



ALAP 2020

IX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población



9 a 11 diciembre

EL ROL DE LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19 Y
EL DESAFÍO DE LA IGUALDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Bruna Matter dos Santos, ENCE/IBGE, bmatters.est@gmail.com

Ana Carolina Soares Bertho, ENCE/IBGE, carolina.bertho@ibge.gov.br

Marília Miranda Forte Gomes, FGA/UnB, mariliamfg@gmail.com

Jair Licio Ferreira Santos, FMRP-USP, jalifesa@usp.br

Fatores associados à prática de maus-tratos contra pessoas idosas no município de São Paulo em 2015

Introdução

Desde o início do século XXI o mundo está preocupado com o acelerado processo de envelhecimento populacional, que já se consolidou como um fenômeno em escala global, pois tem sido cada vez mais presente em diversos países, independentemente do estágio de desenvolvimento (CAMARANO; PASINATO, 2004). Caracterizado pela mudança no perfil etário da população, tal fenômeno tem ganhado cada vez mais atenção, pelas demandas por políticas públicas e transferências de recursos (Camarano; Kanso; Fernandes, 2014), especialmente em países como o Brasil, onde o crescimento da população idosa tem ocorrido de maneira ainda mais acelerada.

No passado, a fecundidade, ou seja, o número médio de filhos por mulher, era alta. As mulheres tinham muitos filhos e a mortalidade em todas as idades era elevada, de forma que nem todos chegavam com vida à idade adulta. Aos poucos, a mortalidade foi caindo e o número de nascimentos por mulher diminuiu progressivamente nas últimas décadas. Com a entrada de menos crianças na população, aumenta a importância dos grupos populacionais mais velhos (adultos e pessoas idosas), o que torna a população mais envelhecida. Além disso, a queda das taxas de fecundidade associada à redução da mortalidade e à elevação da expectativa de vida faz com que o processo de envelhecimento se acentue ainda mais (KALACHE, 1987).

No Brasil, em 1980, 6,1% dos brasileiros eram idosos, proporção que passou para 11% em 2010 (CARAMANO; KANSO; FERNANDES, 2016). Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018, 13,2% da população brasileira tinha 60 anos ou mais e em 2050, esse grupo irá representar 28,4% da população total do país, com um volume de aproximadamente 64 milhões de pessoas idosas.

Um dos desafios que tem se mostrado presente quando se analisa o aumento da população idosa é a questão dos maus-tratos contra este grupo. Autores como Minayo e Souza (2005) apontam que ainda não há dados suficientes para demonstrar que, com o aumento da participação das pessoas idosas na população, aumentarão também os casos de violência contra esse grupo populacional. Apesar disso, Frazão *et al.* (2014) apontam que tem ocorrido um maior reconhecimento e registro desses eventos. Destaca-se que, ainda que o Brasil não estivesse num processo acelerado de envelhecimento populacional, a temática da violência contra a pessoa idosa é de extrema relevância e o contexto atual coloca mais ênfase neste assunto.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), maus-tratos são conceituados como ações únicas ou repetidas, ou ainda, a ausência de ação que cause dano, sofrimento ou angústia e que ocorra dentro de um relacionamento de confiança (WHO, 2002). Segundo Minayo (2003):

“Violência” é um conceito referente aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais. As violências contra idosos, também, freqüentemente, são denominadas maus tratos e abusos, mas vou me omitir de fazer uma avaliação sobre as últimas duas noções, utilizando-as como sinônimo de violência. (MINAYO, 2003, p. 785)

Assim, sem desconsiderar que existem diferenças teóricas e históricas entre os termos, este estudo se alinha ao posicionamento de Minayo (2003), que considera a utilização de “maus-tratos” e “abusos” como sinônimos de violência. Segundo Pasinato, Camarano e Machado (2006), a violência se caracteriza como um problema social que parece fazer parte da história humana. É possível dizer até que a violência é como uma “doença social”, pois afeta toda a sociedade e pode tomar grandes proporções (BRASIL, 2006).

De acordo com Leite, Hildebrandt e Santos (2008), pessoas com 60 anos ou mais naturalmente possuem mais riscos à vitimização por maus-tratos em decorrência de sua fragilidade e dependência, principalmente pelas limitações funcionais. Questões culturais também podem ter influência na prática da violência contra as pessoas idosas, em particular, no ambiente doméstico, pois é comum a pessoa idosa ser desvalorizada, além de, muitas vezes, ser vista e tratada como um peso e/ou problema para a família.

Pasinato, Camarano e Machado (2006) apontam que os maus-tratos contra as pessoas idosas ocorrem, em geral, onde elas se encontram, ou seja, em suas casas, na comunidade e em instituições de longa permanência. As principais tipologias definidas na literatura para maus-tratos contra a pessoa idosa são: maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos, abuso financeiro ou material, abuso sexual, negligência, abandono, autonegligência e negligência social difusa (SOUZA *et al.*, 2010).

Sendo assim, a violência contra a pessoa idosa se manifesta de diversas formas, ambientes e por distintos personagens (agressores). Além do próprio ambiente doméstico, dos meios de transporte públicos, instituições de longa permanência, políticas sociais também podem contribuir com um quadro de perpetuação de desigualdades socioeconômicas (Pasinato; Camarano; Machado, 2006), em que a pessoa idosa pode estar exposta a situações de violência.

No Brasil, as famílias são designadas como a principal instituição responsável em atender às necessidades das pessoas idosas, que são amparadas¹ pela Constituição Federal, Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso que “contribuem para prevalecer a responsabilidade do núcleo familiar sobre a proteção e o sustento de seus idosos como principal responsável pelo bem-estar do idoso” (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Entretanto, a violência intrafamiliar, vista como a mais frequente e mais complexa por envolver relações afetivas, ocorre no “silêncio” dos lares, o que a torna invisível à sociedade (Brasil, 2006). Dessa forma, uma das grandes dificuldades em lidar com este tema consiste no registro desta forma de violência, pois além de envolver relações familiares (sejam elas consanguíneas ou não), muitas vezes o agressor é instintivamente protegido e defendido pela pessoa idosa que sofre agressão. A maior parte dos casos não chega aos serviços de saúde, pois ficam ocultos, seja dentro dos lares, seja pelos cuidadores da pessoa idosa ou nas instituições de longa permanência.

