

Prevalência e fatores associados à violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas, Brasil, 2013*

doi: 10.5123/S1679-49742018000200009

Prevalence and factors associated with violence against elderly committed by strangers, Brazil, 2013

Prevalencia y factores asociados a violencia contra ancianos cometida por personas desconocidas, Brasil, 2013

Fernando de Oliveira Alencar Júnior¹ –  orcid.org/0000-0003-3714-3673

José Rodrigo de Moraes¹

¹Universidade Federal Fluminense, Instituto de Matemática e Estatística, Niterói, RJ, Brasil

Resumo

Objetivo: analisar a associação entre características sociodemográficas, comportamentais e de saúde e a prevalência de violência contra o idoso cometida por pessoa desconhecida. **Métodos:** estudo transversal, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, sobre indivíduos com 60 anos ou mais de idade; utilizou-se o modelo log-linear de Poisson. **Resultados:** foram incluídos no estudo 11.143 idosos; a prevalência de violência por desconhecidos nos 12 meses anteriores à entrevista foi de 1,61 (IC_{95%} 1,28;1,94); na análise multivariável, observou-se maior prevalência de violência cometida por desconhecidos entre idosos de 60 a 69 anos (RP=2,03; IC_{95%} 1,02;4,06), com ensino superior comparativamente aos sem instrução (RP=4,00; IC_{95%} 1,89;8,33), residentes no Centro-Oeste *versus* Sudeste (RP=2,00; IC_{95%} 1,16;3,45) e em domicílios não cadastrados na Estratégia Saúde da Família (RP=1,57; IC_{95%} 1,00;2,48). **Conclusão:** características sociodemográficas e macrorregião nacional de residência mostraram-se associadas à violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas.

Palavras-chave: Maus-Tratos ao Idoso; Envelhecimento; Estudos Transversais; Modelos Log-Lineares.

*Artigo originado de monografia de conclusão do curso de graduação em estatística, intitulada 'Um estudo sobre violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas utilizando modelo log-linear de Poisson e análise de correspondência', apresentada por Fernando de Oliveira Alencar Júnior junto à Universidade Federal Fluminense (UFF) em 2016.

Endereço para correspondência:

Fernando de Oliveira Alencar Júnior – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Matemática e Estatística, Graduação em Estatística, Rua Professor Marcos Waldemar de Freitas Reis, s/nº, Campus do Gragoatá, Bloco G, São Domingos, Niterói, RJ, Brasil.

CEP: 24210-201

E-mail: fernandoalencar92@outlook.com



Introdução

A violência comunitária, cometida por pessoas desconhecidas, é um dos diferentes tipos de violência, com características diversas da violência familiar.¹ A ocorrência de crimes violentos dentro de uma comunidade e a percepção sobre a insegurança do local pela pessoa que ali mora geram impactos negativos para a saúde da população idosa, especialmente, como o aparecimento de sintomas depressivos² e a redução dos níveis de atividade.³ As principais formas de violência contra o idoso são os abusos físico, psicológico e sexual, abusos financeiros, abandono, negligência e autonegligência.

No Brasil, a proporção de idosos (60 ou mais anos) correspondia a 7,3% em 1991, 8,6% em 2000 e 14,3% da população total no ano de 2015.^{4,5} Estima-se que os idosos corresponderiam a, aproximadamente, 30% da população brasileira em 2050.⁶ Quando se levam em consideração as pessoas idosas, são especialmente as mais pobres que tendem a apresentar mais problemas de saúde, maior dependência econômica e maior suscetibilidade a situações de sofrimento por abandono, negligência, maus-tratos e internação em instituições de longa permanência.⁷

As principais formas de violência contra o idoso são os abusos físico, psicológico e sexual, abusos financeiros, abandono, negligência e autonegligência.

