

Análise das taxas de internação e de mortalidade por agressão em pacientes com mais de 60 anos

Analysis of hospitalization and mortality rates from aggression in patients above 60 years

Camylla Santos de Souza¹, Livia Liberata Barbosa Bandeira², Marina Magagnin Naspolini³, Matheus Catunda Aguiar¹, Vanessa Marcolla², João David de Souza Neto⁴

Recebido da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO: Analisar estatisticamente o número de internações e mortalidade por agressão em pacientes idosos no ano de 2016, por região brasileira, tendo em vista a carência de dados a este respeito na literatura especializada. **MÉTODOS:** Pesquisa e análise de informações de saúde (TabNet), disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com as variáveis: causas externas, grupo X85-Y09 do CID10 (agressões), sexo masculino e feminino, idade ≥ 60 anos, por região do Brasil no ano de 2016. **RESULTADOS:** No total, foram notificados 2.912 casos de agressão, sendo 997 (34,19%) na Região Sudeste, 818 (28%) no Nordeste, 371 (12,74%) no Centro-Oeste, 365 (12,5%) no Norte e 361 (12,39%) no Sul. Dentre as notificações, 59,34% foram referentes a idosos de 60 a 69 anos, e 71,94% dos casos do sexo masculino. Em relação à taxa de mortalidade, o valor nacional foi de 7,25, sendo maior para a Região Norte (10,14), seguida do Sudeste (8,53), Centro-Oeste (6,74), Nordeste (5,5) e Sul (5,26). O maior valor foi encontrado na faixa etária de ≥ 80 anos (10,28), novamente para o sexo masculino (8,59). **CONCLUSÃO:** Apesar da legislação vigente, ainda são altos os índices de idosos vítimas de agressão no Brasil. Neste contexto, ressalta-se a importância de uma denúncia precoce, para evitar consequências mais graves ao paciente já fragilizado.

Descritores: Agressão; Violência doméstica; Violência; Idoso; Brasil/epidemiologia

ABSTRACT

OBJECTIVE: To statistically analyze the number of hospitalizations and mortality due to aggression in elderly patients in 2016, by Brazilian region, given the lack of data in this respect in the specialized literature. **METHODS:** Research and analysis of health information (TabNet), provided by the Department of Informatics of the Brazilian National Health System (DATASUS), with the following variables: external causes, ICD10 X85-Y09 (aggressions) group, male and female patients, age ≥ 60 years old, by Brazilian region in 2016. **RESULTS:** A total of 2,912 cases of aggression were reported, with 997 (34.19%) in the Southeast, 818 (28%) in the Northeast, 371 (12.74%) in the Center-West, 365 (12.5%) in the North and 361 (12.39%) in the South. Among the notifications, 59.34% (1,728) were elderly individuals aged 60-69 years, 71.94% of cases (2,095) were males. Regarding the mortality rate, the national value was 7.25, with the highest rate being found in the North (10.14), followed by the Southeast (8.53), Midwest (6.74), Northeast (5.5) and South (5.26). The highest value was reported in the age group of ≥ 80 years (10.28), again for males (8.59). **CONCLUSION:** Despite the current legislation, the rates of elderly victims of aggression in Brazil are still high. In this context, the importance of an early denunciation is emphasized to avoid more serious consequences to already debilitated patients.

Keywords: Aggression; Domestic violence; Violence; Aged; Brazil/epidemiology

INTRODUÇÃO

As transformações socioeconômicas pelas quais vem passando o Brasil permitem um maior desenvolvimento de avanços científicos, cujo impacto na melhora da qualidade de vida e na longevidade contribui para o aumento de idosos no país.⁽¹⁾ Entretanto, com o crescimento do número de pessoas na faixa etária acima dos 60 anos, tornaram-se mais visíveis os casos de agressão ao idoso, o que viola os direitos e a integridade já garantidos em estatuto.⁽²⁾

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), existem sete tipos de violência contra o idoso:⁽³⁾ (1) violência física, em que o uso de força física produz uma injúria, ferida, dor, incapacidade ou morte; (2) violência psicológica, caracterizada pelo

1. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
2. Universidade Severino Sombra, Vassouras, RJ, Brasil.
3. Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil.
4. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil.

Data de submissão: 03/01/2018 – Data de aceite: 10/01/2018

Conflito de interesses: não há.

Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Camylla Santos de Souza
Rua Alexandre Baraúna, 949 – Rodolfo Teófilo
CEP 60430-160 – Fortaleza, CE, Brasil
Tel.: (85) 99953-0407 – E-mail: camylladesouza@outlook.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

emprego de palavras ou gestos com o intuito de aterrorizar, rejeitar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar a vítima do convívio social; (3) abuso financeiro ou material, com o uso impróprio ou não consentido de recursos financeiros de um idoso; (4) abuso sexual, seja para relações hétero ou homossexuais, em que a vítima é estimulada ou utilizada para se obter excitação sexual por meio de aliciamento, violência física ou ameaças; (5) negligência, que cursa com a recusa/omissão do responsável na atenção à vítima idosa; (6) abandono, caracterizado pela ausência ou deserção do responsável nos cuidados necessários às vítimas; (7) e autonegligência, em que a conduta imprópria parte da própria pessoa idosa, cursando com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado, o que pode, consequentemente, vir a ameaçar sua saúde ou segurança.

Proporcionalmente ao passar da idade, o risco de abusos no lar cresce devido ao aumento da vulnerabilidade destes idosos, que acabam necessitando de mais cuidados, gerando uma maior dependência de seus cuidadores. Além disso, o uso indevido do benefício financeiro pessoal do idoso por algum dos familiares pode também incorrer em uma negligência ainda maior às suas necessidades.⁽⁴⁾

Infelizmente, muitos dos atos de violência acabam sendo velados pelo próprio idoso, devido ao medo da denúncia, pela vergonha perante os demais parentes e amigos, e pelo sentimento de culpa e de impotência gerado, uma vez que a maioria dos casos de abuso parte de um familiar da vítima.⁽⁵⁾

Diante disso, entendendo-se que a violência contra o idoso constitui um importante problema de saúde pública, porém com visibilidade ainda insuficiente, urge combater o déficit de conhecimento com base científica existente no Brasil sobre esse tema,⁽⁶⁾ por meio, principalmente, da pesquisa e análise de dados epidemiológicos recentes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo populacional ou epidemiológico, descritivo, observacional e transversal.

Realizaram-se consulta bibliográfica e seleção de artigos nas bases PubMed e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando-se os descritores “violência e idosos”.

A pesquisa e a análise dos dados foram feitas por meio do banco de informações de saúde (TabNet), disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na seção Epidemiológicas e Morbidade, e considerando-se as causas externas, por local de internação, a partir de 2008, no Brasil, por região e Unidade Federativa.

Para produção do conteúdo estatístico, foram considerados o número de internações e a taxa de mortalidade, utilizando-se as seguintes variáveis: agressões (grupo X85-Y09 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10); sexo feminino ou masculino; faixa etária de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e ≥80 anos; período de janeiro de 2016 a dezembro de 2016; em todas as cinco regiões brasileiras.

RESULTADOS

No total, foram reportados, no ano de 2016, 2.912 casos de agressão em indivíduos acima de 60 anos, sendo 997 (34,19%)

na Região Sudeste, 818 (28%) no Nordeste, 371 (12,74%) no Centro-Oeste, 365 (12,5%) no Norte e 361 (12,39%) no Sul. Considerando-se a faixa etária, 59,34% das notificações (1.728 casos) foram referentes a idosos de 60 a 69 anos, ocorrendo diminuição dos índices conforme o aumento da idade, com 785 (26,95%) aos 70 a 79 anos e 399 (13,7%) acima dos 80 anos. Em relação ao sexo, houve diferença significativa entre a ocorrência de agressões para idosos do sexo masculino e os do feminino, com 71,94% dos casos (2.095) para homens e 28,06% (817) para mulheres. Já a respeito dos índices por cada mês do ano, todos registraram estatísticas com pouca variância, com maior número de notificações em outubro (280 casos) e menor em fevereiro (206) (Figura 1).