No Brasil, ainda que haja informações referentes às internações e aos óbitos de pessoas idosas por causas externas (incluindo quedas e acidentes), nem sempre é fácil relacionar tais eventos aos maus-tratos sofridos pelas pessoas idosas. E mesmo quando há violência física, nem sempre ela chega a gerar uma internação hospitalar, o que torna o evento invisível. E outras

¹ 1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 38/2002 e pelas Emendas Constitucionais de revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal Subsecretaria de Edições Técnicas, 2002; 427.

2. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, dá outras providências. [Internet]. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm

expressões de violência, tais como a psicológica e a financeira, não deixam marcas físicas que permitam a identificação do ponto de vista do atendimento médico.

Os maus-tratos contra a pessoa idosa são considerados problema de saúde pública, pois podem trazer diversos prejuízos às vítimas, com sequelas irreversíveis à saúde, o que onera gastos em saúde pública e também prejudica o desenvolvimento econômico e social do país.

Diversos estudos² mostram que existe um conjunto de características que podem aumentar ou diminuir o risco de uma pessoa idosa ser vítima de maus-tratos. Em geral, essas características podem ser agrupadas em grupos de fatores (sociodemográficos, econômicos e de saúde), por exemplo. Dessa forma, o conhecimento dos fatores associados à este fenômeno é essencial, uma vez que o planejamento de ações e programas eficazes de prevenção à violência se baseia na compreensão deles (PILLEMER *et al.*, 2016; PASINATO; CAMARANO; MACHADO, 2006).

Objetivo

Analizar as características associadas à ocorrência de maus-tratos contra pessoas idosas no município de São Paulo em 2015.

Materiais e Métodos

Foram utilizados os dados da Pesquisa Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) de 2015. Essa Pesquisa foi iniciada em 2000, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e outras instituições conveniadas³. A SABE se caracteriza como um estudo transversal de base populacional realizado em sete cidades⁴ da América Latina e Caribe, com o objetivo de conhecer aspectos relacionados às condições de vida e saúde das pessoas idosas não institucionalizadas nessas regiões, de forma que os resultados pudessem ser comparados entre as cidades (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

No Brasil, o Estudo SABE vem sendo desenvolvido com pessoas idosas residentes em áreas urbanas do município de São Paulo. A coleta dados ocorreu em quatro momentos distintos: 2000, 2006, 2010 e 2015, dessa forma, conta com quatro coortes de pessoas idosas.

² Sanches (2006), Brasil (2006), Machado (2014), Bolsoni *et al.* (2016).

³ Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em convênio integrado pela Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), o Programa de Envelhecimento das Nações Unidas, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

⁴ Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), Cidade do México (México), Havana (Cuba), Montevidéu (Uruguai), São Paulo (Brasil) e Santiago (Chile).

Além disso, sempre é adicionada uma nova coorte de pessoas entre 60 e 64 anos a fim de avaliar o padrão de envelhecimento entre as diferentes gerações de pessoas idosas. Os dados foram obtidos por intermédio de entrevistas domiciliares, cujo tamanho da amostra foi determinado a partir de delineamento amostral do tipo complexo (SILVA, 2003; LEBRÃO; DUARTE, 2008).

Para análise estatística dos dados, foi realizada a investigação entre cada variável explicativa selecionada e a variável resposta, por meio de modelos de regressão logística (simples), cuja aplicação é adequada quando a variável dependente é do tipo binária, onde há uma categoria de sucesso e outra de fracasso. A categoria “sucesso” se refere às pessoas idosas que sofreram algum tipo de maus-tratos, isto é, que responderam “sim” para quaisquer perguntas da seção Maus-tratos do Questionário do Estudo SABE em 2015, apresentada a seguir, enquanto a categoria “fracasso”, faz referência às pessoas que não sofreram as formas de violência apresentadas, ou seja, que responderam “não” para as seguintes perguntas:

- No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam gritaram com o(a) Sr(a) sem razão?
- No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam o(a) chamaram por algum nome ou apelido que o(a) Sr(a) não goste?
- Alguma das pessoas que o rodeiam o(a) ameaçaram por não fazer o que eles queriam que o(a) Sr(a) fizesse?
- Alguma das pessoas que o rodeiam bateram ou esbofetearam o(a) Sr(a)?
- Alguma das pessoas que o rodeiam sacudiram ou chacoalharam o(a) Sr(a)?
- No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam usaram ou mexeram no seu dinheiro sem a autorização do(a) Sr(a)?
- Alguma das pessoas que o rodeiam roubaram seu dinheiro ou algum pertence importante para o(a) Sr(a)?

Uma vez que o processo de amostragem da Pesquisa SABE é do tipo complexo, o desenho amostral foi levado em consideração a fim de evitar viés nas estimativas obtidas. Para interpretação dos resultados, foram utilizadas as Razões de chance (RC) e identificadas como variáveis significativas, aquelas cujo p-valor foi menor que 0,05. O *software* para análise dos dados foi o STATA 14.0 que por meio do pacote *svy* conta com diversas funções que incorporam o plano amostral da pesquisa.

Tomando como ponto de partida as variáveis utilizadas em estudos anteriores⁵ relacionados à violência contra a pessoa idosa com dados da SABE, as variáveis selecionadas foram agrupadas segundo características:

- **Sociodemográficas:** sexo (feminino e masculino), raça/cor (branca, parda, preta), idade em anos (nas categorias 60 – 69, 70 – 79 e 80 anos ou mais), situação conjugal (“solteiro”, “unido”, “separado” e “viúvo”) e escolaridade (“até o primeiro grau” e “segundo grau ou mais”).
- **Rede de apoio familiar e social:** mora sozinho(a) (sim, não), auxílio⁶ (ninguém, esposo(a), filho(a), outros), críticas⁷ (nunca, alguma vez), isolamento⁸ (nunca, alguma vez), Apgar⁹ de família (família disfuncional: 0 – 12, família funcional: 13 – 20).
- **Econômicas:** possui plano de saúde (sim, não), condição de moradia (casa própria, alugada ou outros), receita mensal (até um salário mínimo¹⁰, mais de um até dois salários mínimos, mais de dois até três salários mínimos, mais de três salários mínimos), situação de trabalho (trabalha, não trabalha), suficiência financeira¹¹ (sim, não).
- **Estilo de vida:** ingestão de bebida alcoólica¹² (nenhum, algum dia), hábito de fumar (fuma atualmente, nunca fumou ou já fumou no passado), prática de atividade física (sim, não), índice de bem-estar¹³ (ruim: 0 – 12, bom: 13 ou mais).
- **Condições de saúde:** auto-avaliação da saúde (muito boa ou boa, regular, ruim ou muito ruim), avaliação cognitiva (boa, ruim), estado nutricional¹⁴ (está bem nutrido, não está bem nutrido), quedas nos últimos doze meses (sim, não), estado funcional¹⁵

⁵ Sanches (2006) e Machado (2014).