No que tange à violência cometida por desconhecidos, verificou-se uma prevalência de 1,6% no período de 2008 a 2012, em Araçatuba, município de São Paulo.⁸ Já na cidade do Recife, Pernambuco, essa prevalência foi de 8,9% no período de 2009 a 2012.⁹ Em outro estudo, realizado no ano de 2010, este de âmbito nacional, observou-se que 15,6% dos casos de violência contra idosos tiveram por agressores desconhecidos.¹⁰

O rápido envelhecimento da população brasileira pode representar um grave problema se a longevidade não for acompanhada por políticas públicas adequadas. É preciso garantir políticas e ações preventivas dirigidas aos idosos, de modo a promover melhorias na qualidade de vida, assegurando-lhes oportunidades de saúde, participação social e segurança.⁷

Tendo em vista a escassez de estudos no Brasil sobre violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas, enquanto maior enfoque é dado ao âmbito familiar,¹¹⁻¹³ o presente artigo teve como objetivo analisar a associação entre características sociodemográficas, comportamentais e de saúde e a prevalência de violência contra o idoso cometida por pessoa desconhecida.

Métodos

Foi realizado estudo transversal, com dados levantados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013. Trata-se de uma pesquisa de abrangência nacional, por amostragem domiciliar, realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) juntamente com o Ministério da Saúde.¹⁴

A amostra de domicílios foi selecionada utilizando-se um plano amostral complexo, considerando-se a estratificação e conglomeração em três estágios de seleção: (i) os setores – ou conjunto de setores – censitários representaram as unidades primárias de amostragem, (ii) os domicílios, as unidades secundárias, e (iii) os moradores com 18 ou mais anos de idade, as unidades terciárias.¹⁴

Foram incluídos todos os idosos (60 ou mais anos de idade) residentes em domicílios particulares permanentes (DPP) no Brasil, que participaram da PNS 2013. Foram, portanto, excluídos do estudo indivíduos não idosos (idade inferior a 60 anos) e idosos que não forneceram informação sobre o desfecho ou alguma das variáveis utilizadas no estudo.

O desfecho 'violência cometida por pessoa desconhecida' é uma variável binária, obtida a partir da seguinte pergunta contida no questionário da PNS 2013:

Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) sofreu alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida (como bandido, policial, assaltante etc.)?

Esta pergunta prevê duas alternativas de resposta possíveis: 'sim' e 'não'.

As variáveis consideradas na modelagem estatística referem-se às características sociodemográficas, comportamentais e de saúde dos idosos:

- sexo (masculino, feminino);
- faixa etária (em anos: 60 a 69, 70 a 79, 80 ou mais);
- cor da pele/raça (branca; não branca [preta/parda/amarela/índigena]);

- região nacional de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste);
- situação do domicílio (urbana, rural);
- escolaridade (sem instrução, sem nível superior, com nível superior);
- estado civil (casado, separado/desquitado judicialmente/divorciado, viúvo, solteiro);
- qualidade da construção da moradia (adequada, inadequada);
- consumo de bebida alcoólica (não [não bebe nunca], sim [menos de uma vez por mês/uma vez ou mais por mês]);
- prática de exercício físico nos últimos três meses (sim, não);
- autoavaliação de saúde geral (boa, regular, ruim);
- frequência de visita da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos últimos 12 meses (não cadastrado, não sabe, cadastrado mas nunca recebeu visita, cadastrado com pelo menos uma visita); e
- portador de alguma deficiência física, intelectual, auditiva ou visual (nenhuma, uma, duas, três ou mais).

Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), o indicador 'autoavaliação de saúde' foi obtido mediante a proposição de uma questão única, em que o próprio morador classifica sua saúde segundo uma escala de cinco graus, logo combinados em apenas três: boa (muito boa ou boa), regular ou ruim (ruim ou muito ruim). No que concerne à qualidade da construção da moradia, esta foi considerada adequada quando o domicílio apresentava materiais adequados na constituição de suas paredes e cobertura (teto), e considerada inadequada no caso do domicílio ter utilizado materiais inadequados em termos de parede ou cobertura (teto), ou ambos (parede e teto).¹⁵

Foi utilizado o modelo de regressão log-linear de Poisson com variância robusta,¹⁶⁻¹⁸ por meio do método de máxima pseudoverossimilhança. No ajuste, foram incorporados os estratos (V0024), as unidades primárias de amostragem (UPA_PNS) e os pesos amostrais (V00291), utilizando-se o módulo *survey* do *software* Stata, recomendado para a análise de dados provenientes de planos amostrais complexos. Quanto à estratégia de modelagem, primeiramente foram ajustados modelos bivariáveis; a partir desses modelos, foram estimadas razões de prevalência (RP) brutas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC_{95%}). Foram consideradas no modelo

multivariável as variáveis cuja associação com o desfecho na análise bruta apresentou p-valor $\leq 0,20$. Foram mantidas no modelo selecionado apenas as variáveis que apresentaram associação estatística em um nível de significância de 5%. Para avaliar a adequação do modelo e sua capacidade preditiva, foi realizada a análise dos resíduos de Pearson e calculadas as medidas de sensibilidade e especificidade. As análises estatísticas foram realizadas pelo Stata versão 11.0.

