

RISCO PARA VIOLÊNCIA E SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO HOSPITALAR

RENATA CLEMENTE DOS SANTOS-RODRIGUES

Doutoranda no curso de Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, renata.clemente@hotmail.com;

GLEICY KARINE NASCIMENTO DE ARAÚJO-MONTEIRO

Doutoranda no curso de Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, gleicy.kna@hotmail.com;

ANA MÁRCIA NÓBREGA DANTAS

Doutoranda no curso de Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, am_nobrega@hotmail.com;

RAFAELLA QUEIROGA SOUTO

Doutor pelo Curso de Enfermagem da Universidade de São Paulo- USP, rqs@academico.ufpb.br.

RESUMO

Objetivo: avaliar a relação entre o risco para violência, a síndrome da fragilidade e as variáveis sociodemográficas entre idosos hospitalizados. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal, realizado em dois hospitais universitários do estado da Paraíba. Período de coleta de dados foi de julho a setembro de 2019 na cidade de João Pessoa e outubro de 2019 a fevereiro de 2020 no município de Campina Grande. A população foi constituída por 323 idosos e a amostra por 114 idosos, o processo de amostragem se deu de forma não probabilística, por cota, distribuídos de forma proporcional entre os setores. Os instrumentos de coleta de dados foram: Brazil Old Age Schedule, Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test e Edmonton Frail Scale.

Resultados: houve prevalência do risco para violência entre os idosos do sexo feminino (61,4%), que reside com alguém (69,8%), com filhos (67,1%) e houve significância entre aqueles que residem com netos e o risco para violência ($p=0,04$). No tocante à síndrome da fragilidade é observado predominância entre o risco para a violência e a fragilidade grave (75,0%). O coeficiente de correlação demonstrou que existe significância estatística entre o risco para violência e o número de pessoas que residem na casa ($p=0,01$) e a fragilidade ($p<0,001$). **Conclusão:** o arranjo de moradia da pessoa idosa apresenta implicações para maiores riscos de violência na pessoa idosa, sobretudo entre aquelas que residem com filhos e netos. O risco da ocorrência da violência também se relaciona com a fragilidade na pessoa idosa, sobretudo em casos mais graves.

Palavras-chave: Risco para Violência, Idoso, Síndrome da Fragilidade, Assistência Hospitalar.

INTRODUÇÃO

Envelhecer consiste na redução da reserva funcional do indivíduo de maneira fisiológica e progressiva, entretanto, em virtude da mudança no perfil demográfico e epidemiológico, além da diminuição da reserva funcional associa-se ao envelhecimento o surgimento de doenças de caráter crônico não transmissíveis com potencial para causar sequelas na pessoa idosa, incapacitá-la para realização de atividades básicas diárias e a vulnerabilidade a violência (WHO, 2015; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O fenômeno da violência é encarado de forma multifacetada, uma vez que apresenta múltiplas faces de apresentação social, em que se deve considerar as condições ambientais, sociais, econômicas, educacionais, religiosas e de saúde do indivíduo a fim de conseguir identificar situações de risco para sua ocorrência.

No tocante à pessoa idosa, de acordo com a literatura, os fatores de risco mais comuns estão relacionados ao sexo feminino, idade mais avançada, baixa renda, ambiente familiar conflituoso, independência funcional comprometida, idosos com declínio cognitivo, isolamento social, uso de substâncias lícitas ou ilícitas e carência de apoio social (COOPER *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2020a; STOREY, 2020; PILLEMER, *et al.*, 2016).

Acrescido aos fatores acima citados, a síndrome da fragilidade também pode ser considerada como um fator de risco para violência contra pessoa idosa (VCPI), estudo desenvolvido indica que quanto maior os indicadores de fragilidade mais vulnerável a pessoa idosa se encontra para experimentar situações de violência (SANTOS *et al.*, 2020a).

Conceitua-se Síndrome da Fragilidade como uma síndrome geriátrica de caráter multidimensional e multideterminado, influenciada por eventos físicos, cognitivos, psicológico, sociais e ambientais, alteração do sistema musculoesquelético, motor e na capacidade funcional do corpo, acarretando a maior vulnerabilidade do estado do idoso, resultando em condições desfavoráveis a sua saúde. Pode-se ainda afirmar que esta síndrome é um evento inerente ao envelhecimento (ANDRADE *et al.*, 2012; MORLEY *et al.*, 2013 ; SANTOS *et al.*, 2020b).

