







Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa no Brasil: análise dos indicadores por Unidades Federativas

Action plan for tackling violence against older adults in Brazil: analysis of indicators by states

Talita Araujo de Souza¹ 
Sávio Marcelino Gomes² 
Isabelle Ribeiro Barbosa² 
Kenio Costa de Lima² 

Resumo

Objetivo: Analisar os indicadores que compõem o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa no Brasil, a partir de tendências temporais e espaciais. **Método:** Os nove indicadores que compõem o plano foram extraídos do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso). Foram aplicadas análises de tendência temporal pela Regressão *Joinpoint* (IC95%), distribuição espacial por Unidades da Federação e análise de conglomerados pelo método hierárquico aglomerativo de Ward, utilizando a distância euclidiana quadrática. **Resultados:** Houve tendência significativa de aumento do número de notificações de violência contra idosos, de internações de idosos por maus-tratos, de internações de idosos por fratura de fêmur, de mortalidade de idosos por queda e de internações de idosos por queda. Houve formação de cinco *clusters*, destacando-se o *cluster* formado pelos estados de Rondônia, Roraima e Tocantins com elevadas taxas de internação e mortalidade por acidentes de transporte e elevadas taxas de mortalidade por maus-tratos; e o *cluster* que agrupou os estados do Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Sul, São Paulo e Sergipe, com elevadas taxas de internação e mortalidade por quedas e fraturas e elevada taxa de violência contra a pessoa idosa. **Conclusão:** O registro de violência contra a pessoa idosa está aumentando no Brasil, com algumas tipologias de violência concentradas em regiões específicas.

Palavras-chave: Pessoa Idosa. Saúde do Idoso. Violência. Avaliação em Saúde. Diagnóstico Situacional.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde, Natal, RN, Brasil

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Natal, RN, Brasil Departamento

Financiamento da pesquisa: Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Talita Araujo de Souza
talitaaraujo23@hotmail.com

Recebido: 15/04/2019
Aprovado: 24/06/2020

Abstract

Objective: to analyze the indicators of the action plan for tackling violence against older adults in Brazil, through temporal and spatial trends. **Method:** all nine indicators that form the plan were taken from the *Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso* (the Indicators of Health and Monitoring of Policies for Older Adults System). Time trend analysis was applied by Joinpoint Regression (CI95%), spatial distribution by states and clusters by Ward's hierarchical agglomerative method, using quadratic Euclidean distance. **Results:** the study indicated a significant trend of an increase in notifications of cases of violence against older adults, of the hospitalization of older adults because of abuse, of the hospitalization of older adults because of femur fractures, of the mortality rate of older adults because of falls and of the hospitalization of older adults because of falls. Five clusters were formed, with two cluster formations standing out: that of the states of Rondonia, Roraima and Tocantins, because of their high levels of hospitalization and mortality by traffic accidents and high levels of mortality by abuse; and that of the states of Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Parana, Rio Grande do Sul, Sao Paulo and Sergipe, because of their high levels of hospitalization and mortality by falling and fractures, as well as their high level of violence against older adults. **Conclusion:** records of violence against older adults are increasing in Brazil, with specific types of violence concentrated in specific regions of the country.

Keywords: Older People.
Health of the Elderly.
Violence. Health Evaluation.
Situational Diagnosis.

INTRODUÇÃO

As violências são consideradas fenômenos de causalidade complexa, envolvendo autoridade, poder e dominação. Em idosos, assumem três principais formas gerais: violência direcionada ao idoso, violência autodirigida e violência coletiva^{1,2}.

Fatores como baixa escolaridade, grau de dependência financeira, fragilidade da rede de apoio social, acesso à informação comprometido e o medo em romper laços familiares associam-se ao fenômeno da violência nesse grupo; em conjunto com as morbidades, que levam à diminuição da capacidade funcional e cognitiva e também à desvalorização das pessoas idosas, muitas vezes relegadas à margem da sociedade^{3,4}.

Evidências sugerem que abuso e maus-tratos em idosos são problemas de saúde global, relacional diante da diversidade de regiões, culturas e situações sociopolíticas, variando entre 2,2% até 44,6%³. A taxa de prevalência combinada de abuso geral é de 15,7%, sendo 11,6% para abuso psicológico, 6,8% para abuso financeiro, 4,2% por negligência, 2,6% por abuso físico e 0,9% por abuso sexual⁴.

No Brasil, as mulheres são as principais vítimas dos abusos na população idosa (64%), sendo as

violências físicas (28%) e psicológicas (28%) as formas mais frequentes, nas quais há, em grande quantidade de casos, uma relação de proximidade entre a vítima e agressores. Isso ocorre em especial pelos filhos (28%), tendo como principal local a própria residência (60%) e apresentando uma tendência ao crescimento dos casos ao longo dos anos⁵.

O perfil epidemiológico, entretanto, pode variar entre as regiões, em decorrência das desigualdades relacionadas ao processo de transição demográfica brasileira, por sua vez, marcada por diferenças significativas entre as regiões. As regiões Norte e Nordeste apresentam uma evolução lenta nesse processo de transição, enquanto a Região Sul, em contraste, apresenta um crescimento acelerado, corroborando as desigualdades históricas vivenciadas do Brasil^{6,7}.

Torna-se importante, portanto, o papel do Estado no combate ao impacto das desigualdades estruturais que resultam nas violências sofridas pela população idosa⁸, configurando-se importante a execução de conjuntos de ações para a manutenção do estado de bem-estar social, traduzindo os objetivos dos governos para efetivação de direitos da população⁸.

