

Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados

Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors
La violencia física y psicológica contra las personas mayores: prevalencia y factores asociados

Mariana Mapelli de Paiva¹, Darlene Mara dos Santos Tavares¹

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde. Uberaba-MG, Brasil.

Como citar este artigo:

Paiva MM, Tavares DMS. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. Rev Bras Enferm. 2015;68(6):727-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680606i>

Submissão: 13-01-2015 Aprovação: 22-07-2015

RESUMO

Objetivo: verificar a prevalência e os fatores associados à violência física e psicológica contra idosos e traçar o perfil sociodemográfico e dos indicadores clínicos dessa população. **Método:** inquérito domiciliar conduzido com 729 idosos de Uberaba - MG. Os dados foram analisados pelo teste Qui-quadrado e regressão logística ($p < 0,05$). **Resultados:** a prevalência de idosos sob violência foi de 20,9%, sendo 5,9% para física e 20,9% para psicológica. Entre eles, prevaleceram mulheres, com idade entre 60-80anos, sem escolaridade, com renda, tendo como principal agressor o cônjuge; com autopercepção negativa de saúde; hospitalização no último ano; e presença de multimorbidades. A violência associou-se a ter 60-80 anos, morar com o cônjuge e dependência para atividades instrumentais de vida diária. **Conclusão:** reforça-se a necessidade de identificar precocemente a violência doméstica e investir em ações de proteção da idosa, na manutenção da capacidade funcional e inserção social.

Descritores: Idoso; Maus-Tratos ao Idoso; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: to verify the prevalence and associated factors to physical and psychological violence against elderlies and trace the sociodemographic and clinical indicators of this population. **Method:** household survey conducted in 729 elderlies Uberaba - MG. Data were analyzed by Chi-square test and logistic regression ($p < 0,05$). **Results:** the prevalence of elderly on violence was 20.9%, and 5.9% to 20.9% for physical and psychological. Among them prevailed women; with 60-80 years; no education; with income, with their partner as the primary aggressor; negative self-perception of health, hospitalization in the last year and presence of multimorbidities. The violence has been associated with have 60-80 years, living with your partner and dependence for instrumental activities of daily living. **Conclusion:** reinforces the need for early identification of domestic violence and invest in both the old protective actions and in maintaining functional capacity and social inclusion.

Key words: Aged; Elder Abuse; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia y los factores asociados a la violencia física y psicológica contra las personas mayores y trazar el perfil sociodemográfico y los indicadores clínicos de esta población. **Método:** la averiguación domiciliar fue conducida con 729 personas mayores de Uberaba - MG. Los datos se analizaron mediante la prueba de Chi-cuadrado y regresión logística ($p < 0,05$). **Resultados:** La prevalencia de los ancianos de la violencia fue de 20,9%, y el 5,9% a 20,9% para su desarrollo físico y psicológico. Entre ellos prevalecido las mujeres; 60-80anos edad; sin educación; con los ingresos, con el cónyuge agresor primario; la autopercepción negativa de la salud, la hospitalización en el último año y presencia de multimorbidades. La violencia se ha asociado con 60-80anos, vive con el cónyuge y la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria. **Conclusión:** reforzase la necesidad de la identificación precoz de la violencia doméstica e invertir tanto en las antiguas acciones de protección y en el mantenimiento de la capacidad funcional y la inclusión social.

Palabras clave: Anciano; Maltrato al Anciano; Enfermería Geriátrica.

AUTOR CORRESPONDENTE

Darlene Mara dos Santos Tavares

E-mail: darlenetavares@enfermagem.edu.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tornou-se uma realidade mundial e, no Brasil, ocorre de forma acelerada, impondo modificações nas políticas sociais e novos desafios para a saúde pública⁽¹⁾. Dentre estes, destaca-se a violência contra os idosos, tendo em vista que atinge todos os níveis sociais e pode ocasionar distúrbios emocionais, isolamento, sentimento de culpa e negação, traumas físicos e óbitos⁽²⁻³⁾. Maus-tratos contra idosos referem-se a abuso físico, psicológico, sexual, abandono, negligência, abuso financeiro e autonegligência⁽⁴⁾.

