

PERFIL DE IDOSOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIAS

PROFILE OF AGED VIOLENCE VICTIMS CARED IN A URGENCE HOSPITAL

SOARES, Márcia Carvalho¹
BARBOSA, Aurélio de Melo²

1. Assistente social residente; Orientanda do trabalho de conclusão de residência/Hospital de Urgência/Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO).
2. Fisioterapeuta/SES-GO; Docente da Universidade Estadual de Goiás; Orientador do trabalho de conclusão de residência.

RESUMO

A violência é reconhecida como questão social e de saúde pública no plano nacional e internacional. O objetivo do estudo foi discorrer sobre o perfil da pessoa idosa, vítima de violência atendida em um hospital de urgência. É um estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo. A coleta de dados realizou-se por meio da ficha que é utilizada para preencher as notificações de acidentes e violências de casos suspeitos e/ou confirmados, que foi preenchida de acordo com as informações contidas no banco de dados do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE). O estudo englobou a totalidade de casos de idosos, vítimas de violência atendidos no ano de 2018 no hospital de urgências da região Centro Oeste. Foram notificados 47 casos de idosos vítimas por agressão física, sendo a maioria do sexo masculino (72,3%). O principal tipo de violência encontrada foi a física (68,1%) e o meio da agressão foi o espancamento (36,2%), destes 71,4% receberam alta hospitalar e 28,6 foram a óbito. Apenas 63,8% foram atendidos pelo setor de Serviço Social. A agressão física foi maior no idoso do sexo masculino com o uso da força corporal, com objeto perfuro cortante em via pública e foram cometidas por desconhecidos. O interesse em abordar essa temática vem das reflexões acerca do fenômeno da atualidade de uma das expressões da questão social, a “violência contra a pessoa idosa”.

Palavras chave: Negligência com o idoso; notificação de abuso; perfil epidemiológico.

ABSTRACT

Violence is recognized as a social and public health issue at national and international levels. The aim of the study was to discuss the profile of the elderly victim of violence seen in an emergency hospital.

Data collection was performed through the form that is used to fill out notifications of accidents and violations of suspected and / or confirmed cases, which was completed according to the information contained in the Epidemiological Surveillance Nucleus (NVE) database. The study encompassed all cases of elderly victims of violence seen in 2018 at the emergency center of the Midwest region. Forty-seven cases of elderly victims of physical assault were reported, most of them male (72.3%). The main type of violence found was physical (68.1%) and the means of aggression was beating (36.2%), of these 71.4% were discharged from hospital and 28.6% died. Only 63.8% were attended by the Social Work Service. The physical aggression was higher in the elderly with the use of body force, with sharp object in public way and were committed by strangers. The interest in approaching this theme comes from reflections on the current phenomenon of one of the expressions of the social issue, the “violence against the elderly”.

Keywords: Neglect with the elderly; mandatory reporting; epidemiological profile.

INTRODUÇÃO

A violência é reconhecida como questão social e de saúde pública no plano nacional e internacional. De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde na Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde, violência é declarada “como um problema importante, e crescente de saúde pública no mundo”. Nesse mesmo relatório, foi adotada a Resolução WHA49.25 (1996), que chama atenção para “o aumento da incidência de lesões intencionais que afetam pessoas de todas as idades e ambos os sexos”, e o impacto que essa violência exerce sobre a sociedade e os serviços de saúde¹.

Os índices de violência têm alçando a população idosa e esse fenômeno tem sido creditado ao acelerado processo de transição demográfica. No Brasil, conforme informações do Instituto Brasileiro de Geografia, a projeção de pessoas a partir de 60 anos ou mais, (idade informada pela Organização Mundial da Saúde), projeção da população por sexo e idade para 2000-2060, que em 2010 era de 19,6 milhões, deverá chegar a 66,5 milhões em 2050. Pesquisas elaboradas pelas Nações Unidas sinaliza que para 2039 a porcentagem da pessoa idosa no país, consistirá em torno de 23,5%, em 2070 deverá chegar a 35,0% de toda a população^{2,3}.