A síndrome da fragilidade é considerada um grande problema da geriatria moderna, possui alta prevalência e está associada a

mortalidade, prolongamento da internação, incapacidades, quedas e risco de violência (SANFORD *et al.*, 2020; CHONG *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2020b). O fenótipo de fragilidade mais comumente utilizado para discussão da síndrome é o proposto por Fried *et al.* (2001), na qual define a fragilidade como um conjunto de características que resultam de relações entre o código genético do indivíduo, o meio ambiente e o seu genótipo.

Um estudo realizado no sudeste do Brasil com idosos comunitários, aponta a existência de relação entre fragilidade e a ocorrência da violência física e verbal (BELISÁRIO *et al.*, 2018). Outra pesquisa com idosos que vivem em um centro comunitário, no México, evidencia aqueles que apresentam a síndrome da fragilidade são acometidos a atos de violência (TORRES-CASTRO *et al.*, 2018).

Pesquisa desenvolvida com objetivo de identificar fatores associados à Síndrome da Fragilidade na pessoa idosa atendida em unidade de pronto atendimento observou que aqueles que são classificados como frágeis, tem 4,24 mais chances de experimentar o risco para violência (SANTOS *et al.*, 2020b). Entretanto, ao pesquisar a relação sobre a incidência do risco de violência em idosos hospitalizados com síndrome de fragilidade, observa-se uma escassez de evidências científicas, embora a fragilidade tenha se tornado um componente importante na avaliação dos idosos hospitalizados (MENG *et al.*, 2021).

Considerando o exposto, questiona-se: existe relação entre o risco para violência, a síndrome da fragilidade e as variáveis sociodemográficas entre idosos hospitalizados? Então o presente estudo teve como objetivo: avaliar a relação entre o risco para violência, a síndrome da fragilidade e as variáveis sociodemográficas entre idosos hospitalizado

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo multicêntrico, quantitativo, descritivo, de corte transversal. Foi realizado em dois hospitais universitários do estado da Paraíba: Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) vinculado a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

O período de coleta de dados foi de julho a setembro de 2019 (HULW/UFPB) e outubro de 2019 a fevereiro de 2020 (HUAL/UFCG),

sendo realizada nos seguintes setores: para o HULW/UFPB foram a clínica médica, cirúrgica, Unidade de Doenças Infectocontagiosa e Parasitárias (DIP), Ambulatório de geriatria e de Psicogeriatrics; enquanto que para o HUAL/UFCG foram a Ala A Cirúrgica, Ala B Pneumo, Ala C Clínica feminina e Ala D Clínica Masculina. A escolha desses setores se deu devido ao fato de possuírem uma maior prevalência de idosos em atendimento.

Os critérios de inclusão do estudo foram: indivíduos com 60 anos ou mais que estivessem recebendo assistência hospitalar nos setores selecionados, sendo excluídos aqueles que estavam em estágio terminal (n=23), dificuldade grave de comunicação (n=12), condições clínicas que impossibilitou a sua participação (n=10) e declínio cognitivo grave (n=1) que foi avaliado pelo entrevistador ou comunicado pela equipe do setor.

O quantitativo amostral foi realizado por meio da fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, dada por:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Em que,

z = quartil da normal padrão (1,96, quando considerado um coeficiente de confiança de 95%);

p = prevalência esperada de violência contra o idoso (p = 0,6); ou de idosos em situação de violência;

q = prevalência esperada de idosos que não são vítimas de violência (p = 1 - p = 1 - 0,6 = 0,4); que não se encontram em situação de violência; d = erro amostral (d = 0,05);

N = Número esperado total de idosos (N=1259).

