

# Risco de violência e síndrome da fragilidade entre idosos atendidos em serviço hospitalar

*Risk of violence and frailty syndrome among older adults treated at a hospital service*

*Riesgo de síndrome de violencia y fragilidad entre ancianos atendidos en un servicio hospitalario*

**Jefferson da Silva Soares<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4207-7191

**Ana Carolina dos Santos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-9563-1785

**Renata Clemente dos Santos-Rodrigues<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2916-6832

**Gleicy Karine Nascimento de Araújo-Monteiro<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4395-6518

**Barbara Maria Lopes da Silva Brandão<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6652-9615

**Rafaella Queiroga Souto<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7368-8497

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

## Como citar este artigo:

Soares JS, Santos AC, Santos-Rodrigues RC, Araújo-Monteiro GKN, Brandão BMLS, Souto RQ. Risk of violence and frailty syndrome among older adults treated at a hospital service.

Rev Bras Enferm. 2022;76(Suppl 2):e20220278.  
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0278pt>

## Autor Correspondente:

Rafaella Queiroga Souto  
E-mail: [rqs@academico.ufpb.br](mailto:rqs@academico.ufpb.br)



EDITOR CHEFE: Álvaro Sousa  
EDITOR ASSOCIADO: Jules Teixeira

**Submissão:** 17-05-2022

**Aprovação:** 04-11-2022

## RESUMO

**Objetivos:** avaliar a associação entre o risco de violência e a síndrome da fragilidade entre idosos hospitalizados. **Métodos:** pesquisa quantitativa, analítica e transversal, realizada com idosos em dois hospitais universitários. A coleta de dados foi realizada através dos instrumentos *Brazil Old Age Schedule*, *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* e *Edmonton Frail Scale*. Analisou-se através de estatística descritiva e estatística inferencial. **Resultados:** o risco de violência foi maior entre mulheres (68,9%), acima de 70 anos (64,7%), com mais de 3 anos de estudo (68,9%), sem relacionamento (67,1%), que não trabalham (65,1%) e com renda superior a 1 salário mínimo (65,2%). Existe associação significativa entre o risco de violência e fragilidade (72,3%;  $p < 0,001$ ) e correlação positiva entre os escores dos instrumentos ( $r = 0,350$ ;  $p < 0,001$ ). **Conclusões:** o risco de violência se associou com o gênero feminino e a fragilidade. Espera-se que o estudo fomente maiores discussões relacionadas à temática e à prática da enfermagem.

**Descritores:** Abuso de Idosos; Violência; Idoso; Enfermagem Geriátrica; Fragilidade.

## ABSTRACT

**Objectives:** to assess the association between risk of violence and frailty syndrome among hospitalized older adults. **Methods:** quantitative, analytical and cross-sectional research, carried out with older adults in two university hospitals. Data collection was performed using the *Brazil Old Age Schedule*, *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* and *Edmonton Frail Scale* instruments. It was analyzed using descriptive statistics and inferential statistics. **Results:** risk of violence was higher among women (68.9%), over 70 years old (64.7%), with more than 3 years of study (68.9%), without relationship (67.1%), who do not work (65.1%) and with income above 1 minimum wage (65.2%). There is a significant association between risk of violence and frailty (72.3%;  $p < 0.001$ ) and a positive correlation between the instrument scores ( $r = 0.350$ ;  $p < 0.001$ ). **Conclusions:** risk of violence was associated with being female and frailty. The study is expected to encourage further discussions related to the theme and nursing practice.

**Descriptors:** Elder Abuse; Violence; Aged; Geriatric Nursing; Frailty.

## RESUMEN

**Objetivos:** evaluar la asociación entre el riesgo de violencia y el síndrome de fragilidad entre ancianos hospitalizados. **Métodos:** investigación cuantitativa, analítica y transversal, realizada con ancianos en dos hospitales universitarios. La recolección de datos se realizó utilizando los instrumentos *Brazil Old Age Schedule*, *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* y *Edmonton Frail Scale*. Se analizó mediante estadística descriptiva y estadística inferencial. **Resultados:** el riesgo de violencia fue mayor entre las mujeres (68,9%), mayores de 70 años (64,7%), con más de 3 años de estudio (68,9%), sin relación (67,1%), que no trabajan (65,1%) y con renta superior a 1 salario mínimo (65,2%). Existe asociación significativa entre riesgo de violencia y fragilidad (72,3%;  $p < 0,001$ ) y correlación positiva entre los puntajes del instrumento ( $r = 0,350$ ;  $p < 0,001$ ). **Conclusiones:** el riesgo de violencia se asoció con el género femenino y la fragilidad. Se espera que el estudio fomente más discusiones relacionadas con el tema y la práctica de enfermería.

