









Violência contra pessoas idosas atendidas em instituições hospitalares: estudo transversal em dois municípios da Paraíba

Violence against older adults treated in hospital institutions: a comparative study of two cities in Paraíba

Jefferson da Silva Soares¹ 
Luiza Maria de Oliveira¹ 
Rafael da Costa Santos² 
Jiovana de Souza Santos³ 
Angela Maria Henao Castaño⁴ 
Rafaella Queiroga Souto² 

Resumo

Objetivo: descrever a prevalência e identificar os fatores sociodemográficos e econômicos associados a violência física e psicológica entre pessoas idosas hospitalizadas. **Método:** um estudo do tipo seccional e analítico realizado em dois hospitais do estado da Paraíba, Brasil. A coleta de dados aconteceu entre os anos de 2019 e 2020, incluindo uma amostra de 323 pessoas idosas. Utilizou os instrumentos *Brazil Old Age Schedule* para coleta das características sociodemográficas e *Conflict Tactics Scales Form R* para identificar a violência. Foi realizada análise descritiva (frequência relativa e absoluta) e inferencial (Qui-quadrado de *Pearson*, Correlação de *Spearman* e regressão logística). **Resultados:** Houve associação significativa entre violência física e as variáveis renda de até 1 salário mínimo ($p=0,048$), outras fontes de renda ($p=0,019$), seis ou mais pessoas dependentes da renda ($p=0,016$) e possuir renda total que “falta um pouco” para suprir as necessidades ($p=0,010$). A violência física e psicológica simultânea se associaram com outras fontes de renda ($p=0,015$) e a “falta um pouco” para suprir as necessidades ($p=0,005$). No modelo da regressão logística para violência física permaneceram outras fontes de renda ($p=0,049$; OR=3,134), escore de renda ($p=0,000$; 0,999) e escore de doenças ($p=0,014$; OR=1,393). No modelo para violência psicológica permaneceu apenas o escore de doenças ($p=0,006$; OR=1,286). **Conclusão:** A violência física prevaleceu entre aqueles com menor renda ou maior número de doenças, enquanto a violência psicológica teve destaque entre as pessoas que relataram mais doenças. Ademais, pessoas com fontes de renda alternativas demonstraram uma chance três vezes maior de sofrer violência física.

Palavras-chaves: Idoso. Saúde do Idoso. Abuso de Idosos. Violência.

¹ Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem. João Pessoa, PB, Brasil.

² Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, PB, Brasil.

³ Universidade Federal do Pernambuco, Departamento de Enfermagem. Recife, PE, Brasil.

⁴ Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). N° do processo: 424604-2018-3 / PVG13127-2020. Chamada NCTIC – CNPq 28/2018 / Chamada produtividade 03/2020.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Rafaella Queiroga Souto
rqs@academico.ufpb.br

Recebido: 09/11/2023
Aprovado: 08/05/2024

Abstract

Objective: To report the prevalence of and identify sociodemographic and economic factors associated with physical and psychological abuse among hospitalized older individuals. **Method:** A cross-sectional analytical study was conducted at two hospitals in the state of Paraíba, Brazil. Data collection took place between 2019 and 2020 for a sample of 323 older individuals. Brazil Old Age Schedule instruments were used to collect sociodemographic characteristics and the Conflict Tactics Scales Form R were used to identify abuse. Descriptive analysis (relative and absolute frequency) and inferential analysis (Pearson's chi-square test, Spearman's Correlation, and logistic regression) were performed. **Results:** There was a significant association between physical abuse and the variables income ≤ 1 minimum wage ($p=0.048$), other sources of income ($p=0.019$), ≥ 6 people dependent on income ($p=0.016$) and total income that "falls a little short" of meeting needs ($p=0.010$). Concomitant physical and psychological abuse was associated with other sources of income ($p=0.015$) and "falls a little short" of meeting needs ($p=0.005$). Other sources of income ($p=0.049$; OR=3.134), income score ($p=0.000$; 0.999), and disease score ($p=0.014$; OR=1.393) remained in the logistic regression model for physical abuse, whereas only disease score remained ($p=0.006$; OR=1.286) in the model for psychological abuse. **Conclusion:** Physical abuse was more prevalent among individuals with lower income or higher number of diseases, while psychological abuse predominated among participants reporting more diseases. Additionally, individuals with alternative sources of income had a three-fold higher chance of experiencing physical abuse.

Keywords: Aged. Health of the Elderly. Elder Abuse. Violence.

INTRODUÇÃO

O avanço da idade traz consigo o decréscimo de processos bioquímicos, os quais resultam na diminuição progressiva de capacidades físicas e cognitivas. Essas mudanças são particulares a cada indivíduo, que podem ser afetadas por fatores intrínsecos e extrínsecos. As Grandes Síndromes Geriátricas, como incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa, não são propriamente doenças, mas são altamente prevalentes. Essas condições relacionam-se à maior vulnerabilidade da pessoa idosa, o que demanda mais cuidados e os expõem a maiores riscos como a violência^{1,2}.

