



EPIDEMIOLOGIA DA MORTALIDADE POR AGRESSÕES EM IDOSOS
EPIDEMIOLOGY OF AGGRESSION MORTALITY IN THE ELDERLY
EPIDEMIOLOGÍA DE LA MORTALIDAD POR AGRESIONES EN ANCIANOS

Daniel Rodrigues Machado¹, Renata Evangelista Tavares², Felipe Guimarães Tavares³

RESUMO

Objetivo: descrever a mortalidade por agressões em idosos. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico e descritivo, realizado com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Analisaram-se os óbitos por agressões, ocorridos entre 2003 e 2014, segundo a causa básica do óbito, o triênio de ocorrência, o sexo, a faixa etária, a região, o município, o local da ocorrência e o meio utilizado para perpetrar a agressão. **Resultados:** ressalta-se que a mortalidade por agressões foi a segunda maior causa de óbitos por causas externas, com percentual variando de 12,02 (2003-05) a 9,16 (2012-14). Identificaram-se a sobremortalidade masculina por agressões em todas as faixas etárias e o incremento dos Coeficientes de Mortalidade (CM) na região Norte, subindo de 14,67/100 mil (2003-05) para 20,25/100 mil (2012-14), $\Delta=38,04\%$. **Conclusão:** evidenciam-se nos resultados obtidos dão visibilidade aos óbitos por agressões em idosos e evidenciam a importância da utilização dos dados gerados pelo SIM como subsídio às políticas públicas direcionadas aos idosos. **Descritores:** Mortalidade; Agressão; Idoso; Epidemiologia Descritiva; Sistemas de Informação; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to describe mortality due to aggression in the elderly. **Method:** this is a quantitative, epidemiological and descriptive study, carried out with data from the Mortality Information System (MIS). Deaths from aggressions occurred between 2003 and 2014 were analyzed according to the basic cause of death, the triennium of occurrence, sex, age group, region, municipality, place of occurrence and the means used to perpetrate aggression. **Results:** it is highlighted that the mortality due to aggression was the second largest cause of deaths due to external causes, with a percentage ranging from 12.02 (2003-05) to 9.16 (2012-14). Male overmortality was identified by aggressions in all age groups and the increase in Mortality Coefficients (CM) in the North, rising from 14.67/100 thousand (2003-05) to 20.25 / 100 thousand (2012-14), $\Delta = 38.04\%$. **Conclusion:** evidence of the results obtained gives visibility to the deaths due to aggression in the elderly and highlights the importance of using the data generated by the MIS as a subsidy to the public policies directed to the elderly. **Descriptors:** Mortality; Aggression; Old man; Descriptive Epidemiology; Information systems; Health Management.

RESUMEN

Objetivo: describir la mortalidad por agresiones en ancianos. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, epidemiológico y descriptivo, realizado con datos del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM). Se analizaron las muertes por agresiones ocurridas entre 2003 y 2014, según la causa básica del óbito, el trienio de ocurrencia, el sexo, el grupo de edad, la región, el municipio, el lugar de la ocurrencia y el medio utilizado para perpetrar la agresión. **Resultados:** se resalta que la mortalidad por agresiones fue la segunda mayor causa de óbitos por causas externas, con porcentual que varía de 12,02 (2003-05) a 9,16 (2012-14). Se identificaron el exceso de mortalidad masculina por agresiones en todos los grupos de edad y el incremento de los Coeficientes de Mortalidad (CM) en la región Norte, subiendo de 14,67 / 100 mil (2003-05) a 20,25 / 100 mil (2012-14), $\Delta = 38,04\%$. **Conclusión:** se evidencian en los resultados obtenidos dan visibilidad a las muertes por agresiones en ancianos y evidencian la importancia de la utilización de los datos generados por el SIM como subsidio a las políticas públicas dirigidas a los ancianos. **Descritores:** Mortalidad; Agresión; Anciano; Epidemiología Descritiva; Sistemas de Información; Gestión em Salud.

¹Mestre, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/EEUSP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: dani-machado@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1255-7693>; ²Mestra (doutoranda), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/EEUSP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: renata_tavares@usp.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9004-3941>; ³Doutor, Universidade Federal Fluminense/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: tavaresfelipe@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8308-6203>

INTRODUÇÃO

Entende-se que o envelhecimento da população é uma questão de grande relevância para a saúde pública em todo o mundo. Estima-se que, nos próximos cinco anos, pela primeira vez na história, o número de idosos com mais de 65 anos superará o de crianças menores de cinco anos no planeta.¹

Informa-se, por meio de dados recentes, a existência de 865 milhões de idosos no mundo, o que corresponde a aproximadamente 12% de toda a população. Estima-se que até 2050 haverá 2,4 bilhões de idosos, ou seja, 26,2% da população mundial.²