**Descritores:** Abuso de Ancianos; Violencia; Anciano; Enfermería Geriátrica; Fragilidad.

## INTRODUÇÃO

A população mundial segue em ritmo crescente de envelhecimento, e a perspectiva é de que a população idosa alcance o quantitativo de 2 bilhões em 2050. Estima-se que, na atualidade, mais de 125 milhões de pessoas tenham 80 anos ou mais. Essas mudanças impactam a conjuntura sociodemográfica e demandam do Estado e da sociedade adaptações<sup>(1)</sup>.

O envelhecimento pode ser considerado um processo que depende das influências bioquímicas e sociais de cada indivíduo e, por vezes, são consequência do estilo de vida adotado durante toda a vida, das relações sociais e do acesso a serviços de educação e saúde. A depender de como ocorre esse processo, a pessoa idosa pode se torna dependente, tendo como consequência o desenvolvimento de síndromes globais, como a síndrome da fragilidade<sup>(2)</sup>.

O processo de envelhecimento está intimamente relacionado com a síndrome da fragilidade. Pode-se entender como resultado do declínio gradual das funções fisiológicas, ressaltando o decréscimo nos sistemas imunológico, muscular e neuroendócrino. A síndrome da fragilidade é condição multicausal, ligada à síndrome geriátrica, caracterizada pela baixa capacidade de homeostase e redução da força muscular, resultando na maior propensão a quedas, fragilidade óssea, desnutrição, entre outros resultados adversos<sup>(2-3)</sup>.

A perda da independência dos idosos está atrelada ao decréscimo da capacidade funcional e cognitiva, fazendo com que precisem de auxílio para realizar as atividades básicas do cotidiano. Essa maior dependência, muitas vezes, é suprida pelos familiares, porém algumas famílias não conseguem lidar com todas as necessidades exigidas, principalmente quando são específicas a uma patologia ou procedimento. Assim, por vezes, a internação em uma instituição hospitalar é vista de forma positiva pela família<sup>(4)</sup>.

Entretanto, devem-se considerar pontos negativos nas internações. O isolamento, a adaptação da rotina, condições precárias de muitas instituições e carência de instrução dos profissionais podem expor o idoso a um risco maior de violência. O risco de violência pode estar relacionado com a vulnerabilidade física e emocional, a qual muitos se encontram, pois a agressão não é unicamente física, mas também psicológica, ou mesmo em omissão de cuidados, de forma que traga prejuízos aos idosos<sup>(4-5)</sup>.

O ato de violência, único ou repetido, pode ser classificado em violência psicológica, autonegligência, negligência, violência financeira, violência sexual e abandono. Ainda, podem-se ressaltar categorias que levam em consideração o ambiente a qual estão inseridos, como maltrato institucional, doméstico ou simbólico. Qualquer que seja o tipo de violência, esse ato fere a dignidade humana, deixando impactos na saúde física e psicológica<sup>(6-7)</sup>.

A violência é um problema global que transpassa o ato físico, podendo ser classificada como física, psicológica, financeira, sexual, além da omissão e abdicação. A violência é um ato que fere a dignidade humana e impacta negativamente a saúde física e mental do indivíduo. O agressor, na maioria das vezes, aproveita-se da fragilidade do idoso para impor sua vontade. Ressalta-se, ainda, que a própria violência pode se configurar um fator que determina a fragilidade do idoso<sup>(7-8)</sup>.

A fragilidade é classificada a partir de eixos que levam em consideração, de forma geral, o estado físico, psicológico e social do idoso; logo, o decréscimo nesses aspectos pode aproximar o idoso de um estado considerado de fragilidade. Esse estado leva à vulnerabilidade e, conseqüentemente, maior exposição ao risco de violência, podendo ser vista como um próprio agravante à síndrome da fragilidade, pois o risco ou mesmo o ato traz conseqüências psicológicas, podendo refletir na parte física<sup>(2,8-9)</sup>.

A exposição ao risco de violência, aliado a problemas de saúde e afastamento do convívio de familiares e amigos, pode interferir negativamente na qualidade de vida dos idosos e, por consequência, intensificar o processo de fragilização. Entretanto, ressalta-se a escassez de pesquisas que relacionem risco de violência e síndrome da fragilidade em idosos em hospitalizados<sup>(4,7)</sup>.

Dados mostraram que um em cada seis idosos já sofreu algum tipo de violência e que essa taxa pode ser ainda maior em idosos que estão em instituições, fazendo com o ambiente hospitalar seja um local adequado para avaliar o risco de violência, uma vez que muitos idosos, devido à vulnerabilidade e susceptibilidade para o desenvolvimento de comorbidades e agravamento destas, necessitam de internação para suprir suas demandas de saúde, sendo crucial que os profissionais de saúde estejam alertas e capacitados para avaliar e cuidar dos idosos para além da patologia<sup>(10-11)</sup>.

