






# Perfil dos atendimentos por violência contra idosos em serviços de urgência e emergência: análise do VIVA Inquérito 2017

*Profile of care for violence against the elderly in urgency and emergency services: VIVA analysis Survey 2017*

Fabiana Martins Dias de Andrade<sup>I</sup> , Adalgisa Peixoto Ribeiro<sup>II</sup> ,  
Regina Tomie Ivata Bernal<sup>III</sup> , Ísis Eloah Machado<sup>I</sup> , Deborah Carvalho Malta<sup>IV</sup> 

**RESUMO:** *Objetivos:* Caracterizar o perfil das ocorrências de violência contra os idosos e investigar a associação entre fatores demográficos das vítimas e características da ocorrência. *Métodos:* Estudo transversal, utilizando dados do inquérito Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), realizado em serviços de emergência em 2017. Foi realizada análise descritiva das características de violência, segundo fatores demográficos, seguida da análise de correspondência, visando identificar as principais características associadas nesse grupo. *Resultados:* Entre as vítimas estudadas, a maioria eram homens, a violência mais comum foi a física, a parte do corpo mais atingida foi a cabeça, os principais locais de ocorrência foram residência e via pública, por agressor desconhecido. Foi associado à violência entre idosos, o agressor ser o companheiro e a ameaça. Já entre os idosos foi sofrer violências em via pública, agressor desconhecido, lesões no tórax e uso de objeto perfurocortante. Idosos mais jovens sofreram mais violências físicas por meio de força, provocadas por amigos e atingindo membros superiores. Entre os mais idosos, estiveram relacionados à negligência residência como local de ocorrência, familiar como agressores membros inferiores e múltiplos órgãos afetados. *Conclusão:* O estudo permitiu obter uma visão sobre a violência sofrida por idosos atendidos em serviços de emergência no Brasil. O conhecimento do perfil das vítimas é importante para o direcionamento das políticas e ações que visem prevenir e enfrentar o problema da violência contra idosos.

**Palavras-chave:** Violência. Idoso. Envelhecimento. Maus-tratos ao idoso. Inquéritos Epidemiológicos. Epidemiologia.

<sup>I</sup>Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>II</sup>Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>III</sup>Faculdade de Informática e Administração Paulista – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>IV</sup>Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

**Autora correspondente:** Fabiana Martins Dias de Andrade. Avenida Professor Alfredo Balena, 190, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: fabbianamartins@hotmail.com

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. TED 66 (2018).

**ABSTRACT:** *Objectives:* To characterize the profile of violent events among the elderly and to investigate the association between demographic factors and characteristics of violence. *Methods:* Cross-sectional study using data from the Violence and Accidents Survey (VIVA Survey) conducted at the emergency services in 2017. Descriptive analyses of the characteristics of violence were performed, according to demographic factors, followed by the correspondence analysis, using the main characteristics listed in this group, and considering  $p < 0.05$ . *Results:* Among the studied victims, most were male; the most common type of violence was physical, the most frequently body part affected was the head, the main places of occurrence were home and the public area, and, most often, the perpetrator was unknown. The fact of the aggressor being the victim's partner was associated with violence among the female elderly, as well as the use of threats. At the same time, violence among the male elderly was associated to being assaulted in the street, by strangers, including thorax injuries and the use of sharp objects. Younger elders have suffered physical aggression mostly through strength/ beating, inflicted by friends and reaching the upper limbs. Among the older elders, the negligence was more related to the household as the location where the violence occurred, aggression perpetrated by relatives, and violence affecting the lower limbs and multiple organs were related to negligence. *Conclusion:* The study led to insights about the violence suffered by the elderly patients attending urgency and emergency services in Brazil. Knowing the victims' profile is important for directing policies and actions that aim at preventing and addressing the problem of violence against the elderly.

*Keywords:* Violence. Aged. Aging. Elder Abuse. Health Surveys. Epidemiology.

## INTRODUÇÃO

O rápido envelhecimento da população brasileira tem se configurado como um fenômeno complexo e desafiador para as famílias, sociedade e os governos<sup>1</sup>. As estimativas mostram que 12,7% da população brasileira tem 60 anos ou mais de idade e que, em 2050, esse percentual pode atingir 29,6%<sup>2</sup>. O envelhecimento acarreta diversos riscos aos idosos, como dependência para as atividades de vida diária e instrumentais, a necessidade de assistência periódica, a limitação dos recursos financeiros, do apoio social, psicológico e jurídico, o que os tornam vulneráveis às violências, especialmente por familiares e cuidadores formais<sup>3</sup>.