Sabe-se que o contingente populacional de idosos no Brasil, representado pelos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, aumentou cerca de 600% nos últimos 50 anos, passando de três milhões, em 1960, para 20,5 milhões no ano de 2010 (10,8% do total).³ Espera-se que o Brasil, no ano de 2025, abrigue cerca de 32 milhões de idosos tornando-se a sexta nação do mundo com o maior número absoluto de pessoas idosas.⁴

Ressalta-se que o crescente aumento da população idosa não deve ser considerado um problema, pois, sem dúvida, é uma conquista decorrente do processo de desenvolvimento e avanço social. Ressalta-se que a maior fragilidade e a vulnerabilidade fisiológica desse grupo etário o tornam vítima, em potencial, de diversas ocorrências lúgubres. Mostra-se que a violência ao idoso, por exemplo, constitui-se um fenômeno que vem assumindo grandes proporções na sociedade moderna⁵⁻⁶ e representa um problema de saúde pública de grande magnitude.⁷⁻⁸

Concebia-se a violência contra os idosos como uma questão familiar até o final da primeira metade do século XX. Informa-se que, a partir da década de 1970, tornou-se objetivo de estudos científicos e alvo de políticas públicas em vários países do mundo, incluindo o Brasil.⁵

Constitui-se a violência contra os idosos como uma ação única ou repetida ou ainda uma ausência de ação apropriada, que cause sofrimento e angústia, podendo ocorrer em qualquer relacionamento em que haja expectativa de confiança.⁹ Nota-se que entre as várias formas de expressão da violência, as agressões são definidas como lesões impostas por outra pessoa empregando qualquer meio com a intenção de lesar (ferir) ou matar.¹⁰

Dividem-se entre si, com exceção da Coreia e de Papua Nova Guiné, os países da África e da América Latina os primeiros 60 maiores coeficientes de mortalidade por agressões,

com destaque para Honduras, El Salvador, Costa do Marfim, Jamaica, Venezuela, Belize e Guatemala, que ocupam o topo da lista, com coeficientes acima de 41 óbitos por 100 mil habitantes. Encontra-se o Brasil, na 26ª posição, quando se consideram os coeficientes de mortalidade por agressões no mundo.¹¹

Acrescenta-se que, durante o período de 2000 a 2014, 765.672 pessoas foram a óbito por agressões no Brasil. Estimou-se nos anos de 2013 e 2014, um coeficiente de mortalidade de 28,2/100 mil habitantes e 29,4/100 mil habitantes, respectivamente.³ Salientam-se que coeficientes de mortalidade por violência segundo o sexo têm valores elevados para os homens, sendo esses, em média, cerca de dez a 12 vezes maiores do que os coeficientes encontrados entre as mulheres.¹¹

Mostra-se ainda incipiente a quantidade de publicações sobre a violência entre os idosos, sobretudo na população brasileira.¹²⁻³ Mostra-se em pesquisa realizada no Brasil¹⁴ com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2000, analisou os óbitos por agressões em indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Relata-se que coeficiente de mortalidade encontrado correspondeu a 9,5/100 mil habitantes, sendo de 18,1/100 mil entre os homens idosos e de 2,5/100 mil entre as mulheres idosas. Afirma-se que, mais recentemente, detectou-se coeficiente de mortalidade por agressões em idosos de 9,7 por 100 mil habitantes.¹⁵

Alerta-se que, embora os idosos não constituam o grupo com maior risco de óbitos por agressões, a mortalidade por violência tem aumentado entre eles, o que pode significar um problema de saúde pública, principalmente quando se espera o aumento populacional nessa faixa etária. Torna-se imperativo o uso das estatísticas de mortalidade para identificar os problemas de saúde que afetam essa população.¹⁶

Acredita-se que o maior conhecimento da magnitude, a caracterização e as tendências da mortalidade por agressões em idosos no Brasil poderão subsidiar o planejamento, a avaliação e a implantação de ações voltadas para a redução e a prevenção desse evento buscando-se maior impacto positivo nos níveis de atenção à saúde e nas condições de vida da população idosa brasileira.

OBJETIVO

- Descrever a mortalidade por agressões em idosos.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, epidemiológico e descritivo sobre a mortalidade por agressões ocorrida na população idosa no Brasil durante o período de 2003 a 2014. Utilizaram-se dados secundários de bancos de dados oficiais do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) disponíveis no portal eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).³

Padroniza-se, em nível nacional, que o SIM seja alimentado por meio das Declarações de Óbitos (DO) com base na causa básica da morte informada pelo médico assistente. Nota-se de modo regular, que as secretarias municipais e estaduais de saúde encaminham seus dados ao Ministério da Saúde para a disponibilização na base do DATASUS. Ressalta-se que esses dados somente podem ser disponibilizados publicamente após o recebimento das informações de todas as Unidades Federativas (UF) brasileiras.¹⁷ Entende-se, assim, que o recorte temporal estabelecido para esta pesquisa foi o período de 2003 a 2014, pois os dados foram coletados em abril de 2016 e as informações referentes aos óbitos de 2015 ainda não estavam disponíveis.