⁶ Se refere à pergunta “A quem a pessoa idosa pode pedir ajuda no seu cuidado pessoal?”.

⁷ Se refere à pergunta “Os que cercam a pessoa idosa (familiares/amigos) fazem muitas exigências, cobranças ou críticas?”.

⁸ Se refere à pergunta “Com que frequência a pessoa idosa se sente isolada/deixada de lado?”.

⁹ Índice que mensura a funcionalidade familiar, desenvolvido por Smilkstein (1978) nos Estados Unidos, sendo amplamente utilizado como um instrumento para avaliar a dinâmica dos relacionamentos familiares no cuidado com uma pessoa dependente (BRASIL, 2006).

¹⁰ Equivalente a R\$ 880,00 (salário mínimo vigente à época da Pesquisa).

¹¹ Se refere à pergunta “A receita é suficiente para cobrir despesas diárias?”.

¹² Se refere à pergunta “Nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana a pessoa idosa tomou bebidas alcoólicas?”.

¹³ Dados de qualidade de vida das pessoas idosas referentes aos resultados das perguntas Q05 à Q09 do questionário SABE.

¹⁴ Se refere à pergunta “Com relação a seu estado nutricional, a pessoa idosa se considerou bem nutrida?”.

¹⁵ Situação em que a pessoa idosa se encontra.

(anda, não anda¹⁶), dificuldade funcional¹⁷ (nenhuma, uma dificuldade ou mais), dificuldade instrumental¹⁸ (nenhuma, uma dificuldade ou mais), número de cuidadores (nenhum, um, dois ou mais), depressão¹⁹ (sim, não), quantidade de DCNTs²⁰ (nenhuma, uma ou duas, três ou mais).

Foi analisada a qualidade da informação dessas variáveis, a fim de identificar os níveis de *missing* de cada uma delas e aquelas cujos níveis foram superiores a 8% não foram consideradas, pois poderiam prejudicar a estimação dos coeficientes do modelo e as razões de chance levando em consideração o tamanho da amostra (GOMES, 2011).

Resultados

O Estudo SABE conta com uma amostra de 1.224 pessoas idosas que residiam no município de São Paulo em 2015. Os resultados referentes às características sociodemográficas revelaram que a maior parte das pessoas entrevistadas eram do sexo feminino (65,0%), classificadas como brancas (53,7%), com idade entre 60 e 69 anos (55,2%), cuja situação conjugal era unida (49,9%) e possuíam até o primeiro grau de escolaridade (60,7%). Entretanto, como a variável referente à escolaridade apresentou um nível elevado de *missing* (10,9%), ela não foi selecionada para as demais análises.

Quanto à rede de apoio da família e dos amigos, 82,0% dos entrevistados moravam com outras pessoas. Os filhos foram os mais indicados (43,1%) como os que prestaram auxílio à pessoa idosa quando esta necessitou de ajuda. Além disso, 63,6% afirmaram que as pessoas que as cercavam nunca faziam muitas exigências, cobranças ou críticas e 78,7% disseram nunca ter se sentido isoladas ou deixadas de lado. O Apgar de família também indicou alta proporção de funcionalidade familiar, pois 84,8% das pessoas idosas indicaram estar satisfeitas com o apoio demonstrado pelos seus familiares.

Algumas características econômicas mostraram que 27,7% das pessoas idosas recebiam até um salário mínimo e 32,4% recebiam mais de um e menos de dois salários mínimos por

16 Está acamado ou usa cadeira de rodas.

17 Dificuldades em realizar atividades básicas da vida diária (ABVD), tais como se vestir, comer, tomar banho e usar o banheiro.

18 Dificuldades em realizar atividades instrumentais do dia-a-dia (AIVD) como cozinhar, realizar tarefas domésticas, administrar finanças, usar meios de transporte e telefone.

19 Já recebeu o diagnóstico de depressão?

20 Número de DCNTs que a pessoa idosa foi diagnosticada. Inclui: Inclui hipertensão, diabetes, câncer, doença crônica pulmonar, doença articular, doença cardíaca, doença cerebrovascular, doença psiquiátrica, Alzheimer e Parkinson.

mês. Dessa forma, 60,1% da população apresentou situação econômica desfavorável. Entretanto, como a variável receita mensal apresentou 11,4% de *missing*, ela não foi selecionada para as demais análises. Apesar disso, outras características deram indícios da situação econômica da população estudada. Foi visto que 53,8% dos entrevistados não possuíam plano privado de saúde. Quanto às condições de moradia e a situação de trabalho, 79,8% tinham residência própria e 68,6% não trabalhavam. Para própria cobertura de despesas, 50,9% afirmaram que a renda recebida era suficiente.

O estilo de vida das pessoas idosas revelou que 70,1% delas não fizeram uso de bebida alcóolica nos três últimos meses anteriores à Pesquisa, 87,0% disseram nunca ter fumado ou somente haviam fumado no passado. Em relação à prática de atividades físicas, 67,2% revelaram não ter feito nenhuma atividade nos três meses anteriores à realização da Pesquisa. A qualidade de vida da população idosa, em geral, foi considerada boa, uma vez que 84,0% obteve um bom resultado com base no Índice de Bem-Estar.

Com relação às condições de saúde, 48,4% das pessoas idosas auto avaliaram seu estado de saúde como muito bom ou bom e 82,8% tiveram um bom resultado nos testes de avaliação cognitiva. Quanto ao estado nutricional, 92,3% se consideraram bem nutridos e 69,5% afirmaram não ter sofrido quedas no ano anterior à Pesquisa. A maioria das pessoas idosas não usava cadeira de rodas ou estava acamada, pois 96,6% delas afirmaram poder andar por conta própria. Quanto à presença de dificuldades funcionais, 67,9% dos entrevistados relataram não ter quaisquer dificuldades. Mas com relação às atividades instrumentais, 77,5% afirmaram ter pelo menos uma dificuldade. Além disso, 41,7% disseram necessitar de um cuidador para auxiliá-los em suas atividades diárias e 16,8% sofriam de depressão. A presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) foi outro fator importante na análise do estado de saúde das pessoas idosas. Verificou-se que 51,5% delas possuíam uma ou duas DCNTs.