A violência contra idosos é definida pela Rede Internacional de Prevenção de Maus-Tratos às pessoas idosas como: “um ato (único ou repetido), ou omissão que lhe cause danos ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança”<sup>4</sup>, atinge proporções elevadas e é causa importante de lesões e mortes nesse grupo etário<sup>5</sup>. As violências mais comuns registradas contra os idosos são as de natureza física, psicológica, sexual, financeira e negligência<sup>6</sup>. Entretanto, apesar dos diversos estudos que apontam para a relevância do problema, ainda existe subnotificação dos casos<sup>5</sup>.

Esse problema tem crescido entre os idosos nos últimos anos, estudo utilizando dados de várias regiões do mundo, incluindo países de baixa e média renda, estimou que em 2016 cerca de 16% das pessoas idosas sofreram algum tipo de violência<sup>7</sup>.

Estudo realizado no Brasil utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), mostrou que estão associados à violência física entre idosos do sexo masculino, ter idade entre 60 e 69 anos, ocorrência no domicílio, agressores que não eram os filhos e suspeita de uso de bebida alcoólica. Em relação à violência psicológica, mostraram associação ao sexo feminino, ocorrências no domicílio, agressor ser o próprio filho e suspeita de uso de bebida alcoólica pelos agressores. A negligência predominou no sexo feminino a partir de 70 anos, ocorrido no domicílio e praticada pelos filhos. Para a violência sexual foram o sexo feminino, agressores desconhecidos e suspeita de uso de bebida alcoólica<sup>8</sup>.

As consequências das violências contra idosos podem ser particularmente graves em função da fragilidade e vulnerabilidade desse grupo etário<sup>9</sup>. Depressão, isolamento social, tentativa de suicídio, dificuldades na comunicação e tomada de decisão, dependência de álcool, drogas e doenças físicas são algumas das consequências encontradas<sup>10</sup>. Além desses prejuízos, a violência traz consequências aos sistemas de saúde, serviços sociais e de justiça criminal, bem como à estrutura econômica da sociedade<sup>9</sup>.

Considerando a relevância das violências e acidentes para a saúde pública, em 2006 foi implantado pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil, o VIVA. O sistema é composto pelo inquérito epidemiológico, realizado a cada três anos nos serviços sentinelas de urgência e emergência, e as notificações contínuas realizadas por meio do Sinan. A principal finalidade desse sistema é conhecer a magnitude e a gravidade desses problemas, permitindo o enfrentamento efetivo contra violência no país e a promoção de uma cultura de paz.

Sendo assim, o presente artigo teve os objetivos de caracterizar o perfil e investigar a associação entre as variáveis demográficas e as características da violência cometida contra idosos atendidos em serviços de urgência e emergência das capitais brasileiras.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório, feito por meio da análise dos dados do VIVA Inquérito, que compõe o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, referente aos atendimentos às pessoas idosas por violências, realizados em 90 serviços de urgência e emergência, localizados em 23 capitais brasileiras e no Distrito Federal, e em 13 municípios selecionados no ano de 2017. As capitais Porto Alegre (RS), Florianópolis (SC) e Macapá (AP) não participaram da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada durante 30 dias consecutivos entre os meses de setembro e dezembro, em turnos de 12 horas, selecionados mediante sorteio probabilístico. As unidades primárias de amostragem (UPA) foram os serviços de urgência e emergência vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), usados como estratos do plano amostral. Os pesquisadores selecionados em cada cidade eram profissionais ou estudantes de cursos de graduação da área da saúde e foram treinados pela equipe da Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes/CGDANT, do MS para a correta abordagem dos pacientes e coleta de dados, que utilizou um questionário padronizado, a Ficha VIVA

Inquérito 2017. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e de análise de prontuários médicos. As entrevistas foram conduzidas com os pacientes ou, quando sua condição clínica não permitia, com o acompanhante. Os municípios receberam incentivos financeiros para a execução do inquérito.