Diferentes prevalências de violência contra idosos são observadas em investigações nacionais e internacionais. Estudo em 524 municípios brasileiros constatou que 67,7% dos idosos foram vítimas de violência física e 29,1% de psicológica⁽⁵⁾. Pesquisa conduzida em uma unidade de saúde de Recife, nos anos de 2009 e 2010, verificou que 20,8% dos idosos relataram ter sofrido pelo menos um tipo de violência⁽¹⁾. Nos Estados Unidos, entre 5.777 idosos entrevistados, 11,4% referiram ter sido vítimas de violência, dos quais 4,6% sofreram violência psicológica e 1,6%, física⁽⁶⁾.

Apesar das diferenças metodológicas dos estudos supracitados e da tipologia de classificação de violência utilizada, os resultados encontrados mostram a relevância da situação de violência contra idosos nos cenários nacional e internacional. Ressalta-se que há dificuldade em mensurar a prevalência de violência em razão das definições e dos conceitos que apresentam alterações entre setores e culturas⁽⁷⁾. Além disso, no Brasil, ainda são necessários mais estudos para conhecer a magnitude do problema, em virtude do caráter velado da violência^(2,8), em especial contra idosos, uma vez que a identificação precoce e os fatores de risco permitem a sistematização do cuidado e o desenvolvimento de ações de prevenção.

Destaca-se que a literatura científica nacional e internacional tem descrito como principais fatores de risco para a violência: sexo feminino^(1,5), faixa etária entre 60-80 anos^(1,6,9), casados^(2,6,9) e morar acompanhado⁽²⁾. Neste estudo, pretende-se ampliar a discussão no que se refere aos fatores associados à violência física e psicológica entre idosos, incluindo a análise da capacidade funcional. Considera-se que a dependência pode ser um fator de sobrecarga para cuidadores, além de limitante para a participação social e, assim, predispor a violência.

Nesse contexto, os profissionais de saúde têm papel relevante no enfrentamento da violência, na prevenção, identificação precoce e/ou no cuidado ao idoso vitimado⁽⁸⁾. Cabe destacar que os enfermeiros da Atenção Primária e, especificamente, os da Estratégia da Saúde da Família estão inseridos em um modelo de atenção à saúde que privilegia as atividades supracitadas.

Esta investigação objetivou verificar a prevalência de violência física e psicológica, caracterizar idosos submetidos à violência em relação às variáveis sociodemográficas, arranjo de moradia e indicadores clínicos, e analisar os fatores associados à violência física e psicológica. Dessa forma, este estudo pretende contribuir para ampliar o conhecimento acerca da temática e subsidiar as políticas públicas direcionadas aos idosos vítimas de violência.

MÉTODO

Inquérito domiciliar, analítico, observacional, transversal, desenvolvido com idosos residentes na zona urbana do município de Uberaba, Minas Gerais.

Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerada uma prevalência de violência de 40%⁽²⁾, uma precisão de 3,5% e um intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 36.703 idosos, chegando-se a uma amostra de 738 pessoas. Levou-se em conta uma perda de amostragem de 20%, e o número máximo de tentativas de entrevistas foi de 923.

Para a seleção dos sujeitos idosos, utilizou-se a técnica de amostragem por conglomerado em múltiplos estágios. No primeiro estágio, realizou-se o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários do município, por meio de amostragem sistemática, organizando-se uma listagem única dos setores, identificando o bairro a que pertencem. Existem 409 setores censitários urbanos no município de Uberaba, Minas Gerais, e foram selecionados 204. O Intervalo Amostral (IA) foi calculado por meio da fórmula: IA = número de setores censitários totais/número de setores censitários selecionados. O primeiro setor censitário foi sorteado aleatoriamente e os demais, conforme IA⁽²⁾; a listagem dos setores foi ordenada por ordem numérica crescente, para fins do sorteio.

No segundo estágio, o número de idosos a serem entrevistados (N = 738) foi dividido pela quantidade de setores censitários do município (204), resultando em 3,62 entrevistas para cada setor censitário, o que foi aproximado para quatro idosos por setor censitário.

Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais de idade, residir na zona urbana do município de Uberaba, Minas Gerais, não apresentar declínio cognitivo. Foram excluídos os setores sem idosos, setores sem casas e setor que não completou o número de idosos. Dessa forma, foram entrevistados 729 idosos.

