

Risco de violência, doenças autorreferidas e fragilidade em pessoas idosas hospitalizadas

Risk of violence, self-reported diseases and frailty in hospitalized older adults

Riesgo de violencia, enfermedades autodeclaradas y fragilidad en adultos mayores hospitalizados

Ana Carolina dos Santos¹  <https://orcid.org/0000-0001-9563-1785>

Bárbara Maria Lopes da Silva Brandão¹  <https://orcid.org/0000-0002-6652-9615>

Hurana Ketile da Cunha²  <https://orcid.org/0000-0003-1362-1562>

Igor de Oliveira Reis³  <https://orcid.org/0000-0002-9834-5538>

Angela Maria Henao Castano⁴  <https://orcid.org/0000-0003-4203-0016>

Rafaella Queiroga Souto¹  <https://orcid.org/0000-0002-7368-8497>

Como citar:

Santos AC, Brandão BM, Cunha HK, Reis IO, Castano AM, Souto RQ. Risco de violência, doenças autorreferidas e fragilidade em pessoas idosas hospitalizadas. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE006231.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023A006231>



Descritores

Exposição à violência; Idoso; Morbidade; Fragilidade; Hospitalização; Inquéritos e questionários

Keywords

Exposure to violence; Aged; Morbidity; Frailty; Hospitalization; Surveys and questionnaires

Descriptores

Exposición a la violencia; Anciano; Morbilidad; Fragilidad; Hospitalización; Encuestas y cuestionarios

Submetido

28 de Março de 2022

Aceito

19 de Dezembro de 2022

Autor correspondente

Rafaella Queiroga Souto
E-mail: rqs@academico.ufpb.br

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Ana Lúcia de Moraes Horta
(<https://orcid.org/0000-0001-5643-3321>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar a relação do risco de violência com doenças autorreferidas e síndrome da fragilidade em pessoas idosas atendidas em instituições hospitalares.

Métodos: Estudo transversal, multicêntrico, realizado com 323 pessoas idosas em dois hospitais universitários da Paraíba. Foram utilizados os instrumentos *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*, um questionário de doença autorreferida e o *Edmonton Frail Scale*. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva e inferencial, utilizando o teste Qui-quadrado e Regressão Logística Múltipla.

Resultados: O risco de violência foi associado em pessoas idosas com depressão ($p=0,001$), artrite ou reumatismo ($p<0,001$), osteoporose ($p<0,001$), síndrome da fragilidade ($p<0,001$). Ademais, aqueles com artrite e síndrome da fragilidade apresentaram, respectivamente, 2,37 [IC= 1,43-3,91] e 3,07 [IC=1,88-4,92] maior probabilidade de sofrerem risco de violência.

Conclusão: Pessoas idosas com doenças crônicas e síndrome da fragilidade estão mais susceptíveis ao risco de violência. Assim, a discussão sobre a temática durante a formação de futuros enfermeiros se faz essencial no que tange os cuidados de enfermagem gerontológicos frente a esse fenômeno.

Abstract

Objective: To analyze the relationship between the risk of violence and self-reported illnesses and the frailty syndrome in older adults treated at hospitals.

Methods: This is a cross-sectional, multicenter study, carried out with 323 older adults in two university hospitals in Paraíba. The Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test instruments, a self-reported illness questionnaire and the Edmonton Frail Scale were used. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, using the chi-square test and Multiple Logistic Regression.

Results: The risk of violence was associated in older adults with depression ($p=0.001$), arthritis or rheumatism ($p<0.001$), osteoporosis ($p<0.001$), frailty syndrome ($p<0.001$). Furthermore, those with arthritis and frailty syndrome had, respectively, 2.37 [CI= 1.43-3.91] and 3.07 [CI=1.88-4.92] greater probability of being at risk of violence.

Conclusion: Older adults with chronic diseases and frailty syndrome are more susceptible to the risk of violence. Thus, the discussion on the subject during the training of future nurses becomes essential with regard to gerontological nursing care in the face of this phenomenon.

¹Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

³Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre el riesgo de violencia con enfermedades autodeclaradas y el síndrome de fragilidad en adultos mayores atendidos en instituciones hospitalarias.

Métodos: Estudio transversal, multicéntrico, realizado con 323 adultos mayores en dos hospitales universitarios del estado de Paraíba. Se utilizaron los instrumentos *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*, un cuestionario sobre enfermedades autodeclaradas, y el *Edmonton Frail Scale*. Los datos se analizaron a través de estadística descriptiva e inferencial, utilizando la prueba χ^2 de Pearson y Regresión Logística Múltiple.