A fragilidade e a dependência para atividades do cotidiano intensificam a vulnerabilidade do indivíduo e oportunizam a ação de agressores que, por vezes, estão no próprio ambiente domiciliar. Os dados sobre Violência Contra a Pessoa Idosa (VCPI) tendem a ser difíceis de estimar, pois diversas situações não são denunciadas, sendo ocultas pela vítima e familiares a fim de proteger o agressor^{3,4}.

Os atos de violência geram sofrimento e traumas irreparáveis à vítima. Portanto, a violência

é considerada um crime, e inclui a omissão de cuidados à pessoa idosa. Desse modo, a VCPI pode ocorrer na esfera física, psicológica e financeira. A violência física refere-se a situações que pressionam o indivíduo através do uso da força física ou ameaça, podendo resultar em lesões, traumas e até mesmo a morte. A violência psicológica ocorre através de humilhações, chantagens, entre outros aspectos, e influenciam negativamente a autoestima e moldam decisões à perspectiva do agressor. O abuso financeiro se refere a qualquer forma de manipulação, extorsão ou exploração de dinheiro ou coerção para transações financeiras, busca por crédito ou uso indevido de patrimônio^{3,5}.

Ante o exposto, medidas de políticas públicas brasileiras, como o Plano de Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa e a obrigatoriedade da denúncia de situações de violência determinada pelo Estatuto do Idoso, representam um importante avanço para assegurar o direito da pessoa idosa a viver com dignidade⁶. Apesar do número geral de notificações de violência contra pessoas idosas ter crescido na última década, em 2012 foram 8.891 e 2022 passaram para 31.341, é interessante notar que as notificações de violência à essa faixa etária, nos

setores hospitalar e ambulatorial, tem diminuído no mesmo período, decrescendo de 5.129 para 698. Diante desse quadro, pode-se compreender uma grande tendência a subnotificação⁷⁻⁹.

Os avanços nas políticas e as intervenções precisam ser efetivadas, pois as situações de violência podem causar danos mentais, sociais, físicos e financeiros aumentando a dependência para aspectos diários e, de forma mais severa, resultando na incapacidade ou até mesmo no óbito. Portanto, a identificação da violência contra pessoa idosa é de suma importância^{5,9}. Os serviços de saúde devem estar preparados para identificar e conduzir os casos de violência em todos os ambientes de saúde, incluindo a assistência hospitalar^{8,9}. Diante do exposto, o estudo teve como objetivo descrever a prevalência de violência física e psicológica entre pessoas idosas hospitalizadas e identificar os fatores sociodemográficos e econômicos associados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, analítico, com corte transversal, norteado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*. Os participantes da pesquisa foram pessoas idosas atendidas em dois hospitais universitários do Estado da Paraíba, Brasil, Lauro Wanderley (HULW/UFPB), localizado no município de João Pessoa e Alcides Carneiro (HUAC/UFCG), no município de Campina Grande. Os dados foram coletados entre outubro de 2019 a fevereiro de 2020 no HUAC/UFCG. Já no HULW/UFPB, ocorreu de julho a setembro de 2019.

A população do estudo foi constituída de 1.259 pessoas idosas. A amostra foi calculada de acordo com o quantitativo de indivíduos, de todas as faixas etárias, admitidos em cada setor nos meses de julho

a setembro de 2018 no HULW (n=774) e outubro a dezembro de 2018 no HULW (n=385). A partir do número da população foi adotado o erro de 5%, nível de confiança de 95% e frequência esperada de 60%, com base na prevalência de violência contra pessoa idosa³.

A coleta se deu nos setores de maior rotatividade dos hospitais. No HULW/UFPB: o ambulatório de geriatria, ambulatório de psicogeriatrics, clínica cirúrgica, clínica médica e unidade de doença infectocontagiosa e parasitárias (DIP). Já no HUAC/UFCG os dados foram coletados na Ala A Cirúrgica, Ala B Pneumo, Ala C Clínica feminina, Ala D Clínica masculina. A UTI foi excluída devido à complexidade do atendimento e ao aumento do risco de infecção ou desconforto emocional.

A inclusão dos participantes se deu a partir da faixa etária, sendo considerada aqueles com 60 anos ou mais internos nos setores supramencionados. Como critério de exclusão foram desconsideradas as pessoas em terminalidade da vida, impossibilidade de comunicar-se, condições clínicas graves ou alto déficit cognitivo. O estado cognitivo foi avaliado pelos profissionais do setor em questão e pelos pesquisadores, os quais receberam treinamento. A formação dos coletadores se deu em 3 sessões, de 4 horas cada. Participaram 24 alunos da graduação, 9 alunos de pós-graduação e 5 profissionais, todos vinculados ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Forense. A composição do estudo apresentou uma amostra de 193 pessoas idosas do HULW/UFPB e 120 pessoas idosas do HUAC/UFCG, totalizando 285 que se somando a 10%, a fim de compensar possíveis perdas, resultou em 323 pessoas idosas. Foi utilizada a amostragem não probabilística, por cota, sendo o número de pessoas idosas distribuídas proporcionalmente entre os setores incluídos conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição da amostra por setor de acordo com serviço. João Pessoa/Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019-2020. (N=323).