Portanto, diante da escassez de literatura que avalie conjuntamente risco de violência e síndrome da fragilidade, salienta-se a necessidade do estímulo de pesquisas para que se possa fomentar a criação e implantação de legislações acerca dessa temática. Além disso, é chamada atenção da enfermagem para essas condições, que representam uma queda substancial no bem-estar, possibilitando maior chance de óbito. A detecção precoce e a realização de ações referentes ao risco de violência são de suma importância, pois podem atender ações de risco à integridade da pessoa idosa.

## OBJETIVOS

Analisar a associação entre o risco de violência e a síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB) e do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC/UFCG). Os idosos foram convidados a participar e receberam orientação, consentindo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas as recomendações e princípios éticos previstos em pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitados e seguidos de acordo com a Resolução nº 466/2012, estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde.

### Desenho, período e local do estudo

Estudo multicêntrico, com abordagem quantitativa, analítico, do tipo transversal, guiado pela ferramenta *STrengthening the*

*Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE). A pesquisa foi realizada no HULW/UFPB e no HUAC/UFCG, ambos na Paraíba. A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2019 no HULW/UFPB e outubro de 2019 a fevereiro de 2020 no HUAC/UFCG.

A coleta foi desenvolvida em alguns setores dos hospitais, a saber: no HULW/UFPB, no ambulatório de geriatria e clínica cirúrgica, clínica médica e unidade de doença infecto-contagiosa e parasitárias (DIP); no HUAC/UFCG, na Ala A Cirúrgica, Ala B Pneumo, Ala C Clínica Feminina, Ala D Clínica Masculina. A Unidade de Terapia Intensiva foi excluída devido à complexidade do atendimento.

### População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

A equação de cálculo de amostra para estudo de população finita determinou o tamanho da amostra. O quantitativo de participantes se baseou no cálculo amostral, que levou em conta o número de idosos admitidos e atendidos no mesmo período do ano de 2018. Foi adotado o nível de confiança de 95% e frequência de violência na população idosa de 60%, com base na prevalência de violência contra pessoa idosa. No entanto, por a pesquisa incluir os idosos em risco para a violência, essa prevalência foi estimada em 60%<sup>(9)</sup>.

Assim, a amostra teve composição de 285, dos quais 193 idosos eram do HULW/UFPB e 120 eram do HUAC/UFCG. Levando em consideração possíveis perdas, acrescentou-se 10%, totalizando 323 idosos na amostra final. Foi utilizada a amostragem não probabilística, por cota, sendo os idosos distribuídos proporcionalmente entre os setores incluídos.

Foram incluídos os indivíduos com 60 anos ou mais assistidos pelos serviços hospitalares supramencionados, não levando em consideração a causa da internação. Foram excluídos aqueles em estágio terminal (n=23), dificuldade grave em comunicar-se (n=12), condições clínicas que impedissem a participação (n=10) ou déficit cognitivo grave (n=1), sendo esse último avaliado pelo pesquisador ou informado pelos profissionais do setor.

### Protocolo do estudo

Os dados sociodemográficos foram coletados através de um recorte do *Brazil Old Age Schedule* (BOAS), no qual selecionaram-se as variáveis: alfabetização estado conjugal, idade, renda salarial, sexo e trabalhando atualmente<sup>(12)</sup>. O risco de violência foi avaliado pelo *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST)<sup>(13)</sup>, e a síndrome da fragilidade, pela *Edmonton Frail Scale* (EFS)<sup>(14)</sup>.

O H-S/EAST é um instrumento americano adaptado transculturalmente para o português do Brasil. Com 15 itens, o instrumento atribui um ponto para respostas afirmativas, com exceção dos itens 1, 6, 12 e 14, que pontuam por negativas. O instrumento avalia o risco de violência psicológica e física, violação de direitos pessoais, isolamento ou violência financeira. Na avaliação do escore total do instrumento, foi adotado um ponto de corte de três, classificando um escore acima de três para risco de sofrer violência.

A EFS se propõe a analisar o nível de fragilidade do indivíduo. A classificação acontece de acordo com a pontuação do escore pré-estabelecido, sendo os níveis denominados como sem

fragilidade e com fragilidade. As pontuações de zero a seis são classificadas como sem fragilidade; maior que seis classificam como frágil.

Adotou-se como variáveis independentes dados referentes a situação sociodemográfica (sexo, trabalhando atualmente idade, escolaridade, estado civil e renda) e de fragilidade. A variável dependente estudada foi o risco de violência.

### Análise dos resultados e estatística

Os dados foram digitalizados e analisados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. Para o tratamento dos dados, foram realizadas frequência absoluta e relativa para descrição, e Teste Qui-Quadrado de Pearson, Teste Exato de Fisher, Teste de Correlação de Spearman e modelo de regressão logística múltipla para análise inferencial. Para os casos com caselas com frequência menor que 5 (maior que 20%), foi usado o Teste Exato de Fisher.

O teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov determinou que as variáveis não apresentaram tendência à distribuição normal, portanto, o teste não paramétrico foi utilizado. O nível de significância de 5% (p<0,05) foi adotado para todas as análises.