O Brasil passou por uma transformação também nas concepções dos cuidados à população

idosa, transitando de um estado de segregação ao reconhecimento de seus direitos pela Constituição Federal. Como marco legal das políticas de saúde para o idoso no Brasil, destaca-se a criação do Estatuto do Idoso e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), responsável pela legitimação de direitos e por orientar a prevenção, recuperação e preservação da saúde dessa população⁹.

Outras estratégias foram incorporadas pelo Estado, como o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, com objetivo de combater a exclusão social e todas as formas de violência contra esse grupo, estabelecendo indicadores para o acompanhamento das diretrizes propostas e evidenciando a necessidade de avaliação do plano¹⁰, fase inerente ao Ciclo da Política Pública. No campo da saúde, a avaliação é essencial para o planejamento e elaboração de intervenções, bem como a reorientação das ações em curso e futuras¹¹.

Os indicadores são agrupados de acordo com os objetivos do plano. Para incentivar a adequação dos espaços domésticos para a pessoa idosa são avaliadas as internações de idosos por queda e fratura de fêmur, a proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinhos e a mortalidade de idosos por queda. Para verificar a necessidade de proteção do Estado às famílias, na perspectiva de prevenir a violência intrafamiliar, são avaliadas as internações e mortalidade de idosos por maus-tratos e as notificações de violência. Por fim, a avaliação das internações e mortalidade de idosos por acidentes de transportes visam à promoção de adaptações necessárias ao espaço público¹².

Avaliar os indicadores de violência, portanto, contribui para a compreensão desse fenômeno em todo o território nacional, levando em consideração as desigualdades regionais históricas e o impacto da transição demográfica no país, contribuindo para que o Estado possa promover o cuidado adequado no processo de envelhecimento. Assim, este estudo tem por objetivo analisar os indicadores que compõem o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa no Brasil, na busca da compreensão desse fenômeno a partir de tendências temporais e espaciais.

MÉTODOS

A base de dados utilizada foi compilada a partir de dados disponíveis no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso)¹³, uma iniciativa conjunta da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI) do Ministério da Saúde e do Laboratório de Informação em Saúde (LIS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), durante o mês de fevereiro de 2020.

A construção das variáveis do modelo consistiu no cálculo da média dos valores registrados em três anos, quando disponível, a fim de diminuir a influência da variabilidade anual aleatória. O plano é composto por quatro propostas de ação, sendo: Espaço cultural coletivo; Espaço público; Espaço familiar; Espaço institucional. Cada proposta contém ações direcionadas a cada item, sendo que, dessas propostas, para avaliação de indicadores de saúde, encontram-se os itens espaço familiar e espaço público, dessa forma o SISAP-Idoso reagrupou em três pilares para avaliação de indicadores de saúde a saber:

- **Melhorias do Espaço Familiar** (Incentivar as pessoas idosas e seus familiares para que promovam adequação dos espaços das moradias a fim de garantir “casa saudável” com melhor acessibilidade e menos riscos de acidentes e quedas) – Taxa de internações de idosos por queda em pelo menos uma das causas (média de 2016-2018); Taxa de internações de idosos por fratura de fêmur (média de 2016-2018); Proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinho(a) (ano 2013); Taxa de Mortalidade de idosos por queda em pelo menos uma das causas (média de 2016-2018);
- **Melhorias do Espaço Familiar** (Formação de cuidadores familiares, e proteção do Estado às famílias que não possuem condições de cuidar de seus idosos como mecanismos de prevenção de violência intrafamiliar) - Taxa de internações de idosos por maus-tratos em pelo menos

uma das causas (média de 2016-2018); Taxa de mortalidade de idosos por maus- tratos em pelo menos uma das causas (média de 2016-2018); Taxa de notificações de violência contra idosos (média de 2015-2017);

- **Melhorias do Espaço Público** (sendo os acidentes e violências no trânsito a primeira causa externa específica de morte nesse grupo etário, é preciso preparar melhor os dispositivos e sinais nas ruas e nas travessias nas cidades) - Taxa de internações de idosos por acidentes de transporte (média de 2016-2018); Taxa de mortalidade de idosos por acidentes de transporte (média de 2016-2018).

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva para resumir o conjunto de dados. Esse resumo foi apresentado através de mapas coroléticos por quintis, revelando a situação de cada variável por Unidades da Federação. Para a produção dos mapas temáticos, a base cartográfica foi obtida no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (<https://ibge.gov.br/>) e foi utilizado o software Terraview 4.2.2 (INPE, 2011, Tecgraf PUC-Rio/FUNCAT, Brasil).

Para análise das tendências temporais, a variação percentual anual (APC) foi estimada para cada indicador para o Brasil, com um intervalo de confiança de 95% (IC 95%), para cada período disponível. O modelo final selecionado foi o modelo mais ajustado, com o *Annual Percentage Change* (APC) baseado na tendência de cada segmento, estimando se esses valores são estatisticamente significativos ($p < 0,05$). Os testes de significância utilizados baseiam-se no método de permutação de Monte Carlo e no cálculo da variação percentual anual da razão, utilizando o logaritmo da razão¹⁴. As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o software *Joinpoint Regression Program*, versão 4.5.0.0. As exceções para essas análises, devido à falta de casos na série histórica, foi para a variável “Proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinho(a)” para a qual só há dados disponíveis para o ano 2013, e “Taxa de mortalidade de idosos por maus- tratos”, para o qual só há dados disponíveis para o período 2015-2017.