O estudo utilizou apenas dados secundários, sem identificação dos sujeitos, em conformidade com os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016.

Resultados

A amostra deste estudo foi composta por 11.143 idosos, dos quais 1,61% (IC_{95%} 1,28;1,94) reportaram ter sofrido violência cometida por pessoa desconhecida nos últimos 12 meses, o que corresponde a mais de 423 mil idosos.

Do total de idosos, 56,3% eram mulheres, 56,3% tinham entre 60 e 69 anos, 53,6% declararam-se de cor de pele branca e mais da metade deles (53,3%) eram casados. Observou-se, também, que 85,2% dos idosos residiam em áreas urbanas. Apenas 9,6% dos idosos tinham ensino superior completo, enquanto 18,4% não tinham instrução formal. A maioria deles (97,7%) residia em domicílios considerados adequados quanto à qualidade da construção, em termos de paredes e teto (Tabela 1).

Quanto às características comportamentais e de saúde, constatou-se que 24,0% dos idosos consultados faziam uso de bebidas alcoólicas e 78,2% não haviam praticado exercício físico nos últimos três meses; 45,0% reportaram estado de saúde bom, enquanto 43,1% saúde regular e 11,9%, saúde ruim (Tabela 1).

Quanto à frequência das visitas da equipe da ESF recebidas nos últimos 12 meses e ao cadastramento do domicílio nessa estratégia, 46,2% dos idosos estavam cadastrados e receberam pelo menos uma visita da equipe, e 9,9%, apesar de residirem em domicílios cadastrados, relataram nunca ter recebido uma visita da equipe. Dos demais idosos, 34,8% informaram não estarem cadastrados na ESF e 9,1% não souberam responder se sua residência o estava (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos idosos por variáveis de interesse e ocorrência ou não de violência cometida por pessoa desconhecida (n=11.143), segundo as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde da vítima, Brasil, 2013

Características	Percentual de idosos (%) n=11.143	Violência cometida por pessoa desconhecida (%)		Análise bruta			Análise ajustada		
		Sim	Não	RP ^a	IC _{95%} ^b	p-valor	RP ^a	IC _{95%} ^b	p-valor
Sexo									
Masculino (n=4.546)	43,7	1,5	98,5	0,85	0,58;1,26	0,423			
Feminino (n=6.597)	56,3	1,7	98,3	1,00	–				
Faixa etária (em anos)									
60-69 (n=6.213)	56,3	1,9	98,1	2,54	1,29;5,00	0,017	2,03	1,02;4,06	0,044
70-79 (n=3.435)	30,0	1,4	98,6	1,80	0,87;3,70		1,62	0,79;3,34	0,188
≥80 (n=1.495)	13,7	0,8	99,2	1,00	–		1,00	–	–
Cor da pele/raça									
Branca (n=5.294)	53,6	1,9	98,1	1,52	1,01;2,30	0,046			
Não branca (n=5.849)	46,4	1,3	98,7	1,00	–				
Estado civil									
Separado (n=1.126)	7,8	1,8	98,2	1,06	0,62;1,81	0,684			
Viúvo (n=3.417)	26,6	1,3	98,7	0,75	0,44;1,26				
Solteiro (n=1.802)	12,3	1,5	98,5	0,88	0,46;1,69				
Casado (n=4.798)	53,3	1,7	98,3	1,00	–				
Região nacional de residência									
Norte (n=1.678)	5,4	1,9	98,1	0,76	0,41;1,42	0,205	0,80	0,42;1,49	0,479
Nordeste (n=3.387)	25,2	1,4	98,6	0,58	0,33;1,02		0,67	0,38;1,19	0,169
Sudeste (n=3.197)	47,9	1,4	98,6	0,56	0,32;0,98		0,50	0,29;0,86	0,013
Sul (n=1.620)	15,1	2,1	97,9	0,87	0,46;1,62		0,82	0,44;1,52	0,537
Centro-Oeste (n=1.261)	6,4	2,5	97,5	1,00	–		1,00	–	–
Situação do domicílio									
Urbano (n=8.966)	85,2	1,7	98,3	1,77	0,79;3,99	0,166			
Rural (n=2.177)	14,8	1,0	99,0	1,00	–				
Escolaridade									
Sem instrução (n=2.329)	18,4	0,6	99,4	0,20	0,10;0,43	<0,001	0,25	0,12;0,53	<0,001
Sem nível superior (n=7.731)	72,0	1,7	98,3	0,58	0,31;1,09		0,65	0,35;1,20	0,168
Com nível superior (n=1.083)	9,6	2,9	97,1	1,00	–		1,00	–	–
Qualidade da construção da moradia									
Inadequado (n=366)	2,3	2,1	97,9	1,29	0,46;3,59	0,627			
Adequado (n=10.777)	97,7	1,6	98,4	1,00	–				
Consumo de bebida alcoólica									
Não (n=8.723)	76,0	1,6	98,4	0,93	0,60;1,45	0,746			
Sim (n=2.420)	24,0	1,7	98,3	1,00	–				
Prática de exercício físico nos últimos três meses									
Não (n=8.798)	78,2	1,4	98,6	0,65	0,43;0,98	0,039			
Sim (n=2.345)	21,8	2,2	97,8	1,00	–				