No estado de Goiás, foi registrado no ano de 2007, que os idosos representaram 8% (467.685) do total da população (5.854.898) e, em 2016, quase 11% (700.713 do total de 6.695.855)⁴. Esses dados demonstram que a média do crescimento populacional de idosos no estado foi de 9,13%, nos últimos 10 anos⁴. Assim, há tendência de crescimento do número de casos de violência contra o idoso.

A Organização Mundial da Saúde⁵ conceitua que a violência contra a pessoa idosa é um ato intencional ou voluntário de acometimento ou omissão. A agressão pode ser praticável no uso da força física ou de poder, pode abranger ameaça, prática contra si mesmo, ou atingir outras pessoas e grupos com desfecho de sofrimentos, morte, dano psicológico levando a prejuízo e contenção⁵.

Também classifica o ato violento em três categorias: violência autoprovocada, contra si mesmo; violência interpessoal, que pode ser doméstica ou comunitária; e violência coletiva, feita por grupos políticos, organizações terroristas, milicianos etc⁵. Sendo que a violência interpessoal se subdivide em duas categorias: 1) violência intrafamiliar (ocorre entre os membros da família, ou seja, aqueles que dividem a mesma casa ou possuem algum parentesco ou pelo parceiro íntimo, levando ao ato violento que pode ocorrer dentro ou fora do recinto familiar). 2) violência comunitária (ocorre entre pessoas sem laços de parentesco seja consanguíneo ou não, por pessoas conhecidas ou ocorre fora da residência). Quanto à natureza dos atos de violência, eles podem ser: violência física, psicológica/moral, tortura, violência sexual, tráfico de seres humanos, violência financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil⁵.

Para Minayo, “a violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual”⁶.

Por serem fisicamente mais fracos e vulneráveis, as consequências da violência para os idosos podem ser mais sérias. Segundo a literatura, em países desenvolvidos demonstrou que boa parte dos idosos, vítimas de violência, sofrem depressão ou distúrbios psicológicos. O grupo dos idosos vitimados por maus-tratos apresentou também uma taxa de mortalidade muito mais alta que o dos idosos que não sofreram abuso.

No Brasil, a Lei nº 8.842/94, o Decreto nº 1.948/966 e a Lei nº 10.741/03, são exemplos das diversas legislações em defesa da pessoa idosa. Conforme o Art. 8º “O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social”^{7,8,9}.

Ao ser instituído o Estatuto do Idoso, também foram estabelecidas as formas e ações que seriam realizadas no combate a violência. Conforme Art. 4 “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão”. Como medida de proteção e de enfrentamento da violência o Art. 43 também cita: “as medidas de proteção ao idoso são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados”. I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II – por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento; III – em razão de sua condição pessoal⁹.

O expressivo aumento proporcional e absoluto da população idosa nas próximas décadas tem impacto social e econômico para o Brasil, sobretudo para o Sistema Único de Saúde (SUS). Na tentativa de promover a saúde coletiva, prevenir atos violentos e reduzir a incidência de agravos relacionados à violência, em 2001, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Redução a Morbimortalidade por Acidentes e Violências¹⁰. Ainda, referente à vigilância epidemiológica de violência de acidentes, foi introduzido um Instrutivo contendo orientações de preenchimento da Ficha de Notificação com o objetivo de uniformizar os dados coletados¹⁰.

Em 2011, foi sancionada a Lei nº 12.461, que prevê a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra idosos atendidos em estabelecimentos de saúde públicos ou privados¹¹.

A notificação de violência contra a pessoa idosa é uma exigência legal para evidenciar a crueldade dos atos violentos contra essa população, minimizar o anonimato e esclarecer o perfil das pessoas envolvidas, local do acontecimento e outras características dos episódios violentos¹¹. O objetivo da notificação não foi para acusação dos agressores, mas para ser um mecanismo de identificação de casos, que permite o planejamento de políticas públicas para diminuir as ocorrências e agravos vinculados às violências contra a pessoa idosa¹¹.

A violência contra idosos é um fenômeno de notificação recente no mundo e no Brasil. A violência contra o idoso promove impactos negativos sobre a saúde da vítima, como altas taxas de morbidade e mortalidade, aumento do risco de lesão e uma série de problemas de saúde e doenças crônicas¹⁰.