Conduziu-se uma análise de *cluster* para determinar o nível de proximidade entre as Unidades da Federação em relação aos indicadores analisados. A análise de *cluster* ou análise de aglomerados é uma técnica de análise multivariada que permite reunir objetos e/ou variáveis de acordo com suas características comuns. O objetivo dessa técnica é reduzir o número de objetos, que estão inseridas em uma matriz de observação, agrupando-os em *clusters*, ou seja, grupos criados para reunir objetos de acordo com suas similaridades, através de critérios de similaridade previamente determinados¹⁵. Para esse caso, utilizou-se uma análise de *cluster* com uma matriz de tamanho 27x9, onde foi feito um agrupamento dos objetos (27 Unidades da Federação). Na matriz foram dispostos os 9 indicadores do Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa disposto no SISAP-IDOSO, a fim de embasar o agrupamento por Unidades.

A partir da padronização das variáveis em escore Z, utilizou-se o método hierárquico aglomerativo de Ward. O procedimento básico consiste em computar uma matriz de distância ou similaridade entre as UF, a partir da qual se inicia um processo de sucessivas fusões destes, com base na proximidade ou similaridade entre eles. Como medida de semelhança entre as observações, utilizou-se o quadrado da distância euclidiana e os resultados são apresentados no dendrograma, diagrama de árvore que exibe os grupos formados por agrupamento de observações em cada passo e em seus níveis de similaridade¹⁶.

Para análise da composição dos *clusters* e caracterização dos perfis de violência, os valores de cada variável foram divididos em quintis, e foram classificados em: 1º quintil (muito baixo), 2º quintil (baixo), 3º quintil (médio), 4º quintil (alto), 5º quintil (muito alto). A diferença entre os grupos foi verificada através do teste de Kruskal-Wallis, considerando o $p < 0,05$. Para a análise de conglomerados e o teste de Kruskal-Wallis foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 25.0 (SPSS-25).

Nesta pesquisa foram utilizados dados secundários extraídos de sites oficiais abertos à consulta pública. Dessa forma, não houve necessidade de apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) como preconiza a Resolução nº 510/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

A análise de tendência temporal mostrou que há tendência significativa de aumento do número de notificações de violência contra idosos, de internações de idosos por maus-tratos, de internações de idosos por fratura de fêmur, de mortalidade de idosos por queda e de internações de idosos por queda. Em relação aos acidentes de transporte, a partir de 2007, houve aumento nas taxas de internação e a partir de 2012 houve redução significativa nas taxas de mortalidade por essa causa (Tabela 1).

A figura 1 mostra a distribuição espacial das variáveis por Unidades da Federação. Observa-se que há maiores taxas de mortalidade por acidentes na região Centro oeste e maiores taxas de internações por queda e notificações de violência no Sul e Sudeste. De forma geral, não há formação de um padrão entre as variáveis, e cada variável apresentou particularidades na sua distribuição (Figura 1).

A análise do dendrograma mostra a formação de cinco *clusters* para as características de violência contra a pessoa idosa (Figura 2). As Unidades Federativas que compuseram o *cluster* 1 apresentaram baixas taxas de violência, internação e mortalidade; o *Cluster* 2

teve como característica elevada taxas de internação e mortalidade por acidentes de transporte e elevadas taxas de mortalidade por maus-tratos, sendo formado pelos estados de Rondônia, Roraima e Tocantins; no *Cluster* 3, formado pelos estados Alagoas, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte, a principal característica foram as elevadas proporções de idosos com dificuldade de locomoção e internação por quedas; o *Cluster* 4 agrupou Unidades da Federação com elevadas taxas de internação e mortalidade por quedas e fraturas e elevada taxa de violência contra a pessoa idosa; por fim, o *cluster* 5 foi formado exclusivamente pelo estado de Santa Catarina, apresentou elevadas taxas de internação por quedas, fraturas e maus-tratos e elevadas taxas de violência (Tabela 2).

A figura 3 apresenta a comparação os valores de cada variável analisada entre os *clusters* formados. Houve diferença significativa entre os *clusters* para as variáveis Proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinho(a), Taxa de internação de idosos por acidentes de transporte, Taxa de internação de idosos por fratura de fêmur, Taxa de internação de idosos por maus-tratos e Taxa de internação de idosos por queda, mostrando serem essas variáveis as que melhor discriminaram os *clusters* (Figura 3).

Tabela 1. Tendências temporais dos indicadores do Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa no Brasil: APC, Intervalo de Confiança e Ano do Joinpoint.

Indicador	Dados disponíveis	APC	IC95%	Ano Joinpoint	APC	IC95%
Internações de idosos por queda	2000-2018	1,12*	0,6-1,6	-	-	-
Internações de idosos por fratura de fêmur	2000-2018	0,70*	0,3-1,1	2015	4,2	-0,8; 9,3
Mortalidade de idosos por queda	2000-2017	6,62*	5,8-7,4	-	-	-
Internações de idosos por maus-tratos	2000-2017	15,31*	10,1-20,8	2008	1,77	-2,1; 5,8
Notificações de violência contra idosos	2009-2017	61,4*	50,5-70,3	2012	10,2*	6,8-13,6
Internações de idosos por acidentes de transporte	2000-2018	-5,58*	-9,5; -1,5	2007	2,95*	0,8-5,1
Mortalidade de idosos por acidentes de transporte	2000-2017	1,53*	0,9-2,2	2012	-6,95*	-9,3; -4,6

Fonte: SISAP-Idoso, 2020. *Significância estatística $p < 0.05$; APC: annual percentage change; IC 95%, 95% intervalo de confiança.