Os dados foram coletados em domicílio, no período de janeiro a abril de 2014, por meio de entrevista direta. O declínio cognitivo foi avaliado por meio do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil⁽¹⁰⁾. Os dados sociodemográficos e os indicadores clínicos e de saúde foram coletados por instrumentos construídos pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva.

A capacidade funcional foi avaliada por meio da realização de atividades da vida diária. Para as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), utilizou-se a Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz), elaborada por Katz (1963) e adaptada à realidade brasileira⁽¹¹⁾. As Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) foram avaliadas por meio da Escala de Lawton e Brody (1969), adaptada no Brasil⁽¹²⁾.

A violência foi avaliada pelo instrumento *Conflict Tactics Scales*, traduzido e validado no Brasil⁽¹³⁾.

As variáveis do estudo foram: sociodemográfica (sexo; faixa etária; escolaridade; estado conjugal; arranjo de moradia); indicadores clínicos e de saúde (autopercepção da saúde atual; número de morbidades autorreferidas; hospitalização nos últimos 12 meses); capacidade funcional para ABVD e AIVD; e violência física e psicológica (sim, não).

Após a coleta dos dados e a correção das entrevistas pelos supervisores de campo, foi construída uma planilha eletrônica, no programa *Excel*[®]. Os dados foram processados em microcomputador,

em dupla entrada. Posteriormente, foi realizada a consistência entre as bases de dados e, quando necessário, procedeu-se à correção, buscando a informação na entrevista original. Os dados foram importados para o *software Statistical Package for The Social Sciences* – SPSS, versão 17.0.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando-se frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Foram realizadas medidas de associação em tabelas de contingência e teste Qui-quadrado (X^2). Para examinar as variáveis preditores da ocorrência de violência, empregou-se o modelo de regressão logística. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro por meio do Protocolo nº 573.833. A entrevista teve início somente após a anuência do entrevistado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A prevalência de violência física e psicológica foi de 20,9% ($n = 152$); destes, 20,9% ($n = 152$) sob violência psicológica e 5,9% ($n = 43$), física.

Verificou-se maior percentual de idosos que foram submetidos à violência física e psicológica e estratificada para física e psicológica aqueles do sexo feminino, com 60-80 anos, sem escolaridade, com companheiro, com renda e que viviam acompanhados (Tabela 1).

Na Tabela 1, apresentam-se os dados sociodemográficos e econômicos da população estudada.

Foi realizada a estratificação do arranjo de moradia para os idosos submetidos à violência física e psicológica, e o maior percentual refere-se àqueles que moravam com cônjuge (29,1%), seguidos pelos que residiam com o cuidador (25%), filhos (21,6%) e outros arranjos (21,4%). Na comparação entre os grupos, a maior proporção de idosos que estavam submetidos à violência física e psicológica relacionava-se aos que moravam com o cônjuge ($p < 0,001$) e não residiam com netos ($p = 0,038$) e nora ou genro ($p = 0,013$).

Entre aqueles sob violência física, o maior percentual corresponde aos que viviam com cuidador (25%), seguido dos cônjuges (7,8%). A grande maioria de idosos que estavam submetidos à violência física não residia com os netos ($p = 0,04$), comparados aos que não sofreram violência.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos submetidos a violência física e psicológica segundo variáveis sociodemográficas e econômicas e tipo de violência, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2014