Setor	N (%)
HULW	
Clínica médica	39 (12,1)
Clínica cirúrgica	39 (12,1)
Ambulatório psicogeriatrico	27 (8,4)
Ambulatório geriátrico	97 (30,0)
DIP	7 (2,2)
HUAC	
Ala A	45 (13,9)
Ala B	21 (6,5)
Ala C D	48 (14,8)
Total	323 (100,0)

Fonte: dados da pesquisa, 2019

Os participantes foram abordados nos setores onde estavam internados ou seriam atendidos e foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após o aceite e a assinatura do termo, as entrevistas foram conduzidas em locais apropriados para garantir o sigilo e a privacidade do entrevistado. Com relação às pessoas acamadas, foi solicitado que os acompanhantes se ausentassem para evitar influência nas respostas ou constrangimento, possibilitando respostas mais fidedignas com relação a violência. A aplicação do instrumento levou em média 35 minutos, individualmente.

Os dados relativos às características sociodemográficas foram coletados através de um recorte do *Brazil Old Age Schedule* (BOAS)¹⁰. Assim, avaliou-se alfabetização, anos de estudo, estado conjugal, idade, quantidade de filho, renda mensal, sexo e doenças pré-existentes (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, artrite, artrose e outras comorbidades)¹¹. Utilizou-se também a *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1) que é uma escala composta por 19 questões com objetivo de compreender o enfrentamento de conflitos. Destas perguntas, cada uma tem as opções de resposta: não aconteceu, aconteceu algumas vezes nestes últimos doze meses e aconteceu várias vezes nestes últimos doze meses. Ademais, os quesitos se dividem em três dimensões: argumentação, agressão verbal e agressão física¹².

Foi classificada como violência psicológica os itens enquadrados em agressão verbal, já violência física foi relacionada a atos como empurrar, dar tapa ou soco, jogar objeto, chutar, jogar contra a parede, usar uma faca ou arma de fogo, entre outros. A divisão desses dois tipos de violência foi possibilitada pelo fato do instrumento avaliar apenas atos de violência física e psicológica sem se deter a intensidade, logo, uma resposta positiva infere a um ato de violência¹².

A pesquisa adotou como variável dependente a violência física e psicológica. Já as variáveis independentes foram dados referentes a situação sociodemográfica e econômica (sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda e trabalhando atualmente).

Os dados foram digitalizados e analisados através de softwares estatísticos. Para análise dos dados foi usada estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e inferencial (Qui-quadrado de *Pearson*, teste de correlação de *Spearman* e regressão logística ajustada). O teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* determinou que as variáveis não apresentaram distribuição normal. O nível de significância de 5% ($p < 0,05$) foi adotado para todas as análises.

O critério de entrada das variáveis no modelo de regressão logística foi determinado para $p < 0,2$ com base no resultado do teste de associação. Ao final, o valor de 0,05 ou menos foi considerado significativo.

Esta pesquisa caracteriza-se como parte do projeto “Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado”. Foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley com o número de parecer 3.709.600/2019 (CAAE: 10179719.9.0000.5183) e do Hospital Universitário Alcides Carneiro, parecer 3.594.339/2019 (CAAE: 10179719.9.3001.5182), e esteve em conformidade com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente.

RESULTADOS

Os dados revelaram que a maioria das pessoas idosas hospitalizadas tinham sido vítimas de algum tipo de violência. Os participantes representaram a faixa etária entre 60 e 93 anos, com média de 70,8 ($\pm 7,7$). Dentre o quantitativo, 60,7% foram do sexo feminino ($n=196$), sendo que 51,7% eram casados ou estavam em uma união estável ($n=167$), 67,8% sabiam ler e escrever ($n=219$) e 63,4% estudaram mais de 3 anos ($n=204$). Com relação a renda, 57,9% tinham renda de até um salário mínimo ($n=187$) e 78,3% não realizavam trabalho remunerado ($n=253$).

Na avaliação da violência, de modo geral, ficou evidenciado que os casos prevalecem entre as pessoas idosas de faixa etária entre 60 e 70 anos (58,2%), que sabem ler e escrever (56,2%), com mais de três anos de estudos (56,9%), sem companheiro (56,8%), que moram sozinhos (60,0%), com mais de 3 comorbidades relatadas (72,7%), que realizam trabalho remunerado (60,0%), com renda acima de 1 salário mínimo (59,6%) e entre mulheres (55,1%).