Para o modelo de regressão múltipla, foram inseridas as variáveis que apresentaram p-valor <0,2 na análise de associação dos domínios de fragilidade com o risco de violência. O método utilizado no modelo foi o hierárquico, em que o maior p-valor que não estava dentro do nível de significância foi removido até que todos estivessem de acordo com esse nível. O critério para permanecer no modelo final foi apresentar o p-valor <0,05.

### RESULTADOS

O estudo teve composição amostral de 323 pessoas idosas com idade mínima de 60 e máxima de 93 anos, com média de 70,82 anos e desvio padrão de 7,66. Quanto à variável idade, foi analisada de forma dicotomizada, levando em consideração a mediana, observando-se que 52,6% (n=170) idosos tinham entre 60 e 70 anos.

Em relação ao sexo, houve prevalência entre mulheres (n=196; 60,7%), que sabiam ler e escrever (n=219; 67,8%) e (n=204; 63,4%) que estudaram mais de 3 anos. Nota-se que 51,7% (n=167) estavam em um relacionamento, 78,3% (n=253) não realizavam trabalho remunerado e 57,9% (n=187) ganhavam em média um salário mínimo.

A Tabela 1 demonstra a associação entre o risco de violência e as variáveis sociodemográficas, em que se observa que houve associação significativa entre o risco de violência e o sexo feminino (p=0,004) e prevalência do risco entre idosos com idade mais avançada (n=99; 64,7%), que não sabem ler e escrever (n=71; 68,9%), sem relacionamento (n=104; 67,1%), sem atividade remunerada (n=164; 65,1%) e com renda acima de 1 salário mínimo (n=88; 65,2%).

Avaliou-se a associação entre as variáveis sociodemográficas e o risco de violência entre idosos. A pontuação do H-S/EAST determinou as categorias "com risco" e "sem risco" de violência. A Tabela 1 demonstra uma associação estatisticamente significativa entre risco de violência e sexo feminino (p=0,004).

**Tabela 1** - Associação do risco de violência e dados sociodemográficos, João Pessoa/Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019-2020 (N=323)

Variáveis	Risco de violência		Valor de p
	Com n (%)	Sem n (%)	
Sexo			
Masculino	67 (53,2%)	59 (46,8%)	0,004
Feminino	135 (68,9%)	61 (31,1%)	
Idade			
Até 70 anos	103 (60,9%)	66 (39,1%)	0,486
Acima de 70 anos	99 (64,7%)	54 (35,3%)	
Sabe ler e escrever			
Sim	131 (59,8%)	88 (40,2%)	0,115
Não	71 (68,9%)	32 (31,1)	
Anos de estudo			
Abaixo ou igual a 3	78 (67,2)	38 (32,8)	0,216
Acima de 3	71 (68,9)	32 (31,1)	
Estado civil			
Sem relacionamento	104 (67,1)	51 (32,9)	0,109
Com relacionamento	97 (58,4)	69 (41,6)	
Atividade remunerada			
Sim	38 (54,3)	32 (45,7)	0,098
Não	164 (65,1)	88 (34,9)	
Renda			
Até 1 salário	114 (61,0)	73 (39,0)	0,439
Acima de 1 salário	88 (65,2)	47 (34,8)	

\*Teste Qui-Quadrado de Pearson.

A Tabela 2 expressa a associação entre o risco de violência e os domínios de fragilidade por meio da EFS, na qual é possível constatar significância do ponto de vista estatístico do risco com o estado geral de saúde ( $p=0,038$ ), independência funcional ( $p=0,024$ ), suporte social ( $p=0,001$ ), esquecer de tomar medicamentos ( $p<0,001$ ), humor ( $p<0,001$ ) e continência ( $p=0,040$ ). No tocante à síndrome da fragilidade, também houve significância estatística entre o risco de violência e a classificação da fragilidade ( $p<0,001$ ).

Todas as variáveis que possuíram  $p$ -valor  $<0,2$  dentro dos domínios da EFS foram incluídas no modelo de regressão, como cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, esquecer de tomar os medicamentos, humor, continência, desempenho funcional e síndrome da fragilidade. Entretanto, apenas as facetas de suporte social, humor, medicamentos e desempenho funcional permaneceram no modelo final.

É possível inferir que idosos sem suporte social têm 2,89 mais probabilidades de apresentar risco de violência e 5,05 entre idosos que se sentem deprimidos e tristes. Esquecer de utilizar os medicamentos possui 2,24 mais possibilidades de risco de violência, e aqueles com desempenho funcional mais lentificado, 1,40 vezes.