Resultados: El riesgo de violencia en adultos mayores estuvo asociado con depresión ($p=0,001$), artritis o reumatismo ($p<0,001$), osteoporosis ($p<0,001$), síndrome de fragilidad ($p<0,001$). Además, los que tienen artritis y síndrome de fragilidad presentaron, respectivamente, 2,37 [IC= 1,43-3,91] y 3,07 [IC=1,88-4,92] más probabilidades de sufrir riesgo de violencia.

Conclusión: Adultos mayores con enfermedades crónicas y síndrome de fragilidad están más susceptibles a riesgo de violencia. De esa forma, la discusión sobre la temática durante la formación de futuros enfermeros es esencial en lo que se refiere a los cuidados de enfermería gerontológicos ante ese fenómeno.

Introdução

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira vem ocasionando diversas implicações pertinentes, reflexivas e de adaptação para a pessoa idosa e a sociedade relacionados à transição demográfica e aos seus desafios. O envelhecimento não deve ser considerado um problema, mas sim um ponto de atenção para discussões relacionadas ao manejo desse fenômeno.⁽¹⁾

De acordo com dados disponibilizados a partir de uma projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa brasileira compõe no ano de 2022 cerca de 10,49% da população total do país, podendo chegar a 25% desta até o ano de 2060. A expectativa de vida vem aumentando com o passar dos anos, o que proporciona inversão na pirâmide etária brasileira. No ano de 2022 a expectativa de vida total entre os sexos se encontra em 76,74 anos, podendo atingir 81,04 anos até o ano de 2060.⁽²⁾

Com o envelhecimento crescendo gradativamente na sociedade, percebe-se o aumento, em grande proporção, do risco da pessoa idosa se tornar vítima ou sofrer a violência propriamente dita, temática que precisa ser cada vez mais abordada e discutida para o bem-estar desse segmento populacional. Portanto, define-se violência contra a pessoa idosa, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como “um ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada, ocorrendo dentro de qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa”.⁽³⁾ Ainda de acordo com a OMS, a violência pode acontecer de diversas formas, sendo elas física,

psicológica/emocional, sexual, financeira ou negligência, sendo intencionais ou não.

Com a diminuição das funcionalidades físicas e cognitivas que podem estar presentes na vida da pessoa idosa, assim como os conflitos interrelacionais e o aumento das enfermidades sociais em decorrência do envelhecimento, pode-se propiciar maior risco à violência, sendo a negligência e o abandono as suas principais formas, caracterizadas pela falha, intencional ou não, pelo portador designado nas responsabilidades frente às necessidades de saúde física e mental da pessoa idosa.⁽⁴⁾

Ademais, quando associa-se a presença de patologias crônicas a esse fenômeno, maior será o grau de síndrome da fragilidade e a incidência de outras morbidades, com tendência à internações e omissão de cuidados na atenção e na garantia das necessidades básicas da pessoa idosa.⁽⁴⁾

Nesse contexto, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) estão entre as principais causas de internação. De acordo com um estudo realizado em um hospital cearense, os principais motivos de internação hospitalar em pessoas idosas se relacionam com acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência renal, pneumonia e câncer.⁽⁵⁾ Já em um hospital do Piauí, foram encontradas internações referentes aos setores do centro cirúrgico e hemodinâmica como principais, com as patologias cardio/cérebro/vasculares (neste incluído infarto agudo do miocárdio, AVE, hipertensão arterial sistêmica, aneurismas, entre outros), diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e câncer sendo as mais recorrentes.⁽⁶⁾

Concomitante ou inerente à presença das doenças crônicas, tem-se a síndrome da fragilidade, con-

dição clínica que aumenta com a idade e resulta no declínio das reservas fisiológicas desse indivíduo, o que acarreta na redução da eficiência da homeostase e dificuldade em executar atividades de vida diária, tornando a pessoa idosa mais debilitada e vulnerável. Acomete, em sua maioria, maiores de 85 anos, com agravos de patologias já existentes e desfechos como o aumento do tempo de permanência da internação hospitalar e complicações nesse ambiente, reinternações e elevado o risco de mortalidade para esse público.⁽⁷⁾

Nos Estados Unidos ocorrem cerca de 450 mil novos casos de violência contra pessoas com 65 anos ou mais por ano. Estes números são preocupantes considerando que, para cada caso contabilizado, cinco não são reportados. Na América Latina, o Brasil ocupa o segundo lugar dentre os países que mais notificam violências, sendo registrados cerca de 102 mil casos por ano, dos quais aproximadamente 37% são em pessoas idosas.⁽⁴⁾