Os idosos são vítimas dos mais diversos tipos de violência como a decorrente de políticas econômicas e sociais que mantenham ou aumentem as desigualdades socioeconômicas ou de normas socioculturais que legitimem o uso da violência. Isto coloca a violência como parte de uma questão mais ampla de construção da cidadania em um ambiente democrático.

A violência contra pessoas idosas é uma violação aos direitos humanos, sendo uma das principais causas de lesões físicas ou mentais que resultam em hospitalizações, morbidades e incapacidades nessa população.

Falar sobre violência contra a pessoa idosa é tratar sobre uma questão de saúde pública grave. Por isso, foi realizado este estudo com o objetivo de analisar o perfil da pessoa idosa vítima de violência atendida em um hospital de urgências de Goiânia.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo, realizado em um hospital de referência no Planalto Central, na área de urgências e emergências de alta complexidade, que atende todo o Centro-Oeste e outros estados do país, trata-se de uma unidade pública de saúde, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO). Compreende uma área de 28.541,60 metros quadrados, com 417 leitos de internação, sendo todos dedicados exclusivamente ao atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Agrega aos serviços de vigilância de violências e acidentes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)¹², sob o número do parecer 3.642.079.

A população de estudo era de pacientes idosos internados no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2018. A coleta de dados amostrais foi realizada nos prontuários eletrônicos da instituição, no período de 1º de junho de 2018 a 31 de julho de 2019. Foi utilizada a seguinte estratégia de busca: Os dados foram digitados e manipulados em programa microsoft Excel, para posterior

tratamento dos dados utilizando o programa Statistical Package for Social Science (SPSS) do Windows (versão 21.0).

As variáveis contínuas foram apresentadas como média±desvio-padrão, e as categóricas foram apresentadas como valor absoluto (f) e valor percentual (%). O teste fisher foi usado para verificar se há associação estatística entre a situação de encerramento da hospitalização do paciente e o fato de ter sido atendido pela equipe de Serviço Social. Para todos os testes foi considerado nível de 95% de confiança, ou seja, $p < 0,05$ foi considerado significativo.

O universo amostral da pesquisa foi de 47 idosos que sofreram violência, foram atendidos cujos casos foram notificados. Todos os 47 prontuários foram incluídos e analisados na coleta de dados.

Foram incluídos no estudo, pacientes com idade igual ou maior de 60 anos, de ambos os sexos, que foram notificados por violência e atendidos.

Os dados foram coletados por meio da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoada, que tem por objetivo as notificações de acidentes e violências de casos suspeitos e/ou confirmados, que foram preenchidas de acordo com as informações contidas no banco de dados do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE), registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Foram contempladas as seguintes variáveis da ficha de notificação: 1) idade - definida em anos completos; 2) sexo - masculino ou feminino; 3) raça - consiste na raça informada no prontuário; 4) escolaridade - consiste na escolaridade informada no prontuário; 5) ocupação - consiste na ocupação informada no prontuário; 6) situação conjugal/estado civil - solteiro, casado/união estável, viúvo, separado/divorciado e ignorado; 7) município de ocorrência - consiste no município em que a vítima sofreu a violência; 8) zona - consiste na região que ocorreu a violência; 9) hora da ocorrência - consiste no horário em que ocorreu a violência; 10) local da ocorrência - consiste no local em que a vítima foi submetida à violência; 11) tipo de violência - caracterizada como agressão física, psicológica, tortura, sexual, doméstica, autoextermínio, negligência, abandono, moral; 12) meio de agressão - espancamento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfurocortante, substância objeto quente, envenenamento/intoxicação, projétil de arma de fogo (PAF), perfuração por arma

branca (PAB), família/instituição, empurrão, ameaça ou outros; 13) número de envolvidos - consiste no número informado no prontuário; 14) vínculo/grau de parentesco - cônjuge, ex-cônjuge, namorado(a), filho(a), irmão(ã), conhecido, desconhecido, cuidador, pessoa institucionalizada, própria pessoa, amigo ou ignorado; 15) sexo do provável autor da violência - caracterizado como “masculino” ou “feminino” ou ignorado; 16) tipo de encaminhamentos; 17) situação encerramento - alta, óbito, continuou internado, transferido; 18) foi atendido pelo Serviço Social - caracterizado como sim ou não.