Compõe-se a população deste estudo, portanto, de dados de óbitos por agressões ocorridos entre indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos no período de 2003 a 2014 e notificados ao SIM. Sabe-se que, para fins de classificação da causa básica do óbito por agressões, foram considerados aqueles classificados nos códigos X85 a Y09 da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Décima Revisão, CID-10.

Estudaram-se os óbitos por triênios de ocorrência¹⁸⁻⁹ (2003-05, 2006-08, 2009-11 e 2012-14), com o propósito de diminuir as flutuações no número de mortes registradas a cada ano, analisando-os segundo a região (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste), o município onde ocorreu o óbito, o sexo (masculino e feminino), a faixa etária (60 a 69, 70 a 79 e 80 anos ou mais de idade), o meio utilizado para perpetrar a agressão (disparo de arma de fogo, objeto cortante ou penetrante, objeto contundente, meios não especificados e outros meios) e o local de ocorrência do óbito (hospital, domicílio, via pública e outros/ignorado). Destaca-se que a variável dependente foi a causa básica do óbito, conforme a CID-10.

Calcularam-se, para determinar a magnitude da mortalidade, os Coeficientes de Mortalidade (CM) para cada 100 mil habitantes

segundo os agrupamentos de causas externas, o sexo, a faixa etária, o município e a região de ocorrência do óbito. Considerou-se a média trienal de óbitos registrados no SIM e, no denominador, a população do meio de cada triênio em conformidade com a fórmula: $CM = (\text{média trienal de óbitos por grupo de causa/população do meio do triênio estudado}) \times 100 \text{ mil}$.

Utilizaram-se os dados demográficos divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³ para a realização dos cálculos epidemiológicos.

Calcularam-se, ainda, as variações percentuais relativas ($\Delta\%$) do CM por agressões em idosos, conforme a seguinte fórmula: $\Delta (\%) = (\text{coeficiente do 2º triênio} - \text{coeficiente do 1º triênio}) / \text{coeficiente do 1º triênio} \times 100$. Nota-se que, para a obtenção da Mortalidade Proporcional (MP) por causa básica do óbito, utilizou-se a fórmula: $MP = (\text{número médio de óbitos no triênio, por grupo de causas determinadas/média trienal de óbitos, por causas determinadas}) \times 100$.

Mediu-se, também, a razão de sobremortalidade segundo o sexo e as faixas de idade. Aponta-se que a média percentual trienal foi calculada para as variáveis “meio utilizado para perpetrar a agressão” e “local de ocorrência do óbito”.

Analisaram-se todos os dados no programa *Microsoft Excel 2016* após a elaboração de planilhas eletrônicas nesse mesmo *software*.

Utilizaram-se, neste estudo, dados secundários não identificados, de domínio público e disponibilizados no portal eletrônico do DATASUS. Salienta-se que, em consonância com os aspectos éticos e legais vigentes, não houve a necessidade de apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Notificaram-se, ao longo dos 12 anos analisados (2003-2014), 8.058.246 óbitos de idosos no país ao SIM, sendo 258.355 mortes motivadas por causas externas. Considerando-se os coeficientes de mortalidade por tipos específicos de causas externas, encontraram-se valores mais elevados para os acidentes variando de 63,70/100 mil (2003-05) a 86,15/100 mil (2012-14). Ressalta-se que o coeficiente de mortalidade por agressões oscilou pouco durante o período analisado, variando de 10,51/100 mil no primeiro triênio a 9,95/100 mil no último triênio ($\Delta = -5,34\%$). Mostram-se os coeficientes de mortalidade por eventos de intenção indeterminada variaram de 17,93/100 mil (2003-05) a 13,81/100 mil (2012-14). Referem-se a tais mortes os casos

em que a informação disponível não foi suficiente para permitir a sua atribuição.

Revelou-se, pela distribuição das mortalidades proporcionais por tipos de causas externas no Brasil (Tabela 1), que as

agressões foram a segunda maior causa de óbitos, apesar de terem apresentado redução no período estudado, com percentual variando de 12,02 (2003-05) a 9,16 (2012-14).

Tabela 1. Mortalidade proporcional em idosos por tipos de causas externas no triênio 2003-05 a 2012-14. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2016.

Tipos de causas externas	2003-05	2006-08	2009-11	2012-14
Acidentes	72,88	76,58	78,21	79,36
Agressões	12,02	10,77	9,91	9,16
Suicídios	8,32	7,88	7,17	7,01
Outras causas definidas	6,78	4,77	4,71	4,47

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).³

Apresentam-se, na figura 1, os coeficientes de mortalidade segundo as regiões brasileiras. Destacam-se os coeficientes de mortalidade por agressões em idosos na região Norte do Brasil, que variou de 14,67/100 mil no triênio 2003-05 a 20,25/100 mil no triênio 2012-14 ($\Delta = 38,04\%$). Observam-se que os coeficientes de mortalidade da região Sudeste foram os de menor magnitude dentre as regiões analisadas, tendo sofrido uma redução de

23,24% entre os triênios 2003-05 e 2012-14, passando de 9,22 para 7,08 mortes a cada 100 mil habitantes. Relata-se que no triênio 2012-14, a soma dos coeficientes de mortalidade das regiões Sul (CM=7,93/100.000) e Sudeste (CM=7,08/100.000) foi inferior ao coeficiente detectado nas regiões Norte (CM=20,25/100.000) e Centro-Oeste (CM=16,51/100.000).