O total de participantes entrevistados no inquérito foi de 48.532 pessoas, incluindo vítimas de acidentes e violências em todas as faixas de idade. Entretanto, para o presente artigo, foram analisados os atendimentos de pessoas com 60 ou mais anos, vítimas de violência, totalizando 133 idosos. Inicialmente, foi realizada análise descritiva dos casos, considerando as características da violência (tipo, meio, local da ocorrência, vínculo do agressor e parte do corpo atingida), segundo variáveis demográficas: sexo (masculino e feminino) e faixa etária (60 a 65 anos e 66 anos ou mais), sendo utilizado o teste  $\chi^2$  de Pearson para comparação entre os grupos. A categorização nessas duas faixas etárias ocorreu por causa do número reduzido de atendimentos de idosos mais velhos durante a coleta de dados do VIVA Inquérito 2017. Para verificar a associação entre as variáveis demográficas e as características da violência, foi utilizada a análise de correspondência simples (ACS). Essa técnica é adequada para análise de variáveis categóricas<sup>11,12</sup>, aplicada nas tabelas de contingência, em que se verifica a dependência entre as linhas e colunas da tabela. Além disso, trata-se de uma técnica exploratória que sintetiza a estrutura de variabilidade dos dados em termos de dimensões, no qual o número de dimensões é menor que o número de variáveis. A ACS é equivalente à análise fatorial, porém os resultados são apresentados de forma gráfica, na qual as menores distâncias entre as categorias linha e coluna representam as mais fortes associações entre elas, enquanto as maiores distâncias representam suas dissociações<sup>13</sup>.

O algoritmo da técnica de ACS disponível nos *softwares* estatísticos supõe que os dados são provenientes do plano de amostragem aleatória simples. No entanto, pesquisadores<sup>14</sup> discutem o uso dessa técnica em dados provenientes de planos complexos de amostragem (PCA), como é o caso do Viva Inquérito, e alertam aos pesquisadores que ao desconsiderar o plano de amostragem, a qualidade dos resultados pode ser questionável. Dessa forma, no presente trabalho foram considerados os pesos amostrais no cálculo das proporções de cada célula da tabela, mediante expansão da amostra, para que o gráfico resultante mantivesse a mesma proporção da população. Além disso, estudos prévios apontaram que no gráfico de correspondência, a melhor estimativa da localização dos pontos é obtida quando a tabela é expandida<sup>14</sup>.

As variáveis selecionadas para esta análise foram as mesmas da análise descritiva, consideradas como variáveis colunas as demográficas: sexo e faixa etária, e variáveis linhas as características da violência. A análise dos dados foi feita nos *softwares* Stata versão 14 e SPSS versão 25.

O projeto do Viva Inquérito foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde. Por se tratar de uma ação da vigilância epidemiológica no âmbito nacional, o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) foi substituído pela concordância verbal das vítimas ou de seus responsáveis, registrado em campo específico do formulário.

## RESULTADOS

Os resultados mostraram que o tipo mais comum de violência praticada contra os idosos foi a física (85%), seguida da negligência (9,1%) e outros (5,6%). O local de ocorrência mais frequente foi a própria residência (48%), seguida pela via pública (36,3%). Os agressores mais frequentes foram desconhecidos e do sexo masculino, a parte do corpo atingida mais frequentemente foi a cabeça, seguida pelos membros superiores. Ocorreram diferenças entre os sexos: as idosas do sexo feminino sofreram mais violência física, com uso somente da força física, em sua residência e cometida por familiares, seguidos por amigos. Entre os idosos do sexo masculino, observam-se maior frequência de violência física, com uso de força física, mas também com percentual expressivo de uso de objeto perfurocortante, principalmente na via pública, cometida por pessoas desconhecidas. Foram estatisticamente significativas as diferenças encontradas entre os sexos para as variáveis meio da violência, vínculo do agressor e tipo de lesão, considerando o valor de  $p < 0,05$  no teste  $\chi^2$  de Pearson (Tabela 1).

A análise segundo faixa etária mostra que a violência física por meio do espancamento foi o tipo de violência mais cometido nos dois grupos. Entre os mais jovens (60 a 65 anos), a via pública foi o principal local de ocorrência das violências, cometidas por pessoas desconhecidas do sexo masculino, enquanto entre os mais idosos (66 anos e mais) a residência foi onde ocorreram a maior parte das violências e os familiares foram os principais agressores. Foi significativa a diferença entre as faixas etárias somente em relação ao local de ocorrência (Tabela 1).