O exposto reforça a necessidade de profissionais de saúde capacitados e informados para tomar as medidas necessárias e proporcionar maior qualidade ao atendimento prestado à pessoa idosa.⁽⁸⁾ E, tratando-se da enfermagem como a ciência que presta cuidados à saúde dessa população, é essencial que haja responsabilidade, foco e atenção em proporcionar a integralidade à pessoa idosa através do cuidado em saúde, realizando prevenção e intervenções apropriadas em cada situação.⁽⁹⁾

Nesse contexto, destaca-se a enfermagem forense como uma das ciências que se posiciona frente à prevenção dos diversos tipos de violência contra a população idosa, assim como na educação de profissionais no que tange a detecção dos sinais de violência e na promoção de melhor qualidade de vida a essa parcela da população, já que o cuidado à pessoa idosa é uma responsabilidade incomparável do enfermeiro em todos os níveis de complexidade.⁽⁹⁾

Considerando as necessidades específicas que as pessoas idosas solicitam em relação à mudanças nos paradigmas de saúde e cuidado na assistência à pessoa idosa, assim como nas condições de risco e de violência, fazem-se necessários dados e parâmetros para identificar os principais dificultadores desse processo, assim como direcionamento aos pro-

fissionais para um cuidado de qualidade, baseado em evidências e equânime, favorecendo a interação, identificação e resolução de problemas.

Nesse íterim, o presente artigo tem como objetivo analisar a relação do risco de violência com doenças autorreferidas e a síndrome da fragilidade em pessoas idosas atendidas em instituições hospitalares.

Métodos

Trata-se de um estudo multicêntrico, de abordagem quantitativa e corte transversal, desenvolvido em dois hospitais universitários do estado da Paraíba: Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB) e o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC/UFCG), no período de junho de 2019 a fevereiro de 2020.

No HULW/UFPB, os setores de coleta foram a Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Unidade de Doença Infecto Contagiosa e Parasitárias, e os ambulatórios de Geriatria e Psicogeriatria. Já no HUAC/UFCG, a coleta foi conduzida nas alas A cirúrgica, B de pneumologia e C e D da Clínica Médica feminina e masculina. Estes setores foram escolhidos por, normalmente, apresentarem maior prevalência de pessoas idosas em atendimento em relação a outros setores do hospital.

Foram incluídos nesta pesquisa, indivíduos com 60 anos ou mais que estivessem recebendo assistência hospitalar nos setores supracitados, sendo excluídos aqueles que estavam em estágio terminal, dificuldade grave de comunicação, condições clínicas que impediam a participação ou déficit cognitivo grave. O comprometimento cognitivo foi avaliado por intermédio de informações fornecidas pelos profissionais do setor e observação do pesquisador, conforme os conhecimentos adquiridos no treinamento para coleta de dados.

A amostra foi calculada de acordo com o quantitativo de pessoas idosas admitidas em cada setor nos meses de julho, agosto e setembro de 2018 no HULW/UFPB (774 pessoas idosas) e outubro, novembro e dezembro do mesmo ano no HUAC/UFCG (385 pessoas idosas), totalizando 1.259 pes-

soas idosas. Estes meses foram estabelecidos, pois seriam os meses de coleta nos respectivos serviços no ano seguinte.

Para a determinação do tamanho da amostra, foi utilizada a equação de cálculo de amostra para estudo de proporção em população finita, sendo o erro de 5%, nível de confiança de 95% e frequência do fenômeno de 60% (por não ser um fenômeno definido, superestimamos a prevalência), de forma que a amostra foi de 285. Acrescentando-se a isto, os 10% de possíveis perdas, 323 pessoas idosas compuseram a amostra final, sendo 209 do HULW e 114 do HUAC. Assim, foi utilizada a amostragem não probabilística, por cota, sendo o número de participantes distribuídos proporcionalmente entre os setores incluídos.

Durante a coleta de dados, os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato da sua pessoa e do seu direito de participar ou não da mesma. Após anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes eram abordados em um local reservado do setor escolhido para prosseguir com a entrevista. No caso daqueles acamados, foi solicitado que o (a) acompanhante se retirasse momentaneamente para que houvesse privacidade e que a pessoa idosa se sentisse à vontade com o coletador.

A coleta de dados foi composta por um instrumento com informações sociodemográficas, como gênero, idade, escolaridade, estado civil, renda e atividade laboral; o *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST);⁽¹⁰⁾ o questionário DAR;⁽¹¹⁾ e o *Edmonton Frail Scale* (EFS).⁽¹¹⁾ Ressalta-se que tais instrumentos foram previamente validados no Brasil.