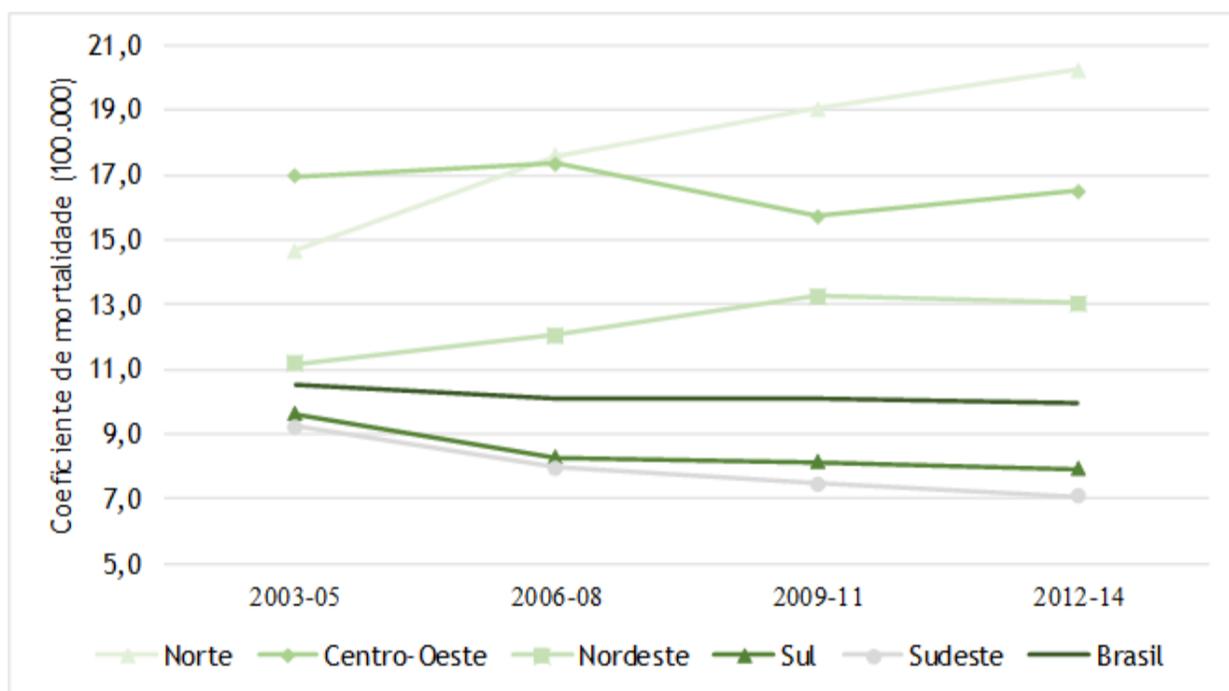


Figura 1. Coeficientes de mortalidade (100 mil) por agressões em idosos nas regiões do Brasil no triênio de 2003-05 a 2012-14. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2016. Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).³

Localizam-se, entre as dez capitais brasileiras com os maiores coeficientes de mortalidade por agressões em idosos (2012-14), seis na região Norte, duas na região Centro-Oeste e duas na região Nordeste (Tabela 2).

Tabela 2. Capitais do Brasil com os maiores coeficientes de mortalidade (100 mil hab.) por agressões em idosos no triênio 2012-14. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2016.

Capital	Região	Total de óbitos no triênio	Média anual de óbitos	População de idosos	Coeficiente de mortalidade (2012-14)
Boa Vista (RR)	Norte	20	6,67	14.729	45,26
Rio Branco (AC)	Norte	24	8,00	21.620	37,00
Palmas (TO)	Norte	11	3,67	9.978	36,75
Maceió (AL)	Nordeste	71	23,67	79.087	29,92
Porto Velho (RO)	Norte	21	7,00	24.153	28,98
Cuiabá (MT)	Centro-Oeste	34	11,33	44.817	25,29
Manaus (AM)	Norte	76	25,33	108.081	23,44
Macapá (AP)	Norte	13	4,33	20.508	21,13
São Luís (MA)	Nordeste	48	16,00	77.971	20,52
Goiania (GO)	Centro-Oeste	69	23,00	124.682	18,45

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).³

Detalha-se que os coeficientes de mortalidade foram superiores para o sexo masculino em todos os triênios estudados, sendo maiores no triênio 2003-05, com razão entre as categorias de sexo correspondente a 7,98.