**Tabela 2** - Associação do risco de violência e as dimensões da *Edmonton Frail Scale* dos participantes, João Pessoa/Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019-2020

Domínio de EFS	Risco de violência		Valor de p*
	Com n (%)	Sem n (%)	
Cognição (TRD)			
Aprovado	24 (49,0)	25 (51,0)	0,066
Reprovado com erros mínimos	27 (42,9)	36 (57,1)	
Reprovado com erros significantes	69 (32,9)	141 (67,1)	
Estado geral de saúde (autorrelatado)			
Bom	105 (39,8)	159 (60,2)	0,038
Ruim	15 (26,3)	42 (73,7)	
Independência funcional			
Não	89 (41,2)	127 (58,8)	0,024
Sim	31 (29,2)	75 (70,8)	
Suporte social (tem com quem contar quando precisa de ajuda?)			
Sempre	112 (41,5)	158 (58,5)	<b>0,001**</b>
Algumas vezes	7 (16,3)	36 (83,7)	
Nunca	1 (11,1)	202 (62,7)	
Medicamentos			
Usa de cinco ou mais medicamentos?			
Não	124 (60,8)	80 (39,2)	0,203*
Sim	78 (66,1)	40 (33,9)	
Algumas vezes você esquece de tomar seus remédios?			
Não	86 (53,1)	76 (43,9)	<b>&lt;0,001</b>
Sim	116 (72,5)	44 (27,5)	
Nutrição (perda de peso)			
Não	54 (37,5)	90 (62,5)	0,515*
Sim	66 (37,1)	112 (62,9)	
Humor (sentir-se triste ou deprimido)			
Não	96 (53,3)	84 (46,7)	<b>&lt;0,001</b>
Sim	24 (16,9)	118 (83,1)	
Continência (perda de urina)			
Sim	44 (30,6)	100 (69,4)	0,017*
Não	76 (42,7)	102 (57,3)	
Desempenho funcional			
0 a 10 segundos	44 (41,5)	62 (58,5)	0,040*
11 a 20 segundos	44 (43,1)	58 (56,9)	
Mais de 20 segundos	32 (28,1)	82 (71,9)	
Síndrome da fragilidade			
Sem fragilidade	68 (54,0)	58 (46,0)	<b>&lt;0,001</b>
Com fragilidade	52 (26,5)	144 (73,5)	

EFS - Edmonton Frail Scale; H-S/EAST - Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test; \* Teste Qui-Quadrado de Pearson; \*\* Teste Exato de Fisher; TRD - Teste do Desenho do Relógio.

**Tabela 3** – Modelo de regressão múltipla de associação do risco de violência e as dimensões da *Edmonton Frail Scale* dos participantes, João Pessoa/ Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019-2020

Domínios EFS	Risco de violência		
	OR	IC	Valor de p*
Suporte social			
Sempre	-	-	-
Algumas vezes	-	-	-
Nunca	2,89	1,37 – 6,08	0,005
Humor			
Não	-	-	-
Sim	5,05	2,93 – 8,72	0,000
Medicamentos			
Não	-	-	-
Sim	2,24	1,35 – 3,73	0,002
Desempenho funcional			
0 a 10 segundos	-	-	-
11 a 20 segundos	-	-	-
Mais de 20 segundos	1,40	1,02 – 1,91	0,035

EFS - *Edmonton Frail Scale*; H-S/EAST - *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*; R<sup>2</sup>=0,26; OR - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança; \*Significância do teste.

**Tabela 4** - Correlação da fragilidade com risco de violência, João Pessoa/ Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019-2020

Variáveis	Escore H-S/EAST	
	Coefficiente de correlação	Valor de p*
Escore da EFS	0,350	<0,001

EFS - *Edmonton Frail Scale*; H-S/EAST - *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*; \*Teste de Correlação de Spearman.

A análise de correlação entre a pontuação total de EFS e H-S/EAST demonstra uma correlação positiva entre a pontuação total EFS e H-S/EAST, permitindo dizer que um escore aumenta na medida que o outro também aumenta. Essa correlação apresentou significância sob o ponto de vista estatístico (p-valor<0,001).

## DISCUSSÃO

A carência na literatura de pesquisas que relacionem risco de violência e fragilidade entre as pessoas idosas dificultou a formação de uma base teórica que possibilitasse a comparação de dados. Dessa forma, apesar deste estudo ser multicêntrico, a escassez de estudos do mesmo tema dificultou a generalização dos resultados.

Neste estudo, a prevalência do risco de violência na população feminina demonstrou associação significativa (p=0,004), o que converge com a literatura<sup>(15-16)</sup>, que justifica essa condição através da maior longevidade entre as mulheres<sup>(17-18)</sup>. Viver mais também representa uma exposição maior às consequências do envelhecimento, representado pelo declínio funcional e, assim, maior dependência nas atividades do cotidiano, o que as tornam mais vulneráveis a sofrer violência<sup>(19-20)</sup>.

Com relação à faixa etária e escolaridade, houve a prevalência do risco de violência foi entre os idosos mais velhos e com mais de 3 anos de estudo, podendo ser justificado, respectivamente, pelo declínio das funções motoras e cognitivas, aumentando a fragilidade e tornando o idoso mais dependente e vulnerável à ação de potenciais agressores<sup>(21-23)</sup>. Através da alfabetização e da educação em saúde, os idosos passam a ter acesso a informações sobre seus direitos, o que torna as denúncias de violência mais recorrentes<sup>(24)</sup>.