Continua

Tabela 1 – Continuação

Características	Percentual de idosos (%) n=11.143	Violência cometida por pessoa desconhecida (%)		Análise bruta			Análise ajustada		
		Sim	Não	RP ^a	IC _{95%} ^b	p-valor	RP ^a	IC _{95%} ^b	p-valor
Autoavaliação de saúde geral									
Boa (n=4.913)	45,0	1,6	98,4	1,56	0,80;3,04				
Regular (n=4.769)	43,1	1,7	98,3	1,64	0,85;3,19	0,330			
Ruim (n=1.461)	11,9	1,1	98,9	1,00	–				
Frequência de visita da Estratégia Saúde da Família									
Não cadastrado (n=3.754)	34,8	2,0	98,0	1,73	1,08;2,76		1,57	1,00;2,48	0,050
Não sabe (n=1.200)	9,1	1,6	98,4	1,32	0,67;2,63		1,29	0,66;2,54	0,450
Cadastrado, nunca recebeu visita (n=1.082)	9,9	2,1	97,9	1,82	0,96;3,44	0,095	1,73	0,92;3,29	0,090
Cadastrado, com ao menos uma visita (n=5.107)	46,2	1,2	98,8	1,00	–		1,00	–	–
Portador de alguma deficiência									
Nenhuma (n=8.822)	78,6	1,4	98,6	0,39	0,05;2,79				
Uma (n=1.921)	17,9	2,4	97,6	0,68	0,09;5,07	0,206			
Duas (n=362)	3,2	1,7	98,3	0,47	0,06;3,75				
Três ou mais (n=38)	0,3	3,6	96,4	1,00	–				

a) RP: razão de prevalência.

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

Nota: Amostra expandida: 26.326.806.

Sobre a presença de deficiência física, intelectual, auditiva ou visual, 78,6% dos idosos informaram não ter nenhuma deficiência, enquanto 21,4% informaram portar ao menos uma dessas deficiências (Tabela 1).

Na análise bruta, verificou-se que a violência cometida por pessoa desconhecida tendo como vítimas idosos foi mais prevalente na faixa etária de 60 a 69 anos (RP=2,54; IC_{95%} 1,29;5,00), nos idosos de cor da pele branca (RP=1,52; IC_{95%} 1,01;2,30), com nível de escolaridade superior, que praticavam atividade física e que reportaram melhores níveis de saúde. Observou-se, ainda, que a violência cometida por pessoa desconhecida foi mais prevalente entre idosos moradores de áreas urbanas (RP=1,77; IC_{95%} 0,79;3,99), e entre residentes da região Centro-Oeste na comparação com residentes na região Sudeste (Tabela 1).

