou não); quem era o cuidador principal (cônjuge(a)/companheiro(a), filhos/netos, cuidador formal e outros) e com quem os idosos moravam (cônjuge/outros de sua geração, sozinho e com filhos/netos).

Análise dos Dados

Foram calculadas as prevalências de cada tipo de violência e verificada a prevalência da violência geral segundo as categorias das variáveis exploratórias. Em seguida, por meio da Regressão Logística, testaram-se os fatores associados à violência geral. Assim, obtiveram-se as Razões de Chance (OR) nas análises bivariada e multivariável com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). A partir dos resultados da regressão univariada, foram incluídas na análise multivariável todas as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$, permanecendo no modelo final aquelas que apresentaram $p \leq 0,05$.

A modelagem foi realizada com a entrada das variáveis por blocos, sendo o primeiro bloco constituído pelas variáveis demográficas, o segundo pelas socioeconômicas, o terceiro pelas condições de saúde e, por fim, as variáveis relacionadas ao cuidador e com quem o idoso reside.

As análises foram realizadas considerando-se o efeito do desenho amostral por conglomerados, incorporando-se os pesos amostrais e conduzidas no programa estatístico Stata 11.0 (Stata Corp., College Station, EUA).

Aspectos Éticos

O projeto obedeceu às regras da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu aprovação do comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, protocolo nº352/2008. Solicitou-se aos entrevistados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Nos domicílios sorteados foram encontrados 1.911 idosos elegíveis, sendo efetivamente entrevistados 1.705, resultando em uma taxa de resposta de 89,2%. Houve 206 perdas e recusas por motivos, como: “*não tinha ninguém em casa*”; “*o idoso estava viajando*”; “*marcou com a entrevistadora e não compareceu*”; “*estava de férias*”; “*estava muito doente*”; “*tinha cachorro bravo no terreno*”. Houve 3 perdas por motivo de hospitalização no momento da entrevista, não afetando os resultados. Os principais motivos de recusas foram: “*não quis dar entrevista*”; “*entrevista muito longa*”; “*sem tempo para responder a entrevista*”; “*acha perda de tempo responder entrevistas*”; “*não acredita em pesquisas*”.

No controle de qualidade verificou-se que a reprodutibilidade das questões investigadas no questionário reduzido foi considerada satisfatória, com valores de kappa variando entre 0,6 a 0,9.

A maior parte da população do estudo compõe-se de mulheres, sendo que a média de idade foi de 70,4 anos (desvio padrão = 7,8 e mediana de 69 anos), com variação de 60 e 102 anos. Grande parte referiu ser casado(a) ou ter companheiro(a) e 87,0% dos entrevistados referiram ter cor da pele branca. Quanto às características socioeconômicas, uma expressiva proporção de idosos tinha de 0 a 4 anos de estudo. Porém, destaca-se que aproximadamente um quarto dos idosos possuía 3º grau completo e a renda *per capita* média foi de R\$ 1.348,97 (desvio padrão =R\$ 2.596,28; mediana de R\$ 700,00). A maioria dos idosos considerou sua saúde como boa ou muito boa e mais da metade dos idosos relatou alguma dependência para a realização de atividades da vida diária (tabela 1).

A prevalência de violência geral foi de 12,4% (IC95%: 10,8-14,0), sendo que a violência verbal foi a mais relatada pelos idosos (10,7%; IC95%: 9,2-12,2).

Tabela 1. Prevalência de violência em idosos segundo variáveis sociodemográficas e condições de saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009/2010.