Os dados relativos ao estado civil e atividade laboral demonstram que há predominância do risco de violência nos idosos sem relacionamento e sem a atuação em trabalho remunerado, onde a falta de um companheiro e de relações sociais pode trazer a sensação de isolamento, o que impacta a saúde mental do indivíduo. Idosos que não se mantêm ativos são mais frágeis e vulneráveis ao risco de violência<sup>(21,25-26)</sup>. No quesito de renda, houve maior risco entre aqueles que recebiam acima de 1 salário, o que nos remete a um dos tipos de violência mais frequente, a financeira, na qual os agressores tendem a abusar dos idosos com maior renda<sup>(8,23)</sup>.

Verificou-se associação significativa (<0,001) entre as variáveis risco de violência e síndrome da fragilidade, sendo observado que os idosos considerados afetados pela fragilidade são mais propensos à violência. É válido salientar que a EFS avalia o nível de fragilidade, ao considerar a relação entre nove domínios, distribuídos entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Dessa forma, quanto mais afetado o indivíduo, mais vulnerável ele será e, por sua vez, mais propenso à violência<sup>(2,27)</sup>.

Na relação entre as variáveis fragilidade e risco de violência, pode-se reconhecer a vulnerabilidade como um ponto em comum entre indivíduos frágeis e os propensos à violência. À medida que se aumenta o nível de vulnerabilidade do idoso, maior é a possibilidade do mesmo ser afetado por diferentes tipos de violência, sobretudo nas instituições de saúde. A fragilidade é uma síndrome caracterizada por efeitos graduais e cumulativos em diversos sistemas<sup>(28-29)</sup>.

O processo do envelhecimento impacta aspectos funcionais, como decréscimo de massa muscular, afetando o nível de atividade e, posteriormente, a independência funcional ou a perda progressiva da cognição. No entanto, essas características podem ser consequências da influência de fatores externos, como a negligência, que pode agravar o estado geral de saúde, ou o isolamento social, considerando a falta de convívio ou rejeição por parte dos familiares e amigos. Tais aspectos podem aumentar a vulnerabilidade e, conseqüentemente, a probabilidade de esses idosos serem vítimas de violência<sup>(3,29)</sup>.

O risco de violência demonstrou associação com as facetas da fragilidade. Como destaque, temos o baixo apoio social, o humor deprimido, esquecer de tomar as medicações e o baixo desempenho funcional. Nesse viés, podemos perceber que idosos que se isolam ou são isolados, que são deprimidos, que usam medicações controladas e que têm um comprometimento na execução de suas atividades diárias são mais vulneráveis, visto que esses aspectos influenciam negativamente na saúde física e mental desses, aumentando a fragilidade e a probabilidade de sofrer algum tipo de violência<sup>(29-31)</sup>.

O baixo apoio social, ou seja, a falta de ter com quem contar, conversar ou resolver problemas, que são aspectos essenciais para conquistar e manter uma rede de apoio que contribui positivamente para o bem-estar psicológico e social, predispõe o idoso ao isolamento social e, conseqüentemente, à fragilidade, podendo ser também em decorrência da própria violência sofrida. A partir desse cenário, o idoso se torna mais suscetível a desenvolver sentimentos de angústia e tristeza que, por sua vez, incluem-se em fatores que aumentam a vulnerabilidade e o risco de sofrer violência<sup>(23,30,32-33)</sup>.

Já em relação ao esquecimento de tomar as medicações, percebe-se uma tendência, ao avançar da idade, à perda de memória, fazendo com que idosos que não tomam as medicações de forma correta comprometam ainda mais sua saúde, em detrimento do agravamento das doenças que, geralmente, são acometidos. Esse aspecto repercute diretamente na diminuição do desempenho funcional, favorecendo o desenvolvimento da dependência do idoso ao realizar suas atividades diárias. Estudos mostram que, quanto maior a dependência do idoso, maior o desenvolvimento da fragilidade e, consequentemente, o risco de violência ou a própria violência<sup>(29,34-36)</sup>.

Foi analisada, também, a relação das variáveis risco de violência e síndrome da fragilidade, a qual demonstrou uma correlação estatisticamente significativa. Apesar de a correlação ser considerada baixa, é viável refletir as implicações desse resultado. Os dados demonstram que há uma dependência entre as variáveis, ou seja, à medida que o nível de fragilidade aumenta, o risco de violência também aumenta, da mesma forma acontece se considerarmos o inverso.

Os achados do estudo demonstram que a síndrome da fragilidade está relacionada com o risco de violência. Com base nessa perspectiva, entende-se que a fragilidade em idoso pode ser consequência da qualidade de vida, assim como o contexto socioeconômico no qual está inserido. Portanto, este estudo ressalta a necessidade de intervenções, principalmente na Atenção Básica, a fim de antecipar fatores que determinam a fragilidade e estabelecimento do bem-estar. Ainda, salienta-se a importância da observação de sinais de violência ou de risco, tendo em vista a correlação entre fragilidade e risco de violência.