A Tabela 1 apresenta a associação entre as variáveis sociodemográficas, econômicas, presença de comorbidades e a violência física, psicológica e ambas. É possível observar que houve associação significativa entre casos de violência física e a renda de até um salário mínimo ($p=0,048$).

A Tabela 2 demonstra a associação entre aspectos relativos à renda, a violência física, violência psicológica e ambas. Salienta-se que houve significância estatística entre violência física com as variáveis outras fontes de renda ($p=0,019$), superior a seis pessoas dependentes da renda ($p=0,016$) e “falta um pouco” para suprir as necessidades ($p=0,010$). Com relação a violência física e psicológica simultâneas, destaca-se a associação com outras fontes de renda ($p=0,015$) e “falta um pouco” para suprir as necessidades ($p=0,005$). O termo “outras fontes de renda” refere-se àquelas que foram citadas por poucas pessoas, e não puderam ser enquadradas nas já citadas, por exemplo, vendas esporádicas ou ajuda financeira de vizinhos em troca de pequenos favores.

A Tabela 3, demonstra dados referentes a correlação entre as variáveis de violência e os determinantes socioeconômicos. Relativo à violência física, destaca-se a correlação com o número de doenças ($p=0,005$) e a renda ($p=0,006$). No tocante a violência psicológica, houve uma relação significativa com o número de doenças ($p=0,004$). Quando levado em consideração a violência física e psicológica foi observado uma correlação significativa com número de doenças ($p=0,004$).

A Tabela 4 evidencia que a análise bivariada determinou a avaliação de dois modelos de regressão, violência física e violência psicológica. Foram inseridas no modelo de regressão logística sexo, estado civil, escore de renda, fontes de renda (sustento do trabalho e outras fontes de renda), quantidade de pessoas que vivem com a renda, escore de doenças e necessidade de dinheiro. Para modelo final de violência física, pode-se deduzir que pessoas com outras fontes de renda e alto escore de doenças tem 3,139 e 1,393, respectivamente, maior chance de sofrer violência física, enquanto que quanto maior a renda ($OR = 0,999$), menor a chance de violência física.

No modelo de violência psicológica foram inseridas as variáveis doenças pré-existentes, renda, fontes de renda (pensão), idade, anos de estudo e escore de doenças. Permaneceu no modelo apenas a variável número de doenças, demonstrando que os indivíduos têm chance 1,286 maior de sofrerem violência psicológica.

Tabela 1. Associação das características variáveis sociodemográficas, econômicas, presença de comorbidades e a violência física, psicológica e ambas. João Pessoa/Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019-2020. (N=323).

Variáveis	Violência física		Violência psicológica		Violência física e psicológica	
	Com n (%)	Sem n (%)	Com n (%)	Sem n (%)	Com n (%)	Sem n (%)
Sexo						
Masculino	11 (8,7)	116 (91,3)	70 (55,1)	57 (44,9)	11 (8,7)	116 (91,3)
Feminino	26 (13,3)	108 (86,7)	108 (55,1)	88 (86,7)	25 (12,8)	171 (87,2)
p-valor*	0,204		0,998		0,253	
Idade em anos						
60 a 70	22 (12,9)	99 (87,1)	99 (58,2)	71 (41,8)	22 (12,9)	148 (87,1)
Acima de 70	15 (9,8)	79 (90,2)	79 (51,6)	74 (48,4)	14 (9,2)	139 (90,8)
p-valor*	0,377		0,234		0,280	
Sabe ler e escrever						
Sim	24 (11,0)	123 (89,0)	123 (56,2)	96 (43,8)	24 (11,0)	195 (89,0)
Não	13 (12,3)	55 (87,5)	55 (52,9)	49 (47,1)	12 (11,5)	92 (88,5)
p-valor*	0,684		0,580		0,877	
Anos de estudo						
Até 3	12 (10,3)	105 (89,7)	62 (53,0)	55 (47,0)	11 (9,4)	106 (90,6)
Acima de 4	25 (12,3)	179 (87,7)	116 (56,9)	88 (43,1)	25 (12,3)	179 (87,7)
p-valor*	0,589		0,502		0,436	
Estado conjugal						
Sem companheiro	15 (9,0)	152 (91,0)	90 (53,9)	77 (46,1)	21 (13,5)	134 (86,5)
Com companheiro	22 (14,2)	133 (85,8)	88 (56,8)	67 (43,2)	15(9,0)	152 (91,0)
p-valor*	0,143		0,603		0,194	
Arranjo de moradia						
Mora só	5 (14,3)	30 (85,7)	14 (40,0)	5 (14,3)	5 (14,3)	30 (85,7)
Mora com alguém	32 (11,1)	256 (88,9)	131 (45,5)	32 (11,1)	31 (10,8)	257 (89,2)
p-valor*	0,578		0,538		0,532	
Doenças pré-existent						
0 a 3	33 (11,0)	267 (89,0)	161 (53,7)	139 (46,3)	32 (10,7)	268 (89,3)
Acima de 3	4 (18,2)	18 (81,8)	16 (72,7)	6 (27,3)	4 (18,2)	18 (81,8)
p-valor*	0,308		0,083		0,280	
Atividade laboral						
Sim	7 (10,0)	63 (90,0)	42 (60,0)	90 (40,0)	7 (10,0)	63 (90,0)
Não	30 (11,9)	223 (88,1)	136 (53,8)	55 (46,2)	29 (11,5)	224 (88,5)
p-valor*	0,666		0,353		0,179	
Renda						
Até 1 SM	27 (14,4)	160 (85,6)	97 (51,9)	90 (48,1)	26 (13,9)	161 (86,1)
Acima de 1 SM	10 (7,4)	126 (92,6)	81 (59,6)	55 (40,4)	10 (7,4)	126 (92,6)
p-valor*	0,048		0,170		0,065	