A coleta de dados teve início somente após a aprovação pelo Comitê de ética em Pesquisa.

RESULTADOS

No período analisado foram notificados, pelo NVEH (Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar) 626 casos de pacientes admitidos em 2018 nos serviços de urgência e emergência em consequência de violência, desses casos foram excluídas 579 notificações por não enquadrar ao perfil da idade para o estudo, totalizando uma amostra de 47 casos analisados de idosos com idade variando de 60 a 94 anos, com média e desvio de padrão $70,13 \pm 9,75$ anos.

A tabela 1 apresenta o perfil dos idosos, vítimas de agressão. A maioria da população pesquisada era do sexo masculino. Com relação a raça e a escolaridade das vítimas, a maioria era parda ou branca, e com pouca escolaridade (não alfabetizada ou com ensino fundamental incompleto). Em relação à ocupação, a mais frequente era de aposentados ou de ocupação ignorada. A maioria dos idosos eram casados ou viúvos e viviam na zona urbana.

Tabela 1 – Perfil demográfico dos idosos, vítimas de violência atendidos.

Variável	F	%	Variável	F	%
Sexo			Ocupação profissional		
Masculino	34	72,3	Aposentado/a	14	29,8
Feminino	13	27,7	Aposentado e pensionista	7	14,9
Raça			Empregado doméstico	1	2,1
Branca	17	36,2	Eletricista	1	2,1
Preta	5	10,6	Ignorado	11	23,4
Parda	22	46,8	Motorista	1	2,1
Ignorado	3	6,4	Pintor	1	2,1
Escolaridade			Sapateiro	1	2,1

Analfabeto	8	17,0	Advogado	1	2,1
Ensino fundamental incompleto	24	51,0	Dona de casa	4	8,5
Ensino fundamental completo	1	2,1	Artista (artes visuais)	1	2,1
Ensino médio incompleto	2	4,3	Copeiro	1	2,1
Ensino médio completo	3	6,4	Gari	1	2,1
Ensino superior completo	3	6,4	Corretor de imóveis	1	2,1
Ignorado	6	12,8	Comerciante	1	2,1
Situação Conjugal			Local de residência		
Solteiro	7	14,9	Zona urbana	32	68,1
Casado/União estável	19	40,4	Zona periurbana	2	4,3
Viúvo	9	19,1	Ignorado	13	27,7
Separado/divorciada	7	14,9			
Ignorado	5	10,6			

Conforme informações da tipologia da agressão, apresentadas na tabela 2, o espancamento foi o meio mais utilizado e que apresentou o maior número de ocorrências, seguida por objeto perfuro cortante, queda da própria altura, tendo na sua maioria um único agressor predominantemente do sexo masculino, desconhecido ou conhecido do seu círculo de amizades.

O ato violento foi um pouco mais frequente durante o dia que à noite. A via pública foi o local de maior frequência. Em mais da metade dos casos, era a primeira ocorrência e provocada por outros.

Observou-se que a maioria era encaminhada para rede de saúde e da Assistência Social. A maioria recebeu alta hospitalar, mas uma parte foi à óbito devido à gravidade das lesões.

A tabela 2 ainda apresenta a distribuição dos pacientes conforme situação de encerramento e situação de atendimento pelo Serviço Social.