### Limitações do estudo

Destacam-se as poucas opções de instrumentos validados e adaptados para realidade de diferentes tipos de violência contra a pessoa idosa no Brasil, além da escassez de literatura que aborde a atuação da enfermagem forense sobre essa temática.

### Contribuições para as áreas da enfermagem, saúde, ou políticas públicas

Esta pesquisa, através de seus resultados, contribui para o fortalecimento de uma base teórica sobre os maus-tratos contra a

pessoa idosa, favorecendo o desenvolvimento da ação preventiva na assistência. Ademais, os profissionais de enfermagem podem, através de uma abordagem integral do indivíduo, atuar sobre os domínios cognitivos, funcionais e aspectos sociais, ao reconhecer, antecipar ou romper situações de violências. Assim, este estudo fomenta as pesquisas de enfermagem forense e representa subsídios para assistência baseada em evidências.

### CONCLUSÕES

Os resultados encontrados nesta pesquisa evidenciaram uma relação de associação entre as variáveis risco de violência e síndrome da fragilidade, principalmente entre pessoas idosas mais dependentes funcionalmente e socialmente. As variáveis são diretamente proporcionais ao risco de violência, isto é, quanto mais frágil o indivíduo, maior a possibilidade de ocorrer situações de violência. As variáveis são diretamente proporcionais ao risco de violência, isto é, quanto mais frágil o idoso, maior o risco de sofrer violência. Nesse sentido, percebe-se que quanto mais o idoso for vulnerável, caracterizado, por exemplo, pelos aspectos de ser do sexo feminino, ter idade mais avançada, apresentar declínio cognitivo, ser dependente, com baixo apoio social e desempenho funcional, mais propenso à fragilidade e, logo, a sofrer algum tipo de violência.

### FOMENTO

Este estudo vinculado ao projeto universal intitulado "Instrumentalização da Enfermagem no cuidado ao Idoso Hospitalizado", sob o número 3.709.600, recebendo financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Aviso Universal nº 2 8/2018, Processo nº 424604-2018-3.

### CONTRIBUIÇÕES

Santos RC, Araújo-Monteiro GKN e Souto RQ contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Soares JS, Santos AC e Santos RC contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Soares JS, Santos AC, Santos RC, Araújo-Monteiro GKN, Brandão BMLS e Souto RQ contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

### REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Dengue [Internet]. OPAS/OMS. 2019 [cited 2022 Mar 11]. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/dengue>
2. Cabral JF, Silva AMC, Mattos IE, Neves AQ, Luz LL, Ferreira DB, et al. Vulnerability and associated factors among older people using the Family Health Strategy. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(9):3227–36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.22962017>
3. Fhon JRS, Rodrigues RAP, Santos JLF, Diniz MA, Santos EB, Almeida VC, et al. Factors associated with frailty in older adults: a longitudinal study. *Rev Saude Publica*. 2018;52:74. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000497>
4. Lini EV, Portella MR, Doring M. Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):1004–14. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>
5. Oliveira KSM, Carvalho FPB, Oliveira LC, Simpson CA, Silva FTL, Martins AGC. Violence against the elderly: the conceptions of nursing professionals regarding detection and prevention. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e57462. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>