Elevaram-se mais, entre os idosos do sexo masculino, os coeficientes de mortalidade na

faixa etária de 60 a 69 anos. Sabe-se que no sexo feminino, os coeficientes de mortalidade foram maiores na faixa etária de 80 anos ou mais, conseqüentemente, a sobremortalidade masculina por agressões nesta pesquisa diminuiu com o avanço da idade (Tabela 3).

Tabela 3. Coeficientes de mortalidade (100 mil hab.) e razão de sobremortalidade por agressões em idosos segundo o sexo e a faixa etária no triênio de 2003-05 a 2012-14. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2016.

Faixa etária	Triênios (N/100.000)			
	2003-05	2006-08	2009-11	2012-14
Masculino				
60 a 69 anos	23,30	21,54	21,28	20,62
70 a 79 anos	17,20	16,73	17,16	17,80
80 anos ou mais	14,87	16,12	17,07	15,95
Feminino				
60 a 69 anos	2,52	2,30	2,41	2,32
70 a 79 anos	2,60	2,82	2,60	2,67
80 anos ou mais	2,66	3,23	3,68	3,76
Sobre mortalidade idosos				
60 a 69 anos	9,25	9,35	8,83	8,88
70 a 79 anos	6,60	5,93	6,60	6,68
80 anos ou mais	5,60	4,99	4,64	4,24

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).³

Reduziram-se, dentre os óbitos ocorridos no sexo masculino, os coeficientes na faixa etária de 60 a 69 anos durante os triênios avaliados. Observou-se no sexo feminino um incremento no coeficiente de mortalidade a cada triênio avaliado no grupo das idosas com 80 anos ou mais de idade.

Constituiu-se a arma de fogo o instrumento mais utilizado nas agressões fatais contra os idosos no período estudado (2003-2014), com prevalência de 42,85%. Verificou-se que 22,89% dos óbitos foram perpetrados por objetos cortantes ou penetrantes; 13,69%, por

objetos contundentes; 11,98%, por outros instrumentos e 8,59%, por meios não especificados. Percebe-se que no tocante à proporção da utilização da arma de fogo, obteve-se o valor de 44,89 no triênio 2003-05; 43,64, no triênio 2006-08 e 41,70, nos dois últimos triênios avaliados (2009-11 e 2012-14).

Comprova-se, na tabela 4, que, em todos os triênios avaliados, a maior média percentual de óbitos ocorreu no domicílio.

Tabela 4. Proporção dos óbitos por agressões contra idosos por triênios segundo o local de ocorrência no triênio de 2003-05 a 2012-14. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2016.

	Local de ocorrência			Triênios
	2003-05	2006-08	2009-11	2012-14
Domicílio	32,99	33,85	32,78	33,20
Hospital	29,23	28,92	30,85	28,94
Via Pública	20,22	21,54	21,37	21,13
Outros/Ignorado	17,56	15,69	15,00	16,73

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).³

DISCUSSÃO

Documentam-se as causas externas como fatores proeminentes da morbidade e mortalidade no Brasil desde a década de 1980. Salienta-se que o padrão de óbitos por causas externas no Brasil difere de outros lugares do mundo nos seguintes aspectos: a maior parte dos óbitos é causada por acidentes ou agressões, diferentemente da maioria dos países da América do Norte, Europa, Oriente Médio e Oceania nos quais grande parte das mortes é motivada por suicídio, guerras e conflitos civis.⁵

Considera-se a expressão máxima da violência interpessoal, o óbito por agressão, que tem profundo significado social. Afirma-se que é reflexo dos problemas existentes na sociedade relacionados tanto a variáveis macrossociais, como a desigualdade, a impunidade, a corrupção, a presença do crime organizado e outros, como a aspectos próprios de espaços privados de convivência interpessoal, especificamente, a violência doméstica. Considera-se, não por acaso, que os maiores coeficientes de mortalidade por agressões ocorrem em países de baixo desenvolvimento e eles são muito mais frequentes nos países onde há desigualdades sociais.¹¹

Registrou-se o mais alto coeficiente de mortalidade por agressões neste estudo no triênio 2003-05 (10,5/100 mil), taxa que corresponde a menos de 50% do coeficiente de mortalidade por agressões encontrado para a população geral brasileira, correspondente a 28,6 óbitos por 100 mil habitantes.¹⁵

Aponta-se, por dados oficiais, que a faixa de 20 a 24 anos tem o maior risco de morte por agressões no Brasil (67,1/100 mil) seguida pelas faixas de 15 a 19 anos (56,3/100.000) e de 25 a 29 anos (54,6/100.000). Consideram-se os idosos de 60 a 69 anos, o coeficiente de mortalidade por agressões é de 10,4/100 mil e de 8,7/100 mil habitantes entre os idosos de 70 anos ou mais de idade. Sabem-se que as menores taxas de mortalidade por agressões correspondem aos indivíduos de zero a quatro anos (1,7/100 mil), de cinco a nove anos (0,6/100.000) e de dez a 14 anos (4,2/100 mil).¹⁵