A partir dessa análise descritiva geral da amostra, as variáveis que apresentaram elevada proporção de *missing* e não seguiram para as demais etapas de análise dos dados foram escolaridade e receita mensal. Apesar da importância dessas variáveis, outras puderam ser utilizadas para fornecer informações sobre as características econômicas das pessoas idosas.

Os dados revelaram que 154 pessoas idosas (12,6%, IC-95% = 10,7% - 14,4%) relataram ter sofrido algum tipo de maus-tratos. As características da população analisada, apresentadas na Tabela 1, mostram que houve maior prevalência de maus-tratos entre as mulheres do que entre os homens. Quanto à raça, observa-se que entre as pessoas idosas de cor preta, a proporção das que sofreram maus-tratos foi maior em comparação às demais. A análise por grupos etários revela maior proporção entre os que estavam entre 60 e 69 anos, chegando a

14,8%. Por fim, para a situação conjugal, foi visto que as solteiras foram as que apresentaram os maiores índices de maus-tratos, quando comparadas aos demais grupos.

Os fatores sociodemográficos que indicaram ter associação com a ocorrência de maus-tratos foram: sexo, idade e situação conjugal. Dessa forma, mulheres, na faixa etária de 60 a 69 anos, solteiras ou viúvas estavam entre os que apresentaram maior incidência de ter sofrido alguma forma de violência.

Tabela 1: Características sociodemográficas das pessoas idosas, segundo ocorrência ou não de maus-tratos, município de São Paulo, 2015.

Variáveis	A pessoa idosa sofreu maus-tratos? (%)		Razão de chances	IC (95%)	p-valor
	Sim	Não			
Sexo					
Feminino	14,37	85,63	1,722	1,19 - 2,48	0,004*
Masculino	8,87	91,13	1,000	-	
Raça/cor					
Branco	11,90	88,10	1,000	-	
Pardo	12,63	87,37	1,070	0,69 - 1,65	0,762
Preto	14,27	85,73	1,232	0,64 - 2,36	0,528
Idade					
60 - 69 anos	14,80	85,21	1,000	-	
70 - 79 anos	9,49	90,51	0,604	0,35 - 1,03	0,067
80 anos ou mais	6,86	93,14	0,424	0,22 - 0,78	0,007*
Situação conjugal					
Solteiro	19,90	80,05	2,563	1,17 - 5,60	0,019*
Unido	8,86	91,14	1,000	-	
Separado	15,31	84,69	1,859	0,98 - 3,51	0,056
Viúvo	15,08	84,92	1,826	1,19 - 2,79	0,006*

Fonte: Estudo SABE (2015).

Nota: * p-valor < 0,05.

** Os resultados relativos a cada categoria nas variáveis analisadas foram obtidos após a expansão da amostra.

*** Na amostra total analisada, 1 pessoa declarou que era indígena, 37 se identificaram como amarelos, 1 de outra raça e 14 não declararam. Optou-se pela exclusão dessas declarações, o que provocou uma perda de 53 (4,3%) pessoas na variável raça/cor.

Quanto às características da rede de apoio familiar e social, observou-se que a proporção de pessoas que sofreram violência foi similar entre aquelas que moravam sozinhas e entre as que viviam com outras pessoas, conforme apresentado na Tabela 2. Por outro lado, entre as que não tinham quem as auxiliasse, as proporções de vítimas de maus-tratos foram maiores do que aquelas que tinham com quem contar. Entre as pessoas idosas que receberam críticas, foi observada uma proporção maior para ocorrência de violência (20,6%), quando comparadas às que nunca haviam recebido críticas. O que foi similar entre as pessoas que se sentiram isoladas ou deixadas de lado, cuja prevalência de maus-tratos chegou a 25,3%. O Apgar de família

indicou que existe uma prevalência maior de abusos entre aquelas que pertenciam a famílias disfuncionais, chegando a 25,1%.

A análise univariada apontou que os fatores relacionados à rede de apoio familiar e social associados à ocorrência de maus-tratos contra as pessoas idosas foram: auxílio, críticas, isolamento e apgar de família. Sendo assim, aqueles que não tinham com quem contar, que alguma vez receberam críticas, se sentiram isolados ou deixados de lado, cujas famílias eram disfuncionais, estavam entre os que mais sofreram alguma forma de maus-tratos.

Tabela 2: Características da rede de apoio familiar e social das pessoas idosas, segundo ocorrência ou não de maus-tratos, município de São Paulo, 2015.

Variáveis	A pessoa idosa sofreu maus-tratos? (%)		Razão de chances	IC (95%)	p-valor
	Sim	Não			
Mora sozinho (a)					
Sim	12,77	87,23	1,000	-	
Não	11,94	88,06	0,927	0,56 – 1,53	0,765
Auxílio					
Ninguém	24,73	75,27	2,492	1,02 – 6,045	0,044*
Esposo	8,64	91,36	0,717	0,44 – 1,16	0,177
Filho	11,65	88,35	1,000	-	
Outros	16,50	83,50	1,498	0,98 – 2,27	0,058
Críticas					
Nunca	8,19	91,81	1,000	-	
Alguma vez	20,69	79,31	2,922	1,93 – 4,40	0,000*
Isolamento					
Nunca	9,75	90,25	1,000	-	
Alguma vez	25,37	74,63	3,146	2,01 – 4,90	0,000*
Apgar de família					
Família funcional	10,21	89,79	1,000	-	
Família disfuncional	25,12	74,88	2,952	1,91 – 4,54	0,000*

Fonte: Estudo SABE (2015).

Nota: * p-valor < 0,05.

** Os resultados relativos a cada categoria nas variáveis analisadas foram obtidos após a expansão da amostra.

*** ** Na amostra total analisada, 12 (1,0%) não declararam informações referente à variável “Mora sozinho (a)”; 51 (4,2%) não declararam informações referente à “Auxílio”; 46 (3,8%) não declararam informações referente à “Críticas”; 50 (4,1%) não declararam informações referente à “Isolamento” e 50 (4,1%) não declararam informações referente à “Apgar de família”.