Variáveis	Amostra		Prevalência de violência n (%)	p
	N	%		
Sexo				0,000
Feminino	1072	63,8	158 (14,7)	
Masculino	608	36,2	51 (8,4)	
Faixa etária				0,335
60-69	851	50,6	115 (13,5)	
70-79	604	35,9	71 (11,7)	
80 ou mais	225	13,4	23 (10,2)	
Estado Civil				0,042
Casado(a)/com companheiro(a)	984	58,5	111 (11,3)	
Solteiro(a)/divorciado(a)/separado(a)	230	13,7	40 (17,4)	
Viúvo(a)	466	27,7	58 (12,4)	
Cor da pele autorreferida				0,786
Branca	1432	87,0	171 (11,9)	
Parda	131	7,9	18 (13,7)	
Preta	84	5,1	9 (10,8)	

Variáveis	Amostra	Prevalência de violência	<i>p</i>
Escolaridade em anos de estudo			0,005
12 ou mais	392	23,4	29 (7,4)
9 a 11	233	13,9	30 (12,9)
5 a 8	317	19,0	49 (15,5)
0 a 4	730	43,7	99 (13,5)
Renda			0,324
Quartil 1 (menor)	421	25,1	60 (14,2)
Quartil 2	426	25,4	56 (13,1)
Quartil 3	418	24,9	51 (12,2)
Quartil 4 (maior)	415	24,7	42 (10,1)
Capacidade Funcional			0,003
Ausência de dependência	457	27,2	49 (10,7)
Dependência leve	709	42,2	75 (10,6)
Dependência moderada/grave	514	30,6	85 (16,5)
Deficiência Cognitiva			0,195
Não	878	52,5	100 (11,4)
Sim	794	47,5	107 (13,5)
Auto percepção de saúde			0,001
Boa/ muito boa	860	51,3	88 (10,2)
Regular	645	38,5	86 (13,3)
Ruim/muito ruim	172	10,3	34 (19,8)
Possui cuidador			0,877
Não	1547	92,1	193 (12,5)
Sim	133	7,9	16 (12,0)
Cuidador Principal			0,531
espos(a)/companheiro(a)	35	26,3	3 (8,5)
filho(a)/neto(a)	62	46,6	9 (14,5)
cuidador formal	23	17,3	4 (17,4)
Outros	13	9,8	-
Com quem mora			0,001
Sozinho	269	16,0	36 (13,4)
Com cuidador profissional	12	0,7	2 (16,7)
Com cônjuge/ outros de sua geração	705	42,0	61 (8,7)
Com filhos ou netos	692	41,2	109 (15,7)

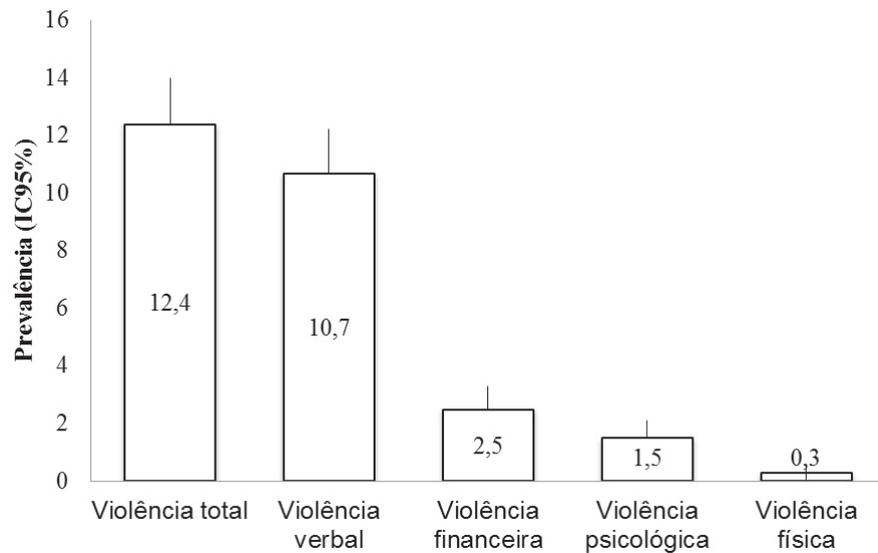


Figura 1. Prevalência de violência contra idosos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009/2010.

Constatou-se que as mulheres sofreram mais violência quando em relação aos homens. Solteiros(as) ou divorciados(as) apresentaram maior frequência do desfecho. Da mesma forma, a violência foi mais prevalente naqueles indivíduos menos escolarizados, com dependência moderada/grave para realizar suas atividades da vida diária e percepção de saúde ruim. Os que moravam sozinhos; com cuidador, filhos ou netos apresentaram maior proporção de violência quando comparados aos que moravam com cônjuge/outros de sua geração (tabela 1).