Adverte-se que, embora tenha apresentado menor magnitude quando comparado a outras faixas de idade, o coeficiente de mortalidade por agressões em idosos no Brasil é superior ao de muitos países considerados desenvolvidos.¹⁴ Ressalta-se que a América Latina é a região com as mais altas taxas de mortalidade por agressões (19,9/100 mil) seguida pelo Caribe (16,3/100 mil), África (10,1/100 mil), América do Norte (5,6/100 mil), Ásia (2,1/100 mil), Oceania (1,3/100 mil) e Europa (1,2/100 mil).²⁰

Pondera-se que a elevada taxa de óbitos por eventos de intenção indeterminada encontrada neste estudo pode ter subestimado os coeficientes de mortalidade por agressões, bem como pode ter interferido nos resultados da mortalidade proporcional por tipos de causas externas.

Notaram-se diferenças no padrão de distribuição da violência contra os idosos entre as regiões brasileiras. Relata-se que as taxas de mortalidade mais elevadas foram encontradas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, o que coincide com o padrão de violência contra os idosos identificado por outros autores. Nota-se que os resultados de estudo sobre a mortalidade na população geral brasileira, ao longo de 28 anos (1980 a 2008), demonstrou que essas mesmas regiões (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) apresentaram os maiores índices de mortalidade por agressões em todo o país.⁵

Podem-se associar esses achados às desigualdades sociais acentuadas, aos baixos níveis médios de escolaridade, assim como à existência de áreas de fronteiras agrícolas com intensos conflitos por posse de terra, características comuns em regiões brasileiras menos desenvolvidas do ponto de vista socioeconômico.^{5,21}

Observou-se o predomínio da mortalidade por agressões em homens apresentado neste estudo por outros autores.^{15,20-2} Detalha-se em investigação realizada em 2013 detectou coeficiente de mortalidade por agressões (60-69 anos) de 19,5/100 mil entre idosos e de 2,6/100 mil habitantes entre as idosas. Informa-se que entre os mais longevos (70 anos ou mais), o coeficiente foi de 16,9/100

mil habitantes entre os idosos e de 2,9/100 mil habitantes entre as idosas.¹⁵

Mostra-se, em outros estudos, que existe sobremortalidade masculina para a maioria das causas de óbito e em praticamente todas as faixas de idade e que a esperança de vida ao nascer é sempre menor entre os homens.²²⁻

⁴ Concebe-se que os homens tanto morrem, quanto matam mais porque se expõem, frequentemente, a situações de acidentes e violências por conta de comportamentos reafirmadores da masculinidade que simbolizam maior poder e exigem virilidade e agressividade tornando-os paradoxalmente mais vulneráveis a óbitos precoces por agravos evitáveis.²³

Indicou-se, pela comparação dos coeficientes de mortalidade masculina por faixas de idade, a diminuição dos óbitos em faixas etárias mais avançadas. Demonstra-se, com isso, a heterogeneidade das características da população idosa já que aqueles que são mais vulneráveis aos riscos tendem a morrer em idades mais jovens e os sobreviventes tendem a ser menos vulneráveis “pressionando” os coeficientes de mortalidade dos idosos de idade avançada para valores decrescentes.²⁵

Infere-se que a arma de fogo constituiu o instrumento mais utilizado para perpetrar os óbitos, fato observado também por diversos outros autores.^{5,15,20-6} Destaca-se que um estudo demonstrou que o Brasil apresenta taxa de mortalidade por arma de fogo de 20,7/100 mil habitantes ocupando a 10ª posição entre 100 países analisados.²⁷ Relata-se que o coeficiente detectado no Brasil é muito superior ao de vários países que não registraram um único caso de óbito por arma de fogo, como o Japão, a Inglaterra, o País de Gales, Luxemburgo, Islândia e República da Coreia, e 207 vezes maior que o de países como Polônia, Alemanha, Áustria, Espanha e Dinamarca (0,1/100 mil). Frisa-se que o coeficiente de mortalidade mais elevado do estudo foi registrado em Honduras (66,6/100 mil) seguido por El Salvador (45,5/100.000) e Ilhas Virgens - Estados Unidos da América (EUA) (45,0/100 mil).

Registraram-se, em estudo realizado em Maceió, Alagoas, 625 óbitos perpetrados por arma de fogo, sendo dez casos entre homens idosos e nenhum caso de óbito por arma de fogo entre as mulheres idosas.²⁸

Inquieta-se a toda a sociedade brasileira pela larga utilização de armas de fogo e estima-se que, no Brasil, há um vasto arsenal desse tipo de instrumento em mãos da população: 15,3 milhões, sendo 6,8 registrados e 8,5 não registrados. Ressaltam-

se, dentre eles, 3,8 milhões encontram-se em mãos criminosas. Nota-se que, apesar das leis que restringem o comércio e o porte de armas de fogo, o contrabando facilitado pela incipiência da fiscalização em áreas fronteiriças permite acesso facilitado e o uso das mesmas para a perpetração dos homicídios.^{20,1}