As informações econômicas apresentadas na Tabela 3 revelam que, entre os que não possuíam plano de saúde privado, a ocorrência de maus-tratos foi maior, chegando a 15,2%. Quanto à condição de moradia, a prevalência de abusos foi semelhante entre os que moravam em casas próprias e entre os que viviam em casas alugadas (ou outros), o que também foi similar quanto à situação de trabalho, em que as proporções de vítimas de maus-tratos foram semelhantes entre os que trabalhavam e não trabalhavam. Por outro lado, quanto à suficiência

financeira, observou-se maior incidência de violência entre aquelas cuja renda mensal foi considerada insuficiente, chegando a 14,2%.

Assim, do bloco de características econômicas, as variáveis significativas foram plano de saúde e suficiência financeira, em que pessoas sem plano de saúde privado e cuja renda mensal era insuficiente para cobrir as despesas estavam entre as que tiveram maior incidência de maus-tratos.

Tabela 3: Características econômicas das pessoas idosas, segundo ocorrência ou não de maus-tratos, município de São Paulo, 2015.

Variáveis	A pessoa idosa sofreu maus-tratos? (%)		Razão de chances	IC (95%)	p-valor
	Sim	Não			
Plano de saúde					
Sim	8,15	91,85	1,000	-	
Não	15,27	84,73	2,031	1,39 – 2,96	0,000*
Condição de moradia					
Própria	11,82	88,18	1,000	-	
Alugada ou outros	12,60	87,40	1,075	0,64 – 1,78	0,777
Situação de trabalho					
Trabalha	11,32	88,68	0,916	0,62 – 1,33	0,644
Não trabalha	12,23	87,77	1,000	-	
Suficiência financeira					
Renda suficiente	9,41	90,59	1,000	-	
Renda insuficiente	14,21	85,79	1,594	1,09 – 2,31	0,015*

Fonte: Estudo SABE (2015).

Nota: * p-valor < 0,05.

** Os resultados relativos a cada categoria nas variáveis analisadas foram obtidos após a expansão da amostra.

*** Na amostra total analisada, 1 (0,1%) pessoa não declarou informações referente à variável “Plano de saúde”; 2 (0,2%) não declararam informações referente à “Condição de moradia”; 8 (0,7%) não declararam informações referente à “Situação de trabalho”; 1 (0,1%) não declarou informações referente à “Suficiência financeira”.

Dados sobre o estilo de vida das pessoas idosas, apresentados na Tabela 4, mostram que a prevalência de maus-tratos foi próxima entre os que faziam uso de bebida alcoólica e entre os que não faziam. Tal prevalência foi similar quanto à prática de atividades físicas, pois a proporção de pessoas idosas que sofreu maus-tratos foi semelhante entre os que praticavam e entre os que não praticavam exercícios. Já quanto ao hábito de fumar, notou-se uma prevalência relativamente mais elevada para violência entre os que fumavam, chegando a 13,1%. Foi visto também que entre as pessoas que tiveram um Índice de Bem-Estar ruim, a proporção para violência foi maior, chegando a 22,2%, enquanto entre as que tiveram um Índice bom, a prevalência foi de 10,1%. Esse foi o único fator relacionado ao estilo de vida que indicou estar associado à ocorrência de maus-tratos.

Tabela 4: Características do estilo de vida das pessoas idosas, segundo ocorrência ou não de maus-tratos, município de São Paulo, 2015.

Variáveis	A pessoa idosa sofreu maus-tratos? (%)		Razão de chances	IC (95%)	p-valor
	Sim	Não			
Ingestão de bebida alcoólica					
Nenhuma	11,80	88,20	1,000	-	
Alguma vez	12,23	87,77	1,041	0,71 – 1,51	0,830
Hábito de fumar					
Fuma atualmente	13,15	86,85	1,131	1,65 – 1,94	0,655
Nunca fumou ou					
Já fumou no passado	11,81	88,19	1,000	-	
Prática de atividade física					
Sim	11,05	88,95	1,000	-	
Não	12,44	87,56	1,145	0,79 – 1,64	0,466
Índice de Bem-Estar					
Bom	10,16	89,84	1,000	-	
Ruim	22,25	77,75	2,530	1,57 – 4,06	0,000*

Fonte: Estudo SABE (2015).

Nota: * p-valor < 0,05.

** Os resultados relativos a cada categoria nas variáveis analisadas foram obtidos após a expansão da amostra.

** Na amostra total analisada, 4 (0,3%) pessoas não declararam informações referente à variável “Ingestão de bebida alcoólica”; 4 (0,3%) não declararam informações referente à variável “Hábito de fumar” e 3 (0,2%) não declararam informações referente à variável “Prática de atividade física”.

Informações sobre o estado de saúde das pessoas idosas, apresentadas na Tabela 5, mostram que quanto pior foi a auto avaliação do estado de saúde, maior foi a proporção de vítimas de maus-tratos, chegando a 22,3% entre os que auto avaliaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim. Quanto à avaliação cognitiva, observou-se que as proporções foram similares entre os grupos analisados, o que também ocorreu para as características funcionais, pois ao ser feita a comparação entre os que podiam andar e entre os que não podiam, assim como entre os que tinham e entre os que não tinham dificuldades - tanto funcionais (ABVD) como instrumentais (AIVD) - a diferença entre os grupos foi inferior a 2%.

Por outro lado, quanto ao estado nutricional, entre as pessoas que não se consideraram bem nutridas, a proporção de vítimas de maus-tratos foi mais que o dobro das que se consideraram bem nutridas. De maneira similar, entre as que sofreram quedas, também foi observada proporção maior de pessoas que sofreram maus-tratos (15,2%) quando comparadas às que não sofreram quedas (10,6%).

Observou-se também que a incidência de maus-tratos foi maior entre aquelas que tinham depressão, chegando a ser quase o dobro, quando comparadas às que não tinham. O número de cuidadores revelou que quanto mais cuidadores a pessoa idosa tinha, menor foi a proporção de vítimas de alguma forma de maus-tratos. O que também ocorreu quanto à quantidade de doenças crônicas diagnosticadas, pois quanto maior a quantidade de DCNTs que

a pessoa idosa havia declarado, maior a prevalência de maus-tratos obtida. Entre as que não informaram qualquer DCNT, a prevalência de abusos foi de 8,1%, já entre as que declararam uma ou duas DCNTs, essa proporção subiu para 11,2%, chegando a 14,6% entre as que relataram três DCNTs ou mais.

A partir da análise univariada, os fatores relacionados às condições de saúde que indicaram estar associados à ocorrência de maus-tratos foram: auto avaliação da saúde, estado nutricional, quedas e depressão. Dessa forma, pessoas que auto avaliaram seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim, que não se consideravam bem nutridas, sofreram quedas e tinham o diagnóstico de depressão estavam entre as que apresentaram maiores prevalência de maus-tratos.