Tabela 2 – Tipologia da agressão

Variável	f	%	Variável	f	%
Meio da agressão			Horário da ocorrência		
Espancamento	17	36,2	Matutino	13	27,7
Objeto contundente	2	4,3	Vespertino	14	29,8
Objeto perfuro-cortante	8	17,0	Noturno	14	29,8
Substância objeto quentes	1	2,1	Ignorado	6	12,8
Envenenamento/ Intoxicação	1	2,1	Local da ocorrência		
PAF	7	14,9	Residência	16	34,0
Família/ relação institucional	1	2,1	Habitação coletiva/instituição	2	4,3
Empurrão	1	2,1	Bar ou similar	2	4,3

Queda de altura	9	19,1	Via pública	22	46,8
Número de agressores			Comércio/serviços	3	6,4
Um	28	59,6	outros (ônibus)	2	4,3
Dois ou mais	15	31,9	Ocorreu outras vezes?		
Ignorado	4	8,5	Sim	8	17,0
Vínculo/Grau de parentesco do agressor			Não	37	78,7
Filho (a)	6	13,0	Ignorado	2	4,3
Conhecido	15	30,4	A lesão foi autoprovocada?		
Desconhecido	21	45,7	Sim	3	6,4
Pessoa institucionalizada	1	2,1	Não	42	89,4
Própria pessoa	3	6,4	Ignorado	2	4,3
Ignorado	1	2,1	Encaminhamentos		
Sexo Provável do agressor			Rede da Saúde	17	36,2
Masculino	39	83,0	Delegacia do Idoso	1	2,1
Feminino	4	8,5	Rede da Saúde e da Assistência Social	25	53,2
Masculino e feminino	2	4,3	Rede da Saúde e Delegacia do Idoso	2	4,3
			Rede da Saúde, da Assistência Social e Delegacia do Idoso	2	4,3
Tipo de violência			Situação de encerramento		
Agressão física	32	68,1	Alta	37	78,7
Autoextermínio	4	8,5	Óbito	8	17,0
Negligência	4	8,5	Transferido	2	4,3
Física e psicológica	3	6,4	Foi atendido pelo Serviço Social?		
Agressão física e Negligência	2	4,3	Sim	30	63,8
Negligência e Abandono	2	4,3	Não	17	36,2

DISCUSSÃO

Para garantir adequadas políticas de assistência ao idoso, a notificação compulsória de atos de violência se tornou uma exigência legal para os estabelecimentos de saúde, tanto pública quanto privada. De acordo com esta Lei, foi para evidenciar a crueldade desses atos contra essa população, tirando do anonimato e esclarecendo o perfil da vítima, local do acontecimento e demais características, bem como tornar obrigatória sua notificação, não no sentido de acusar o agressor¹¹.

Com relação à faixa etária, no período foram analisados idosos com idade variando de 60 a 94 anos, com média e desvio de padrão 70,13±9,75 anos. A média de idade encontrada em comparação a outros estudos, observa-se uma semelhança, com prevalência o sexo feminino^{13,14,15,16,17,18}.

A maioria da população pesquisada no presente estudo era do sexo masculino. Em várias pesquisas, havia maior frequência de idosos do sexo feminino^{14,16,17}, o que talvez possa se justificar pelas várias

expressões que associam a fragilidade e a passividade no sexo feminino, mas atribuem ao sexo masculino autoabandono^{17,18,19}. Porém, esses resultados são diferentes ao descrito por estudos de outros estados que apontam maior incidência de violência, o sexo masculino^{19,20,21,22}.

Resultados semelhantes aos nossos estudos e região centro oeste atribuem ao sexo masculino pelo fato de o homem ser comumente o responsável financeiro e ter mais autonomia e resolutividade, motivo que o leva a ficar mais exposto e ser agredido²³. No nosso estudo, a análise associa que a prevalência do sexo masculino pode estar relacionada também a autonomia, independência e a elevada expectativa de vida. O idoso consegue viver mais, porém os hábitos rotineiros do direito de ir e vir, realizar compras, pagamentos e efetuar o recebimento da aposentadoria ou benefício direto de uma agência bancária, retendo todo o pagamento na carteira, sugere ser o motivo que desperta atenção e a maioria são assaltados e por serem mais frágeis, são agredidos, espancados em via pública por mais de um desconhecido.

Em relação a raça que mais predominou era a parda ou branca, achados que relacionam com outros estudos^{17,18, 19,20}.

O idoso com pouca escolaridade (não alfabetizada ou com ensino fundamental incompleto), comparando a estudos analisados na literatura, apresentou maior prevalência à violência. A pouca escolaridade também pode estar associada ao elevado índice de violência contra idoso e, é significativa¹⁴. Embora a escolaridade não esteja diretamente associada à violência, mesmo assim, surge nos dados e traz semelhança em vários resultados.