Figura 1. Distribuição espacial por Unidades da Federação dos indicadores que compõem o Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa no Brasil.

Figura A: Proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinho(a); Figura B: Taxa de internações de idosos por maus-tratos; C: Taxa de internações de idosos por acidentes de transporte; D: Taxa de internações de idosos por fratura de fêmur; E: Taxa de internações de idosos por queda; F: Taxa de Mortalidade de idosos por queda; G: Taxa de mortalidade de idosos por acidentes de transporte; H: Taxa de mortalidade de idosos por maus-tratos; I: Taxa de notificações de violência contra idosos.

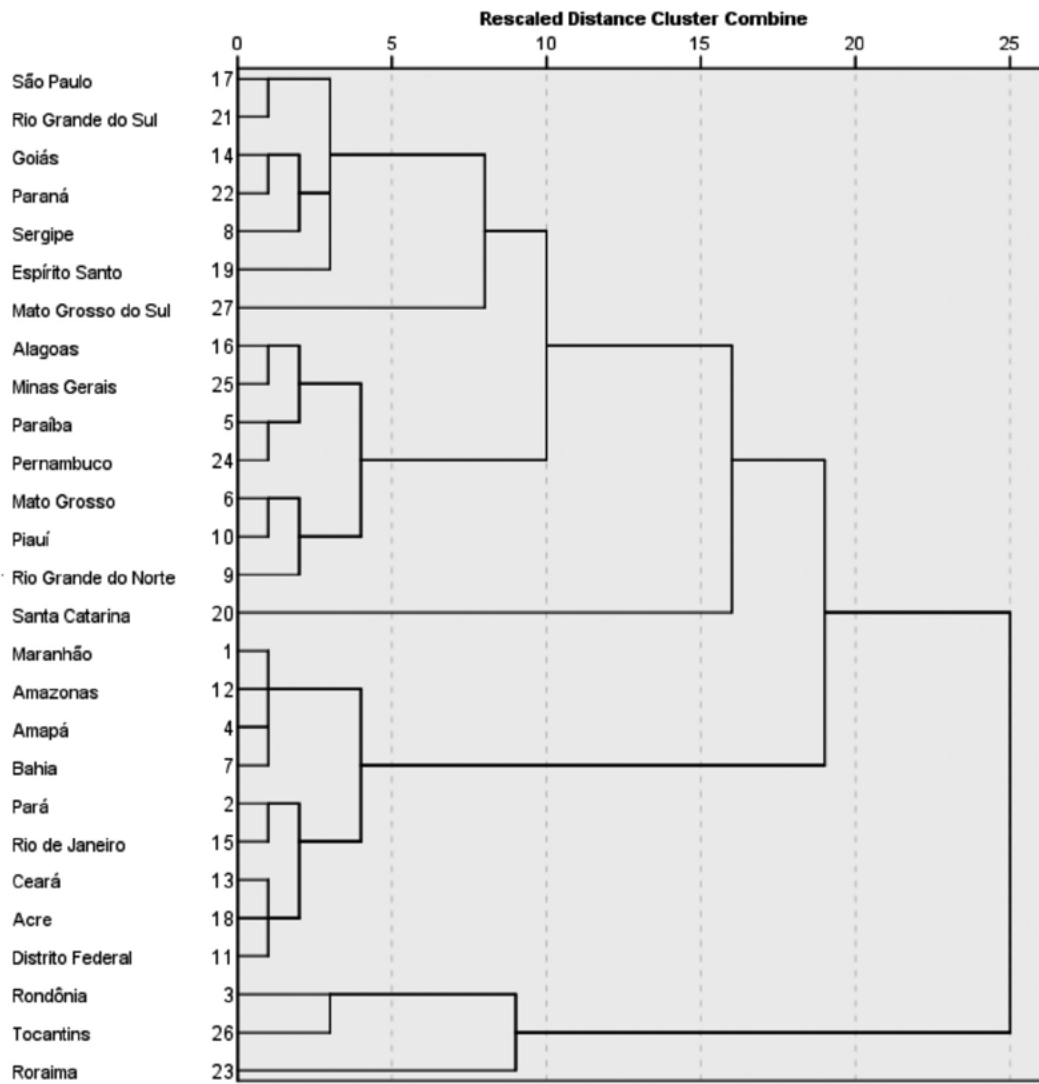


Figura 2. Dendrograma de representação da análise de *Cluster* a partir das variáveis que compõem o Plano de ação para o enfrentamento da violência contra o idoso nas Unidades Federativas do Brasil.

Tabela 2. Análise do perfil de agrupamento das Unidades Federativas a partir dos indicadores do Plano de ação de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa no Brasil.