Das 24 categorias da CID-10 relacionadas à agressão, as mais documentadas em idosos foram: Y04 – por meio de força corporal (622 casos); X99 – por objeto cortante ou penetrante (492 casos); Y00 – por meio de um objeto contundente (354 casos); Y09 – por meios não especificados (317 casos); Y03 – por impacto de veículo automotor (294 casos); X93 – por disparo de arma de fogo de mão (191 casos); X95 – por disparo de outra arma de fogo ou objeto não especificado (147 casos); Y06 – negligência e abandono (118 casos); Y01 – por meio de projeção de um lugar elevado (113 casos); e Y08 – por outros meios específicos (100 casos). Analisando-se por idade, dos 60 aos 69 anos e dos 70 aos 79, a causa de agressão de maior notificação foi a categoria Y05, por meio de força corporal, com 397 casos e 166, respectivamente; já a partir dos 80 anos, o maior número de registros (67 casos) foi atribuído à agressão por objeto contundente (Y00) (Tabela 1). Se considerado o sexo, o padrão encontrado para homens assemelha-se ao da faixa etária de 60 a 69 anos e 70 a 79, com maior número (511 casos) para a CID-10 Y05 – agressão por meio de força corporal, enquanto para as mulheres, os índices se assemelham aos da faixa etária ≥80 anos, com 130 registros para Y00 – agressão por meio de um objeto contundente (Figura 2). Em relação à região, o Norte registrou mais casos para a categoria Y03 – agressão por impacto de veículo automotor, com 153 registros; o Nordeste, para Y09 – agressão por meios não especificados, com 174 registros; o Sudeste, para Y04 – agressão por meio de força corporal, com 323 registros; o Sul, para Y06 – negligência e abandono, com 114 registros; e o Centro-Oeste,

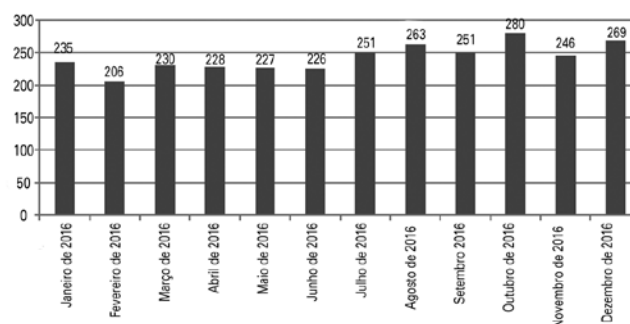
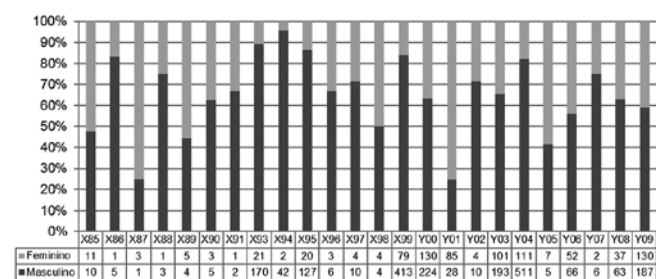


Figura 1. Índices de agressão a idosos por mês durante o ano de 2016.

Tabela 1. Número de agressões por causa, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), por faixa etária, no ano de 2016

Categoria	Causa de agressão	60-69 anos	70-79 anos	≥80 anos
X85	Drogas, medicamentos e substâncias biológicas	6	9	6
X86	Substâncias corrosivas	3	3	-
X87	Pesticidas	2	1	1
X88	Gases e vapores	2	2	-
X89	Outros produtos químicos ou substâncias nocivas especificadas	3	5	1
X90	Produtos químicos ou substâncias nocivas não especificadas	6	1	1
X91	Enforcamento, estrangulamento ou sufocação	-	2	1
X93	Disparo de arma de fogo de mão	139	41	11
X94	Disparo de arma de fogo de maior calibre	31	9	4
X95	Disparo de outra arma de fogo ou objeto não especificado	111	29	7
X96	Material explosivo	6	3	-
X97	Fumaça, fogo e chamas	8	4	2
X98	Vapor de água, gases ou objetos quentes	6	2	-
X99	Objeto cortante ou penetrante	331	114	47
Y00	Objeto contundente	170	117	67
Y01	Projeção de um lugar elevado	41	42	30
Y02	Projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento	7	4	3
Y03	Impacto de veículo automotor	165	84	45
Y04	Força corporal	397	166	59
Y05	Sexual por meio de força física	6	5	1
Y06	Negligência e abandono	49	37	32
Y07	Outras síndromes de maus-tratos	5	3	-
Y08	Outros meios especificados	55	29	16
Y09	Meios não especificados	179	73	65

**Figura 2.** Ocorrências de agressão ao idoso segundo categoria da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) (X85 - Y09), por sexo, no ano de 2016.

para Y00 – agressão por meio de um objeto contundente, com 170 casos.