Fonte: Elaborada pelos autores, 2024.SM= Salário Mínimo; *Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 2. Associação das características da renda com as variáveis de violência física, violência psicológica e ambas entre pessoas idosas vítimas de violência. João Pessoa/Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019-2020. (N=323).

Variáveis	Violência física		Violência psicológica		Violência física e psicológica	
	Com n (%)	Sem n (%)	Com n (%)	Sem n (%)	Com n (%)	Sem n (%)
Fonte de renda						
Trabalho	3 (5,8)	49 (94,2)	31 (59,6)	21 (40,4)	3 (5,8)	49 (94,2)
P-valor*	0,160		0,476		0,179	
Aposentadoria	26 (11,1)	208 (88,9)	129 (55,1)	105 (44,9)	25 (10,7)	209 (89,3)
P-valor*	0,753		0,991		0,694	
Pensão	9 (16,1)	47 (83,9)	32 (57,1)	24 (42,9)	9 (16,1)	47 (83,9)
P-valor*	0,233		0,736		0,198	
Ajuda de parentes	3 (17,6)	14 (82,4)	7 (41,2)	10 (58,8)	3 (17,6)	14 (82,4)
P-valor*	0,410		0,235		0,381	
Aluguéis e investimentos	2 (22,2)	7 (77,8)	7 (77,8)	2 (22,2)	2 (22,2)	7 (77,8)
P-valor*	0,304		0,166		0,284	
Outras fontes	5 (22,7)	17 (72,3)	14 (60,9)	9 (39,1)	5 (21,7)	18 (78,3)
P-valor*	0,019		0,452		0,015	
Quantidade de pessoas que vivem com a renda						
Até 2	17 (9,7)	159 (90,3)	94 (53,4)	82 (46,6)	17 (9,7)	159 (90,3)
De 3 a 5	14 (10,9)	115 (89,1)	76 (58,9)	53 (41,1)	14 (10,9)	115 (89,1)
Acima de 6	6 (35,3)	11 (64,7)	7 (41,2)	10 (58,8)	5 (29,4)	12 (70,6)
P-valor*	0,016		0,375		0,100	
Situação de moradia						
Própria	30 (12,5)	210 (87,5)	140 (58,3)	100 (41,7)	29 (12,1)	211 (87,9)
Do cônjuge	1 (11,1)	8 (88,9)	5 (55,6)	4 (44,4)	1 (11,1)	8 (88,9)
Alugado	3 (8,3)	33 (91,7)	13 (36,1)	23 (63,9)	3 (8,3)	33 (91,7)
Cedida	3 (10,3)	23 (89,7)	17 (58,6)	12 (41,4)	3 (10,3)	26 (89,7)
Outros	0 (0,0)	7 (100,0)	2 (28,6)	5 (71,4)	0 (0,0)	7 (0,0)
P-valor*	0,893		0,087		0,911	
Supre necessidades						
Sim e sobra	4 (10,8)	33 (89,2)	18 (48,6)	19 (51,4)	4 (10,8)	33 (89,2)
Sim, mas não sobra	8 (5,8)	131 (94,2)	75 (54,0)	64 (46,0)	7 (5,0)	132 (95,0)
Falta um pouco	17 (20,7)	65 (79,3)	54 (65,9)	28 (34,1)	17 (20,7)	65 (79,3)
Falta muito	8 (12,9)	54 (87,1)	30 (48,4)	32 (51,6)	8 (12,9)	54 (87,1)
P-valor*	0,010		0,130		0,005	

Fonte: Elaborada pelos autores, 2024. *Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3. Correlação idade, anos de estudo, número de filhos, quantidade de pessoas na casa, número de doenças e renda com os escores de violência física, violência psicológica e ambas entre pessoas idosas vítimas de violência. João Pessoa/Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019-2020. (N=323).