Os resultados da ACS mostraram que duas dimensões foram necessárias para explicar a totalidade da variância conjunta das colunas (demográficas) e linhas (características da violência, do agressor e da lesão). A primeira dimensão contribuiu com 85,3% e a segunda 14,7% (Tabela 2). O teste de independência da tabela mostrou que a hipótese de que há independência entre as linhas e colunas foi rejeitada e que nesta amostra houve associação entre as variáveis analisadas.

Na Tabela 3, observam-se as contribuições de cada variável para as duas dimensões. A dimensão 1 pode ser explicada pelas variáveis vínculo do agressor (familiar e desconhecido), que contribuiu com 29,4% da explicação, seguida por meio da violência (perfurocortante e ameaça) com 25,5% e local de ocorrência (residência e via pública) com 23,2%. Entre as variáveis demográficas, o sexo da vítima contribuiu para a dimensão 1 com 70,6%. A dimensão 2 apresenta o vínculo do agressor (familiar e amigo) como as variáveis que mais contribuíram com a explicação (45,5%), seguida pelo tipo de violência (negligência) com 16,0%, e da parte do corpo atingida (múltiplos órgãos) com 9,2%. A variável demográfica idade da vítima contribuiu na dimensão 2, com 70,6%.

A associação entre as variáveis, mostrada no Gráfico 1, pode ser observada pela proximidade dos pontos que representam as categorias de cada variável. As características que estiveram associadas às idosas do sexo feminino foram o agressor ser o companheiro e ameaça o principal meio usado para violência. Em relação aos idosos do sexo masculino, os fatores relacionados foram sofrer violência em via pública, o uso de objeto perfurocortante ou contundente, provável agressor ter sido um desconhecido e lesões no tórax/dorso. No grupo dos idosos mais jovens (60 a 65 anos), estiveram associadas à violência física, ao uso de força física ou espancamento; ato provocado por amigos, ter os membros superiores

Tabela 1. Proporção das características de violência contra idosos atendidos nos serviços sentinelas, segundo sexo e faixa etária. VIVA Inquérito, 2017.

Variável	Categoria	Sexo		Valor p*	Faixa etária		Valor p*
		Masculino	Feminino		60 a 65	66 e mais	
Tipo de violência	Física	88,3%	79,3%	0,11	92,0%	78,3%	0,19
	Negligência	9,1%	9,0%		4,5%	13,8%	
Meio da violência	Força física	45,4%	71,8%	0,00	54,0%	54,0%	0,35
	Perfurocortante	35,3%	0,0%		29,8%	17,6%	
	Ameaça	2,6%	10,4%		3,4%	6,9%	
Local de ocorrência	Residência	37,2%	70,2%	0,08	33,1%	63,5%	0,01
	Via pública	44,2%	20,0%		43,0%	29,2%	
Vínculo com agressor	Companheiro	5,6%	20,6%	0,00	11,7%	9,3%	0,06
	Outro familiar	13,2%	30,2%		6,9%	31,1%	
	Amigo	13,8%	23,5%		18,1%	15,7%	
	Desconhecido	53,0%	17,0%		49,6%	32,5%	
Parte do corpo atingida	Cabeça	27,3%	36,4%	0,08	28,0%	32,6%	0,69
	Tórax	11,2%	0,0%		11,5%	3,5%	
	Quadril	3,4%	4,5%		4,2%	3,3%	
	Membro Superior	24,2%	22,4%		27,5%	19,6%	
	Membro Inferior	10,2%	8,2%		7,9%	11,4%	
	Múltiplos órgãos	12,3%	10,9%		8,2%	15,6%	

\*Teste  $\chi^2$  de Pearson.

Tabela 2. Dimensões e proporção da variância explicada na análise de correspondência. VIVA Inquérito, 2017.

Dimensão	Valor singular	Inércia	$\chi^2$	Sig.	Variância explicada	
					% abs.	% acum.
1	0,266	0,071			85,3	85,3
2	0,110	0,012			14,7	100
Total		0,083	295,885	,000	100	100

\*48 graus de liberdade; Sig: significância; abs: absoluto; acum.: acumulado.

Tabela 3. Coordenadas e contribuições das características de violência entre idosos. VIVA Inquérito, 2017.