Variáveis	Violência física e psicológica		Violência física		Violência psicológica	
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)
Sexo						
Masculino	45 (18,6)	197 (81,4)	12 (5,0)	230 (95,0)	45 (18,6)	197 (81,4)
Feminino	107 (22,0)	380 (78,0)	31 (6,4)	456 (93,6)	107 (22,0)	380 (78,0)
Valor de p^*		0,291		0,45		0,29
Faixa etária (em anos)						
60-80	132 (22,1)	464 (77,9)	38 (6,4)	558 (93,6)	132 (22,1)	467 (77,9)
80 ou mais	20 (15,0)	113 (85,0)	5 (3,8)	128 (96,2)	20 (15,0)	113 (85,0)
Valor de p^*		0,068		0,25		0,068
Escolaridade						
Sem escolaridade	15 (28,8)	37 (71,2)	6 (11,5)	46 (88,5)	15 (28,8)	37 (71,2)
Com escolaridade	137 (20,2)	540 (79,9)	37 (5,5)	640 (94,5)	137 (20,2)	540 (79,9)
Valor de p^*		0,14		0,07		0,14
Estado conjugal						
Sem companheiro	62 (20,7)	238 (79,3)	16 (5,3)	284 (94,7)	62 (20,7)	238 (79,3)
Com companheiro	90 (21,0)	339 (79,0)	27 (6,3)	402 (93,7)	90 (21,0)	339 (79,0)
Valor de p^*		0,92		0,59		0,92
Renda						
Sem renda	10 (15,4)	55 (84,6)	2 (3,1)	63 (96,9)	10 (15,4)	55 (84,6)
Com renda	142 (21,4)	522 (78,6)	41 (6,2)	623 (93,8)	142 (21,4)	522 (78,6)
Valor de p^*		0,26		0,31		0,26
Arranjo de moradia						
Acompanhado	129 (22,4)	448 (77,6)	35 (6,1)	542 (93,9)	129 (22,4)	448 (77,6)
Sozinho	23 (15,1)	129 (84,9)	8 (5,3)	144 (94,7)	23 (15,1)	129 (84,9)
Valor de p^*		0,05		0,71		0,05

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Tabela 2 - Distribuição dos indicadores clínicos e capacidade funcional dos idosos submetidos à violência física e psicológica, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2014

Variáveis	Violência física e psicológica		Violência física		Violência psicológica	
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)
Percepção de saúde						
Negativa	102 (24,5)	314 (75,5)	36 (8,7)	380 (91,3)	102 (24,5)	314 (75,5)
Positiva	50 (16,0)	263 (84,0)	7 (2,2)	306 (97,8)	50 (16,0)	263 (84,0)
Valor de p^*	0,005		<0,001		0,01	
Hospitalização no último ano						
Sim	38 (29,2)	92 (70,8)	12 (8,5)	119 (91,5)	38 (29,2)	92 (70,8)
Não	114 (19,0)	485 (81,0)	31 (5,3)	567 (94,7)	114 (19,0)	485 (81,0)
Valor de p^*	0,009		0,17		0,009	
Morbidades						
0 2	22 (16,2)	114 (83,8)	5 (3,7)	131 (96,3)	22 (16,2)	114 (83,8)
≥ 2	130 (21,9)	463 (78,1)	38 (6,4)	555 (93,6)	130 (21,9)	463 (78,1)
Valor de p^*	0,14		0,22		0,14	
ABVD						
Independente	147 (21,0)	554 (79,0)	42 (6,0)	659 (94,0)	147 (21,0)	554 (79,0)
Dependente	5 (17,9)	23 (82,1)	1 (3,6)	27 (96,4)	5 (17,9)	23 (82,1)
Valor de p^*	0,69		0,57		0,69	
AIVD						
Independente	54 (17,9)	247 (82,1)	13 (4,3)	288 (95,7)	54 (17,9)	247 (82,1)
Dependente	98 (22,9)	330 (77,1)	30 (7,0)	384 (93,0)	98 (22,9)	330 (77,1)
Valor de p^*	0,11		0,13		0,11	

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Com relação aos idosos sob violência psicológica, verificou-se que o maior percentual está relacionado àqueles que moravam com cônjuge (29,1%), cuidador (25%), filhos (21,6%) e outros arranjos (21,4%). A maior proporção de idosos submetidos à violência psicológica está relacionada aos que viviam com o cônjuge ($p < 0,001$) e não residiam com netos ($p = 0,038$) e nora ou genro ($p = 0,013$).

Os idosos submetidos à violência física e psicológica e estratificada para física e psicológica apresentaram, em sua maioria, percepção negativa de saúde, foram hospitalizados no último ano, tinham multimorbidades, eram independentes para realizar as ABVD e dependentes para as AIVD. Na comparação entre os grupos, idosos submetidos à violência física e psicológica ($p = 0,005$), somente física ($p < 0,001$) e somente psicológica ($p = 0,01$) apresentaram proporcionalmente maior percepção negativa da saúde. Já aqueles submetidos à violência física e psicológica ($p = 0,009$) e somente psicológica ($p = 0,009$) referiram ter sido mais vezes hospitalizados no último ano em relação aos que não sofreram violência (Tabela 2).

A Tabela 2 mostra a distribuição das variáveis clínicas e de saúde e a capacidade funcional dos idosos sob violência física e psicológica.