Salienta-se que o próprio domicílio do idoso como cenário mais frequente dos óbitos por agressões condiz com os resultados apresentados no último Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS).⁹ Informa-se que em estudo realizado em Aracaju, Sergipe, evidenciou que aproximadamente 97% da violência contra idosos ocorreu no ambiente domiciliar.²⁹ Percebe-se que entre a população geral, pesquisa realizada em Itabuna, Bahia, apurou que 57,2% dos óbitos por agressões ocorreram em via pública; 20,5%, em hospital; 11,9%, em outro local e apenas 10,4% ocorreram no domicílio da vítima.²¹

Recomenda-se, pela Organização Pan-Americana da Saúde, que o setor saúde deva ajudar a buscar soluções e aplicações de medidas preventivas e de controle de todas as formas de violência contra os idosos. Discorre-se, nesse contexto, em que há a prevalência destacada de óbitos por agressões no próprio domicílio do idoso, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem um enorme potencial para construir estratégias de prevenção, detecção precoce e acompanhamento de indivíduos e famílias mais vulneráveis às situações de violência já que seus profissionais atuam rotineiramente no domicílio das pessoas idosas.³⁰

Apresentam-se algumas limitações nesta pesquisa inerentes a estudos com dados secundários. Entende-se que o SIM, apesar de ser um dos primeiros sistemas de informações implantado pelo Ministério da Saúde e apresentar melhorias ao longo do tempo seja na cobertura, seja na qualidade dos registros, pode produzir dados enviesados pelos potenciais problemas no preenchimento das Declarações de Óbito e pelo possível sub-registro de óbitos.¹⁵

CONCLUSÃO

Evidencia-se, pelos achados deste estudo, a importância da utilização dos dados sobre a mortalidade gerados pelos órgãos oficiais de atendimento à saúde tanto para dar visibilidade aos óbitos por agressões em idosos brasileiros, como para subsidiar políticas públicas de prevenção e controle da violência letal contra as pessoas idosas. Agregaram-se conhecimento à temática considerando-se a

inclusão da análise de variáveis pouco exploradas em estudos nacionais e internacionais tais como a região do óbito, a capital onde ocorreu o óbito, a faixa etária, o meio utilizado para perpetrar a agressão e o local de ocorrência do óbito.

Sugere-se a realização de outras investigações acerca da mortalidade por agressões em pessoas idosas principalmente nas regiões brasileiras que apresentaram ocorrências elevadas ao longo dos triênios analisados. Assinala-se que é relevante o desenvolvimento de novos estudos para melhor delinear a vulnerabilidade do homem idoso em relação à agressão letal.

Destaca-se, por fim, que a violência contra os idosos se configura como fenômeno sócio-histórico que afeta diretamente a saúde das vítimas, da família e da comunidade. Define-se que o combate a esse flagelo que ameaça a vida, a saúde e a felicidade de todos requer medidas que ultrapassem as ações repressivas e considerem um conjunto de ações articuladas e sistematizadas entre diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população em geral. Salientam-se que medidas de cuidados e proteção praticadas desde os níveis primários de atenção à saúde poderiam contribuir significativamente para a redução dos coeficientes de mortalidade por agressões em idosos.

REFERÊNCIAS

1. Suzman R, Beard JR, Boerma T, Chatterj S. Health in an ageing world-what do we know? *Lancet*. 2015 Feb;7(385):484-6. Doi: [10.1016/S0140-6736\(14\)61597-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61597-X)
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World population prospects the 2015 revision: key findings and advanced tables [Internet]. New York: United Nations; 2015 [cited 2018 Jan 17]. Available from: <https://esa.un.org/unpd/wpp/>
3. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde (TABNET) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2018 Jan 10]. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>
4. Bodstein A, Lima VVA, Barros AMA. The vulnerability of the elderly in disasters: the need for an effective resilience policy. *Ambient soc*. 2014 Apr/June;17(2):157-74. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-753X2014000200011>
5. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. 2011