Variáveis		Massa	Escore em dimensão		Inércia	Contribuição Absoluta		Contribuição Relativa		Total
			Dim. 1	Dim. 2		Dim. 1	Dim. 2	Dim. 1	Dim. 2	
Variáveis demográficas										
Sexo	Masculino	0,337	-0,425	-0,177	0,017	<b>0,230</b>	0,096	0,933	0,067	1.000
	Feminino	0,163	0,882	0,366	0,036	<b>0,476</b>	0,198	0,933	0,067	1.000
Faixa etária	60 a 65	0,254	-0,389	0,388	0,014	0,145	<b>0,347</b>	0,708	0,292	1.000
	66 ou mais	0,246	0,402	-0,401	0,015	0,150	<b>0,359</b>	0,708	0,292	1.000
Características da violência										
Parte do corpo atingida	Tórax	0,017	-1,199	0,155	0,007	<b>0,094</b>	0,004	0,993	0,007	1.000
	Quadril	0,009	0,065	0,381	0,000	0,000	0,011	0,066	0,934	1.000
	Membro superior	0,054	-0,168	0,270	0,001	0,006	0,036	0,484	0,516	1.000
	Múltiplos órgãos	0,027	0,171	-0,611	0,001	0,003	<b>0,092</b>	0,159	0,841	1.000
	Membro inferior	0,022	0,022	-0,428	0,000	0,000	0,037	0,006	0,994	1.000
	Cabeça	0,069	0,219	0,039	0,001	0,012	0,001	0,987	0,013	1.000
Agressor	Familiar	0,043	0,972	-0,653	0,013	<b>0,153</b>	<b>0,166</b>	0,842	0,158	1.000
	Desconhecido	0,095	-0,628	-0,091	0,010	<b>0,141</b>	0,007	0,991	0,009	1.000
	Companheiro	0,024	0,681	0,995	0,006	0,042	<b>0,217</b>	0,531	0,469	1.000
	Amigo	0,039	0,254	0,450	0,002	0,009	<b>0,072</b>	0,434	0,566	1.000
Meio da violência	perfurocortante	0,055	-0,995	-0,335	0,015	<b>0,204</b>	<b>0,056</b>	0,955	0,045	1.000
	Força	0,124	0,264	0,276	0,003	0,033	<b>0,086</b>	0,688	0,312	1.000
	Ameaça	0,012	1,066	0,224	0,004	<b>0,051</b>	0,005	0,982	0,018	1.000
Tipo de violência	Negligência	0,021	0,370	-0,919	0,003	0,011	<b>0,160</b>	0,281	0,719	1.000
	Física	0,196	-0,118	0,098	0,001	0,010	0,017	0,777	0,223	1.000
Local da ocorrência	Via pública	0,083	-0,503	-0,010	0,006	<b>0,079</b>	0,000	1,000	0,000	1.000
	Residência	0,110	0,606	-0,182	0,011	<b>0,152</b>	0,033	0,964	0,036	1.000
Total ativo		1,000			0,083	1,000	1,000			

Dim.: dimensão.

(quadril/dorso e outra região da cabeça) atingidos. No grupo dos idosos mais velhos (66 anos ou mais), estiveram associados à negligência, à residência como local de ocorrência, ter lesões principalmente nos membros inferiores e múltiplos órgãos e serem pessoas da família os prováveis agressores.

## DISCUSSÃO

As análises dos atendimentos aos idosos vítimas de violência, registrados no VIVA Inquérito 2017, apontou que a violência física foi o que mais acometeu os idosos, por meio da força física ou espancamento, atingindo principalmente a cabeça. Na análise de correspondência,