UF	Cluster	Proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinho(a)	Taxa de internação de idosos por acidentes de transporte	Taxa de mortalidade de idosos por acidentes de transporte	Taxa de internação de idosos por fratura de fêmur	Taxa de internação de idosos por maus-tratos	Taxa de mortalidade de idosos por maus-tratos	Taxa de internação de idosos por queda	Taxa de mortalidade de idosos por queda	Taxa de notificações de casos de violência contra idosos	Tipo de perfil
Acre	1	Baixo	Alto	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Alto	Baixo	Alto	
Amapá	1	Alto	Muito Alto	Muito Baixo	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	
Amazonas	1	Alto	Baixo	Baixo	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Médio	Perfil das baixas taxas de violência, internação e mortalidade
Bahia	1	Alto	Baixo	Muito Baixo	Baixo	Médio	Médio	Médio	Baixo	Baixo	
Ceará	1	Médio	Alto	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Médio	Baixo	Baixo	Médio	
Distrito Federal	1	Baixo	Baixo	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Médio	Muito Alto	Médio	
Maranhão	1	Alto	Alto	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	
Pará	1	Muito Baixo	Alto	Médio	Baixo	Muito Baixo	Baixo	Muito Baixo	Baixo	Muito Baixo	
Rio de Janeiro	1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Médio	Médio	Baixo	Baixo	Baixo	Médio	
Rondônia	2	Muito Baixo	Alto	Muito Alto	Baixo	Muito Baixo	Muito Alto	Baixo	Alto	Muito Baixo	Perfil dos acidentes de transporte e mortalidade por maus-tratos
Roraima	2	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	Médio	Muito Baixo	Muito Alto	Muito Baixo	Médio	Muito Alto	
Tocantins	2	Baixo	Alto	Muito Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Alto	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	
Alagoas	3	Muito Alto	Médio	Médio	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Alto	Médio	Alto	
Mato Grosso	3	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	Alto	Muito Baixo	Baixo	Alto	Alto	Baixo	
Minas Gerais	3	Muito Alto	Médio	Baixo	Muito Alto	Médio	Médio	Muito Alto	Médio	Muito Alto	Perfil da dificuldade de locomoção e internação por quedas
Paraná	3	Muito Alto	Médio	Alto	Médio	Muito Baixo	Alto	Médio	Médio	Muito Baixo	
Pernambuco	3	Muito Alto	Muito Baixo	Baixo	Alto	Muito Baixo	Alto	Muito Baixo	Médio	Muito Alto	
Piauí	3	Alto	Muito Alto	Muito Alto	Médio	Muito Baixo	Alto	Muito Alto	Muito Baixo	Baixo	
Rio Grande do Norte	3	Muito Alto	Baixo	Muito Baixo	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Alto	Muito Baixo	Baixo	

continua

Continuação da Tabela 2

UF	Cluster	Proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinho(a)	Taxa de internação de idosos por acidentes de transporte	Taxa de mortalidade de idosos por acidentes de transporte	Taxa de internação de idosos por fratura de fêmur	Taxa de internação de idosos por maus-tratos	Taxa de mortalidade de idosos por maus-tratos	Taxa de internação de idosos por queda	Taxa de mortalidade de idosos por queda	Taxa de notificações de casos de violência contra idosos	Tipo de perfil de violência
Espírito Santo	4	Muito Baixo	Muito Alto	Médio	Muito Alto	Muito Baixo	Alto	Muito Alto	Muito Alto	Alto	
Goiás	4	Médio	Muito Alto	Muito Alto	Alto	Muito Baixo	Muito Alto	Alto	Muito Alto	Médio	
Matto Grosso do Sul	4	Médio	Muito Baixo	Alto	Muito Alto	Muito Baixo	Muito Alto	Alto	Alto	Muito Alto	Perfil das quedas, fraturas e violência
Paraná	4	Alto	Médio	Alto	Muito Alto	Muito Baixo	Médio	Médio	Muito Alto	Muito Alto	
Rio Grande do Sul	4	Médio	Muito Baixo	Baixo	Muito Alto	Médio	Médio	Alto	Alto	Alto	
São Paulo	4	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Alto	Médio	Baixo	Muito Alto	Alto	Alto	
Sergipe	4	Médio	Médio	Médio	Alto	Muito Baixo	Muito Alto	Médio	Muito Alto	Baixo	
Santa Catarina	5	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Alto	Muito Alto	Alto	Muito Alto	Alto	Alto	Perfil das quedas, fraturas, violência e maus-tratos

FONTE: SISAP-Idoso, 2020.

