

ASSOCIAÇÃO ENTRE O RISCO DE VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO E SÍNDROME DE FRAGILIDADE: ESTUDO TRANSVERSAL

Darlene Mara dos Santos Tavares, Mariane Santos Belisário, Flavia Aparecida Dias, Maycon Sousa Pegorari, Mariana Mapelli de Paiva, Pollyana Cristina dos Santos Ferreira

Introdução: Em meio à expansão da longevidade, propiciada pelos avanços da medicina e melhorias nos padrões de vida, os idosos têm vivenciado novas situações consideradas adversas, como o aumento de casos de violência e o desenvolvimento da síndrome de fragilidade ⁽¹⁾. No Brasil, estudo de revisão da literatura identificou uma prevalência de violência contra o idoso variando entre 3,2% a 20,8%, de acordo com casos notificados e dependendo da região em que foi realizada cada pesquisa. Destaca-se a pequena quantidade de estudos realizados no país sobre a temática, principalmente no que se refere àqueles de base populacional, havendo a necessidade de ampliar o conhecimento nessa área ⁽²⁾. Soma-se a inexistência de estudos que avaliam os maus-tratos e/ou violência contra o idoso e sua relação com a síndrome de fragilidade na literatura científica. **Objetivos:** verificar a associação entre a violência contra o idoso com a síndrome de fragilidade; e verificar *clusters* de violência contra idosos de acordo com a síndrome de fragilidade. **Descrição metodológica:** Inquérito domiciliar, analítico, transversal e observacional, desenvolvido com 705 idosos residentes na área urbana do município de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Para a seleção dos idosos, utilizou-se a técnica de amostragem por conglomerado em múltiplos estágios. O declínio cognitivo foi avaliado por meio do Mini Exame de Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil ⁽³⁾. Para a caracterização dos dados sociodemográficos e variáveis antropométricas foi utilizado um instrumento estruturado. A síndrome de fragilidade foi verificada por meio dos cinco itens dos componentes do fenótipo de fragilidade propostos por Fried et al. ⁽⁴⁾. Idosos com três ou mais desses componentes foram classificados como frágeis; aqueles com um ou dois itens, como pré-frágeis e os que possuíam todos os testes negativos, robustos ou não frágeis (Fried et al., 2001). A violência foi avaliada pelo instrumento *Conflict Tactics Scales* versão traduzida e validada no Brasil ⁽⁵⁾. Os dados foram analisados por meio do software “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS) versão 17.0, utilizando análise estatística descritiva, teste qui-quadrado e regressão logística que foi ajustada para idade, sexo, número de doenças, medicamentos e incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais de vida diária. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$. Quanto à análise espacial foram utilizados os programas MapInfo Professional versão 9.5 e Terraview versão 3.3.1. Construiu-se um banco de dados georreferenciados para espacialização dos dados com o uso de ferramentas de sistemas de informações geográficas (SIG) pelo aplicativo ArcGis versão 10.2. A intensidade dos eventos e relação de *clusters* de violência com *status* de fragilidade (número de eventos por unidade de área) foi estimada pelo *Kernel estimation*, com raio adaptativo da função quártica. Os mapas gerados para cada evento foram submetidos a processamentos de reclassificação, *reclassify*, seguido de análise de multicritério, *weighted overlay*, com o objetivo de sobrepor os diferentes eventos e a sua área de ocorrência comum. A carta planialtimétrica da área urbana de Uberaba foi

usada como mapa base para definição e localização dos eventos; quatro amostras foram excluídas devido a incompatibilidade das coordenadas geográficas. Vale ressaltar que todos os produtos gerados foram ajustados ao mesmo *datum horizontal*, SIRGAS 2000, e as coordenadas em UTM. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro por meio do parecer nº 573.833. A entrevista foi conduzida somente após a anuência do entrevistado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Dentre os entrevistados, o maior percentual era do sexo feminino (66,8%), faixa etária 60 |70 anos (43,1%), casados (42%), com renda individual mensal de um salário mínimo (45%), 4 |8 anos de escolaridade (36,5%) e morava acompanhado (78,9%). Em relação à violência, 21,13% relataram episódio de agressão física e/ou verbal, 20,9% de agressão verbal e 7,9% agressão física. Verificou-se que 23% relataram a ocorrência de alguma situação de desentendimento ou desavença nos últimos 12 meses. As agressões física e/ou verbal, física e verbal apresentaram maiores percentuais entre os idosos do sexo feminino, com 60 |70 anos, 4 |8 anos de escolaridade, que possuíam companheiro, renda individual mensal de um salário mínimo e que moravam acompanhados. No que se refere à condição de fragilidade, constatou-se que 15,9% eram frágeis, 52,2% pré-frágeis e 31,9% não frágeis. Verificou maior proporção de agressão física e/ou verbal ($p=0,003$), agressão física ($p=0,008$) e verbal ($p=0,003$) entre os idosos frágeis em relação as demais condições de fragilidade. Após os ajustes para as variáveis confundidoras, obteve que os idosos frágeis apresentaram maiores chances de agressões física e/ou verbal (OR=1,82), física (OR=2,52) e verbal (OR=1,85). Observou-se que os idosos pré-frágeis concentram-se na região sudeste e proximidades da central; no entanto, quando se sobrepõe a agressão física/verbal, verbal e física a região sudeste apresenta maior área de concentração. Já os idosos frágeis concentram-se principalmente na região sul do município; quando se sobrepõe a agressão física/verbal, verbal e física desta população concentra-se na região sudeste. **Conclusão:** Os idosos frágeis estão mais sujeitos a todos os tipos de agressão e na região sudeste do município concentram os *cluster* de violência contra idosos nas condições de frágeis e pré-frágeis. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** A identificação dos aspectos relacionados à violência e a fragilidade, bem como, sua distribuição espacial permitem conhecer os fatores predisponentes e as regiões mais vulneráveis contribuindo para direcionar ações de enfermagem preventivas.

Referências:

1. Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA, Carvalho IA, Bernabei R, Chan P et al. Frailty: an emerging public health priority. JAMDA. 2016;17:188-92.
2. Santana, IO; Vasconcelos, DC e Coutinho, MPLima. Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão analítica. Arq. bras. psicol. [online]. 2016; 68(1): 126-139.

3. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr. 1994;52(1):1-7.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology. 2001; 56(3): 146-56.
5. Hasselmann M, Reichenheim ME. Adaptação transcultural de versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada pra aferir violência no casal: equivalências semânticas e de mensuração. Cadernos de saúde pública. 2003;19(4):1083-93.

Descritores: Idoso; idoso frágil; Maus-Tratos ao Idoso; Enfermagem geriátrica.

Eixo 1: O Cuidado de Enfermagem e as diferentes maneiras de envelhecer.