A população do estudo representa a quantidade de idosos assistidos nos respectivos setores de atendimento, obtida nos meses destinados à coleta de dados do ano anterior, totalizando 774 idosos no HULW/UFPB e 485 no HUAC/UFCG. Sendo assim, o quantitativo final de idosos foi 285 participantes, sendo acrescidos 13% de perdas, constituindo um quantitativo final de 323 idosos. O processo de amostragem se deu de forma não probabilística, por cota, sendo distribuídos de forma proporcional entre os setores.

Os instrumentos de coleta de dados foram: para os dados sociodemográficos o Brazil Old Age Schedule (BOAS) (VERAS *et al.*, 1988), para

avaliar o risco para violência Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) (REICHENHEIM; PAIXÃO JR; MORAES, 2008) e Edmonton Frail Scale (EFS) para avaliação da fragilidade (NEALE *et al.*, 1991).

O BOAS é um instrumento que possibilita uma análise multidimensional da saúde do idoso, contemplando aspectos que vão desde os dados sociodemográficos à avaliação multidimensional da saúde do idoso (VERAS *et al.*, 1988). Para esse estudo, foram extraídos os dados referentes ao sexo, idade, estado conjugal, anos de estudo, saber ler e escrever, arranjo de moradia, atividade laboral e renda.

O H-S/EAST é um instrumento americano, que foi adaptado para o cenário brasileiro e contém 15 questões dicotômicas que avaliam o risco para violência que o idoso vivencia, contemplando não somente sinais específicos de violência, como também as circunstâncias correlatas. Um escore de três ou mais classifica o idoso com risco para violência (REICHENHEIM; PAIXÃO JR; MORAES, 2008).

A ESF é um instrumento que foi desenvolvido para avaliar o nível de fragilidade que esse indivíduo apresenta, contendo nove domínios que possibilitam a classificação em níveis de fragilidade de acordo com os escores pré-estabelecidos. A pontuação máxima dessa escala é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores para análise da fragilidade são: 0-4 não apresenta fragilidade, 5-6 aparentemente vulnerável, 7-8 fragilidade leve, 9-10 fragilidade moderada, 11 ou mais fragilidade grave (STORTI *et al.*, 2013).

Foram realizados treinamentos com os coletadores, com duração de quatro horas cada, a fim de capacitá-los a cumprir o rigor metodológico e preceitos éticos de uma pesquisa científica, sendo a equipe composta por 24 alunos da graduação, 9 da pós-graduação e 5 profissionais. Além disso, os protocolos foram revisados por dois integrantes habilitados para tal função.

Os dados foram tabulados em dupla entrada e analisados no SPSS, versão 26.0. A análise se deu mediante estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e inferencial (Teste Qui-quadrado de Pearson, Teste Exato de Fisher, Teste de Correlação de Spearman). O Teste Exato de Fisher foi utilizado nos casos em que o número de caselas com frequência inferior que 5 foi acima de 20%. Para todas as análises, foi utilizado o nível de significância de 5% (p -valor < 0,05).

O teste não paramétrico foi escolhido devido ao resultado do Teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov, em que a distribuição dos dados apresentou uma tendência a não normalidade, justificando a sua utilização.

O estudo integra um projeto guarda-chuva intitulado "Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB com o número de parecer 3.709.600 e do HUAL/UFCG parecer de nº 3.594.339. A fim de realizar uma avaliação de apenas um município, foi realizado um recorte para utilizar apenas os dados referentes ao HUAL/UFCG para esse estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compôs a amostra 114 idosos, do sexo feminino (n=57; 50,0%) e masculino (n=57; 50,0%), com idade entre 70 a 79 anos (n=50; 43,9%); com três anos ou menos de estudo (n=68; 59,6%), sem companheiro (n=58; 50,9%), que moram com alguém (n= 105; 92,1%). A maioria indicou residir com esposo (a) (n=61; 58,1%), com filhos (n=70; 61,4%) e não residir com netos (n=91; 79,8%). A maioria dos participantes indicaram não realizar trabalho remunerado (n=91; 79,8%) e que tem renda entre 1 e 2 salários mínimos (n=94; 82,5%).