Os idosos que habitavam residências cadastradas na ESF e receberam ao menos uma visita da equipe (RP=0,58; IC_{95%} 0,36;0,92) apresentaram menor prevalência de violência cometida por pessoa desconhecida, frente aos que moravam em residências não cadastradas (Tabela 1).

Na análise ajustada, idosos de 60 a 69 anos tiveram prevalência de violência cometida por pessoa desconhecida aproximadamente duas vezes maior que a mesma prevalência apresentada por idosos de 80 ou mais anos (RP=2,03; IC_{95%} 1,02;4,06). Os idosos residentes no Sudeste do país tiveram prevalência de violência cometida por pessoa desconhecida 50,0% menor em comparação aos idosos do Centro-Oeste (RP=0,50; IC_{95%} 0,29;0,86). Essa prevalência foi quatro vezes maior entre idosos com ensino superior completo na comparação com os que não apresentaram instrução formal (RP=4,00; IC_{95%} 1,89;8,33) (Tabela 1).

Idosos que moram em domicílios não cadastrados na ESF possuíam prevalência de violência cometida por pessoa desconhecida 57% maior, comparativamente àqueles que residiam em domicílios cadastrados na ESF e receberam ao menos uma visita da equipe (RP=1,57; IC_{95%} 1,00;2,48) (Tabela 1).

A partir da análise dos resíduos de Pearson referentes ao modelo ajustado, não se observou a presença de *outliers* (resíduos pequenos e entre -2 e 2), tam-

pouco padrões sistemáticos de variação, indicando a adequação do modelo. Medidas de sensibilidade ($S=56,0\%$) e especificidade ($E=64,1\%$) superiores a 50% indicaram que o modelo conta com uma capacidade preditiva razoável.

Discussão

As características sociodemográficas e de saúde dos idosos consultados associaram-se a prevalência de violência contra o idoso cometida por pessoa desconhecida e sem laços afetivos ou de parentesco. Idosos mais jovens e os mais escolarizados foram os mais vitimizados, contrastando com o perfil das vítimas de violência intrafamiliar. Destaca-se a associação entre o cadastramento do domicílio na ESF (com pelo menos uma visita da equipe) e a menor prevalência de violência contra o idoso perpetrada por pessoas desconhecidas.

Os idosos na faixa de 60 a 69 anos de idade apresentaram maior prevalência de violência por pessoas desconhecidas, quando comparados àqueles com 80 ou mais anos. Segundo Minayo¹⁹ e Paz *et al.*,²⁰ é na faixa de 60 a 69 anos que a vitimização por violência incide mais frequentemente. Uma possível explicação para este achado é o fato de os indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos serem os que apresentam maior grau de dependência (psicológica, física e econômica) de sua família ou da instituição de seu abrigo, deixando pouco suas residências; e quando as deixam, geralmente são acompanhados de alguma pessoa ou cuidador, possível fator de proteção contra a violência.²¹

A maior prevalência de violência contra idosos cometida por pessoa desconhecida no Centro-Oeste pode ser explicado pelas maiores desigualdades econômicas e sociais e pelo crescimento populacional acelerado nessa região. Entre os seis estados brasileiros com maiores registros de violência contra os idosos no período de 1980 a 1998, destacam-se três da região Centro-Oeste: Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, os quais, juntamente com dois estados da região Norte – Rondônia e Roraima – e um do Sudeste – Rio de Janeiro –, possuíam taxas de mortalidade geral que variavam de 133,7 a 249,5 óbitos por 100 mil habitantes.¹⁹

No presente estudo, não se verificou associação entre a área de localização do domicílio (urbana

versus rural) e o desfecho de violência contra idoso cometida por desconhecidos. Permanecem divergências entre os estudos quanto aos múltiplos resultados da urbanização. Embora a urbanização possa trazer efeitos negativos para a população, relacionados à pobreza, degradação ambiental e violência, implicando grandes custos para a população geral, o meio urbano também pode trazer oportunidades positivas, como melhores condições de emprego, educação, cuidados de saúde e cultura, entre outras.²²