O HS-EAST investiga o risco de violência de pessoas idosas no ambiente intrafamiliar. Assim, para cada resposta afirmativa, é atribuído um ponto. Contudo, sublinha-se que nos itens um, seis, doze e catorze é aplicada uma exceção, e em cada ponto desses itens são interpretados como respostas negativas. O escore é estabelecido por meio da pontuação acima de três, a qual define o risco aumentado de violência contra a pessoa idosa.⁽¹⁰⁾

O questionário DAR é constituído por nove perguntas, as quais compreendem informações sobre doenças crônicas que foram diagnosticadas por um médico no último ano, a saber: doenças do coração como angina/ataque cardíaco; acidente vascular encefálico/derrame; câncer; artrite ou reumatismo; pneumonia ou bronquite; depressão e osteoporose.⁽¹¹⁾

A escala EFS é composta por nove domínios e classifica a síndrome da fragilidade em frágil, pré-frágil e não-frágil mediante a pontuação pré-estabelecida do escore. Assim, de zero a quatro corresponde a não-frágil; cinco e seis, pré-frágil; e sete ou mais, frágil.⁽¹²⁾ No entanto, para o presente estudo, houve dicotomização da variável em frágil e não frágil, de acordo com o próprio instrumento a fim de identificar a ocorrência ou não do evento.

Os dados foram tabulados em dupla entrada e analisados no software estatístico SPSS, versão 26.0, por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e inferencial (Teste Qui-quadrado de *Pearson*, Teste de Correlação de *Spearman* e Regressão Logística Múltipla). Foi estabelecido o nível de significância de 5% (p -valor $<0,05$) para todas as análises. A correlação de *Spearman* é justificada pela tendência à não normalidade das variáveis, evidenciada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

Quanto à análise de regressão, esta obteve como critério de entrada o $p<0,2$, resultante da análise de associação. Tendo em vista que o modelo final foi elaborado por meio do método *forward*, as variáveis foram removidas gradativamente até o alcance de $p<0,05$ para significância estatística, obedecendo um intervalo de confiança de 95%. Sublinha-se que as variáveis sociodemográficas não foram incluídas nessa análise por não se tratar do objetivo do estudo.

Este estudo é parte de 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 HUAC/UFCG parecer de nº 3.594.339 (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 10179719.9.3001.5182). Ressalta-se que foram observados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Das 323 pessoas idosas do estudo, 60,7% (n=196) eram do sexo feminino, 52,6% (n=170) com idade entre 60 e 69 anos, 67,8% (n=219) sabiam ler e escrever, 45,2% (n=146) tinham quatro a 11 anos de estudo, 51,7% (n=167) estavam casados, 78,3% (n=253) não realizavam atividade laboral, e 80,2% (n=259) recebiam entre um e dois salários mínimos. Com relação às doenças autorreferidas, foi visto que as pessoas idosas que não tinham diagnóstico de câncer (63,4%; n=182), mas que já foram diagnosticadas com doenças do coração (69,1%; n=47), AVE (71,7%; n=24), doenças do pulmão (71,0%; n=44), depressão (79,7%; n=59), artrite ou reumatismo (75,2%; n=100), osteoporose (78,8%; n=67) e síndrome da fragilidade (73,5%; n=144) foram predominantes para o risco de violência. Destas variáveis, houve significância estatística para depressão (p=0,001), artrite ou reumatismo (p<0,001), osteoporose (p<0,001) e síndrome da fragilidade (p<0,001) (Tabela 1).

Tabela 1. Risco de violência, doenças autorreferidas, síndrome da fragilidade e fatores associados (n=323)

Variáveis	Risco de violência		p-value	Amostra válida/ em falta
	Com risco n(%)	Sem risco n(%)		
Doenças do coração (ex.: angina, infarto)				
Sim	47(69,1)	21(30,9)	0,212*	321/2
Não	154(60,9)	99(39,1)		
AVE				
Sim	24(72,7)	9(27,3)	0,205*	321/2
Não	177(61,5)	111(38,5)		
Câncer				
Sim	17(54,8)	14(45,2)	0,349*	318/5
Não	182(63,4)	105(36,6)		
Doenças do pulmão (ex.: bronquite, enfisema pulmonar)				
Sim	44(71,0)	18(29,0)	0,125*	320/3
Não	156(60,5)	102(39,5)		
Depressão				
Sim	59(79,7)	15(20,3)	0,001*	321/2
Não	142(57,5)	105(42,5)		
Artrite ou reumatismo				
Sim	100(75,2)	33(24,8)	<0,001*	322/1
Não	102(54,0)	87(46,0)		
Osteoporose				
Sim	67(78,8)	18(21,2)	<0,001*	320/1
Não	133(56,6)	102(43,4)		
Síndrome da fragilidade				
Com fragilidade	144(73,5)	52(26,5)	<0,001*	322/1
Sem fragilidade	58(46,0)	68(54,0)		