A violência física e psicológica está associada à idade entre 60 | 80 anos, a morar com o cônjuge e à dependência para atividades instrumentais de vida diária (Tabela 3).

A Tabela 3 apresenta o modelo final de regressão logística para as variáveis associadas ao risco de ocorrência de violência física e psicológica.

Tabela 3 - Modelo final de regressão logística para as variáveis associadas à violência física e psicológica entre os idosos de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2014

Variáveis	Violência física e psicológica		
	OR	IC95%	Valor de p^*
Sexo			
	Masculino		
	Feminino	1,17 0,78-1,76	0,43
Faixa etária (em anos)			
	60 80	2,02 1,17-3,49	0,012
	80 ou mais		
Mora com cônjuge			
	Sim	2,50 1,72-3,64	<0,001
	Não		
Mora com filhos			
	Sim	0,84 0,57-1,22	0,36
	Não		
Mora com nora ou genro			
	Sim	0,29 0,065-1,35	0,11
	Não		
Número de morbidades			
	0 2		
	≥ 2	0,65 0,39-1,10	0,11
ABVD			
	Independente	1,36 0,48-2,81	0,55
	Dependente		
AIVD			
	Independente	0,65 0,43-0,97	0,035
	Dependente		

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

DISCUSSÃO

A prevalência de violência física e psicológica obtida na presente investigação foi semelhante em pesquisa nacional⁽¹⁾ e superior à investigação conduzida em estudos internacionais^(6,14).

A maior prevalência de violência psicológica em relação à física foi semelhante em outros estudos^(2,6,14). Esse fato expressa o ciclo da violência, pois, em geral, antes de ocorrer a agressão física, o agressor ameaça a vítima ou comete violência psicológica, que, por vezes, é negligenciada⁽¹⁵⁾.

Assim como na presente pesquisa, as mulheres idosas foram as que apresentaram maior percentual de violência física e psicológica, somente física e psicológica em estudos nacionais⁽¹⁻²⁾ e internacionais^(6,9,16). Esses dados mostram a relação de gênero, em que as atribuições do homem e da mulher foram construídas historicamente, marcadas pela assimetria e hierarquia na relação entre eles e reproduzidas cotidianamente. Revela, ainda, a cultura de discriminação contra a mulher⁽¹⁷⁾. Um dos momentos propícios para a identificação da violência contra as mulheres é durante a consulta de enfermagem, em que há possibilidade de estreitar o vínculo entre paciente e enfermeiro.

Resultados semelhantes para faixa etária foram encontrados em estudos nacionais^(1,17) e internacionais^(6,9,16), nos quais os idosos submetidos à violência física e psicológica tinham entre 60-80 anos.

Quanto à escolaridade, resultado semelhante foi encontrado tanto para a violência física quanto para a psicológica, em pesquisa conduzida com idosos de Recife, em que os sem escolaridade (26,15%) foram as maiores vítimas⁽¹⁾. Em contrapartida, outras pesquisas, nacionais e internacionais, constataram que a violência foi mais frequente entre aqueles com escolaridade^(2,9). Apesar de não haver consenso na literatura científica a respeito da escolaridade, não se pode presumir que os idosos sem escolaridade estejam mais suscetíveis à violência⁽¹⁾.

Quanto ao estado conjugal, os achados da literatura nacional⁽²⁾ e internacional^(6,9) corroboram o resultado desta pesquisa em que o maior percentual de idosos vítimas de violência eram casados. Tal resultado ratifica a violência de gênero, e dentre as causas do não prosseguimento das queixas de violência entre mulheres, adultas e idosas estão a vergonha de expor que são submetidas a maus-tratos por seus parceiros; as promessas de não serem mais agredidas; e a esperança de voltar o antigo amor⁽¹⁸⁾.

Estudo nacional com idosos também obteve maior percentual de violência física e psicológica entre aqueles que tinham renda⁽¹⁾. Uma das formas de abuso mais frequentes contra os idosos é a que se relaciona à situação financeira, em que há tentativas dos familiares de se apoderarem das fontes de renda do idoso ou de seus bens e economias⁽¹⁹⁾.