Tabela 1 – Caracterização da amostra. Campina Grande, Paraíba, Brasil (N= 114)

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	57	50,0
Feminino	57	50,0
Idade		
60 a 69 anos	48	12,1
70 a 79 anos	50	43,9
80 ou mais	16	14,0
Anos de estudo		
Menor ou igual a 3 anos	68	59,6
4 a 11 anos	39	34,2
12 ou mais anos	7	6,1
Estado civil		
Sem companheiro (a)	58	50,9

Variável	N	%
Com companheiro (a)	56	49,1
Arranjo de moradia		
Sozinho	9	7,9
Com alguém	105	92,1
Reside com esposo (a)		
Sim	61	58,1
Não	44	41,9
Reside com filhos (as)		
Sim	70	61,4
Não	35	30,7
Reside com netos		
Sim	35	33,3
Não	70	66,7
Realiza trabalho remunerado		
Sim	23	20,2
Não	91	79,8
Renda		
Até 1 salário mínimo	12	10,5
Entre e 2 salários	94	82,5
Acima de 2 salários	8	7,0
Classificação de Fragilidade		
Sem fragilidade	43	37,7
Fragilidade Leve	16	14,0
Fragilidade Moderada	30	26,3
Fragilidade Grave	25	21,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.

À medida que os anos de vida se estendem, tendem a incidir maiores problemas de saúde, agravos e vulnerabilidades à pessoa idosa, entre eles maior risco para síndrome da fragilidade e o risco para violência. Estudo realizado na Alemanha, com 1.577 idosos evidenciou que quanto maior a idade, mais a síndrome da fragilidade é reconhecida na população idosa (ZIMMERMANN *et al*, 2021). No entanto, isto dependerá da idade subjetiva do paciente, é o que revela uma pesquisa com idosos, na qual os que possuíam uma idade subjetiva menos avançada do que a cronológica estão menos propensos a adquirir a síndrome da fragilidade (LI *et al*, 2021).

No tocante ao risco para violência, a população idosa entre 60 e 80 apresenta maior vulnerabilidade para o desfecho violento (PAIVA; TAVARES, 2015). Adiciona-se a idade a baixa escolaridade como fator de risco para VCPI (HOHENDORFF *et al.*, 2018).

A variável "arranjo de moradia" é pertinente na investigação tanto do risco de violência quanto a síndrome da fragilidade. Consta-se que há aumento do risco de violência aos idosos que moram com alguém e os idosos que moram sozinhos e sem companheiro há maior probabilidade em adquirir a síndrome (SANTOS *et al.*, 2020a; SANTOS *et al.*, 2020b).

O trabalho remunerado e a renda são variáveis importantes para verificar o risco de violência em idosos, pesquisa com amostra de 23.694 idosos colombianos, mostrou que os de baixa renda tinham probabilidade aumentada para o risco de violência (CURCIO *et al.*, 2019).

Especificamente sobre a síndrome da fragilidade, o presente estudo evidencia que a maioria dos idosos foi classificado como não frágil (n=43; 37,7%), seguido de fragilidade moderada (n=30; 26,3%), fragilidade grave (n=25; 21,9%) e fragilidade leve (n=16; 14,0%).

A observância desses dados é significativa considerando dois pontos de vista da área da saúde. O primeiro a se considerar é a possibilidade de observar que apesar da maioria dos idosos participantes da amostra do estudo serem com idade predominante entre 70 e 79 anos, a maioria foi classificado como não frágil, evidenciando assim, a importância de ações que previnam o surgimento da síndrome e então a prevenção dos desdobramentos dos seus respectivos agravos. Segundo, considerando a quantidade de idosos classificados como frágeis é necessário que profissionais da saúde observem os fatores que determinam a particularidade de cada idoso e buscar intervir nas limitações e possíveis complicações que possam vir a acometê-lo.

A tabela 2 expressa a associação entre o risco para violência e as variáveis de caracterização da amostra e a fragilidade, embora não tenha apresentado significância, é possível observar pela apresentação dos dados que o risco para violência é mais prevalente entre idosos do sexo feminino (n=35; 61,4%), com idade entre 70 e 79 anos (n=32; 64,0%), com até três anos de estudo (n=43; 64,2%), que não realiza trabalho remunerado (n=55; 61,1%), com renda entre 1 e 2 salários mínimos (n=59; 63,4%).