Não existe consenso na literatura científica sobre a relação entre a escolaridade e a ocorrência de violência. A maioria dos estudos sobre pessoas idosas no ambiente familiar conclui que a menor escolaridade do idoso está associada à maior ocorrência de violência contra ele, e justifica-se essa associação por uma série de fatores relativos às pessoas de maior idade, a exemplo do maior grau de dependência financeira, falta de apoio social, menor acesso à informação e medo de romper os laços familiares, entre outros.^{23,24} Contudo, no contexto em que o agressor é uma pessoa desconhecida da vítima, idosos mais escolarizados (com nível superior) exibiram maior prevalência de violência que os idosos sem instrução. Uma possível explicação para essa associação é que idosos com maior escolaridade tendem a contar maior renda e apresentar maiores bens financeiros e/ou materiais, estando, portanto, mais suscetíveis a roubos e à interpelação mais contundente de agressores.²⁵

Neste trabalho, constatou-se que os idosos cadastrados na estratégia da ESF e que receberam pelo menos uma visita da equipe foram os que menos reportaram ter sofrido violência cometida por pessoa desconhecida, em comparação aos idosos residentes em domicílios não cadastrados. A ESF tem como missão prestar assistência integral, incorporando como objeto de suas ações a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais, além de buscar reduzir a violência.²⁶ No que se refere ao enfrentamento da violência comunitária (ou extrafamiliar), a ESF conta com uma equipe multiprofissional que pode contribuir para a identificação e notificação dos casos às autoridades competentes, tomando por base os relatos recentes e passados de violência sofrida por idosos na comunidade, decorrentes da ação de pessoas desconhecidas,

inclusive da sensação de medo e da percepção de insegurança pelos idosos. Evidencia-se a importância da ESF, particularmente dos agentes comunitários de saúde (ACS), cujo vínculo contínuo com a clientela coberta pela estratégia pode ajudar na prevenção das causas de maus-tratos contra o idoso, na melhor compreensão do problema, ademais de servir como guia à implementação de políticas públicas eficazes na promoção de intervenções e na redução da violência na comunidade.¹³ As ações da ESF em parceria com outros setores (Educação, Assistência Social, meios de comunicação, Segurança, organizações não governamentais [ONGs] etc.) podem contribuir para a promoção de sociedades mais seguras e saudáveis.¹ Investimentos em segurança na comunidade e a implementação de estratégias para superação do sentimento de medo (e consequente imobilização), como a criação de atividades sociais voltadas ao estreitamento das relações entre as pessoas, podem contribuir para a redução da violência comunitária e para a promoção da saúde no Brasil.^{3,27}

O presente estudo possui algumas potencialidades a serem destacadas. A primeira delas diz respeito à aplicação do modelo log-linear de Poisson^{16,17} com dados provenientes de estudos seccionais, como os da PNS. Trata-se de um método mais adequado – como medida de associação – ao cálculo da razão de prevalência (RP), ao invés da razão de chance (OR). A RP é uma medida de fácil interpretação, e de grande interesse em estudos seccionais.²⁸ A segunda potencialidade deste estudo refere-se à adoção do método de máxima pseudoverossimilhança: um método de estimação que permite incluir as informações do plano amostral (conglomeramento, estratificação e pesos amostrais) no ajuste do modelo, capaz de produzir estimadores robustos para os coeficientes e para os erros-padrão.²⁹

No que se refere às limitações do estudo, pode-se citar a não inclusão de outras variáveis relevantes para a análise da violência contra idosos, tais como histórico de violência na família, uso de substâncias psicoativas, insegurança no local de moradia e rendimento domiciliar. Estas variáveis não foram incluídas no estudo por não se encontrarem no questionário da PNS, ou por não serem divulgadas pelo instituto responsável. Além disso, há possibilidade de vies de informação não diferencial, pois o desfe-

cho de violência trata de uma medida autorreferida levantada em um estudo populacional de abrangência nacional. Mais uma limitação a considerar é a própria natureza transversal da pesquisa, impossibilitando o estabelecimento de relação causal entre o desfecho e as variáveis investigadas.

Como ainda são escassos os estudos sobre violência contra idosos por desconhecidos no Brasil, este trabalho buscou contribuir para um maior conhecimento sobre o tema, além de ressaltar a necessidade de formulação e aplicação de políticas específicas dirigidas a essa população.