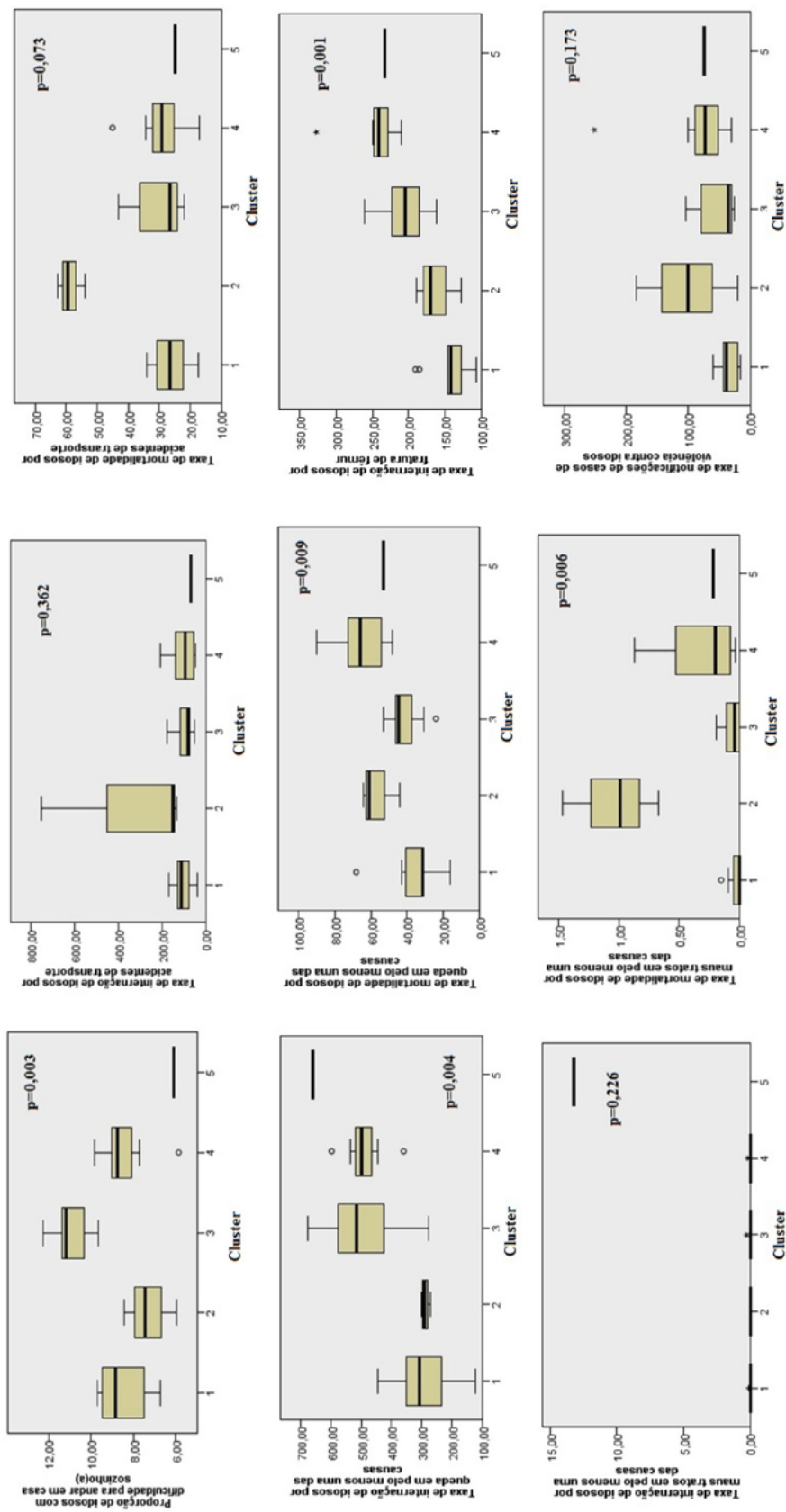


Figura 3. BoxPlot e significância estatística da comparação entre os *Clusters* para os valores de cada variável que compõem o plano de ação para o enfrentamento da violência contra o idoso no Brasil.

DISCUSSÃO

A identidade sócio-histórica da velhice tem sido construída em diversas épocas. Há registros de violência e os maus-tratos desde a Grécia Antiga, mas é no início do século XX, entretanto, em que há uma (re)emergência da desvalorização social da velhice, fruto de fenômenos como a industrialização, urbanização, avanço tecnológico, patriarcalismo, neoliberalismo, dentre outros aspectos, contribuindo para a criação de um “estatuto social de dependência da idade avançada”¹⁷.

A partir da análise dos resultados, observou-se que existe uma tendência de aumento no número de notificações de violência contra idosos, de internações de idosos por maus-tratos, de internações de idosos por fratura de fêmur, de mortalidade de idosos por queda e de internações de idosos por queda. Para entender esse fenômeno, é necessário compreender os fatores que se relacionam à violência contra idosos, que já são evidenciados em estudos com essa população. Idosos que são dependentes para atividades instrumentais do cotidiano como cuidados com casa e administração do ambiente, são vítimas frequentes de violência¹⁸. Nesse sentido, quanto mais dependente do seu cuidador vai se tornando, mais propício a violência o idoso pode estar¹⁹.

A violência contra idosos começa a ser compreendida como um problema de saúde pública e de justiça criminal na contemporaneidade²⁰. Além do aumento de notificações por violência, é necessário também avaliar a tendência crescente das internações por maus-tratos. A real incidência e a prevalência de internação por maus-tratos aos idosos são desconhecidas, pois, a maioria dos casos são subnotificados. No entanto, essa tendência de aumento pode estar associada a uma notificação mais efetiva, atrelado também à existência de mecanismos legais que estabelecem isso²¹, como o Estatuto do Idoso e a Política de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Estimativas revelam que existam aproximadamente 450 mil casos novos de violência contra idosos por ano nos Estados Unidos, tendo uma prevalência geral em 10%. Esses valores são considerados alarmantes se considerar que para cada caso contabilizado, existem cinco que não são reportados²².

No contexto da América Latina, os países com maiores índices de violência são: Colômbia, Brasil e Panamá, respectivamente. Na Argentina e no Chile tal problema também é crescente, uma vez que mais de 30 mil idosos foram vítimas de maus-tratos somente no ano de 2009²³.

Estudo publicado em 2018 avaliou a tendência temporal da internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil, identificando nos resultados que no período de 1996 a 2012 ocorreram 66.876 óbitos por quedas e 941.923 internações com diagnóstico secundário associado a esse agravo em pessoas nos idosos do país. Além disso, os autores verificaram que as capitais brasileiras possuíam 32,3% desses óbitos e 21,2% dessas internações na série histórica. A taxa de mortalidade de idosos em decorrência de quedas nas capitais brasileiras aumentou 200%, passando de 1,25 para 3,75/10.000 idosos com elevação de 15% ao ano, entre 1996 e 2012²⁴. O aumento desses indicadores dentro da série histórica avaliada é justificado pelos autores pela elevação de 8,5 milhões de pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais, com maior incremento nas regiões Sudeste, Nordeste, Centro-Oeste, seguido das regiões Sul e Norte²⁵.