Os dados apresentam que o risco para violência existe de forma mais predominante entre aqueles sem companheiro (n=37; 69,8%), mas que reside com alguém (n=64; 61,5%), essa moradia não é com o esposo/companheiro (n=31;70,5%), mas o risco para violência incidiu de forma mais prevalente entre aqueles que residem com filhos (n=47; 67,1%) e o risco para violência e residir com netos apresentou significância do ponto de vista estatístico (p=0,04).

Dentro da classificação da fragilidade é observado predominância do risco para violência entre aqueles idosos classificados com fragilidade grave (n=18; 75,0%).

Tabela 2 - Associação do risco para violência e as variáveis sociodemográficas e de fragilidade. Campina Grande, Paraíba, Brasil (N= 114)

Variáveis	Risco para Violência		p-valor
	Sem N (%)	Com N (%)	
Sexo			
Masculino	22 (39,3)	34 (60,7)	0,54*
Feminino	22 (38,6)	35 (61,4)	
Idade			
60 a 69 anos	20 (42,6)	27 (57,4)	0,80*
70 a 79 anos	18 (36,0)	32 (64,0)	
80 ou mais	6 (37,5)	10 (62,5)	
Anos de estudo			
Menor ou igual a 3 anos	24 (35,8)	43 (64,2)	0,57**
4 a 11 anos	16 (41,0)	23 (59,0)	
12 ou mais anos	5 (57,1)	3 (42,9)	
Estado Civil			
Sem companheiro (a)	21 (36,2)	37 (69,8)	0,33*
Com companheiro (a)	23 (41,8)	32 (58,2)	
Arranjo de moradia			
Sozinho	4 (44,4)	5 (55,6)	0,49**
Com alguém	40 (38,5)	64 (61,5)	
Reside com esposo (a)			
Sim	27 (45,0)	3 (55,0)	0,08*
Não	13 (29,5)	31 (70,5)	
Reside com filhos (as)			
Sim	23 (32,9)	47 (67,1)	0,27*
Não	17 (50,0)	17 (50,0)	

Variáveis	Risco para Violência		p-valor
	Sem N (%)	Com N (%)	
Reside com netos			
Sim	9 (25,7)	26 (74,3)	0,04*
Não	31 (44,9)	38 (55,1)	
Realiza trabalho remunerado			
Sim	9 (39,1)	14 (60,9)	0,58*
Não	35 (38,9)	55 (61,1)	
Renda			
Até 1 salário mínimo	6 (50,0)	6 (50,0)	0,55**
Entre e 2 salários	34 (36,6)	59 (63,4)	
Acima de 2 salários	54 (50,0)	4 (50,0)	
Classificação de Fragilidade			
Sem fragilidade	21 (48,8)	22 (51,2)	0,14*
Fragilidade Leve	8 (50,0)	8 (50,0)	
Fragilidade Moderada	9 (30,0)	21 (70,0)	
Fragilidade Grave	6 (25,0)	18 (75,0)	

Nota: *Teste Qui-quadrado de Pearson; ** Teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.

Os dados apontam que os indivíduos do sexo feminino possuem um risco maior para sofrerem violência. Esse é um dado que possibilita diferentes reflexões, tais como o processo de feminização da velhice em que o número de mulheres idosas é maior, em decorrência do fato que os homens apresentam uma prevalência maior de morte por causas externas provenientes de acidentes de trânsito (SOUSA *et al.*, 2021; BRANDÃO *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2020a).

Além disso, as mulheres buscam os serviços de saúde em caráter preventivo, diferente dos homens que a procura se dá quando uma doença já se encontra instalada (BRANDÃO *et al.*, 2021). Esse fato reflete em uma maior expectativa por parte das mulheres idosas, no entanto, essa longevidade muitas vezes está relacionada a uma maior exposição a fatores como a violência, principalmente quando esses indivíduos possuem uma maior dependência do seu cuidador (SOUSA *et al.*, 2021).