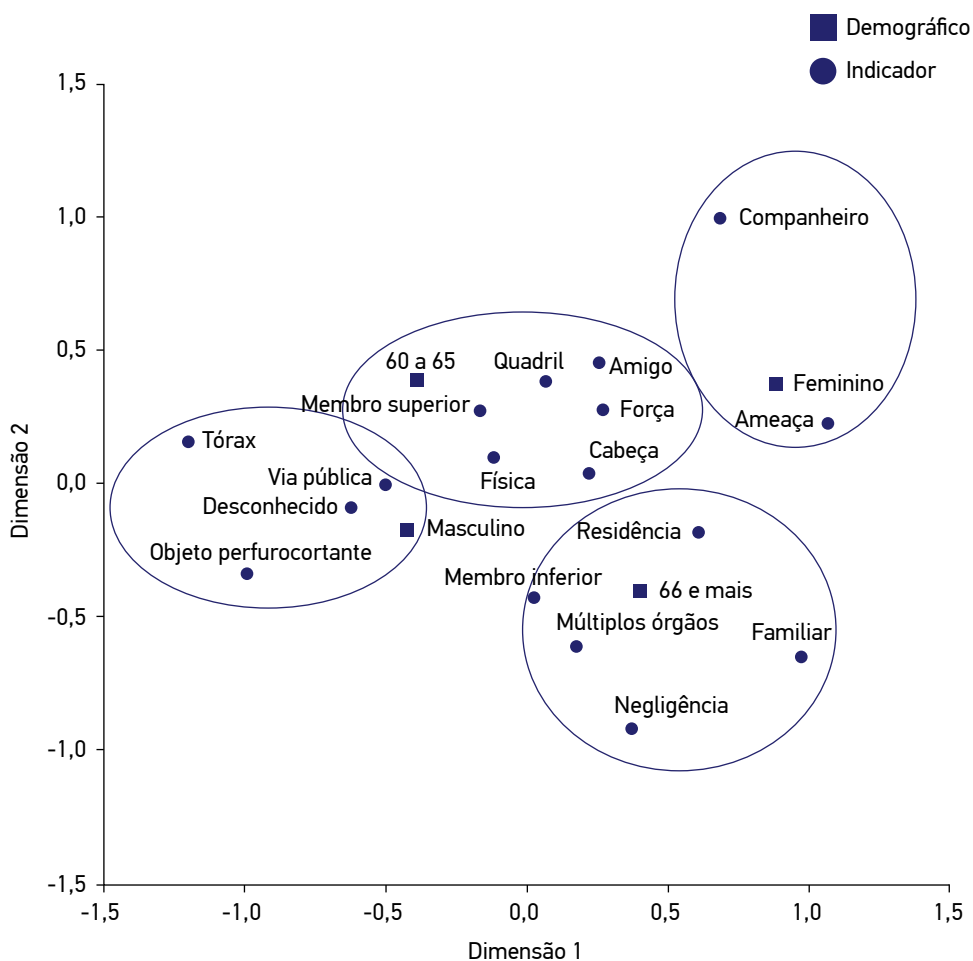


Gráfico 1. Apresentação gráfica *Bi-plot* das associações entre variáveis demográficas e características de violência entre idosos. VIVA Inquérito 2017.



mostraram associação entre ser do sexo feminino e sofrer ameaças pelos companheiros. No sexo masculino, destaca-se a associação entre violência física, em via pública, por desconhecido e as lesões causadas por objetos perfurocortantes. Entre os idosos de 60 e 65 anos, esteve associado à violência física e entre os idosos com 66 anos ou mais, esteve relacionado à negligência como principal tipo de violência sofrida, vivenciada na residência e perpetrada por familiar.

Essas características demonstram que a gravidade das vivências de violência entre idosos, com destaque para a participação de familiares nas ocorrências em domicílio, e as violências praticadas nas vias públicas por desconhecidos, em especial contra os idosos do sexo masculino, diferenciaram-se do inquérito realizado em 2014 que mostrou predominância de ocorrências no domicílio<sup>15</sup>. O tipo de violência também variou nos dois inquéritos em 2014, entre idosos sobressaiu a negligência (54,1%), em sua residência (92,1%) com lesões do tipo trauma (51,6%), que atingiu os membros superiores (47,7%); para os idosos, identificou-se com maior frequência a violência física (60,9%) que, em sua quase totalidade ocorreu na residência da vítima (97,9%), provocando cortes e lacerações (41,9%) em múltiplos órgãos (42,6%)<sup>15</sup>.

Ser vítima de violência em via pública é incomum para os homens idosos em muitos trabalhos já publicados. Entre os casos notificados nos serviços de saúde brasileiros no ano de 2010 o percentual de idosos agredidos na residência chegou a 69%<sup>8</sup>, no período de 2011 a 2016, o percentual chegou a 88,5% das notificações<sup>16</sup>. Em Minas Gerais, as notificações realizadas entre 2011 a 2012 também mostram que os homens idosos sofreram principalmente violência física (87,9%) na residência (70,5%)<sup>17</sup>.