X85: agressão por drogas, medicamentos e substâncias biológicas; X86: agressão por meio de substâncias corrosivas; X87: agressão por pesticidas; X88: agressão por meio de gases ou vapores; X89: agressão por outros produtos químicos ou substâncias nocivas especificadas; X90: agressão por produtos químicos

ou substâncias nocivas não especificadas; X91: agressão por enforcamento, estrangulamento ou sufocação; X93: agressão por disparo de arma de fogo de mão; X94: agressão por disparo de arma de fogo de maior calibre; X95: agressão por disparo de outra arma de fogo ou objeto não especificado; X96: agressão por meio de material explosivo; X97: agressão por meio de fumaça, fogo e chamas; X98: agressão por vapor de água, gases ou objetos quentes; X99: agressão por objeto cortante ou penetrante; Y00: agressão por meio de um objeto contundente; Y01: agressão por meio de projeção de um lugar elevado; Y02: agressão por projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento; Y03: agressão por meio de impacto de veículo automotor; Y04: agressão por meio da força corporal; Y05: agressão sexual por meio da força física; Y06: negligência e abandono; Y07: outras síndromes de maus-tratos; Y08: agressão por outros meios especificados; Y09: agressão por meios não especificados.

A taxa de mortalidade nacional foi de 7,25, sendo a maior para a região Norte (10,14), seguida do Sudeste (8,53), Centro-Oeste (6,74), Nordeste (5,5) e Sul (5,26). Segundo a faixa etária, de 60 a 69 anos, a mortalidade foi de 7,0; de 70 a 79, de 6,24; e acima de 80 anos, de 10,28. Já para o sexo, em todas as regiões, a mortalidade masculina superou a feminina, com dados gerais de 8,59 e 3,79, respectivamente. Em relação aos meses, a taxa variou de 5,98, em setembro de 2016, a 9,79, em janeiro de 2016.

Considerando-se a categoria da CID-10, as maiores mortalidades gerais por agressão foram: X88 – por meio de gases ou vapores e Y07 – outras síndromes de maus-tratos, com 25,0; X97 – por meio de fumaça, fogo e chamas, com 21,43; X95 – por disparo de outra arma de fogo ou objeto não especificado, Y02 – por projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento e Y03 – por meio de impacto de veículo automotor, todas as três com 14,29; X94 – por disparo de arma de fogo de maior calibre, com 13,64; e X93 – por disparo de arma de fogo de mão (10,47). A respeito das faixas etárias, de 60 a 69 anos, a maior taxa de mortalidade foi de 28,57 para Y02 – agressão por projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento; de 70 a 79 anos, a taxa foi de 50,0 para X88 – agressão por meio de gases ou vapores; por último, acima de 80 anos, o maior valor foi de 50,0 para X94 – agressão por disparo de arma de fogo de maior calibre. Analisando-se o sexo, para homens, foi registrada taxa de 33,3 para a categoria X88 – agressão por meio de gases ou vapores e Y07 – outras síndromes de maus-tratos; já para mulheres, a maior mortalidade foi de 25,0 por Y02 – agressão por projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento. A maior taxa das Regiões Norte e Nordeste foi de 100,0, sendo que, para a primeira, a categoria que atingiu este valor foi Y02 – agressão por projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento, enquanto que, para o segundo, foi Y06 – negligência e abandono e Y07 – outras síndromes de maus-tratos. A Região Sudeste apresentou 50,0 de maior mortalidade para X88 – agressão por meio de gases ou vapores; o Sul, de 30,0 por X93 – agressão por disparo de arma de fogo de mão; e o Centro-Oeste, de 23,53, também para categoria X93.

DISCUSSÃO

Com o aumento do número de idosos, crescem também os problemas relativos a essa parcela da população, principalmente aqueles relacionados à agressão destes por seus cuidadores em ambiente familiar e/ou institucional, devido a uma maior dependência financeira, social, física e/ou psicológica dos primeiros.⁽⁷⁾

Tal contexto de agressões pode culminar com uma série de danos para o idoso, tanto físicos como mentais, podendo vir a cursar com doenças psicossomáticas, diminuição gradual das defesas físicas, alterações do sono e apetite, desidratação, desnutrição, depressão, desordem pós-traumática, agitação, fadiga, perda de identidade, tentativas de suicídio e até a morte.^(8,9)

Das 2.912 internações de idosos por agressão, mais de 70% delas acometeram indivíduos do sexo masculino, bem como a mortalidade em todas as regiões foi maior para idosos homens do que para mulheres. Tais índices podem ter dois significados diferentes: primeiro, idosos do sexo masculino, por apresentarem, geralmente, maior incidência de problemas de saúde do que o sexo feminino, possuem maior fragilidade e, por consequência, maior propensão a sofrer o delito; ou, segundo, existem menos notificações no sexo feminino pelo fato de as idosas deste grupo denunciarem menos seus agressores, seja por estarem mais debilitadas por suas doenças, seja pelos sentimentos de vergonha e culpa, haja vista que, na maior parte dos casos, a agressão parte de um próprio familiar e/ou conhecido.