O aumento da idade também é um fator que pode interferir na necessidade do idoso em precisar de apoio para executar as atividades

da vida diária, de modo que com a diminuição da independência desse indivíduo, a necessidade de terceiros reflete no aumento da vulnerabilidade do idoso a ser vítima de violência (RAPOSO *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2020). A sobrecarga de funções do cuidador impacta nessa exposição do idoso a violência, tornando-o mais propenso a realizar atos violentos (SANTOS *et al.*, 2021).

O nível de escolaridade diminuído para aqueles indivíduos que estão em maior risco de sofrer violência é um aspecto que pode influenciar também na percepção do idoso quanto a violência, devido ao fato de que este passa a compreender o ato violento como sendo proveniente da dificuldade de entender as orientações de saúde fornecidas e não conseguir realizar as condutas de forma adequada sem orientação de pessoas próximas (SANTOS *et al.*, 2020; SOUSA *et al.*, 2021).

Diante disso, o processo de naturalização da percepção da violência é reflexo da baixa denúncia por parte dos idosos, principalmente porque não ocorre a busca pelos serviços de saúde com o problema principal sendo a violência, mas sim as consequências atreladas a esse fenômeno, a depender da intensidade e frequência do ato violento (SOUSA *et al.*, 2021; ALARCON *et al.*, 2020).

O idoso que se mantém em atividade laboral se sente mais ativo e consegue se enxergar como sendo uma pessoa útil para a sociedade, entretanto, devido algumas limitações funcionais e psicológicas decorrentes do envelhecimento, o desempenho da sua função é muitas vezes comprometido (SANTOS *et al.*, 2020). Nesse sentido, o fato do idoso se aposentar e não continuar exercendo um trabalho possibilita que o tempo no ambiente domiciliar seja maior e, conseqüentemente, maior a sua exposição a violência por parte dos familiares e cuidadores (SANTOS *et al.*, 2020b).

Em diversas situações, o idoso é a pessoa da casa que recebe uma renda maior e se torna provedor da casa, aumentando a sua vulnerabilidade a violência, especificamente a violência financeira (SANTOS *et al.*, 2019). Observa-se o predomínio de situações em que os demais membros da família são as pessoas que manuseiam o dinheiro desse idoso, destinado apenas para o pagamento das despesas de casa e gastos com filhos e netos (MENEGUCCI *et al.*, 2020), sendo então considerada violência financeira.

A discussão da violência financeira se estende na utilização dos recursos da pessoa idosa por terceiros, que acaba por impactar

diretamente na sua autonomia e na utilização do seu sustento, de modo que por vezes o idoso vivencia violências somáticas como a negligência evidenciada por condições de higiene precárias, uso de roupas velhas e desnutrição (SANTOS *et al.*, 2020).

Ao correlacionar o escore do risco para violência com a fragilidade e as variáveis numéricas do estudo, verificou-se correlação significativa entre o número de residentes e o escore de fragilidade. Pode-se então compreender que quanto maior o número de pessoas que residem na casa ($p=0,01$), maior o risco para ocorrência da violência e quanto maior o escore de fragilidade, mais exposto ao risco para violência o idoso se encontra ($p<0,001$).

Tabela 3 - Correlação entre o escore do risco para violência e as variáveis numéricas do estudo. Campina Grande, Paraíba, Brasil (N= 114)

Variável	Escore do risco para violência	
	Coefficiente de correlação	p-valor*
Anos de idade	0,08	0,38
Anos de estudo	-0,12	0,17
Número de residentes na casa	0,25	0,01
Escore de fragilidade	0,29	<0,001

Nota: *Teste de Correlação de Spearman.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.

A quantidade de pessoas que reside no idoso foi observada como um fator que influencia no risco para violência que este indivíduo vivencia, uma vez que o idoso possui uma probabilidade maior de ser agredido por alguma dessas pessoas. Esse dado poderia ser positivo se todas essas pessoas assumissem responsabilidades de apoio para o idoso, diminuindo a sobrecarga do cuidador, no entanto, essa não é a realidade observada na maioria dos casos (ALVES; SERRÃO, 2018).

Uma situação que acontece comumente com o idoso no ambiente familiar é o abandono, haja vista, a família coloca o idoso para dormir em um cômodo separado e nos momentos de reunião de todos os membros o idoso permanece isolado dos demais (ROCHA *et al.*, 2018). Esse fato impacta no convívio social desse indivíduo, tornando maior a probabilidade de desenvolver transtornos mentais (SANTOS *et al.*, 2020).