Tabela 5: Características das condições de saúde das pessoas idosas, segundo ocorrência ou não de maus-tratos, município de São Paulo, 2015.

Variáveis	A pessoa idosa sofreu maus-tratos? (%)		Razão de chances	IC (95%)	p-valor
	Sim	Não			
Auto avaliação da saúde					
Muito boa ou Boa	9,17	90,83	1,000	-	
Regular	13,99	86,01	1,611	1,09 – 2,36	0,015*
Ruim ou Muito ruim	22,33	77,67	2,847	1,47 – 5,48	0,002*
Avaliação cognitiva					
Boa	11,95	88,05	1,000	-	
Ruim	11,61	88,39	0,968	0,56 – 1,65	0,905
Estado nutricional					
Bem nutrido	11,37	88,63	1,000	-	
Não está bem nutrido	23,83	76,17	2,440	1,26 – 4,71	0,008*
Quedas					
Sim	15,20	84,80	1,498	1,004 – 2,23	0,047*
Não	10,68	89,32	1,000	-	
Estado funcional					
Anda	12,01	87,98	1,000	-	
Não anda	10,17	89,83	0,828	0,30 – 2,22	0,706
Dificuldade funcional					
Nenhuma	11,20	88,80	1,000	-	
Pelo menos uma	12,28	87,72	0,900	0,58 – 1,38	0,631
Dificuldade instrumental					
Nenhuma	12,17	87,83	1,000	-	
Pelo menos uma	11,25	88,75	1,092	0,73 – 1,62	0,661
Número de cuidadores					
Nenhum	13,27	86,73	1,000	-	
Um	11,13	88,87	0,818	0,52 – 1,26	0,368
Dois ou mais	9,40	90,60	0,678	0,40 – 1,14	0,148
Depressão					
Sim	19,63	80,37	2,080	1,40 – 3,08	0,000*
Não	10,51	89,49	1,000	-	

Continua

Variáveis	Conclusão				
	A pessoa idosa sofreu maus-tratos? (%)		Razão de chances	IC (95%)	p-valor
	Sim	Não			
Quantidade de DCNTs					
Nenhuma	8,17	91,83	1,000	-	
Uma ou duas	11,25	88,75	1,424	0,70 – 2,86	0,319
Três ou mais	14,66	85,34	1,929	0,97 – 3,80	0,058

Fonte: Estudo SABE (2015).

Nota: * p-valor < 0,05.

** Os resultados relativos a cada categoria nas variáveis analisadas foram obtidos após a expansão da amostra.

*** Na amostra total analisada, 31 (2,5%) pessoas não declararam informações referente à variável “Auto avaliação da saúde”; 20 (1,6%) não declararam informações referente à “Avaliação cognitiva”; e 23 (1,9%) não declararam informações referente à “Estado nutricional”; 2 (0,2%) não declararam informações referente à “Quedas”; 2 (0,2%) não declararam informações referente à variável “Estado funcional”; 102 (8,3%) não declararam informações referente à variável “Número de cuidadores”.

Discussão

A prevalência de maus-tratos contra pessoas idosas obtida neste estudo (12,6%) mostra que houve um pequeno aumento quando comparada aos resultados obtidos por Machado (2014) com dados de 2010 do Estudo SABE, que identificou que 10,1% das pessoas com 60 anos ou mais tinham sofrido violência.

A análise univariada dos fatores sociodemográficos indicou que pessoas do sexo feminino tiveram 72% mais chances de terem sido vítimas de alguma forma de maus-tratos, quando comparadas às do sexo masculino. Este resultado corrobora com os achados de Bolsoni *et al.* (2016) em estudo sobre violência contra pessoas idosas e fatores associados, na cidade de Florianópolis-SC, que verificaram por meio de um modelo logístico multivariado que mulheres idosas possuíam duas vezes mais chance de ter sofrido maus-tratos do que os homens. A prevalência de casos de violência contra mulheres idosas é um achado recorrente na literatura²¹.

Foi visto que pessoas com 80 anos ou mais apresentaram menos riscos para violência do que aquelas na faixa de 60 a 69 anos. De acordo com Minayo (2003), pessoas desta faixa etária (60 a 69 anos) são mais frequentemente vitimadas por ações violentas. Entretanto, outros estudos como Sousa *et al.* (2010), Brasil (2014) encontraram maior risco para violência em pessoas com idade avançada (75-80 anos ou mais).

Aguiar *et al.* (2015) também identificaram maior risco para violência em pessoas idosas mais “jovens” em Aracaju (SE) e afirmaram que essa situação pode estar associada ao fato de que as pessoas nessa faixa etária, em geral, possuem mais autonomia funcional, conhecimento em relação aos seus direitos e à possibilidade de buscá-los, o que colabora para um aumento do

²¹ Duque *et al.*, 2012; Brasil, 2014; Minayo, 2003; Lopes *et al.*, 2018; Araújo *et al.*, 2007.

número de denúncias. As autoras destacam ainda que as pessoas com idade avançada poderiam ter mais dificuldades em fazer denúncias, em virtude das limitações físicas e de um estado de saúde mais debilitado que as manteriam restritas ao ambiente doméstico.

Estudo feito por Sanches (2006) com pessoas idosas que participaram do Estudo SABE em 2000 mostra que tanto homens quanto mulheres idosas, em que a situação conjugal era solteiro, divorciado ou viúvo, estavam mais propensos a sofrer maus-tratos, o que corrobora com os achados deste estudo que indicaram que pessoas idosas solteiras e viúvas apresentaram mais chances de ter sido vítimas de violência, sendo as chances 156% e 82% maiores, respectivamente, quando comparadas às que tinham companheiro (a). Dessa forma, o estado conjugal unido (casado ou com companheiro) indica ser um fator de proteção contra abusos em pessoas idosas.

Os fatores associados à rede de apoio familiar e social indicaram que as pessoas idosas que não tinham alguém para auxiliá-las em seu cuidado pessoal, tiveram 1,5 vez mais chances de terem sido vítimas de alguma forma de maus-tratos. Além disso, aquelas que alguma vez receberam críticas e se sentiram isoladas tiveram, respectivamente, 192% e 214% mais chances de ter sofrido abusos quando comparadas às que nunca haviam vivenciado essas situações. O Apgar de família também demonstrou ser um fator importante, pois as pessoas idosas que pertenciam a famílias caracterizadas como disfuncionais, ou seja, em que a família representou um agente de estresse para ela, tiveram quase o dobro de chances (1,9 vez) de ter sofrido alguma forma de violência, o que é similar aos achados de Machado (2014).