Algumas hipóteses podem ser levantadas pelas mudanças identificadas. Entre elas a de que os idosos brasileiros estejam vivendo por mais tempo com sua funcionalidade e autonomia preservadas, o que possibilita sua maior inserção em atividades externas ao ambiente da residência e assim, expondo-se aos conflitos interpessoais em locais públicos. Isso é particularmente verdadeiro em relação aos idosos de 60 a 65 anos, como observado nos dados aqui analisados. Outra hipótese pode ser relacionada à diferença nos papéis de gênero tradicionais que são esperados para homens e mulheres, sendo, portanto, mais marcantes entre os idosos. Para os homens é reservado o espaço público e social enquanto para as mulheres o cuidado com a casa e com a família<sup>18</sup>.

As análises dos casos de idosos vítimas de violência atendidos em urgências e emergências brasileiras mostram que, por estarem mais presentes em ambientes privados, no espaço do lar, mulheres têm sido mais vitimizadas por pessoas próximas como companheiro, outros familiares e amigos, com pouco envolvimento do uso de álcool, tanto para a vítima como para o(a) suposto(a) agressor(a). Ao contrário, para os homens idosos, os autores da violência são pessoas desconhecidas e com frequência há envolvimento com o uso de álcool. Essa observação foi confirmada na análise de correspondência que mostrou associação entre ser do sexo feminino e sofrer ameaças do companheiro e ser do sexo masculino e sofrer violência física por pessoa desconhecida em via pública.

A violência contra a mulher idosa que ocorre no âmbito doméstico difere da que se observa contra os homens, pois<sup>19</sup>, envolve conflitos intergeracionais que parecem ser visíveis

pelas relações de gênero, que para a autora são questões indissociáveis e parecem atingir principalmente as mais frágeis.

A fragilidade em idosos é considerada como um estado clínico no qual eles apresentam declínios na força, resistência e função fisiológica, tornando-se mais vulneráveis e em risco de evoluir desfavoravelmente ante agentes estressores, como violências e doenças agudas<sup>20</sup>. A prevalência de fragilidade aumenta com a idade, podendo chegar a 59% entre os idosos que vivem na comunidade<sup>21</sup>.

Neste sentido, ao analisar os atendimentos de idosos vítimas de violências, segundo faixa etária, os percentuais foram mais elevados entre os idosos de 66 anos ou mais se comparados aos mais jovens (60 a 65 anos), sofrendo violações como negligência no ambiente do lar, provocadas por pessoas da família que atingiram a cabeça e múltiplos órgãos. Todas essas indicações expõem à possibilidade de maior gravidade nas lesões apresentadas, o que foi constatado pela necessidade de internações desde o primeiro atendimento no serviço de urgência e emergência.

Entre os limites do estudo, destaca-se o viés de seleção, uma vez que o público é composto apenas por idosos atendidos em serviços de urgência e emergência do SUS localizados nas capitais do país, em especial os casos mais graves, além de não permitir estimar riscos para os eventos de interesse, uma vez que, compreensivelmente, não se trata de amostra de base populacional e sim por conveniência<sup>22</sup>. Outra questão importante, são relacionadas à coleta, nas quais as informações são referidas pelos participantes, acompanhantes, ou são provenientes de registros dos prontuários, estando sujeitas aos erros de mensuração, podendo resultar em subnotificação.

## CONCLUSÃO

Estiveram associadas à violência entre as idosas o agressor ser o companheiro e a ameaça o meio de violência. Já os idosos sofreram violência em via pública, por desconhecido e as lesões no tórax/dorso causada por objeto perfurocortante ou contundente. Em relação à idade, nos idosos mais jovens houve predomínio de violência física por meio de força/ espancamento, provocado por amigos e atingindo, principalmente, os membros superiores, quadril/dorso e a cabeça. Entre os mais idosos estiveram relacionados à negligência vivenciada na residência, afetando principalmente os membros inferiores e múltiplos órgãos, sendo pessoas da família como prováveis agressores.

O estudo aponta a importância de monitorar o perfil dos idosos vítimas de violência por causa das mudanças significativas apresentadas, bem como a necessidade de estudos que mostrem a violência perpetrada contra os idosos pela sua vulnerabilidade e, muitas vezes, incapacidade de externalizar o sofrimento. Os registros do VIVA Inquérito complementam as notificações realizadas continuamente no Sinan, especialmente por apresentar as violências mais graves, além de promover a articulação entre o setor saúde e toda a rede de proteção às vítimas de violência, integrando ações de promoção à saúde, prevenção e controle de violência e lesões por causas externas. Essa mobilização visa assegurar o cumprimento de princípios legalmente estabelecidos na Política Nacional do Idoso, que assegura

os direitos sociais de proteção e amparo. Torna-se necessário avançar nessa compreensão e na efetivação desses direitos.

## AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado recebida pela autora Fabiana Martins Dias de Andrade, e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de pós-doutorado júnior recebida pela autora Ísis Eloah Machado e a de Produtividade em Pesquisa, recebida pela autora Deborah Carvalho Malta.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2014.
2. United Nations. World Population Ageing 2017. Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2017.
3. Inelmen EM, Sergi G, Manzano E. Intern Emerg Med 2019; 14: 503-5. <https://doi.org/10.1007/s11739-019-02063-x>
4. World Health Organization. World report on violence and health. Genebra: World Health Organization; 2002.
5. Bolsoni CC, Coelho EBS, Giehl MWC, D'Orsi E. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. Rev Bras Geriatr Gerontol 2016; 19(4): 671-82. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150184>
6. Bond MC, Butler KH. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. Clin Geriatr Med 2013; 29(1): 257-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2012.09.004>
7. Paiva MM, Tavares DM. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. Rev Bras Enferm 2015; 68(6): 1035-41. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680606i>
8. 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; 17(9): 2331-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900014>
9. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Genebra: WHO Press; 2014.
10. Barcelos EM, Madureira MDS. Violência contra o idoso. In: Chaimowicz F, editor. Saúde do idoso. 2ª ed. Belo Horizonte: UFMG; 2013. p. 138-49.
11. Souza AMR. Análise de Correspondência [dissertação]. São Paulo: Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo; 1982.
12. Mingoti SA. Análise de Dados Através de Métodos Estatísticos Multivariados. Uma Abordagem Aplicada. Belo Horizonte: UFMG, 2005.
13. Ramos EMLS, Almeida SS, Araújo AR. Segurança pública: uma abordagem estatística e computacional. Belém: EDUFPA; 2008.
14. Souza AC, Bastos RR, Vieira MT. Análise de Correspondência Simples e Múltipla para Dados Amostrais Complexos [Internet]. São Paulo; 2010 [acessado em 14 set. 2019]. Disponível em: <http://www.ime.unicamp.br/sinape/19sinape/node/819>
15. Avanci JQ, Pinto LW, Assis SG. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. Ciênc Saúde Coletiva 2017; 22(9): 2825-40. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.13352017>
16. Brasil. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 426 p.
17. Rocha RC, Côrtes MCJW, Dias EC, Gontijo ED. Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações. Saúde Debate 2018; 42(Esp. 4): 81-94. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s406>

18. Fernandes MGM. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2009 [acessado em 17 out. 2019]; 62(5): 705-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500009>
19. Motta AB. Violência contra as mulheres idosas: questão de gênero ou de gerações? In: XI Encontro de Ciências Sociais Norte e Nordeste [anais]. Sergipe: Universidade Federal de Sergipe; 2003.
20. Lana LD, Schneider RH. The frailty syndrome in elderly: a narrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014; 17(3): 673-80. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12162>
21. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(8): 1487-92. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x>
22. Luz TCB, Malta DC, Sá NNB, Silva MMA, Lima-Costa MF. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(11): 2135-42. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100007>

Recebido em: 25/10/2019

Revisado em: 03/12/2019

Aceito em: 13/12/2019

**Contribuição dos autores:** F. M. D. Andrade participou da concepção, do planejamento, do estudo, da análise e interpretação dos dados. Elaborou a primeira versão e aprovou a versão final do manuscrito. A. P. Ribeiro participou do planejamento do estudo, da análise e interpretação dos dados, da revisão crítica do conteúdo e aprovou a versão final do manuscrito. R. T. I. Bernal participou do planejamento do estudo, das análises estatísticas, da interpretação dos dados e aprovou a versão final do manuscrito. I. E. Machado participou da concepção e do planejamento do estudo, da análise e interpretação dos dados, da revisão crítica do conteúdo e aprovou a versão final do manuscrito. D. C. Malta participou da concepção e do planejamento do estudo, da análise e interpretação dos dados, da revisão crítica do conteúdo e aprovou a versão final do manuscrito.