Na análise bruta observou-se que as variáveis associadas ao desfecho foram: ser do sexo feminino (OR = 2,15; IC95%: 1,37-3,38); situação conjugal, solteiros (as) ou divorciados(as) (OR = 1,91; IC95%: 1,28-2,86) e idosos com escolaridade menor que 11 anos de estudo. As chances de sofrer violência foram superiores nos indivíduos que apresentaram

dependência moderada ou grave (OR = 1,72; IC95%: 1,11-2,66), com autopercepção de saúde ruim ou muito ruim (OR = 1,85; IC95%: 1,15-2,99), assim como naqueles que relataram morar com filhos ou netos (OR = 2,52; IC95%: 1,58-4,03).

Na análise multivariável manteve-se associada ao desfecho ser do sexo feminino, com chance duas vezes superior aos homens de sofrer violência (IC95%: 1,3-3,2). Idosos solteiros(as) ou divorciados(as) tiveram chance 66% maior de sofrer violência (IC95%: 1,10-2,49). Os menos escolarizados apresentaram maior chance do desfecho. Da mesma forma, idosos com dependência de moderada à grave apresentaram uma chance 70% maior de sofrer algum tipo de violência (IC95%: 1,08-2,66), e aqueles que disseram morar com filhos ou netos apresentaram chance duas vezes maior (IC95%: 1,40-3,40) (tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada e multivariável dos fatores associados ao relato de violência em idosos (≥ 60 anos). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009/2010.

Variáveis	Análise bivariada		Análise multivariável	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
Sexo (n=1678)		0,011*		0,002
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	2,1 (1,3-3,3)		2,0 (1,3-3,2)	
Faixa etária (n=1678)		0,196*		0,114
60-69	1,00		1,00	
70-79	0,7 (0,5-1,0)		0,7 (0,5-1,0)	
80 ou mais	0,7 (0,4-1,3)		0,7 (0,4-1,3)	
Estado Civil (n=1678)		0,110*		0,500
Casado	1,00		1,00	
Solteiro/divorciado	1,9 (1,2-2,8)		1,6 (1,1-2,4)	
Viúvo	1,3 (0,8-2,0)		1,0 (0,6-1,7)	
Escolaridade (n=1670)		0,005*		0,023
12 ou mais	1,00		1,00	
9 a 11	1,6 (0,7-3,6)		1,5 (0,7-3,4)	
5 a 8	2,4 (1,2- 4,9)		2,1 (1,0-4,2)	
0 a 4	2,1 (1,2-3,7)		1,8 (1,0-3,3)	
Renda (n=1678)		0,066*		0,449
Quartil 1	1,00		1,00	
Quartil 2	1,0 (0,6-1,6)		1,0 (0,6-1,6)	
Quartil 3	0,8 (0,5-1,2)		0,8 (0,5-1,4)	
Quartil 4	0,5 (0,3-1,1)		0,7 (0,4-1,4)	
Capacidade Funcional (n=1678)		0,011*		0,018
Ausência de dependência	1,00		1,00	
Dependência leve	0,8 (0,5-1,3)		0,9 (0,6-1,4)	
Dependência moderada/grave	1,7 (1,1-2,6)		1,7 (1,0-2,6)	
Deficiência Cognitiva (n=1670)		0,060*		0,110
Não	1,00		1,00	
Sim	1,3 (0,9-1,9)		1,3 (1,0-1,9)	
Auto percepção de saúde (n=1675)		0,019*		0,807
Boa/ muito boa	1,00		1,00	
Regular	1,3 (0,8-1,9)		0,9 (0,6-1,5)	
Ruim/muito ruim	1,8 (1,1-2,9)		1,1 (0,5-2,1)	