A associação significativa desses fatores com a ocorrência de maus-tratos demonstra a importância do suporte social e da boa qualidade dos relacionamentos interpessoais da pessoa idosa. Conduz ao entendimento de que uma boa rede de apoio familiar e social se torna um fator de proteção à violência, o que também foi apontado por Brasil (2014) e Pillemer *et al.* (2016).

Relacionado às condições financeiras, as pessoas sem plano de saúde foram as que apresentaram as maiores chances para violência, sendo 103% maiores quando comparadas às que possuíam. Outro fator associado foi a suficiência financeira, em que as pessoas cuja renda mensal era insuficiente para manutenção das despesas tiveram 59% mais chances de ter sofrido maus-tratos. Sanches (2006) obteve que entre as pessoas idosas cuja renda era suficiente para cobrir as despesas, 5,6% tinha sinais de ter sofrido violência, enquanto entre aquelas cuja renda era insuficiente, a prevalência foi de 12,1%. Segundo Araújo *et al.* (2007), quanto maior for a precariedade social, maior é o risco de a pessoa idosa sofrer alguma forma de abuso. Dessa

forma, ambos os fatores identificados são indicativos de que pessoas idosas em condições socioeconômicas piores estão em situação de maior vulnerabilidade à violência.

Do bloco de fatores relacionados ao estilo de vida, somente a variável Índice de Bem-estar está associada, indicando que as pessoas idosas cujo índice era ruim, tiveram 1,5 vez mais chances de terem sofrido violência. O Índice de Bem-estar mede a qualidade de vida das pessoas idosas, abrange aspectos como níveis de alegria, disposição, tranquilidade, energia, entre outros. Uma avaliação negativa dele pode ter associação com maus-tratos psicológicos, uma vez que esse tipo de abuso muitas vezes ocorre de maneira sutil, por meio de ameaças, coações, deterioração da imagem da pessoa idosa, apelidos negativos, isolamento, restrição da liberdade e comumente coloca a pessoa idosa em situações de humilhação e medo (BRASIL, 2014; SOUSA *et al.*, 2010; BOLSONI *et al.*, 2016).

As condições de saúde associadas à ocorrência de maus-tratos revelaram que quanto pior foi a auto avaliação do estado de saúde da pessoa idosa, maiores foram as chances de ela ter sofrido algum tipo de maus-tratos. Os que auto avaliaram seu estado de saúde como regular tiveram 61% mais chances de terem sido vítimas de alguma forma de violência, enquanto os que auto avaliaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim tiveram 184% mais chances.

Antunes *et al.* (2018) em estudo sobre desigualdades sociais quanto à auto avaliação do estado de saúde de pessoas idosas participantes do Estudo SABE em 2010, verificaram que aquelas menos escolarizadas e com menor renda foram as que tiveram as piores percepções quanto ao estado de saúde, evidenciando que os estratos socioeconômicos mais carentes estão em maior situação de vulnerabilidade à saúde. Tais resultados corroboram com os achados deste estudo que mostram que uma pior percepção do estado de saúde também torna essas pessoas mais vulneráveis à violência, assim como aquelas que estão em condições socioeconômicas piores, conforme indicado pelos fatores econômicos associados.

Outras características relacionadas às condições de saúde foram o estado nutricional e a ocorrência de quedas. As pessoas idosas que não consideraram seu estado nutricional bem nutrido tiveram 144% mais chances para violência e aquelas que sofreram quedas, 49% mais chances, quando, respectivamente, comparadas às que tinham um estado nutricional bom e que não sofreram quedas. Minayo (2003) ao analisar dados de mortalidade e morbidade de pessoas idosas por causas externas, afirma que a maior parte das internações hospitalares estavam relacionadas à traumas que foram derivados de quedas e atropelamentos. A autora afirma que as quedas, na maior parte dos casos, são resultantes de maus-tratos e negligências cometidos contra a pessoa idosa.

As quedas são um problema relativamente comum entre pessoas com 60 anos ou mais, uma vez que estão associadas a osteoporose, problemas de visão e outras dificuldades típicas da idade (Minayo, 2003). Podem inclusive estar associadas a um estado nutricional debilitado, que é algo que as pessoas idosas estão propensas, pelas mudanças fisiológicas no organismo com o passar dos anos, o uso de medicações, dificuldades com a alimentação, presença de doenças e a depressão (Brasil, 2006). Entretanto, tais fatores podem revelar negligências de cuidadores e familiares com a proteção da pessoa idosa.

Por fim, identificou-se que as pessoas idosas com depressão tiveram 108% mais chances de ter sofrido alguma forma de maus-tratos. Estudo feito por Dyer *et al.* (2000) mostra que tanto a depressão como a demência são doenças mais comuns em pacientes idosos que foram negligenciados. O estudo se caracteriza como o primeiro que utilizou dados primários e concluiu que a prevalência de depressão é maior em casos de pessoas idosas que sofreram negligência ou outras formas de abuso. Os autores destacam que a depressão é uma condição médica reversível associada a abusos ou negligências e pode ser uma das principais razões pelas quais pacientes negligenciados, especialmente aqueles que sofrem de autonegligência, recusam tratamento médico ou assistência em casa.

Uma dificuldade está em não saber se o abuso antecedeu ou ocorreu após o diagnóstico de depressão, o que também é válido para outros fatores associados, como por exemplo, a auto avaliação da saúde. Park (2019), ao analisar a relação entre tipos de maus-tratos contra pessoas idosas e depressão na Coréia do Sul aponta evidências de que a depressão é uma consequência dos abusos, e contribui na diminuição da qualidade de vida das pessoas idosas, podendo levá-las até mesmo a pensamentos suicidas.

De acordo com Kosberg (1988 *apud* Paixão Júnior; Reichnhein, 2006), a subnotificação de denúncias de maus-tratos sofridos pelas pessoas idosas, muitas vezes, está associada a um quadro de solidão, em que a pessoa com 60 anos ou mais que está isolada e sozinha, certamente não irá relatar suas adversidades ou buscar ajuda. A dificuldade da pessoa idosa em relatar que sofreu maus-tratos é um fator que pede por mais atenção dos profissionais de saúde, pois ações como ansiedade na presença do cuidador ou familiar, lesões no corpo, desidratação ou ainda a não aceitação em conversar sobre o assunto podem ser sinais que a pessoa idosa sofre violência (BRASIL, 2006).