A tendência de aumento identificada neste estudo também se associa a transição demográfica existente no país. O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre em nível mundial, e, as quedas estão entre os agravos que mais acometem a população idosa²⁶. A mortalidade de idosos por quedas também aumentou em outros países, destacando os desenvolvidos, como os Estados Unidos²⁷.

As violências, entretanto, apresentam heterogeneidade na sua distribuição, bem como os fatores associados a estas, a depender do espaço social, político, cultural e geográfico em que se inserem. Em um estudo, foram estimadas taxas de prevalências diferentes entre os continentes, onde a Ásia apresentou 20,2%, a Europa 15,4% e as Américas em 11,7%. Esses autores afirmaram que as taxas podem variar pelo tipo de violência, a depender do país, estado ou município⁴.

No presente estudo, a distribuição espacial das taxas de cada tipo específico de violência mostrou que existe um padrão regional de distribuição dos

indicadores analisados. Foi possível observar que as maiores taxas de notificação por violência, bem como as internações por quedas, fraturas, dificuldade de andar sozinho, também internações por maus-tratos são encontradas na região Sudeste.

Pesquisadores avaliaram a internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil, identificando que Região Centro-Oeste teve as maiores taxas médias do período para a mortalidade e internação. Essa afirmação desses autores corroboram os achados do presente estudo²⁴. Algumas questões são levantadas a respeito dessas diferenças regionais nas taxas de internação e mortalidade por queda entre as regiões brasileiras, que, onde os ambientes externos associam-se diretamente a ocorrência de quedas, por meio da má pavimentação de ruas, guias e calçadas altas, também destaca-se a falta de estrutura nos transportes públicos que não facilitam a adequação do idoso²⁸. Além desses fatores, autores também associam ao ambiente que circunda o idoso, como presença de escadarias sem apoio, pisos irregulares ou não pavimentados, superfícies escorregadias, tapetes sem fixação e os ambientes com má iluminação²⁹.

Estudo feito para analisar as taxas de internação e mortalidade por agressão em pacientes acima de 60 anos, identificou que a região Sudeste apresentou as maiores taxas de internação por agressão e a segunda maior de mortalidade por essa causa. Os autores justificam que esses resultados sugerem a necessidade de maiores investimentos nos quesitos sociais e de saúde, mas, também deve-se levar em consideração que a população do Sudeste tem a maior densidade de indivíduos do Brasil, incluindo os idosos³⁰.

É preciso considerar na explicação dessas diferenças regionais características da conformação social de cada região, destacando-se as dinâmicas intraindividuais, a transmissão intergeracional da violência, os níveis de dependência entre os idosos e os seus cuidadores, o *stress* externo e o isolamento social, que são teorias já bastante relatadas na literatura para tentar explicar os fatores com potencial de conduzir a práticas violentas sobre idosos³¹.

O presente estudo identificou a relação entre as tipologias de violência a partir do agrupamento dos indicadores, evidenciados pela conformação

do dendrograma (figura 2) e da classificação dos indicadores para cada estado (tabela 2).

A análise dos indicadores nacionais relativos à violência corresponde a primeira das etapas para redesenhar o atendimento aos indivíduos idosos, os resultados refletem na avaliação das necessidades e das capacidades em declínio. Os passos seguintes sugerem a definição de objetivos, implementação de planos de assistência hospitalar, garantir um caminho de referência para os diferentes níveis de atenção à saúde e envolver as comunidades e cuidadores no processo de atenção e cuidado³².

Estratégias governamentais para enfrentamento desse fenômeno são implementadas desde a década de oitenta em países desenvolvidos³³. No Brasil, o tema passa a surgir na agenda pública com o advento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em 2001, e o Estatuto do Idoso, em 2003, e passou a ser incorporado nas Políticas Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Política Nacional de Atenção às Urgências, Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência e pelo Pacto pela Saúde⁹.

Devido às particularidades relacionadas às denúncias de violência na fase idosa, muitas vezes relacionada a familiares e cuidadores⁷, os indicadores de saúde se colocam como estratégias para o planejamento e gestão de políticas em saúde.

Esses indicadores são majoritariamente relacionados a atenção hospitalar, sendo assim, sugere-se que o tema em questão seja objeto também da Atenção Básica, porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde.

Dada a distribuição regional da rede de atenção dos serviços de saúde brasileiros, bem como a variável cultural intimamente ligada a prevalência de violências, é importante que a Atenção Básica coordene de forma mais efetiva as ações de prevenção de acordo com as realidades locais. Existem evidências sobre o potencial de intervenções no âmbito da Atenção Básica nesse sentido³⁴.

Dentre as limitações do presente estudo, é importante considerar as características inerentes ao

desenho metodológico, tais como a impossibilidade de generalização dos resultados agregados para o nível individual e a subnotificação dos registros de violência sobre pessoas idosas.

CONCLUSÃO

Foi possível evidenciar que há tendências significativas ao aumento do número de notificações de violência contra idosos, de internações de idosos por maus-tratos, de internações de idosos por fratura de fêmur, de mortalidade de idosos por queda e de internações de idosos por queda. Essa tendência acompanha o desenvolvimento da transição demográfica no país e no mundo. Esse aumento, entretanto, não apresenta um padrão espacial entre as regiões brasileiras.