- June;377(9781):1962-75. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60053-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60053-6)
6. Ho CS, Wong SY, Chiu MM, Ho RC. Global prevalence of elder abuse: a meta-analysis and meta-regression. *East Asian Arch Psychiatry* [Internet]. 2017 June [cited 2018 Apr 07];27(2):43-55. Available from: <http://www.easap.asia/index.php/component/k2/item/771-1703-v27n2-p43>
7. Yon Y, Miktron CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in Community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017 Feb;5(2):147-56. Doi: [10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)
8. Carmo EA, Souza TS, Nery AA, Vilela ABA, Martins Filho IE. Trend of mortality from external causes in elderly. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2017 Jan [cited 2018 May 21];11(Suppl 1):374-82. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11918>
9. Paraíba PMF, Silva MCM. Profile of violence against the elderly in the city of Recife-PE, Brazil. *Rev bras geriatr gerontol*. 2015 Apr; 18(2):295-306. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14047>
10. Garcia LP, Freitas LR, Silva GD, Höfelmann DA. Corrected estimates of femicides in Brazil, 2009 to 2011. *Rev panam salud pública* [Internet]. 2015 May [cited 2017 Oct 12];37(4-5):251-7. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/251-257/pt>
11. Tavares R, Catalan VDB, Romano PMM, Melo EM. Homicides and social vulnerability. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 Mar;21(3):923-34. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.12362015>
12. Bolsoni CC, Coelho EBS, Giehl MWC, d'Orsi E. Prevalence of violence against the elderly and associated factors - a population based study in Florianópolis, Santa Catarina. *Rev bras geriatr gerontol*. 2016 July/Aug; 19(4):671-82. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.15018>
13. Warmling D, Lindner SR, Coelho EBS. Intimate partner violence prevalence in the elderly and associated factors: systematic review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017 Sept;22(9):3111-25. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12312017>
14. Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koizumi MS. Injury among the elderly: the challenge to integrate preventive activities in public and individual levels. *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(1):97-103. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000100044>
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância

de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014 - uma análise da situação de saúde e das causas externas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2018 June 20]. Available from:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf

16. Silva EA, França LHFP. Violence against the elderly in the city of Rio de Janeiro. Estud Pesqui Psicol [Internet]. 2015 Apr [cited 2018 June 22];15(1):155-77. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a10.pdf>

17. Preis LC, Lessa G, Tourinho FSV, Santos JLG. Mortality epidemiology for external causes in the period 2004 to 2013. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2018 Mar [cited 2018 May 27];12(3):716-28. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/issue/view/2569>

18. Ramalho MOA, Frias PG, Vanderlei LCM, Macêdo VC, Lira PIC. Evaluation of the incompleteness in the filling out of death certificates of children under one year of age in the State of Pernambuco, Brazil, 1999-2011. Ciênc Saúde Coletiva. 2015 Sept;20(9):2891-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.09492014>.

19. Marro MJ, Cardoso AM, Leite IC. Desigualdades regionales en la mortalidad por diabetes mellitus y en el acceso a la salud en Argentina. Cad Saúde Pública. 2017 Oct;33(9):2-16. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00113016>

20. Souza ER, Melo AN, Silva JG, Franco SA, Alazraqui M, González-Pérez GJ. Multicentric study of deaths by homicide in Latin American countries. Ciênc Saúde Coletiva. 2012 Dec;17(12):3183-93. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200004>

21. Costa FAMM, Trindade RFC, Santos CB. Deaths from homicides: a historical series. Rev Latino-Am Enferm. 2014 Nov/Dec;22(6):1017-25. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3603.2511>

22. Melo ACM, Silva GDM, Garcia LP. Mortality from assault in young men in Brazil, 2010-2014: an ecological study. Cad Saúde Pública. 2017 Nov;33(11):1-16. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00168316>

23. Moura EC, Gomes R, Falcão MTC, Schwarz E, Neves ACM, Santos W. Gender inequalities in mortality due to external causes in Brazil, 2010. Ciênc Saúde Coletiva. 2015 Mar;20(3):779-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.11172014>

24. Camargos MCS, Gonzaga MR. Live longer and better? Estimates of healthy life expectancy in the Brazilian population. Cad Saúde Pública.

2015 July;31(7):1460-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00128914>.

25. Daniel F, Antunes A, Amaral I. Representações sociais da velhice. Aná Psicológica [Internet]. 2015 Sept [cited 2018 June 18];33(3):291-301. Available from: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/articloe/view/972/pdf>

26. Lee LK, Flegler EW, Farrell C, Avakame E, Srinivasan S, Hemenway D, et al. Firearm laws and firearm homicides: a systematic review. Jama Intern Med [Internet]. 2017 Jan [cited 2018 June 21];177(1):106-19. Doi: [10.1001/jamainternmed.2016.7051](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7051)

27. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2016: homicídios por armas de fogo no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Flacso; 2016 [cited 2018 June 23]. Available from: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf

28. Trindade RFC, Costa FAMM, Silva PPAC, Caminiti GB, Santos CB. Map of homicides by firearms: profile of the victims and the assaults. Rev Esc Enferm USP. 2015 Oct;49(5):744-55. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500006>

29. Aguiar MPC, Leite HA, Dias IM, Mattos MCT, Lima WR. Violence against the elderly: case description in the city of Aracaju, Sergipe, Brasil. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2015 Apr/June;19(2):343-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150047>

30. Santos MS, Silva JG, Branco JGO. Fighting violence under the family health strategy: challenges for health care. Rev Bras Promoç Saúde. 2017;30(2):229-38. Doi: [10.5020/18061230.2017.p229](https://doi.org/10.5020/18061230.2017.p229)

Submissão: 02/07/2018

Aceito: 05/10/2018

Publicado: 01/11/2018

Correspondência

Daniel Rodrigues Machado
Rua Opemá, 320
Bairro Centro
CEP: 36170-000 – Piraúba (MG), Brasil