De modo geral, para reduzir e enfrentar os maus-tratos contra idosos, destaca-se, no âmbito da prevenção e intervenção, a importância dos serviços de saúde na identificação dos casos. Mediante o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas pela ESF e a incorporação crítica dos saberes e das tecnologias disponíveis, tendo em consideração as características específicas da população atendida – geralmente residente em áreas de risco –, é possível desenvolver ações territoriais de prevenção de doenças e agravos.³⁰ A partir da percepção dos profissionais de saúde quanto aos riscos de violência comunitária e das queixas dos idosos sobre qualquer tipo de agressão vinda de pessoas desconhecidas, podem-se tomar medidas de assistência adequadas às vítimas, notificar e comunicar a violência à Delegacia de Proteção ao Idoso. Destaca-se, ainda no âmbito da prevenção da violência, a necessidade da promoção de iniciativas com o propósito de conscientizar e educar a população geral para o problema da violência contra o idoso. O uso de recursos midiáticos nessa conscientização e educação da população deve enfatizar o papel do idoso na sociedade, além de aumentar o saber popular sobre os direitos assegurados às pessoas idosas e as consequências da violação desses direitos. Destaca-se a necessidade de maior fiscalização da aplicação das leis de proteção do idoso, na disposição de (i) condenar os atos violentos, em suas diferentes formas, e (ii) intervir nos fatores de risco da violência, em seus diferentes níveis (do indivíduo às relações comunitárias e na sociedade geral).¹

Entre as ações específicas para redução da violência contra o idoso, pode-se citar a ampliação da cobertura das Delegacias Especializadas de Proteção

ao Idoso nos municípios brasileiros, e de centros de apoio psicológico e jurídico gratuito aos que são vítimas de violência. Além disso, recomenda-se a realização de debates periódicos sobre questões relacionadas à violência contra a pessoa idosa em escolas, universidades e espaços públicos, e a disseminação de informações sobre o tema via mídias impressas e digitais.

Referências

1. Dahlberg LL, Krug EG. Violence: a global public health problem. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;11(Suppl):1163-78.
2. Wilson-Genderson M, Pruchno R. Effects of neighborhood violence and perceptions of neighborhood safety on depressive symptoms of older adults. *Soc Sci Med*. 2013 May;85:43-9.
3. Weber Corseuil M, Hallal PC, Xavier Corseuil H, Schneider IJC, d'Orsi E. Safety from crime and physical activity among older adults: a population-based study in Brazil. *J Environ Public Health*. 2012;2012:1-7.
4. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil [Internet]. 2002 [citado 2017 dez 11]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.
5. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016 [citado 2017 dez 11]. 108 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>.
6. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050 - revisão 2008 [Internet]. 2008 [citado 2017 dez 11]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm.
7. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (BR). Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar [Internet]. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2014 [citado 2017 dez 11]. 90 p. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/publicacoes/violencia-contra-a-pessoa-idosa>.
8. Garbin CAS, Joaquim RC, Rovida TAS, Garbin AJI. Elderly victims of abuse: a five year document analysis. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016 Jan-Fev;19(1):87-94.
9. Paraíba PME, Silva MCM. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015 jun;18(2):295-306.
10. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012 set;17(9):2331-41.
11. 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 ago;17(8):2199-208.
12. Silva CFS, Dias CMSB. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicol Ciênc Prof*. 2016 jul-set;36(3):637-52.
13. Sales DS, Freitas CA, Brito MC, Oliveira E, Dias F, Parente F, et al. A violência contra o idoso na visão do agente comunitário de saúde. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2014 abr;19(1):63-77.
14. Souza-Junior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015 abr-jun; 24(2):207-16.
15. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa sobre padrões de vida 1996-1997: primeira infância [Internet]. Rio de Janeiro:

Contribuição dos autores

Alencar Júnior FO e Moraes JR contribuíram com a concepção do estudo, análise dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do artigo. Ambos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000 [citado 2017 dez 11]. 165 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv6974.pdf>.
16. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003 Oct;3:21.
 17. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saúde Pública*. 2008 dez;42(6):992-8.
 18. Zou G. A modified Poisson regression approach to prospective studies with binary data. *Am J Epidemiol*. 2004 Apr;159(7):702-6.
 19. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública*. 2003 maio-jun;19(3):783-91.
 20. Paz SE, Melo CA, Soriano FM. A violência e a violação de direitos da pessoa idosa em diferentes níveis: individual, institucional e estatal. *Soc Quest*. 2012 jul-dez;15(28):57-84.
 21. Navarro JHN, Andrade FP, Paiva TS, Silva DO, Gessinger CF, Bós AJG. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 fev;20(2):461-70.
 22. Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira CL, Camargos VP, Proietti FA. Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 nov-dez;13(6):1785-96.
 23. Aguiar MPC, Leite HA, Dias IM, Mattos MCT, Lima WR. Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015 abr-jun;19(2):343-9.
 24. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSE. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 jul-set;11(3):753-64.
 25. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):410-8.
 26. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde (SP). Responsabilidades da rede de apoio à implantação do PSF [Internet]. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2002 [citado 2017 dez 11]. 32 p. Disponível em: <http://www5.prefeitura.sp.gov.br/downloads/cartilha2.pdf>.
 27. Mathis A, Rooks R, Kruger D. Improving the neighborhood environment for urban older adults: social context and self-rated health. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 Jan;13(1):3.
 28. Deddens JA, Petersen MR. Approaches for estimating prevalence ratios. *Occup Environ Med*. 2008 Jul;65(7):481, 501-6.
 29. Silva PLN, Pessoa DGC, Lila MF. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):659-70.
 30. Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB (Orgs). Produção do cuidado no Programa da Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários [Internet]. Salvador: EDUFBA; 2010 [citado 2017 dez 11]. 182 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/xjcw9/pdf/assis-9788523208776.pdf>.

Abstract

Objective: to analyze the association between sociodemographic, behavioral and health characteristics and the prevalence of violence against the elderly committed by strangers. **Methods:** cross-sectional study with data from the 2013 National Health Survey on individuals aged 60 years and over; a log-linear Poisson model was used. **Results:** 11,143 elderly individuals were included in the study; the prevalence of violence committed by strangers in the 12 months prior to the interview was 1.61 (95%CI 1.28;1.94); in the multivariate analysis, a higher prevalence of violence committed by strangers was observed among elderly individuals aged 60-69 years (RP=2.03; 95%CI 1.02;4.06), with higher education degree compared to those without schooling (RP=4.00; 95%CI 1.89;8.33), residents of the Midwest versus Southeast (RP=2.00; 95%CI 1.16;3.45), and in households not registered in the Family Health Strategy (FHS) (RP=1.57; 95%CI 1.00;2.48). **Conclusion:** sociodemographic characteristics and region of residence were associated with violence against the elderly, committed by strangers.

Keywords: Elder Abuse; Aging; Cross-Sectional Studies; Linear Models.

Resumen

Objetivo: analizar la asociación entre características sociodemográficas, comportamentales y de salud y la prevalencia de violencia contra ancianos cometida por desconocidos. **Métodos:** estudio transversal, con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2013, sobre individuos con 60 años o más de edad; se utilizó el modelo log-lineal de Poisson. **Resultados:** se incluyeron 11.143 ancianos; la prevalencia de violencia por desconocidos en los 12 meses anteriores a la entrevista fue 1,61 (IC_{95%} 1,28;1,94); en el análisis multivariable, se observó mayor prevalencia de violencia entre ancianos de 60 a 69 años (RP=2,03; IC_{95%} 1,02;4,06), personas con enseñanza superior en comparación con los sin instrucción (RP=4,00; IC_{95%} 1,89;8,33), residentes en el Centro-Oeste versus Sudeste (RP=2,00; IC_{95%} 1,16;3,45) y en domicilios no registrados en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) (RP=1,57; IC_{95%} 1,00;2,48). **Conclusión:** las características sociodemográficas y la región de residencia se mostraron asociadas a la violencia contra los ancianos cometida por personas desconocidas.

Palabras-clave: Maltrato al Anciano; Envejecimiento; Estudios Transversales; Modelos Lineales.

Recebido em 09/08/2017
Aprovado em 07/11/2017