Um fato interessante é que, quanto maior a faixa etária, menor número de internações por agressão, o que representa uma contradição, já que, com o aumento da idade, crescem também os problemas de saúde, a fragilidade, a dependência e o risco à agressão sofridos pelos idosos. Uma justificativa plausível para esta estatística é que, da mesma forma que pode ocorrer com o sexo feminino, há menos denúncias na faixa etária acima dos 80 anos, provavelmente, por estes estarem mais dependentes física e mentalmente, considerando que, acima desta idade, são ainda mais comuns os défices cognitivos, as dificuldades de locomoção e a necessidade de cuidados intensivos.^(10,11) Entretanto, apesar de um menor registro de internações, idosos acima de 80 anos notificaram a maior taxa de mortalidade no ano de 2016, denotando que a ausência de uma denúncia precoce, associada ao estado debilitante da própria enfermidade que possuem, pode cursar com um quadro de recuperação mais complicado e, consequentemente, com maior chance de óbito.

Em relação aos índices encontrados por região, apesar de os números indicarem que a Região Sudeste apresenta a maior taxa de internação por agressão e a segunda maior mortalidade pela causa – evidenciando, portanto, a necessidade de mais investimentos nos quesitos sociais e de saúde –, deve-se levar em consideração que a população na respectiva região tem a maior densidade de indivíduos do Brasil, incluindo idosos. Já se analisado o caso da Região Nordeste, pode-se entender que as denúncias de agressão são mais frequentes nesta região, levando-a a ocupar o segundo lugar em maior número de internações de idosos pela causa, o que, por sua vez, tem efeito positivo, já que se observa aí a segunda menor mortalidade do Brasil, perdendo apenas para o Sul (este, com o menor número de internações do país), o que comprova a importância da precocidade da denúncia para uma melhor recuperação do paciente idoso.

CONCLUSÃO

Embora estejam vigentes, no Brasil, políticas de proteção ao idoso, ainda se observa um grande índice de indivíduos acima de 60 anos vítimas de agressão. A população idosa na faixa etária de 60 a 69 anos apresenta o maior número de internações por agressão, enquanto que a de acima de 80 anos, a maior taxa de mortalidade, sendo ambas mais frequentes no sexo masculino.

Tais dados reafirmam a importância de uma denúncia precoce da violência como meio imprescindível de garantir ao idoso vítima de agressão uma melhor chance de recuperação, bem como a cessação do ato criminoso antes de consequências mais graves. Para tal, é preciso instalar um sistema favorável à admissibilidade da denúncia, com campanhas informativas que facilitem a identificação de sinais cardinais da agressão por pessoas próximas à vítima idosa.

Além disso, há a necessidade de pesquisas mais aprofundadas sobre o tema em diferentes comunidades, buscando comparativos dos indicadores socioeconômicos e de saúde pública, bem como se utilizando de metodologias ativas, como aplicação de questionários, entrevistas e exames de corpo de delito, visando, com isso, elaborar formas de intervenção e prevenção mais eficientes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Injuries and violence: the facts. Geneva: WHO; 2010.
2. Moreno DG. O estatuto do idoso. Rio de Janeiro: Forense; 2007.
3. World Health Organization. Missing voices: views from persons on elder abuse. A study from eight countries: Argentina, Austria, Brazil, Canada, India, Kenya, Lebanon and Sweden. Geneva: WHO; 2002.
4. Saliba O, Garbin CA, Garbin AJ, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):472-7.
5. Ritt CF. Violência doméstica e familiar contra o idoso: o município e a implementação das políticas públicas previstas no estatuto do Idoso. Santa Catarina: Universidade de Santa Cruz do Sul/ UNISC; 2007.
6. Oliveira AA, Trigueiro DR, Fernandes M das G, Silva AO. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(1):128-33.
7. Florêncio MV, Ferreira Filha M de O, Sá LD de. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. *Rev Eletrônica Enfermagem* [Internet]. 2007[citado 2017 nov 21]; 9(3):847-57. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a23.pdf>
8. Minayo MC de. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):783-91.
9. Moraes CL de, Apratto Junior PC, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(10):2289-300.
10. Lago E de A. Violência contra o idoso: uma revisão de literatura. *Revista Saúde. Com* [Internet]. 2016[citado 2017 nov 21];10(2). Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/228>
11. Minayo MC de, Souza ER de, Paula D da R. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(6):2719-28.