AVE - Acidente Vascular Encefálico; * Teste de Qui-Quadrado de Pearson

Para análise de regressão logística múltipla, foram inseridas todas as variáveis da análise de Qui-quadrado de Pearson com p<0,2, conforme ilustra a tabela anterior. No entanto, para o modelo final permaneceram somente as variáveis com significância do p<0,05. Assim, as pessoas idosas com artrite/reumatismo e síndrome da fragilidade apresentaram, respectivamente, 2,37 [IC= 1,43-3,91] e 3,07 [IC=1,88-4,92] maior probabilidade de sofrerem risco de violência (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis associadas ao risco de violência por meio da Regressão Logística Múltipla (n=323)

Variáveis	OR	IC	p-value*
Artrite/reumatismo			
Sim	2,37	1,43-3,91	0,001
Não	1,00	-	-
Síndrome da fragilidade			
Sim	3,07	1,88-4,92	<0,001
Não	1,00	-	-

R² - 0,146; OR - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança; *Significância do teste

A tabela 3 expressa os resultados da análise de correlação, evidenciando que houve correlação positiva fraca entre os escores do risco de violência, questionário DAR e síndrome da fragilidade. Deste modo, reflete-se que quanto maior o número de doenças autorreferidas e síndrome da fragilidade na pessoa idosa, maior será o risco de violência.

Tabela 3. Correlação entre os escores de risco de violência, doenças autorreferidas e síndrome da fragilidade (n=323)

Variáveis	Risco de violência	
	Coefficiente de correlação	p-value
Escore total DAR	0,259	<0,001*
Escore total de síndrome da fragilidade	0,292	<0,001*

DAR - Doenças Autorreferidas; * Teste de Correlação de Spearman

Discussão

Pode-se observar que as pessoas idosas, em sua maioria, possuem morbidades devido ao próprio processo de envelhecimento e cuidados em saúde negligenciados que, geralmente, corroboram para que se tornem mais suscetíveis a diversos agravantes e um deles é o risco para violência.^(13,14) Neste estudo a síndrome da fragilidade, e as morbidades autorreferidas como a depressão, artrite ou reumatismo,

osteoporose e síndrome da fragilidade se mostraram associadas ao risco de violência contra pessoa idosa, contribuindo assim para seu aumento.

Estudo realizado em Santa Catarina com 1.140 pessoas idosas, evidenciou que existia uma associação significativa entre violência nos participantes que apresentavam duas ou mais morbidades, aumentando em mais de 100% de probabilidade de ocorrência. Um estudo de coorte feito no Texas, Estados Unidos da América, com 10.181 indivíduos da mesma faixa etária, mostrou que todos possuíam morbidades e que haviam sofrido algum tipo de violência (física, psicológica, sexual, social, emocional, negligência ou múltipla). Em Chandigarh, na Índia, foi evidenciado que 96,2% das pessoas idosas entrevistadas que eram suscetíveis à violência, apresentavam pelo menos uma morbidade.^(14,15) Tais achados convergem com os achados do presente estudo.

As doenças do coração, como angina, infarto e hipertensão, são muito comuns na população idosa e, apesar de não ter tido uma associação estatisticamente significativa neste estudo, esse é um dos grupos de morbidades que influenciam negativamente na qualidade de vida, contribuindo para declínio da saúde e, conseqüentemente, no aumento da suscetibilidade para o risco de violência contra a pessoa idosa. Essa associação pode se inverter, uma vez que a pessoa idosa sofre algum tipo de violência, o estresse gerado favorece o desenvolvimento de problemas cardíacos.⁽¹⁶⁾

Assim como as doenças do coração, o AVE e doenças do pulmão (ex.: enfisema pulmonar, bronquite) não tiveram uma associação estatística significativa com o risco para violência contra pessoa idosa neste estudo, mas há uma quantidade considerável de pessoas idosas acometidas por essas morbidades e que, na maioria dos casos, são invalidantes, o que aumenta a demanda de assistência e a dependência de familiares e cuidadores, fazendo com que essas pessoas idosas se tornem mais vulneráveis, em que os baixos níveis de desempenho físico levam ao comprometimento funcional e estão associados a um maior risco de violência.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