Variáveis	Escore da violência física		Escore da violência psicológica		Escore da violência física e psicológica	
	CC	p-valor*	CC	p-valor*	CC	p-valor*
Idade	-0,061	0,278	-0,094	0,090	-0,095	0,089
Anos de estudo	0,003	0,961	0,104	0,064	0,093	0,095
Número de filhos	0,022	0,705	-0,025	0,666	-0,017	0,783
Quantidade de pessoas na casa	0,079	0,180	0,040	0,498	0,045	0,447
Escore de doenças	0,155	0,005	0,160	0,004	0,161	0,004
Escore de Renda	-0,155	0,006	0,004	0,946	-0,013	0,813

Fonte: Elaborada pelos autores, 2024. CC=Coefficiente de Correlação; *Teste de Correlação de *Spearman*

Tabela 4. Variáveis associadas a violência física e a violência psicológica por meio de regressão logística ajustada. João Pessoa, PB, Brasil, 2019-2020.

Violência física	β	OR	IC	p-valor*
Outras fontes de renda				
Não	-	1,000	-	-
Sim	1,142	3,134	1,003 - 9,789	0,049
Escore de renda	- 0,001	0,999	0,998 - 1,000	0,000
Escore de doenças	0,332	1,393	1,069 - 1,816	0,014
Violência psicológica	β	OR	IC	p-valor*
Escore de doenças	0,252	1,286	1,075 - 1538	0,006

Fonte: Elaborada pelos autores, 2024. R² ajustado: 0,032; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança; *Teste Qui-quadrado de *Pearson*.

DISCUSSÃO

A VCPI é considerada um ataque à dignidade humana. Segundo a Lei 10.741/2003, configura como crime não apenas o ato físico, mas qualquer conduta que coloque em risco a vida ou a saúde da pessoa idosa, através de condições degradantes ou privação de alimentos ou cuidados indispensáveis¹¹.

Neste estudo a violência física e/ou a violência física e psicológica simultaneamente prevaleceram entre as mulheres. A violência contra o gênero feminino é a perpetuação de um histórico de construção patriarcal, o qual o homem sobrepõe sua vontade e reduz a autonomia da mulher. Esse cenário se prolonga e acentua na velhice, passa a ser vista a margem da sociedade. Essa violência,

ligada a fase da vida e gênero, é por vezes ligada a um constructo histórico-social-patriarcal que traz a mulher como um ser subserviente, onde suas vontades e voz são menosprezadas¹³.

Com relação a idade, a violência física, psicológica ou ambas ocorreram, principalmente, entre os indivíduos com faixa etária entre 60 e 70 anos. As pessoas idosas com menos idade, normalmente, ainda preservam sua autonomia e, assim, maior capacidade de denunciar quando expostos a situações de violência. Entretanto, esse ponto de vista contrapõe alguns estudos que descrevem maior prevalência de violência entre pessoas idosas mais velhas justificando que, quanto maior a idade maior a vulnerabilidade^{1,14}.

Quanto à escolaridade, foi possível compreender que os casos de violência física, além da violência física e psicológica associadas, concentraram-se entre aqueles que não sabiam ler e escrever. Entretanto, as variáveis ligadas ao maior nível de estudo como saber ler e escrever e tempo de estudo acima de três anos foram destaque como de maior prevalência para todos os tipos de violência. O tempo de estudo está diretamente relacionado ao acesso a informações e entendimento dos próprios direitos, dando subsídios a denunciar casos. Esses dados corroboram com estudo que analisou dez anos de denúncias de VCPI em uma cidade brasileira, o qual demonstrou maior prevalência de denúncias de violência realizadas por pessoas idosas com maior nível de escolaridade¹⁵.

No tocante ao arranjo moradia, nota-se que a violência física prevalece entre as pessoas que moram sozinhas. Em contraponto, os demais tipos de violência estão relacionados aos participantes que conviviam com alguém, ou seja, a maior parte dos abusos verificados ocorreram entre aqueles com companheiro e os que não moravam sozinhos. Tal dado corrobora com estudos que indicam que a VCPI, em grande parte, ocorre no domicílio^{15,16}.

A VCPI em todas as modalidades abordadas prevaleceram entre as pessoas que eram portadores de mais de três doenças, destacando hipertensão arterial sistêmica, diabetes, artrite e artrose. O avanço da idade traz consigo o declínio de funções, o que pode expor a pessoa ao desenvolvimento de comorbidades como hipertensão arterial, diabetes e problemas ósseos. O desenvolvimento de doenças pode configurar maior dependência para atividades do cotidiano, além disso, os maiores gastos com a saúde podem determinar a necessidade de apoio financeiro de familiares aumentando o risco de violência^{3,17}.

As pessoas idosas com renda de até um salário mínimo foram mais afetadas pela violência física e psicológica, destacando a associação significativa com a violência física. Por vezes, quando beneficiários da previdência social, as pessoas idosas passam a ser provedoras do lar, e em alguns casos, podem ocorrer agressões por não ceder dinheiro à familiares. Ademais, a violência psicológica prevaleceu entre aqueles com maior renda, o que pode estar relacionado

à pressão de familiares por ajuda financeira, o que em diversos casos os fazem recorrer a busca de crédito^{18,19}.