No tocante à fragilidade, os dados apontaram uma maior prevalência de risco para violência entre aqueles que foram classificados com fragilidade grave, bem como uma correlação significativa do escore de fragilidade. O fato do idoso ser mais frágil demonstra que esse indivíduo é mais propenso a desenvolver outras complicações como o declínio funcional, déficit cognitivo, transtornos mentais, risco para violência e, conseqüentemente, menor qualidade de vida (BEZERRA; SAMPAIO, 2020; SANTOS *et al.*, 2020a; SANTOS *et al.*, 2020b).

A fragilidade é um aspecto que se apresenta relacionado ao risco para violência, sendo evidenciado em diferentes estudos (SANTOS *et al.*, 2020a; SANTOS *et al.*, 2020b; SANTOS *et al.*, 2018; BEZERRA; SAMPAIO, 2020). Nesse sentido, é imprescindível que seja realizada a avaliação da fragilidade de forma contínua durante a avaliação multidimensional desse indivíduo, de modo a prevenir maiores agravos para esses indivíduos (SANTOS *et al.*, 2021).

Diante desse contexto, é fundamental que os profissionais de saúde identifiquem sinais que apontem para uma maior vulnerabilidade desse indivíduo a situações de violência, bem como, implemente ações que possam minimizar os danos para os idosos que já foram vítimas de violência e evitar que outros indivíduos venham a ser.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante observação dos achados do presente estudo é possível concluir que compreender a relação de risco para violência e algumas características da população idosa, pode viabilizar a implementação de medidas de prevenção da ocorrência do desfecho violento nesta população.

A ênfase dos dados incide sobre o arranjo de moradia em que a pessoa idosa reside, que corrobora com a literatura, na qual indica que o principal ambiente de ocorrência da violência contra o idoso na sua própria residência, perpetrado por um parente. No presente estudo, o maior risco não esteve relacionado ao relacionamento conjugal e sim a residir com filhos (as) e netos (as). Cabe aos profissionais da saúde identificar essas modalidades de arranjo de moradia e permanecer atento a possíveis sinais sugestivos de violência contra a pessoa idosa, para que intervenha o mais precoce possível a fim de evitar sua ocorrência e ou minimizar seus impactos.

Por fim, pôde-se confirmar a relação entre a síndrome da fragilidade e o risco para violência na população idosa, no qual os casos mais avançados da síndrome aumentam a sua vulnerabilidade para a violência. A prevenção da ocorrência da fragilidade na pessoa idosa irá beneficiar esta população de diversas formas, incluindo a prevenção de agravos no processo de envelhecimento, especialmente na ocorrência da violência.

REFERÊNCIAS

ALARCON, M. F. S. *et al.* Percepção do idoso acerca da violência vivida. **Revista Baiana de Enfermagem**, V. 34, 2020.

ANDRADE, A.N. *et al.* Análise do conceito fragilidade em idosos. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**, V. 21, N. 4, P. 758-756, 2012.

ALVES, C. S.; SERRÃO, C. Fatores de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa: revisão sistemática. **PAJAR-Pan American Journal of Aging Research**, V. 6, N. 2, P. 58-71, 2018.

BRANDÃO, B. M. L. S. *et al.* Risco de violência e capacidade funcional de idosos hospitalizados: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, V. 55, 2021. BELISÁRIO, M. S. *et al.* Estudo transversal sobre a associação entre fragilidade e violência contra idosos comunitários no Brasil. **Revista Médica de São Paulo [online]**, V. 136, N. 1, P. 10-19, 2018.

BEZERRA, P. C. L.; SAMPAIO, C. A. Prevalência de violência e fatores associados em idosos de unidades de saúde em uma capital da Amazônia ocidental. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, V. 12, N. 8, P. e3434-e3434, 2020.

COOPER, C. *et al.* The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse. **International Psychogeriatrics**, V.21, N. 4, P. 774-78, 2009.