Assim como na presente pesquisa, os idosos submetidos à violência moravam acompanhados^(1-2,17). Esse fato pode estar relacionado à desarmonia familiar e às relações ruins ou conflituosas entre os membros, gerando, assim, fatores de risco para a violência contra idosos⁽²⁰⁾. Entre a rede de apoio para casos de violência, encontra-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual é possível, por intermédio da equipe de profissionais de saúde, diagnosticar casos de violência intrafamiliar e realizar ações de prevenção e integração, considerando-se a tríade indivíduo, família e comunidade⁽²¹⁾.

O fato de a violência ser mais frequente entre os casados, e o cônjuge ser o principal agressor, corrobora com outros estudos⁽²⁻³⁾. A violência por cônjuges está atrelada à sua aceitação pelas mulheres e também às relações hierárquicas de gênero, como o “direito” de um controlar bens e comportamentos do outro⁽²²⁾, e à condição de dependência afetiva⁽³⁾.

Quanto à autopercepção de saúde, inquérito internacional com idosos da Carolina do Norte, Estados Unidos, encontrou relação entre aqueles submetidos à violência e a percepção negativa de saúde⁽¹⁴⁾. A autopercepção negativa de saúde pode estar vinculada às consequências geradas pela violência, dentre elas, frustração, dor, medo, depressão e traumas⁽²³⁾. Uma das estratégias para o enfermeiro contribuir no enfrentamento das consequências geradas pela violência são as atividades em grupo. Assim, o enfermeiro estimula os integrantes a encontrarem estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vivenciados por eles, e o reconhecimento de potenciais na comunidade⁽²⁴⁾. Ademais, na consulta de enfermagem, o enfermeiro também pode identificar situações de violência, tendo em vista a proximidade e o tempo despendido durante a consulta.

A presença de maior número de morbidades entre idosos submetidos à violência física e psicológica também foi constatada em estudos nacional⁽¹⁷⁾ e internacional⁽⁶⁾. As doenças foram consideradas um possível fator de risco para a violência, em virtude do aumento da sobrecarga do cuidador, seja este formal, seja informal, envolvendo maior número de consultas médicas e cuidados de saúde para os idosos, além de mais responsabilidade para com o idoso⁽²⁵⁾.

A hospitalização, somada aos cuidados exigidos pela presença de doenças, também pode predispor complicações não relacionadas ao motivo inicial da internação. Isso pode exigir mais cuidados por parte dos familiares em relação aos idosos e deixá-los mais vulneráveis à violência⁽⁸⁾. Quanto à relação entre hospitalização, morbidades e violência, há poucos estudos^(6,17,25), o que dificulta possíveis explicações.

No que se refere à capacidade funcional, foi encontrado percentual semelhante em pesquisa conduzida com idosos que sofreram algum tipo de violência, física e/ou psicológica, no município de Recife, em que 20,91% eram independentes para as ABVD e 26,17% eram dependentes nas AIVD⁽¹⁾. A perda da capacidade funcional para as AIVD limita a participação social do idoso de forma independente, restringindo-o ao seu contexto domiciliar. Pode, ainda, diminuir seu convívio com outras pessoas, além dos seus familiares, dificultando a procura por serviços de saúde e serviços especializados para denúncia quando submetidos à violência.

Quanto aos fatores associados, estudos verificaram que a faixa etária de 60-80 anos estava associada à maior ocorrência de violência física e psicológica⁽¹⁻²⁾. Destaca-se que é na faixa etária de idosos mais jovens que surgem as principais denúncias de violência^(4,19), sejam físicas, sejam psicológicas, entre outras tipologias. Nessa faixa etária, grande parte dos idosos é ativa física e intelectualmente, tem mais autonomia e condições para buscar ajuda. Em contrapartida, a literatura científica relata que as maiores vítimas são os idosos mais velhos, devido às limitações funcionais e cognitivas⁽¹⁾.

Diante disso, durante o cuidado de enfermagem, é necessário considerar a faixa etária dos idosos, bem como suas dificuldades e limitações. E, a partir dessas informações, o enfermeiro deve promover atividades para informação e prevenção da violência.

A violência associada ao fato de o idoso morar com o cônjuge corrobora com estudos nacionais^(1-2,9) e internacional⁽⁹⁾. A violência por cônjuges está ligada à aceitação desta e a normas hierárquicas de gênero, como o direito de um controlar bens e comportamentos do outro⁽²²⁾, e à condição de dependência afetiva⁽³⁾.