Em relação à depressão, verifica-se que os sentimentos de tristeza, de solidão, de rejeição e não ter

com quem contar estão bem presentes na vida da pessoa idosa, pois geralmente, devido ao avanço da idade, cria-se uma situação de dependência dos familiares e cuidadores, e esses, muitas vezes não se fazem tão significativamente presente, seja por não querer a responsabilidade de cuidar e dar atenção a pessoa idosa ou por não ter tempo hábil para isso.^(17,19)

Assim, a pessoa idosa deprimida tende à perda da motivação e do interesse na realização das atividades de vida diária, fazendo com o mesmo se torne cada vez mais dependente de outras pessoas e recluso em casa, o que corrobora para o aumento da vulnerabilidade e, conseqüentemente, do risco de sofrer algum tipo de violência. Com isso, constatou-se que há uma associação entre a depressão e o risco para violência contra a pessoa idosa, o que converge com resultados prévios.^(16,20)

Estudos mostraram que artrite ou reumatismo são doenças frequentemente autorreferidas por pessoas idosas.⁽²⁰⁻²²⁾ Um desses estudos foi realizado com 2.593 indivíduos, em que 1.136 referiram ter artrite ou reumatismo, e quase metade destes apresentaram dependência para a realização de atividades instrumentais de vida diária.⁽²³⁾ Outro estudo com uma amostra de 2.411 pessoas idosas acometidas por artrite, evidenciou uma relação da doença com o baixo apoio social de familiares, sintomas depressivos e desenvolvimento da síndrome da fragilidade.⁽²⁴⁾

Com base nisso, pessoas idosas com artrite ou reumatismo tendem a ser mais vulneráveis, o que reflete diretamente na perda de sua autonomia, fazendo com que esses sejam mais dependentes de outros indivíduos seja para questões físicas e/ou emocionais.^(14,21) Isto caracteriza e explica a associação dessa doença com o aumento do risco para violência contra a pessoa idosa encontrada no presente estudo.

A osteoporose se enquadra dentro das doenças degenerativas mais frequentes em pessoas idosas, estando, geralmente, associada ao envelhecimento em razão do declínio progressivo da densidade mineral do osso presente nesta população que, por sua vez, leva à diminuição da qualidade de vida desses, contribuindo para que as pessoas idosas fiquem mais vulneráveis e assim, mais propensas a sofrerem violência.^(12,25)

Já a síndrome da fragilidade tem crescido muito na população idosa sendo caracterizada, principalmente, pelo declínio na disposição para realização das atividades e na capacidade de lidar com situações estressantes, se tornando um fator relevante nas diversas formas de abuso, devido ao aumento da vulnerabilidade, da incapacidade, do declínio cognitivo e, com isso, maior demanda dos cuidados de familiares e cuidadores. Todos esses aspectos ligados à síndrome da fragilidade fazem com que a pessoa idosa seja mais suscetível ao risco de violência.^(26,27)

Além da associação da síndrome da fragilidade com o risco para violência contra a pessoa idosa, neste estudo evidenciou-se correlação diretamente proporcional positiva entre a síndrome da fragilidade e as doenças autorreferidas, isto é, quanto mais a pessoa idosa é acometida por morbidades mais frágil ele se apresenta. Essa correlação é complexa, uma vez que compartilham dos mesmos fatores de risco e podendo haver a coexistência dessas, favorecendo o declínio da saúde da pessoa idosa em seus diversos aspectos, seja físico, mental e/ou emocional, bem como a perda da autonomia e diminuição da qualidade de vida.⁽²⁸⁻³⁰⁾

Desta forma, pode-se constatar que a população idosa acometida pelas doenças apresentadas neste estudo e pelas diversas outras existentes, influenciam diretamente na vida desses indivíduos não somente para risco de violência, mas também para o surgimento de uma percepção negativa do envelhecimento, como sentimentos de incapacidade, desrespeito, perda da dignidade, fardo para os familiares, infelicidade, dependência, rejeição, entre outros.⁽²¹⁾

Sabe-se que apesar do ambiente hospitalar ser um local de recuperação da saúde, ele é extremamente estressante e desagradável para muitos e o fato das pessoas idosas entrevistadas neste estudo estarem hospitalizadas, pode estar relacionado com as morbidades e o risco para violência. Estudos mostraram que pessoas idosas internadas são mais suscetíveis a sofrer abusos dos diversos tipos, visto o estado de vulnerabilidade e de maior dependência, não só do acompanhante, que geralmente é um familiar ou cuidador, mas também da equipe de saúde

como um todo, inclusive da equipe de enfermagem, por lidar diretamente com o paciente.^(4,27, 31)