6. World Health Organization (WHO). The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse [Internet]. World Health Organization Geneva. 2002 [cited 2022 Mar 11]; Available from: [https://www.who.int/ageing/publications/toronto\\_declaration/en/](https://www.who.int/ageing/publications/toronto_declaration/en/)
7. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violence against the Brazilian elderly: an analysis of hospitalizations. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 2):777-85. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139>
8. Santos RC, Menezes RMDP, Souto RQ, Araújo GKN, Marcolino EDC, Soares MCDS, et al. Frailty Syndrome: a risk factor associated with violence in older adults. *J Forensic Nurs.* 2020;16(3):130-7. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000295>
9. 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;19(4):671-82. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150184>
10. Organização das Nações Unidas (ONU). Um em cada seis idosos é vítima de abuso. *ONU News* [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 12]. Available from: <https://news.un.org/pt/story/2019/06/1676481>
11. Melo-Silva AM, Mambriini JVM, Souza Junior PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 18];52. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.201805200639>
12. Veras RP, Souza CA, Milioli RFCR, Silva SD. Research into elderly populations: the importance of the instrument and the training of the team: a methodological contribution. *Rev Saude Publica* [Internet]. 1988 [cited 2022 Mar 11];22(6):513-8. Available from: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/DctgCPMVpGh4S8NKdzF4sCd/?lang=pt>
13. Reichenheim ME, Paixão CM, Moraes CL. Portuguese (Brazil) cross-cultural adaptation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) used to identify risk of violence against the elderly. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 [cited 2022 Mar 11];24(8):1801-13. Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/PsXtDRnx79JSgrgctWcbgFm/?lang=pt>
14. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* [Internet]. 2006 [cited 2022 Mar 11];35(5):526-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16757522/>
15. Alves CS, Serrão C. Risk factors for the occurrence of violence against the elderly: a systematic review. *PAJAR - Pan-American J Aging Res.* 2018;6(2):58. <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2018.2.29964>
16. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist* [Internet]. 2016 [cited 2022 Mar 11];56(Suppl 2):S194-205. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26994260/>
17. Lopes EDS, Ferreira ÁG, Pires CG, Moraes MCS, D'Elboux MJ. Elder abuse in Brazil: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018;21(5):628-38. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180062>
18. Rodrigues RAP, Monteiro EA, Santos AMR, Ponte MLF, Fhon JRS, Bolina AF, et al. Older adults abuse in three Brazilian cities. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(4):783-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0114>
19. Ho CSH, Wong SY, Chiu MM, Ho RCM. Global prevalence of elder abuse: a meta-analysis and meta-regression. *East Asian Arch Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 11];27(2):43-55. Available from: <https://europepmc.org/article/med/28652497>
20. Lima IVS, Palmeira CS, Macedo TTS. Violence against the elderly in the Northeast region of Brazil from 2012 to 2018. *Rev Enferm Contemp.* 2021;10(2):252-261. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i2.3865>
21. Silva GCN, Almeida VL, Brito TRP, Godinho MLSC, Nogueira DA, Chini LT. Violence Against Elderly People: a documentary analysis. *Aquichan.* 2018;18(4):449-60. Available from: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.7>
22. Rodrigues RAP, Fhon JRS, Pontes MLF, Silva AO, Haas VJ, Santos JLF. Frailty syndrome among elderly and associated factors: comparison of two cities. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2018;26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2897.3100>
23. Barros RLM, Leal MCC, Marques APO, Lins MEM. Domestic violence against elderly people assisted in primary care. *Saúde Debate.* 2019;43(122):793-804. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912211>
24. Sousa RCR, Araújo GKN, Souto RQ, Santos RC, Santos RDC, Almeida LR. Factors associated with the risk of violence against older adult women: a cross-sectional study. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2021;29:e3394. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4039.3394>
25. Moura LBA, Noronha VMAS, Vieira ABD, Faustino AM. Perceptions of quality of life and experiences of violence in the elderly. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(8):2146. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a234579p2146-2153-2018>
26. Maia PHS, Ferreira EF, Melo EM, Vargas AMD. Occurrence of violence in the elderly and its associated factors. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 2):64-70. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0014>
27. Carneiro JA, Cardoso RR, Durães MS, Guedes MCA, Santos FL, Costa FM, et al. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):747-52. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0633>
28. Barbosa KTF, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Aging and Individual Vulnerability: a Panorama of Older Adults Attended By the Family Health Strategy. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(2):2700015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>
29. Santos RC, Menezes RM, Araújo GK, Marcolino EC, Xavier EG, Gonçalves RG, et al. Frailty syndrome and associated factors in the elderly in emergency care. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:eAPE20190159. <https://doi.org/10.37689/actaape/2020A00159>
30. Santos RC, Menezes RMP, Gonçalves RG, Silva JC, Almeida JLS, Araújo GKN. Violence and frailty in the elderly. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(8):2227. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a234398p2227-2234-2018>

31. Perna S, Francis MDA, Bologna C, Moncaglieri F, Riva A, Morazzoni P, et al. Performance of Edmonton Frail Scale on frailty assessment: its association with multi-dimensional geriatric conditions assessed with specific screening tools. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):1–8. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0382-3>
  32. Borrega E, Latas M, Macedo N, Fonseca C, Nunes I, Santos V. Psychomotricity and indicators of violence in the elderly. *J Aging Innov.* 2020;9(3):210-21. <https://doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v9i3-12>
  33. Pereira JA, Mendes F, Mestre T, Oti Lia Zangã M, Pereira C. The Relationship Between Depression and Violence Risk Predictors on Elderly. *Int J Stud Nurs.* 2019;4(1). <https://doi.org/10.20849/ijns.v4i1.536>
  34. Dias ALP, Santos JS, Araújo-Monteiro GKN, Santos RC, Costa GMC, Souto RQ. Association of the functional capacity and violence in the elderly community. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 3):e20200209. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0209>
  35. Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Access and use of medicines by elderly individuals with dementia. *Brazilian J Pharm Sci.* 2019;55:17539. <https://doi.org/10.1590/s2175-97902019000117539>
  36. Yang L, Jiang Y, Xu S, Bao L, Parker D, Xu X, et al. Evaluation of frailty status among older people living in urban communities by Edmonton Frail Scale in Wuhu, China: a cross-sectional study. *Contemp Nurse.* 2018;54(6):630–9. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1552525>
-