CHONG, E. Frailty in Hospitalized Older Adults: Comparing Different Frailty Measures in Predicting Short- and Long-term Patient Outcomes. **Journal of the American Medical Directors Association**, V.19, N.5, P. 450-57, 2018.

CURCIO, P.V.C. et al. Abuse in Colombian elderly and its association with socioeconomic conditions and functionality. **Colomb Med (Cali)**, V.50, N. 2, P.77-88, 2019.

FRIED, L.P. et al. Frailty in Older Adults: Evidence of a Phenotype. **Journal of Gerontology Medical Sciences**, V. 56, N.3, P.146-156, 2001.

LI, Y. et al. Bidirectional relationship between subjective age and frailty: a prospective cohort study. **BMC geriatrics**, V. 21, N.1. P, 395- 404.

MENEGUCCI, T. et al. Risco de violência e a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, V. 12, N. 12, P. e4600, 2020.

MENG, H.Y. et al. Frailty in elderly inpatients with cardiovascular disease: an exploration of associated factors. **Eur J Cardiovasc Nurs**, V. 28, N.8, P.735-744.

MIRANDA, G.M.D; MENDES, A.C.G; SILVA, A.L.A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**, V. 19, N. 3, P. 507-519. 2016.

MORLEY, J.E. et al. Frailty consensus: a call to action. **Journal of the American Medical Directors Association.**, V.14, N. 6, P. 392-97, 2013.

NEALE, A. V. et al. Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. **Journal of applied gerontology**, V. 10, N. 4, P. 406-18, 1991.

PAIVA, M.M, TAVARES, D.M.S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, V. 68, N.6, P. 1035-1041, 2015. PILLEMER, K. et al. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. **The Gerontologist**, V. 56, N. suppl 2, P. S194-S205, 2016.

RAPOSO, M. F. et al. Risco para violência e qualidade de vida entre idosos da comunidade: estudo transversal. **Rev Rene**, V. 22, P. 38, 2021.

ROCHA, R. C. *et al.* Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações. **Saúde em Debate**, V. 42, P. 81-94, 2018.

SANFORD, A.M. *et al.* High prevalence of geriatric syndromes in older adults. **PloS one**, V. 15, N.6, P. e0233857, 2020.

SANTOS, M. A. B. *et al.* Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 25, P. 2153-2175, 2020.

SANTOS, A. M. R. *et al.* Violência contra o idoso durante a pandemia COVID-19: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, V. 34, 2021.

SANTOS, A. M. R. *et al.* Violência financeiro-patrimonial contra idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, V. 72, P. 328-336, 2019.

SANTOS, R.C. *et al.* Frailty Syndrome: A Risk Factor Associated With Violence in Older Adults. **Journal Forensic Nursing**, V. 16, N. 3, P. 130-37, 2020a.

SANTOS, R.C. *et al.* Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos no pronto atendimento. **Acta Paul Enferm.**, V.33, eAPE20190159, P. 1-8, 2020b.

SANTOS, R. C. *et al.* Violence and frailty in the elderly. **Journal of Nursing UFPE**, V. 12, N. 8, 2018.

SOUSA, R. C. R. *et al.* Fatores associados ao risco de violência contra mulheres idosas: um estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, V. 29, 2021.

STOREY, J.E. Risk factors for elder abuse and neglect: a review of the literature. **Aggression and violent behavior**, V. 50, P. 101339, 2020.

STORTI, L.B. *et al.* Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. **Texto & Contexto-Enfermagem**, V. 22, P. 452-59, 2013.

TORRES-CASTRO, S. *et al.* Association Between Frailty and Elder Abuse in Community-Dwelling Older Adults in Mexico City. **J Am Geriatr Soc.**, V. 66, N. 9, P. 1773-78, 2018. VERAS, R. P. *et al.* Pesquisando populações idosas-A importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. **Revista de Saúde Pública**, V. 22, P. 513-18, 1988.

World Health Organization (WHO). **World report on ageing and health.** Genève: WHO; 2015. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/publications/worldreport-2015/en/>. Acesso em 15 maio 2022.

ZIMMERMANN, J. *et al.* Home environment and frailty in very old adults. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie**, V. 54, N. 2, P. S114–S119, 2021.