Com relação à situação conjugal das vítimas, observou-se maior prevalência de idosos casados ou união estável de ambos os sexos. Estudos realizados no DF e outros estados^{19,21,23,24}, encontraram mesma semelhança e corroboram com os nossos achados, no qual os idosos casados eram maioria. Associam-se as particularidades do companheiro, pois o mesmo estudo apontou ser o segundo maior agressor o próprio companheiro. Os viúvos também foram vítimas de violência e motivos apontados foram a negligência em idosos¹⁴.

No presente estudo, a residência foi apontada como um lugar perigoso para o idoso, além da via pública e em menor número em Instituições de Longa Permanência (ILPI'S). Conforme estudos

sobre violência em Goiás⁵, os dados são idênticos aos nossos, se comparados aos últimos anos. Com isso, confirma a tendência que tanto na região como no estado, a violência física é mais facilmente reconhecida quando praticada por desconhecidos, sem vínculo afetivo, pois são visíveis. No entanto, existem aquelas não visíveis que ocorrem no ambiente familiar, na própria residência ou em instituições que abrigam idosos e vão permanecer invisíveis, praticadas especialmente pelos filhos ou pessoas do convívio familiar. Estes locais são vistos como aconchegos, onde os vínculos afetivos manifestam juntamente com o desenvolvimento intelectual e humano. Todavia, são lugares que a literatura tem mostrado como inseguro, pois concentram a maior quantidade das violências praticadas, tanto por conhecidos, como por desconhecidos.

Analisando o perfil do agressor, observamos que a maioria pertencia ao sexo masculino, outros estudos também o agressor pertencia ao sexo masculino e de convivência com a vítima^{15, 17, 20,21}. Embora a residência esteja associada à violência, maior parte das agressões sofridas pelo idoso ocorre nos lares, sendo o principal agressor o filho^{15, 17}, diferente desse estudo que apontou a via pública.

Estudos mostram que a violência por agressão física é um fenômeno geral, afeta todas as idades⁴. A predominância é mais em jovens do que em idosos⁴, sendo possível encontrar associação da idade da vítima com a violência. Neste estudo, foi identificada associação entre faixa etária da vítima com a violência.

O tipo de violência está diretamente relacionado às causas externas (violência e acidentes), conforme os mesmos resultados estarem em conformidade aos encontrados no boletim realizado em Goiás⁴ com nossos achados. A violência representa a 7º maior causa de óbito em Goiás⁴, já em idosos, especificamente as quedas da altura em 1º lugar dos óbitos, seguido dos acidentes de trânsito, agressões e suicídio. Suspeita-se que estas estatísticas ainda não foram superadas ou as medidas tomadas não surtiram efeito pelo que mostra este novo estudo. Pode ser creditada ao fato que violência física, como as agressões e espancamento, o índice ser maior no sexo masculino, que no feminino, como demonstrado na tabela 2.

No entanto, destaca-se que em alguns casos ocorreram concomitantemente a outros tipos de violência, como a psicológica e negligência. Ressalta-se ainda que, entre os diferentes tipos de violências que

ocorreram simultaneamente à agressão física, a psicológica e a negligência evidenciaram associação estatisticamente. Dentre idosos, também foram constadas tentativas de autoextermínio que em alguns casos evoluíram para óbito.

Com relação ao encaminhamento realizado, encontramos semelhanças dos estudos, na cidade de Recife²⁵. As instituições de atendimento especializados para onde os idosos foram encaminhados, em muitos casos, não há articulação com outros serviços da rede para dar seguimento ao primeiro atendimento e a falta de comunicação que poderia contribuir na elaboração de políticas públicas ou na solução do problema, esbarra na falta de parcerias e a assistência é interrompida. De certa maneira, a análise do perfil apresentada nesse estudo, fornece importantes dados para subsidiar planejamento de ação na construção de novos caminhos para um atendimento e encaminhamento humanizado.