Diferente dos resultados obtidos na presente pesquisa, estudos constataam a associação entre capacidade funcional para as ABVD e violência^(16,20). As AIVD apoiam o cotidiano do idoso dentro de casa e, especialmente, na comunidade, apresentando maior grau de complexidade para sua realização⁽²⁶⁻²⁷⁾. Essas características podem ser uma das explicações para que a dependência na AIVD esteja associada à violência, em que o idoso tem limitações para manter uma rede de apoio e recorrer à ajuda para sair da situação de violência.

CONCLUSÃO

A prevalência de violência física e psicológica entre os idosos foi de 20,9%, representando 20,9% para a psicológica e 5,9% para a física. As características dos idosos submetidos à violência física e psicológica e estratificada em física e psicológica foram semelhantes, prevalecendo mulheres, com 60-80 anos, escolaridade, renda, tendo como principal agressor o cônjuge.

A maior proporção de idosos submetidos à violência física e psicológica refere-se àqueles que moravam com o cônjuge; tinham autopercepção negativa de saúde; foram hospitalizados no último ano; e apresentaram maior número de morbidades comparados aos que não foram vítimas de violência.

A violência física e psicológica associou-se à faixa etária de 60-80 anos; ao fato de as mulheres idosas morarem com o cônjuge; e serem dependentes para AIVD, reforçando a

necessidade de identificar precocemente a violência doméstica e investir tanto em ações de proteção da idosa quanto na manutenção da capacidade funcional e inserção social.

Os resultados deste estudo agregam conhecimento à temática, considerando a inclusão na análise de variáveis pouco exploradas em estudos nacionais e internacionais, tais como percepção de saúde, hospitalização no último ano, número de morbidades e capacidade funcional. Assim, contribui para o fortalecimento de políticas públicas de enfrentamento à violência e constitui-se em ferramenta para o planejamento de ações em saúde.

FOMENTO

Este artigo é fruto de um projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) intitulado 'Quedas e violência contra idosos de Uberaba - MG' APQ-02035-14.

ERRATA

No artigo "Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados", com número de DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680606i>, publicado no periódico Revista Brasileira de Enfermagem, v68(6):727-33, na página 732, acrescenta-se:

"FOMENTO

Este artigo é fruto de um projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) intitulado 'Quedas e violência contra idosos de Uberaba - MG' APQ-02035-14".

REFERÊNCIAS

1. Duque AM, Leal MCC, Marque APO, Eskinazi FMV, Duque AM. [Violence against the elderly in the home environment: prevalence and associated factors (Recife, State of Pernambuco)]. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2012[cited 2014 Nov 12];17(8):2199-2208. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/30.pdf> Portuguese.
2. Apratto Júnior PC. The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). Ciênc Saúde Colet [Internet] 2010 Set[cited 2014 Nov 15];15(6):2983-2995. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a37v15n6.pdf> Portuguese.
3. Sanches PARA, Lebrão ML, Duarte YAO. [Violence against the elderly: a new issue?]. Saude Soc [Internet]. 2008[cited 2014 Oct 23];17(3):90-100. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/10.pdf> Portuguese.
4. Souza ER, Minayo MCS. [The insertion of the violence against elderly theme at health care public policies in Brazil]. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2010 Set[cited 2014 Nov 15];15(6): 2659-2668. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a02v15n6.pdf> Portuguese.
5. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACMN, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. [Violence against the elderly: analysis of the reports made in the health sector - Brazil], 2010. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2012[cited 2014 Nov 15];17(9):2331-2341. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf> Portuguese.
6. Aciermo R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, Kilpatrick DG. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistratment Study. Am J Public Health [Internet]. 2010 Feb[cited 2014 Nov 12];100(2): 292-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a02v15n6.pdf>

- ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804623/pdf/292.pdf
7. Instituto de Mayores y Servicios Sociales Malos tratos a personas mayores. Organización Mundial de Saúde: Madrid; Espanha. 2007.
 8. Oliveira AAV, Trigueiro DRSG, Fernandes MGM, Silva AO. [Elderly maltreatment: integrative review of the literature]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 Feb[cited 2014 Sep 14];66(1):128-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a20.pdf> Portuguese.
 9. Strasser SM, Smith M, Weaver M, Zheng S, Cao Y. Screening for elder abuse mistreatment among older adults seeking legal assistance services. *West J Emerg Med* [Internet]. 2013 Aug[cited 2014 May 12]; 14(4):309-315. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3735377/pdf/i1936-900X-14-4-309.pdf>
 10. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in a outpatient population: influence of literacy. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1994 Mar;52(1):1-7.
 11. Lino, VTS, Perreira SEM, Camacho LAB, et al. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008[cited 2014 May 12];24(1):103-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>
 12. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. [Reliability of the Brazilian version of the Scale of Instrumental Activities of Daily Living]. *Rev Bras Prom Saúde* [Internet]. 2008[cited 2013 Nov 12];21(4):290-296. Available from: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/575/2239> Portuguese.
 13. Hasselmann M, Reichenehim ME. Cross-cultural adaptation of the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1) used to assess marital violence: semantic and measurement equivalence. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2003 Aug[cited 2013 Nov 12];19(4):1083-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16857.pdf> Portuguese.
 14. Amstadter AB, Zajac K, Strachan M, Hernandez MA, Kilpatrick DG, Acierno R. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: the South Carolina elder mistreatment study. *J Interpers Violence* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 12];26(15):2947-72. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4182959/>
 15. Melo ZM, Silva DM, Caldas MT. Intrafamilial violence: criminal acts against women in Recife's Metropolitan Area. *Psicol Estud*. [Internet]. 2009[cited 2014 Jun 12];14(1):111-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a14v14n1.pdf>
 16. Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereniguez JE, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of Elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2009[cited 2013 Nov 12];49: 132-137. Available from: [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(08\)00121-0/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(08)00121-0/abstract)
 17. Nogueira CF, Freitas MC, Almeida PC. [Violence against elderly in Fortaleza, Ceará State: a documental analysis]. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet] 2011[cited 2014 Jul 12];14(3):543-554. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n3/v14n3a14.pdf> Portuguese.
 18. Deeke LP, Boing AF, Oliveira WF, Coelho EBS. [Dynamics of domestic violence: an analysis from the perspective of the attacked woman and her partner's discourses]. *Saúde Soc* [Internet] 2009 Jun[cited 2013 Nov 12];18(2):248-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/08.pdf> Portuguese.
 19. Florêncio MVL, Ferreira Filha MO, Sá LDA. [Violence against the elderly: ethical and political dimensions of an ascendant problematic]. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Internet] 2007[cited 2014 Apr 12];9(2):847-57. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/pdf/v9n3a23.pdf Portuguese.
 20. Johannesen M, Logiudice, D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing* [Internet]. 2013[cited 2014 Jul 12];42(2):292-298. Available from: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/42/3/292.long>
 21. Ministério da Saúde (BR). *Temática prevenção de violência e cultura da paz III*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde [Internet]. 2008[cited 2014 Mar 12]; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf
 22. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS et al. Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 Apr[cited 2014 May 12];43(2):299-311. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/en_7172.pdf
 23. Silva RF, Paixão GPN, Rebouças TCS, Alves MB, Salgado MA, Silva RS. O perfil da violência notificada contra idosos na microrregião de senhor do Bonfim-BA. *Revista Eletrônica da Fainor* [Internet]. 2014[cited 2014 Nov 12];7(1):171-183. Available from: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/266/180>
 24. Costa MC, Lopes MJM. Elements of comprehensiveness in the Professional health practices provided to rural women victims of violence. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 Oct[cited 2014 Oct 12];46(5): 1087-1094. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/en_08.pdf
 25. Tejada-Hernandez MA, Amstadter A, Muzzy W, Acierno R. The National Elder Mistreatment Study: Race and Ethnicity Findings. *J Elder Abuse Negl* [Internet]. 2013[cited 2014 Apr 12]; 25(4):281-293. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3694735/pdf/nihms438874.pdf>
 26. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. The concept and measurement of functional disability in the elderly population: a literature review. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2008[cited 2014 May 12];13(4):1199-1207. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/16.pdf>
 27. Ribeiro AP, Souza ER, Valadares FC. [Health care for elderly victims of violence in Rio de Janeiro]. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012[cited 2014 Oct 12];17(5):1167-77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a11v17n5.pdf> Portuguese.