Apesar da ausência de relação espacial, a formação dos *clusters* dão suporte para que os estados repensem a conformação de suas políticas

de maneira intersetorial, uma vez que o fenômeno da violência contra a pessoa idosa está relacionado não só a variáveis referentes ao indivíduo, mas também ao contexto, demandando articulação entre os diferentes setores.

Devem ser, ainda, intensificadas as estratégias de notificação, com vistas a diminuir as possíveis fragilidades nas denúncias e notificações de violências contra idosos no Brasil e, assim, melhorar a conformação de modelos estatísticos para apoiar as tomadas de decisão dos governos e reduzir a morbimortalidade por esses agravos.

Em nível de coordenação nacional, os planos e programas dedicados às pessoas idosas devem levar em consideração as múltiplas abordagens da violência, bem como suas tendências regionais, em especial no contexto de países em desenvolvimento, que passam por diferentes fases da transição demográfica.

Edição: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
2. Alencar FO, Moraes JR. Prevalência e fatores associados à violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas, Brasil, 2013*. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e2017186 [10 p.].
3. Williams JL, Davis M, Acierno R. Global prevalence of elder abuse in the community. In: Dong X, editor. *Elder abuse: research, practice and policy*. New York: Springer International Publishing; 2017. p. 720.
4. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2017;5(2):147-56.
5. Lopes EDS, Ferreira AG, Pires CG, de Moraes MCS, D'Elboux MJ. Elder abuse in Brazil: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(5):628-38.
6. Closs VE, Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(3):443-58.
7. Miranda GMD, Mendes ACG, da Silva ALA. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. *Interface*. 2016;21(61):309-20.
8. Teixeira C, Silveira P. Glossário de análise política em saúde. Salvador: UFBA; 2016.
9. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1929-36.
10. Camacho ACLF, Alves RR. Mistreatment against the elderly in the nursing perspective: an integrative review. *J Nurs UFPE*. 2015;9(2):927-35.
11. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hatz ZMA, da Silva LMV. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 132.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Brasília, DF: MS; 2020.

13. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.
14. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med* 2000;19(3):335-51.
15. Corrar LJ, Paulo E, Dias FJM. *Análise Multivariada*. São Paulo: Atlas; 2007.
16. Ribeiro CPP, Abrantes LA, Vale SJ. Desenvolvimento municipal: uma análise multivariada para os municípios mineiros. In: *Anais do 21º Congresso Brasileiro de Custos-ABC*; 17-19 nov. 2014; Natal. Natal: ABC; 2014. p. 1-16.
17. Dias I. Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia*. 2005;25(1):249-73.
18. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, Eskinazi FMV. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2199-2208.
19. Holanda A, Queiroz A, Mendonça B, Monteiro B, Nogueira D, Barros E, et al. A percepção da violência por idosos do grupo viva melhor de um município goiano. *Rev Eletr Fac Montes Belos*. 2016;9(1):173-83.
20. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
21. Young LM. Elder physical abuse. *Clin Geriatr Med*. 2014;30:761-8.
22. Lachs MS, Pillemer KA. Elder abuse. *N Engl J Med*. 2015;373:1947-56.
23. Burnett J, Achenbaum WA, Murphy KP. Prevention and early identification of elder abuse. *Clin Geriatr Med*. 2014;30:743-59.
24. Abreu DRDOM, Novaes ES, Oliveira RRD, Mathias TADF, Marcon SS. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(4):1131-41.
25. Fact Sheets n° 344: Falls. Geneva: World Health Organization; 2012.
26. Meschial WC, Soares DFPP, Oliveira NLB, Nespolo AM, Silva WA, Santil FLP. Elderly victims of falls seen by pre hospital care: gender differences. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(1):3-16.
27. Hu G, Baker SP. An Explanation for the recent increase in the fall death rate among older americans: a subgroup analysis. *Public Health Rep* [Internet]. 2012 [acesso em 26 mar. 2020];127(3):275-81. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/003335491212700307>
28. Guerra HS, Bernardes DCF, Santana JA, Barreira LM. Prevalência de queda em idosos na comunidade. *Rev Saúde Pesqui*. 2016;9(3):547-55.
29. Morsch P, Myskiw M, Myskiw JC. A problematização da queda e da identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(11):1-10.
30. Souza CS, Bandeira LLB, Napolini MM, Marcolla V, Souza NJD. Análise das taxas de internação e de mortalidade por agressão em pacientes com mais de 60 anos. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2018;16(2):89-93.
31. Wolf RS, Pillemer K. Elder abuse and case outcome. *J App Gerontol*. 2000;19(2):203-20.
32. Curcio CL, Payán-Villamizar C, Jiménez A, Gómez F. Abuse in Colombian elderly and its association with socioeconomic conditions and functionality. *Colomb Med*. 2019;50(2):77-88.
33. Thiyagarajan JA, Araujo CI, Peña-Rosas JP, Chadha S, Mariotti SP, Dua T, et al. Redesigning care for older people to preserve physical and mental capacity: SHO guidelines on community-level interventions in integrated care. *PLoS Med* 2019;16(10): e1002948 [10 p.].
34. Mohd MFH, Yuen CW, Othman S. The Effectiveness of educational intervention in improving primary health-care service providers' knowledge, identification, and management of elder abuse and neglect: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2019:1-10.