Nesse sentido, sugere-se que o poder público assegure o direito a uma assistência qualificada para atender a demanda existente, especialmente, por idosos que são abandonados pela família por não ter estrutura física, psicológica e financeira para mantê-los em sua residência, pois considera-se a violência um problema importante de saúde pública que o estado também tem o dever de assumir. Sugerimos também a qualificação no preenchimento da ficha de notificação para maior fidelidade das informações.

A notificação do ato violento foi feita durante o atendimento inicial de emergência, prestado por médicos e enfermeiros. Parte dessa população, mesmo as vítimas mais graves não eram encaminhadas para a equipe de Serviço Social, que faz o acompanhamento das demandas sociais, como o contato familiar, as orientações pertinentes ao óbito, o encaminhamento dos casos de violência para os órgãos competentes, como Secretaria de Assistência Social (SEMAS), Instituto Médico Legal (IML) ou Serviço de Verificação de Óbito (SVO) etc.

Os idosos que permaneceram por maior período e que foram atendidos pelo Serviço Social, foram acompanhados e receberam todas as orientações do trabalho do assistente social na área hospitalar, bem como, as condutas adotadas.

No contexto da saúde coletiva, os profissionais, em particular os assistentes sociais por trabalharem diretamente com a população e ser a questão social seu objeto de estudo, sua intervenção torna-se

relevante nos atendimentos, acompanhamento e encaminhamento. Conforme previsto na Lei de Regulamentação da Profissão e Código de Ética^{26,27,28}.

A relação entre violência e o envelhecimento é muito estreita, levando o idoso a condições de adoecimento e vulnerabilidade social. Nesse sentido, é de extrema necessidade o entendimento acerca do envelhecimento como processo natural da vida e que tenham direito a saúde, a vida, a dignidade, respeito e continuem participando em sociedade, mas sem violência²⁹.

Os limites que este estudo mostrou são a insuficiência de informações nas fichas de notificação compulsória. Além disso, a ficha de preenchimento das notificações não disponibiliza maiores informações que devem ser conceituadas, sendo que estas, referentes às tipologias das violências na rede de saúde, não correspondem com a realidade do problema, pois nem todos os casos chegam a ser atendidos, em particular, os menos graves.

Diante disso, nota-se a falta de dados valiosos para contribuir e enriquecer o estudo, a condição socioeconômica, a renda e sobre o próprio agressor que surge como campo ignorado. São dados indispensáveis para entender aspectos da violência contra a pessoa idosa. Porém, a insuficiência das informações associada à falta de capacitação do profissional ao preencher a ficha, compromete a análise mais detalhada dessa questão de violência e saúde pública.

CONCLUSÃO

A violência contra os idosos é considerada um problema de saúde pública e social. Por isto, necessita de políticas públicas eficazes para diminuí-la. Os resultados deste estudo demonstraram que o perfil de idosos, vítimas de violência, atendidos em um hospital público de urgência na cidade de Goiânia, é predominantemente do sexo masculino, pardos ou brancos, que sofreram a agressão física por espancamento, em via pública, por desconhecidos também do sexo masculino, tanto no período diurno como noturno. Esses dados podem auxiliar na formulação de políticas públicas voltadas para esse grupo populacional, a fim de reduzir o número de casos.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Lozano AB. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2002.
2. Simões CCS. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [Acesso 25 out. 2019]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98579.pdf>.
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicadas - IPEA. Atlas da Violência. Rio de Janeiro: IPEA; 2018.
4. Silva HC, Rodrigues MF. A violência intrafamiliar contra a pessoa idosa em Goiás. Boletim Epidemiológico da Secretaria de Estado da Saúde (GO). 2017 [acesso 25 out. 2019];18(8):1-15. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2017-10/a-violencia-intrafamiliar-contra-a-pessoa-idosa-em-goias.pdf>.
5. Organização Mundial da Saúde (Org). Trabalhando juntos pela saúde. Brasília: Ministério da saúde; 2007.
6. Minayo MCS, Sousa ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. História, Ciências, Saúde Manguinhos. 1997;4(3):513-531.
7. Congresso Nacional (BR). Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional. Diário Oficial da União. 05 de jan 1994; p. 77.
8. Congresso Nacional (BR). Decreto nº 1948 de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional. Diário Oficial da União. 04 de jul de 1996; p. 12277.
9. Congresso Nacional (BR). Estatuto do idoso: Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília: Congresso Nacional. Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.