Considerações finais

Dadas as características do Estudo SABE, não seria possível afirmar que o evento (ou eventos) violento ocorreu antes ou depois dos fatores que foram identificados. Algumas

limitações deste estudo concernem à seletividade da amostra, uma vez que somente pessoas idosas que estavam disponíveis e que não se encontravam num estado de saúde muito debilitado, responderam²² ao Estudo SABE.

Diante do cenário de crescimento da população idosa, pois as taxas de fecundidade permanecem em queda, é possível que algumas características associadas à ocorrência de maus-tratos mudem, pois com mais pessoas idosas na população, pode ser que ondas futuras do Estudo SABE contem com uma amostra maior de pessoas, inclusive as de 80 anos ou mais, uma vez que a expectativa de vida da população tem aumentado.

A identificação das características associadas à ocorrência de maus-tratos contra as pessoas idosas é apenas o primeiro passo para compreensão deste fenômeno que pode tomar grandes proporções. A violência é um problema social que pode gerar sequelas irreversíveis que atinge não somente as vítimas, mas a sociedade como um todo. Segundo Block (1995) *apud* Souza *et al.* (2004), a violência pode ser vista como “produto e produtora das condições de vida social”. Esse fenômeno faz parte de uma série de determinantes sociais que influencia e (é influenciada) pelas condições de saúde da população (BUSS; FILHO, 2007).

Os resultados obtidos revelam o quanto esse tema é complexo, uma vez que os fatores associados se encontram vinculados a diversas esferas da realidade, indicando também que o enfrentamento deste problema é uma tarefa igualmente difícil, o que torna fundamental a ampliação de investigações nesta área e a promoção de políticas públicas que atuem com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e saúde das pessoas idosas e prevenir a ocorrência de maus-tratos.

Referências bibliográficas

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira et al . Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 21, supl. 2, e180010, 2018 .

AGUIAR, M. P. C. de; LEITE, H. A.; DIAS, I. M.; MATTOS, M. C. T. de; LIMA, W. R. Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Esc. Anna Nery**; 19(2):343-349, 2015.

ARAÚJO, C. L. O.; MORITA, A. B. P. S.; SOUZA, L. P. de; FARIA, A. C. S.; MENDES, A.C.A.; OLIVEIRA, E. M. C.; SANTOS, L. H. N. dos; LEAL, L. M. R.; GONÇALVES, V. N. Maus tratos em idosos. **Janus**, Lorena, v.4, n.5, p. 73-86, 2007.

²² Embora tenha ocorrido casos de outra pessoa ter auxiliado a pessoa idosa a responder à Pesquisa, estes foram minoria na amostra analisada.

BOLSONI, C. C.; COELHO, E. B. S.; GIEHL, M. W. C.; D'ORSI, E. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 671-682, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. É possível prevenir. É necessário superar**. Brasília, DF, 2014.

BUSS, P. M.; FILHO, P. A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARAMANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. **Brasil envelhece antes e Pós-PNI**. In: ALCÂNTARA, A. de O., CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. IPEA, Rio de Janeiro, 2016.

CARAMANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. **A população brasileira e seus movimentos ao longo do século XX**. In: CAMARANO, A. A. Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. In: CAMARANO, A. A. (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? IPEA, Rio de Janeiro, setembro de 2004.

DUQUE, A. M.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. DE O., ESKINAZI, F. M. V.; DUQUE, A. M. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2199-2208, 2012.

DYER, C.B., PAVLIK, V.N., MURPHY, K.P.; HYMAN, D.J. The High Prevalence of Depression and Dementia in Elder Abuse or Neglect. **Journal of the American Geriatrics Society**, 48: 205-208. 2000.

FRAZÃO, S. L.; SILVA, M. S.; NORTON, P.; MAGALHÃES, T. Domestic violence against elderly with disability. **J Forensic Leg Med**. 2014.

GOMES, M. M. F. **Passado e presente: uma análise dos determinantes da mortalidade entre idosos com base nos dados da SABE 2000-2006**. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060**. 2018.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 217-220, 1987.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** 1. ed. São Paulo: Organização Pan-Americana da Saúde, 255p., 2003.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.** 8(2):127-41, 2005.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. Desafios de um estudo longitudinal: O Projeto SABE. **Saúde Coletiva.** 2008.

LEITE, T. M; HILDEBRANDT, L; SANTOS, A. Maus-tratos a idosos no domicílio: concepção de familiares. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 11, 2008.

LOPES, E. D. de S.; FERREIRA, A. G.; PIRES, C. G.; MORAES, M. C. S. de. ELBOUX, M. J. D. Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 628-638, 2018.

MACHADO, D. R. **Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo.** São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência contra idosos é possível prevenir.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, 2005.

OLIVEIRA, M. L. C. de; GOMES, A. C. G.; AMARAL, C. P. M.; SANTOS, L. B. dos. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 555-566, 2012.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1137-1149, 2006.

PARK, E. O. Most prevalent type of elder abuse and its correlation with elder depression. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 32, n. 1, p. 95-100, 2019.

PASINATO, M. T.; CAMARANO, A. A.; MACHADO, L. **Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia.** Texto para discussão nº 1200. Rio de Janeiro: IPEA; 2006.

PILLEMER, K.; FINKELHOR, D.; BURNES, D.; RIFFIN, C.; LACHS, M. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. **The Gerontologist**. 56. S194-S205. 2016.

SANCHES, A. **Violência doméstica contra idosos no município de São Paulo: estudo SABE, 2000.** Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SILVA, N. N. **Amostragem**. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O, organizadores. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2003.

SMILKSTEIN, G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. **The Journal of Family Practice**, v. 6, n. 6, p. 1231-1239, 1978.

SOUZA, A. S.; MEIRA, E. C.; NERI, I. G.; SILVA, J. A.; GONÇALVES, L. H. T. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. **Textos sobre Envelhecimento**, v.7, n.2, Rio de Janeiro, 2004.

SOUSA, D. J. de; WHITE, H. J.; SOARES, L. M.; NICOLOSI, G. T.; CINTRA, F. A.; D'ELBOUX, M. J. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 321-328, 2010.

WHO. INPEA. **Missing voices: views of older persons on elder abuse**. Geneva, World Health Organization, 2002.