Nesse ínterim, acredita-se na criação de vínculo da equipe de enfermagem com a pessoa idosa e maior facilidade de detectar diversos sinais, entre esses, o risco de violência. Entretanto, estudos mostram que há limitações desde a graduação do profissional de enfermagem, em que essa temática não é devidamente abordada, o que dificulta a prestação de uma assistência integral, bem como atender adequadamente a pessoa idosa que esteja em risco, corroborando para a subnotificação e, conseqüentemente, a concretização da violência.^(32,33)

Essas limitações perduram além da formação acadêmica do enfermeiro, transpassando ao longo da assistência prestada sem serem percebidas. Portanto, se faz necessário a realização da educação permanente através de capacitações pautadas na prevenção e identificação tanto do risco para violência quanto dos sinais de violência contra a pessoa idosa, seja ela física, psicológica, financeira, sexual ou negligência. Assim, com profissionais qualificados, espera-se um aumento de denúncias, de estratégias para prevenção, além do desenvolvimento de habilidades no acolhimento e cuidado prestado à pessoa idosa em situação de violência.^(34,35)

Para melhoria da qualidade vida das pessoas idosas e maior propensão ao processo de senescência, ao invés de envelhecimento, faz-se necessário investimentos, por parte das autoridades governamentais, na educação em saúde, não só para pessoa idosa, mas para a população em qualquer faixa etária, a fim de prevenir os determinantes do processo saúde-doença e os fatores de risco para o surgimento de morbidades, bem como os agravos dessas quando já instaladas. Logo, acredita-se que ações como essas e entre outras, possam aumentar a autonomia e independência da pessoa idosa, diminuindo, assim, o problema chave apresentado neste estudo, que é o risco para violência.

Sobre as limitações, pontua-se as poucas publicações que versassem sobre as associações significativas encontradas no presente estudo, a fim de ampliar as evidências e identificar possíveis divergências e convergências.

Conclusão

Foram identificadas que as doenças autorreferidas como depressão, artrite ou reumatismo e osteoporose foram associadas ao risco de violência. Além disso, a síndrome da fragilidade também demonstrou resultados significativos do ponto de vista estatístico. As doenças crônicas ou morbidades, estão presentes no processo de envelhecimento e são uma das principais causas, sejam diretas ou indiretamente de internação. Portanto, foi possível identificar que pessoas idosas com doenças crônicas e síndrome da fragilidade estão mais suscetíveis ao risco de violência e que quanto maior o número de doenças autorreferidas e a presença da síndrome da fragilidade, maior o seu risco de violência. Diante desse contexto, a ampliação da discussão da temática durante a formação de futuros enfermeiros se faz essencial, já que é notório o papel do enfermeiro no trabalho com a prevenção de fatores que possam acarretar o processo de hospitalização, a exemplo da educação em saúde e promoção da autonomia à pessoa idosa, assim como à família e ao cuidador, melhorando a relação com as doenças crônicas no cotidiano. Tal qual o olhar diferenciado durante o processo de internamento, cumprindo um papel decisivo para melhoria da qualidade de vida dessa população.