Variáveis	Análise bivariada		Análise multivariável	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
Possui cuidador (n=1678)		0,803		-
Não	1,00			
Sim	0,9 (0,5-1,6)			
Cuidador Principal (n=120)		0,589		-
esposo(a)/companheiro(a)	1,00			
filho(a)/neto(a)	2,8 (0,6-11,9)			
cuidador formal	2,8 (0,5-15,1)			
Com quem mora (n=1691)		< 0,001*		< 0,001
Com cônjuge/ outros de sua geração	1,00		1,00	
Sozinho	1,6 (1,0-2,8)		1,4 (0,8-2,3)	
Com filhos ou netos	2,5 (1,5-4,0)		2,1 (1,4-3,3)	
Com cuidador profissional	3,1 (0,5-16,6)		3,9 (0,7-20,6)	

(*) Variáveis incluídas na análise multivariável ($p < 0,20$); (-) Variáveis não incluídas na análise multivariável por apresentar $p > 0,20$.

DISCUSSÃO

Estudos de base populacional sobre prevalência da violência contra idosos no Brasil são incipientes, sendo que no município de Florianópolis esse tipo de estudo era então inédito. O tamanho da amostra e metodologia utilizada assegura que os resultados provenientes sejam representativos da população de idosos residentes na zona urbana de Florianópolis.

Aproximadamente 12,4% dos participantes deste estudo referiram ter sofrido algum tipo de violência, a prevalência encontrada representa o dobro da estimado pela OMS⁴ para a população de idosos. Entretanto, outros estudos demonstram que a prevalência pode variar entre 2,2% a 40,4%.^{16,17} Essas diferentes estimativas podem ser decorrentes de diferentes metodologias utilizadas nos estudos, condução da entrevista, quando a entrevista é realizada na presença de cuidadores e/ou familiares, assim como pelo entendimento do idoso sobre o que é violência.

Dentre os tipos de violência, constatamos que a psicológica foi mais prevalente. Resultados

encontrados em outras pesquisas^{17,18} afirmam ser o tipo que mais ocorre, aumentando a possibilidade de as demais ocorrerem, uma vez que colocam o idoso em situação de humilhação e medo, permitindo que o agressor mantenha ou cometa outros tipos de abusos.

A violência financeira ocupou o segundo lugar dentre as mais ocorridas. Adams¹⁹ pontua que essa é a forma mais comum de abuso contra os idosos australianos e que isso ocorre devido a dificuldades de detecção desse fato, pois quem comete a violência é alguém próximo ao idoso, o que diminui a possibilidade de a vítima informar ou denunciar tal tipo de abuso.

As mulheres relataram sofrer mais violência em relação aos homens, achado recorrente em estudos de violência.^{20,21} Esta associação manteve-se na análise ajustada, mostrando que mulheres possuem chance duas vezes maior que os homens de sofrer violência. Recente revisão sistemática²¹ chama atenção para o fato de a mulher sofrer violência em todas as faixas etárias, bem como a sua maior susceptibilidade para a violência, situação essa, que se agrava com o envelhecimento.

Percebemos neste estudo elevada prevalência de idosos com nível superior completo (23,4%) se comparados com o restante do país (12%). Notamos que idosos que se encontram nessa faixa de escolaridade sofreram menos violência em comparação com os menos escolarizados.

Os idosos solteiros(as) ou viúvos(as) com baixa escolaridade demonstraram maiores chances de sofrer violência em comparação aos demais. A ausência de companheiro é apontada como fator potencialmente associado a situações de negligência em idosos,²² assim como a escolaridade está associada ao aumento da probabilidade de o idoso sofrer violência.²³ A dependência moderada a grave mostrou-se fortemente associada ao desfecho, o que pode ser explicado pelo fato da dependência na locomoção e/ou fala, tornando a pessoa mais susceptível a sofrer violência sem que o agressor seja acusado ou denunciado. Um aspecto potencializador dos conflitos intergeracionais é quando os idosos necessitam de cuidados decorrentes da idade avançada ou pelo surgimento de alguma doença, problemas de esquecimento, confusão mental, alterações no sono, incontinência, dificuldades de locomoção ou comprometimento da capacidade funcional, gerando dificuldades e aumento na demanda de cuidado para filhos e netos.²⁴