Ao analisar as características de renda dos participantes do estudo, destaca-se a associação estatisticamente significativa da variável “outras fontes de renda” com a violência física e a física mais a psicológica. As pessoas idosas com outros tipos de fonte de renda, invariavelmente, são indivíduos que buscam complementar a renda com atividades como vendas sazonais. A partir desse quadro de busca por rendas alternativas é possível fazer algumas reflexões, dentre elas, pode-se considerar que essas pessoas podem estar vivendo com uma renda abaixo de um salário mínimo. Um dos possíveis cenários para que a pessoa idosa tenha renda abaixo de um salário mínimo é o desconto de parcelas de empréstimo. A falta de dinheiro pode fazer com que o perpetrador force a vítima a realizar empréstimos, sendo que tal abuso pode evoluir para violência física ou psicológica. A literatura sugere que a baixa renda é um fator de risco para a violência^{15,19,20}.

A renda é fator relevante para exposição às situações de violência. O estudo demonstrou a violência física entre pessoas idosas que tinham mais de seis dependentes da sua renda. O abuso financeiro é um preditor da violência física, sendo um fenômeno cada vez mais comum, caracterizado pela falta de independência financeira da pessoa idosa, sem ter a oportunidade de administrar os próprios recursos por ter que arcar com os custos de toda a família²¹.

Com relação aos ganhos e necessidades, os dados demonstram que a violência de qualquer forma prevalece entre as pessoas idosas que relatam “faltar um pouco para que a renda supra as necessidades?”. A falta de dinheiro para suprir as necessidades básicas podem determinar a dependência financeira dos parentes, o que pode resultar em humilhações e a própria violência física ou psicológica. Outro ponto a se destacar é a impossibilidade de obter produtos e serviços relacionados à saúde e o bem-estar, o que influencia na qualidade de vida, na saúde e torna os indivíduos mais vulneráveis¹⁶.

A VCPI, em todas as modalidades analisadas, demonstrou uma correlação positiva e significativa

com o número de doenças declaradas pelas pessoas idosas. Esse resultado indica que quanto maior o número de comorbidades maior a possibilidade de sofrer agressões severas, seja física ou psicológica. A fragilidade e a dependência causada pelo desenvolvimento de doenças na velhice cultivam um sentimento de inutilidade que, aliado a perda do ciclo social e o medo da morte pode levar ao isolamento social¹⁶.

A renda apresentou correlação negativa significativa com a violência física, ou seja, compreende-se que há uma relação inversamente proporcional entre as variáveis. Quanto menor a renda, maior o escore de violência física, o que possibilita refletir que a violência é mais prevalente entre pessoas idosas de menor poder econômico. A população economicamente desfavorecida tende a ter menos oportunidades de informação e crescimento pessoal, diante disso, as novas gerações se apoiam nas mais velhas em busca de recursos financeiros²².

O estudo apresentou limitações, pois como caracteriza-se pelo corte transversal, teve sua coleta em momento determinado no tempo, impossibilitando determinar relações de causalidade. Outro ponto que impossibilita uma abordagem maior do estudo é a escassez de instrumentos validados para o Brasil e que abordem outros tipos de violência. Ademais, o baixo quantitativo de estudos que investigam a violência em pessoas idosas hospitalizadas estabelece um obstáculo para comparação de dados.

CONCLUSÃO

Verificou-se entre os idosos hospitalizados que a violência física prevaleceu sobre a violência psicológica, entre aqueles com renda de até um salário mínimo, advinda de outras fontes e que relataram faltar um pouco para suprir todas as suas necessidades.

As análises inferenciais mostraram associação entre ambas as violências e variáveis relacionadas a renda e presença de comorbidades. Destaca-se

que pessoas idosas que sobrevivem de fontes de renda alternativas, apresentaram uma chance três vezes maior de sofrer violência física. Assim, quanto maior a renda, menor a chance de sofrer esse tipo de violência. E entre aqueles que possuem comorbidades, estes apresentaram mais chance de sofrer tanto violência física quanto psicológica.

Diante disso, revela-se a importância do rastreamento e detecção precoce de violência contra pessoa idosa nos serviços de saúde, se fazendo necessário a elaboração e instalação de mecanismo de protocolos e serviços especializados como o de Enfermagem Forense.

O estudo contribui para o fomento da discussão sobre a adoção de instrumentos e formação de serviços especializados para o rastreamento da VCPI. Ainda, os resultados apresentados representam a formação de base teórica para futuros estudos, inclusive, estimulando a investigação da VCPI sob diversas vertentes.