10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

11. Congresso Nacional (BR). Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília: Congresso Nacional. Diário Oficial da União. 27 jul 2011; p. 2.

12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: CNS; 2012.

13. Farias FID, Terra NL, Guerra MTE. Avaliação da efetividade de um programa de atenção ao idoso com fratura de quadril: uma estratégia de rede. Rev bras geriatr gerontol. 2017 [acesso 23 dez. 2019];20(5):702-712. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170008>.

14. Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. Acta Paulista de Enfermagem. 2009;22(1):49-59.

15. Santos AMR, Nolêto RDS, Rodrigues RAP, Andrade EMLR, Bonfim EG, Rodrigues TS. Economic-financial and patrimonial elder abuse: a documentar study. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03417. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017043803417>.

16. 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. Ciência saúde coletiva. 2012 [acesso 25 out. 2019];17(9):2331-2341. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900014>.

17. Pinheiro JS, Silva RC, Andrade MC. Perfil dos idosos que sofreram violência atendidos em uma instituição de Salvador no ano de 2008. Rev baiana saúde pública. 2011 [acesso 23 dez. 2019];35(2):264-276. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n2/a2441.pdf>.

18. Garbin CAS, Joaquim RC, Rovida TAS, Garbin AJI. Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental. *Rev bras geriatr gerontol.* 2016 [acesso 23 dez. 2019];19(1):87-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000100087&lng=en.
19. Rodrigues CL, Armond JE, Gorios C. Agressão física e sexual contra idosos notificadas na cidade de São Paulo. *Rev bras geriatr gerontol.* 2015 [acesso 23 dez. 2019];18(4):755-760. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14177>.
20. Piuvezam G, Aquino FA, Rocha PK, Oliveira NV, Santos RC, Bezerra MI, et al. Distribuição da morbimortalidade por violência em idosos no Rio Grande do Norte. *Av Enferm.* 2019 [acesso 23 dez. 2019];37(2):180-188. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.74745>
21. Oliveira MLC, Gomes ACG, Amaral CPM, Santos LB. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. *Rev bras geriatr gerontol.* 2012 [acesso 23 dez. 2019];15(3):555-566. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300016.
22. Correia TMP, Leal MCC, Marques APO, Salgado RAG, Melo HMA. Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. *Rev bras geriatr gerontol.* 2012 [acesso 23 dez. 2019];15(3):529-536. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300013.
23. Lino VTS, Rodrigues NCP, Lima IS, Athie S, Souza ER. Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. *Ciênc saúde coletiva.* 2019 [acesso 7 dez. 2019];24(1):87-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.34872016>.
24. Silva GCN, Almeida VL, Brito TRP, Godinho MLSC, Nogueira DA, Chini LT. Violência contra idosos: uma análise documental. *Aquichan.* 2018 [acesso 7 dez. 2019];18(4):449-60. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n4/1657-5997-aqui-18-04-00449.pdf>.

25. Paraíba PMF, Silva MCM. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. *Rev bras geriatr gerontol.* 2015 [acesso 23 dez. 2019];18(2):295-306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200295&lng=pt.
26. Bravo MIS, Matos MC. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, Teixeira M, (org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Cortez; 2006 [acesso 7 dez. 2019]. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf.
27. Costa DL. A política nacional de saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar [internet]. São Paulo: Conteúdo Jurídico; 2017 [acesso 23 dez. 2019]. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/49874/a-politica-nacional-de-saude-o-assistente-social-e-os-desafios-de-uma-acao-interdisciplinar>.
28. Conselho Federal de Serviço Social (Org). *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.* Brasília: Conselho Federal de Serviço Social; 2010 [acesso 23 dez. 2019]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf.
29. Fonseca MM, Gonçalves HS. Violência contra o idoso: Suporte legais para a intervenção. *Interação em Psicologia.* 2003 [acesso 23 dez. 2019];7(2):121-128. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3230/2592>.