Estudo conduzido em São Paulo demonstrou que a dependência moderada ou grave é fator potencialmente associado a situações de negligência nessa população.²² Afinal, quanto maior a dependência no desempenho das atividades de vida básicas, maior a chance de o idoso sofrer violência.⁹

Morar com filhos ou netos aumentou consideravelmente a chance de sofrer violência. Amstadter²⁵ encontrou que aproximadamente um em cada dez idosos reporta sofrer algum tipo de maltrato, e que o agressor vivia com a vítima. Este achado é corroborado por autores que demonstram que idosos morando com filhos ou parentes próximos são por eles mais agredidos.^{26,27} Outros dados internacionais legitimam os levantamentos apresentados, apontando que entre os perpetradores estavam os filhos (50%), seguido por outros parentes (24%), esposo(a) ou parceiro(a) (20%), amigos (4%) e cuidadores (2%).¹⁶

A constatação e aumento gradativo de denúncias e pesquisas dos casos de violência podem ser explicados, em partes, pela transformação na política de assistência ao idoso – cujo Estatuto indica que prevenir a ameaça ou violação dos seus direitos é um dever dos cidadãos brasileiros.²⁸ O ambiente doméstico vem se mostrando um lugar propício para a investigação da violência contra os idosos e a informação sobre a frequência e fatores associados a este fenômeno são primordiais para estudos desta natureza.²⁰

A situação de violência ocasiona sequelas irreversíveis para as pessoas acometidas; estudos mostram que entre as consequências desta violência estão: estado geral de saúde ruim, problemas estomacais, dores de cabeça, sobrepeso, alergias, ansiedade, problemas para dormir e estresse.²⁹

Desta forma, a complexidade da violência, suas causas, atores e formas de expressão, fazem com que seu enfrentamento e discussão sejam um desafio, pois é necessário que as políticas públicas e programas relacionados à saúde identifiquem a violência como primeiro passo para a prevenção.³⁰

Como pontos fortes deste estudo, destacamos a abrangência populacional e a representatividade da amostra. Entre as limitações, o desenho transversal de investigação, o qual não permite estabelecer causalidade – como, por exemplo, saber se o idoso tem sua percepção de saúde ruim/péssima ou dependência por sofrer a violência, ou se a doença antecede aos maus-tratos. Destaca-se também como limitação a realização da entrevista no ambiente domiciliar, e que embora o instrumento utilizado para averiguar a violência contra o idoso não seja validado, tem sua utilização precedente em outro estudo.¹³

Portanto, este estudo possibilitou ter um panorama da situação de violência a qual os idosos residentes em Florianópolis estão submetidos.

CONCLUSÃO

Os resultados apontam para a prevalência de violência contra os idosos acima do esperado pela OMS e por outros estudos. Essas diferenças

podem ser explicadas pelos diferentes métodos adotados nas pesquisas, mas é provável que as estimativas sejam ainda maiores, considerando tratar-se de um assunto delicado. Muitas vezes, os idosos temem revelar que estão em situação de violência; na maioria das vezes, os perpetradores são os próprios familiares e, por isso, acabam não expondo a circunstância em que vivem, maquiando a real situação de violência.

Os idosos que moram com filhos e netos são os mais violentados, assim como mulheres, de baixa escolaridade, solteiros/divorciados e aqueles com dependência funcional. Esses dados demonstram

que familiares que são cuidadores devem estar preparados e receber apoio para que se rompam tais índices. Também revela importantes desigualdades sociais na ocorrência da violência contra os idosos em Florianópolis.

Enfatizamos que são necessárias políticas públicas e planejamento que subsidiem e ofereçam estruturas para que idosos, familiares ou cuidadores sejam apoiados com vistas à redução da violência. É papel dos profissionais de saúde e das delegacias de proteção ao idoso em situação de violência, assim como do conselho do idoso, identificar, atender, acompanhar e prevenir a ocorrência da violência.