AUTORIA

- Jefferson da Silva Soares - concepção e o delineamento; análise e interpretação dos dados; revisão crítica; redação do artigo.
- Luiza Maria de Oliveira - análise e interpretação dos dados; revisão crítica.
- Rafael da Costa Santos - delineamento ou a análise; revisão crítica.
- Jiovana de Souza Santos - revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.
- Angela Maria Henao Castaño - revisão crítica.
- Rafaella Queiroga Souto - aprovação da versão a ser publicada; responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.

Editado por: Andressa Coelho Gomes

REFERÊNCIAS

1. Santos RCD, Menezes RMPD, Araújo GKND, Marcolino EDC, Xavier AG, Gonçalves RG, et al. Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos no pronto atendimento. *Acta Paulista de Enfermagem* 2020;33:eAPE20190159. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0159>.
2. Sétlik CM, Lenardt MH, Betiulli SE, Setoguschi LS, Moraes DC, Mello BH de. Relação entre fragilidade física e síndromes geriátricas em idosos da assistência ambulatorial. *Acta Paulista de Enfermagem* 2022;35:eAPE01797. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO01797>.
3. Brandão BMLDSB, Santos RCD, Araújo-Monteiro GKND, Carneiro AD, Medeiros FDAL, Souto RQ. Risk of violence and functional capacity of hospitalized elderly: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP* 2021. 55:e20200528. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0528>.
4. Lopes EDDS, D'Elboux MJ. Violência contra a pessoa idosa no município de Campinas, São Paulo, nos últimos 11 anos: uma análise temporal. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2021;24:e200320. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200320>.
5. Castro VCD, Rissardo LK, Carreira L. Violence against the Brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. *Rev Bras Enferm* 2018;71:777–85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139>.
6. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1-3*.
7. TabNet Win32 3.2: Violência doméstica, sexual e/ou outras violências - Sinan. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>. Acesso em: 12 mar. 2024.
8. Santos JDS, Santos RDC, Araújo-Monteiro GKND, Santos RCD, Costa GMC, Guerrero-Castañeda RF, et al. Cuidado de enfermagem forense ao idoso em situações de violência: revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem* 2021;34:eAPE002425. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02425>.
9. Furtado BMASM, Fernandes CLEDA, Silva JDOM, Silva FPD, Esteves RB. Investigation in forensic nursing: trajectories and possibilities of action. *Rev Esc Enferm USP* 2021;55:e20200586. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0586>.
10. Veras, R.; Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS. Rio de Janeiro: UERJ; 2008. 100 p. 224.
11. Bomfim WC, Silva MCD, Camargos MCS. Estatuto do Idoso: análise dos fatores associados ao seu conhecimento pela população idosa brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva* 2022;27:4277–88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.08192022>.
12. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saúde Pública* 2003;19:1083–93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400030>.
13. Morilla JL, Manso MEG. A violência contra a mulher idosa no Brasil e os fatores relacionados ao tema: uma revisão integrativa. *VITTALLE, ISSN 1413-3563, Rio Grande, Brasil* 2021;33:66–82. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/vittalle.v33i2.12328>.
14. Maia PHS, Ferreira EFE, Melo EMD, Vargas AMD. Occurrence of violence in the elderly and its associated factors. *Rev Bras Enferm* 2019;72:64–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0014>.
15. Lima VMDF, Stochero L, Azeredo CM, Moraes CLD, Hasselmann MH, Marques ES. Characterization and completeness of notification sheet of violence against the older adults in Niterói-RJ, 2011-2020. *Epidemiol Serv Saúde* 2023;32:e2022451. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s2237-96222023000100024>.
16. Machado DR, Kimura M, Duarte YADO, Lebrão ML. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020;25:1119–28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.19232018>.
17. Schenker M, Costa DHD. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2019;24:1369–80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>.
18. Almeida GTD, Batinga GL, Ássimos BM, Pinto MDR. Idosos de Baixa Renda, Violência Financeira e Crédito: O olhar da Transformative Consumer Research. *REGEC* 2021;10:102–20. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/regec.2317-5087.2021.10.1.34596.102-120>.

19. Curcio CL, Payán Villamizar C, Jiménez A, Gómez F. Abuse in Colombian elderly and its association with socioeconomic conditions and functionality. *Colombia Medica* 2019;77–88. Disponível em: <https://doi.org/10.25100/cm.v50i2.4013>.
20. Morowatisharifabad MA, Rezaeipandari H, Dehghani A, Zeinali A. Domestic elder abuse in Yazd, Iran: a cross-sectional study. *Health Promot Perspect* 2016;6:104–10. Disponível em: <https://doi.org/10.15171/hpp.2016.18>.
21. Van Den Broucke AB, Dimachk M, Crandall M. Elder Abuse. *Clinics in Geriatric Medicine* 2019;35:103–13. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.009>.
22. Santos AMRD, Silva FL, Rodrigues RAP, Sá GGDM, Santos JDM, Andrade EMLR, et al. Financial-patrimonial elder abuse: an integrative review. *Rev Bras Enferm* 2019;72:328–36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0703>.