REFERÊNCIAS

1. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. PNAD 2009 - Primeiras Análises: Tendências Demográficas. Brasília, DF: IPEA; 2010.
2. Brasil. Portaria nº 2.528. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União; 19 out 2006.
3. Brasil. Lei nº 10.741. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União; 01 out 2003.
4. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.
5. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health* 2010;100(2):292-7.
6. Cadmus EO, Owoaje ET. Prevalence and correlates of elder abuse among older women in rural and urban communities in South Western Nigeria. *Health Care Women Int* 2012;33(10):973-84
7. Apratto JPC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(6):2983-95.
8. Naughton C, Drennan J, Lyons I, Lafferty A. The relationship between older people's awareness of the term elder abuse and actual experiences of elder abuse. *Int Psychogeriatr* 2013;25(8):1257-66.
9. Faustino AM, Gandolfi L, Moura LBA. Capacidade funcional e situações de violência em idosos. *Acta Paul Enferm* 2014; 27(5):392-8.
10. Abath MB, Leal MCC, De Melo Filho DA. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(2):305-14.
11. Oliveira RCS. A pesquisa sobre o idoso no Brasil: diferentes abordagens sobre educação nas teses e dissertações (de 2000 a 2009). *Acta Sci Educ* 2013;35(1):79-87.
12. Ribeiro AP, Barter EACP. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(6):2729-40.
13. Lebrão LM. Estudo Longitudinal sobre as condições de vida e de saúde dos idosos do Município de São Paulo, 2006 [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2006. [acesso em 20 abr 2016]. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/sabe/Extras/Livro_SABE.pdf
14. Rosa TEC, D'Aquino MHB, Latorreb MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003;3(1)7:40-8.
15. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2003;61(3B):777-81.
16. Naughton C, Drennan J, Lyons I, Lafferty A, Treacy M, Phelan A, et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age Ageing* 2012;41(1):98-103.
17. DeLiema M, Gassoumis ZD, Homeier DC, Wilber KH. Determining prevalence and correlates of elder abuse using promotores: low-income immigrant Latinos report high rates of abuse and neglect. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(7):1333-9.

18. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in people's Republic of China: a cross-sectional study. *PLoS One* 2012;7(3):1-8.
19. Adams VM, Bagshaw D, Wendt S, Zannettino L. Financial abuse of older people by a family member: a difficult terrain for service providers in Australia. *J Elder Abuse Negl* 2014 26(3):270-90.
20. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, Eskinazi FMV, Duque AM. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(8):2199-208.
21. Da Silva ACLG, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 35(4):278-83.
22. De Queiroz ZPV, Lemos NFD, Ramos LR. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(6):2815-24.
23. Pinto FNFR, Barham EJ, De Albuquerque PP. Idosos vítimas de violência: fatores sócio-demográficos e subsídios para futuras intervenções. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2013;13(3):1159-81.
24. Wanderbroocke ACNS. A violência familiar na perspectiva de idosos e profissionais no contexto da atenção primária à Saúde [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
25. Amstadter AB, Cisler JM, McCauley JL, Hernandez MA, Muzzy W, Acierno R. Do incident and perpetrator characteristics of elder mistreatment differ by gender of the victim? Results from the National Elder Mistreatment Study. *J Elder Abuse Negl* 2011;23(1):43-57.
26. Clancy M, McDaid B, O'Neill D, O'Brien JG. National profiling of elder abuse referrals. *Age Ageing* 2011;40(3):346-52.
27. Heydrich LV, Schiamburg LB, Chee G. Social-relational risk factors for predicting elder physical abuse: an ecological bi-focal model. *Int J Aging Hum Dev* 2012;75(1):71-94.
28. Oliveira MLC, Gomes ACG, Amaral CPM, Dos Santos LB. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(3):555-66.
29. Olofsson N, Lindqvist K, Danielsson I. Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65-84 years. *Public Health* 2012;126(4):358-64.
30. Oveisi S, Karimi R, Mahram M. Note from Iran: Self-reported elder abuse in Qazvin, 2012. *J Elder Abuse Negl* 2014;26(3):337-40.

Recebido: 22/09/2015

Revisado: 29/05/2016

Aprovado: 08/06/2016