Colaborações

Santos AC, Brandão BMLS, Cunha HK, Reis IO, Castano AMH e Souto RQ contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [citado 2021 Out 1]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado 2022 Jul 17]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>
3. World Health Organization (WHO). World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002 [cited 2021 Oct 1]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf
4. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violence against the Brazilian elders: an analysis of hospitalizations. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):777-85.
5. Sampaio LB, Moreira AC, Oliveira FE, Teixeira IX, Govanna NF, Sousa VL. Perfil epidemiológico e clínico de idosos internados no serviço de emergência. *Enferm Foco.* 2020;11(3):161-69.
6. Simão LT, Lages LP, Paiva MH, Ribeiro NL, Araújo ER, Leão GM. Perfil dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis internados em unidade de terapia intensiva. *Enferm Foco.* 2019;10(1):76-80.
7. Freire JC, Nóbrega IR, Dutra MC, Silva LM, Duarte HA. Fatores associados à fragilidade em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. *Saúde Debate.* 2017;41(115):199-211. Review.
8. Antequera IA, Lopes MC, Batista RE, Campanharo CR, Costa PC, Okuno MF. Violence against elderly people screening: association with perceived stress and depressive symptoms in hospitalized elderly. *Esc Anna Nery.* 2021;25(2):e20200167.
9. Maia PH, Ferreira EF, Melo EM, Vargas AM. Occurrence of violence in the elderly and its associated factors. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):64-70.
10. Reichenheim ME, Paixão Jr CM, Moraes CL. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. *Cad Saude Publica.* 2008;24:1801-13.
11. Araújo GK, Souto RQ, Alves FA, Sousa RC, Ceballos AG, Santos RC, et al. Functional capability and associated factors in living in a community. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(3):312-8.
12. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing.* 2006;35(5):526-29.
13. Bolsoni CC, Lindner SR, D'Orsi E, Coelho EB. Dimensions of violence against the elderly and health conditions: a population-based Study in Southern Brazil. *Research Ageing Social Policy.* 2019;7(2):426.
14. Sousa RC, Araújo GK, Souto RQ, Santos RC, Almeida LR. Factors associated with the risk of violence against older adult women: a cross-sectional study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2021;29:e3394.
15. Mouton CP, Haas A, Karmarkar A, Kuo YF, Ottenbacher K. Elder abuse and mistreatment: results from medicare claims data. *J Elder Abuse Negl.* 2019;31(4-5):263-80.
16. Badr S, Shaheen H. Health status, family support and depression among residents of elderly homes and those living with Families in Benha City and Associated Factors. *EJCM.* 2017;35(1):81-97.
17. Alexa ID, Ilie AC, Pislaru AI, Dronic A, Gavrilovici O, Alexa-Stratulat T, et al. Elder abuse and associated factors in eastern Romania. *Psychogeriatrics.* 2020;20(2):196-205.
18. Eslami B, Di Rosa M, Barros H, Torres-Gonzalez F, Stankunas M, Ioannidi-Kapoulou E, et al. Lifetime abuse and somatic symptoms among older women and men in Europe. *PLoS One.* 2019;14(8):e0220741.
19. Henriques A, Talih M, Pastor-Valero M, Fraga S, Dias I, Matijasevich A, et al. A multidimensional perspective of the relation between social isolation and depression among Portuguese older adults. *Health Soc Care Community.* 2022;30(4):1412-21.

20. Dantas RB, Oliveira GL, Silveira AM. Psychometric properties of the Vulnerability to Abuse Screening Scale for screening abuse of older adults. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:31.
21. Khosravi N, Rezaei M, Matlabi H. Abuse in later life: viewpoints of illiterate rural older people. *Int J Cult Ment Health*. 2018;11(4):626-37.
22. Yunus RM, Hairi NN, Choo WY, Tan MP, Hairi F, Sooryanarayana R, et al. Elder abuse and chronic pain: Cross-sectional and longitudinal results from the preventing elder abuse and neglect initiative. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(6):1165-71.
23. Francisco PM, Marques PP, Borim FS, Torres SF, Neri AL. Disability relating to instrumental activities of daily living in the elderly with rheumatic diseases. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(5):591-600.
24. Hung M, Bounsanga J, Voss MW, Crum AB, Chen W, Birmingham WC. The relationship between family support; pain and depression in elderly with arthritis. *Psychol Health Med*. 2017;22(1):75-86.
25. Verma A, Aggarwal S, Garg S, Anand P. Geriatric health care in India: a review. *IACM*. 2019;20(3-4):212-19. Review.
26. Santos RC, Menezes RM, Gonçalves RG, Silva JC, Almeida JL, Araújo GK. Violence and frailty in the elderly. *Rev Enferm UFPE Online*. 2018;12(8):2227-34.
27. Dos Santos RC, Menezes RM, Souto RQ, de Araújo GK, Marcolino EC, Soares MC, et al. Frailty syndrome: a risk factor associated with violence in older adults. *J Forensic Nurs*. 2020;16(3):130-7.
28. Franse CB, van Grieken A, Qin L, Melis RJ, Rietjens JA, Raat H. Socioeconomic inequalities in frailty and frailty components among community-dwelling older citizens. *PLoS One*. 2017;12(11):e0187946.
29. Khezrian M, Myint PK, McNeil C, Murray AD. A review of frailty syndrome and its physical, cognitive and emotional domains in the elderly. *Geriatrics (Basel)*. 2017;2(4):36. Review.
30. Mrdutt MM, Papaconstantinou HT, Robinson BD, Bird ET, Isbell CL. Preoperative frailty and surgical outcomes across diverse surgical subspecialties in a large health care system. *J Am Coll Surg*. 2019;228(4):482-490.
31. Naderi Z, Gholamzadeh S, Zarshenas L, Ebadi A. Hospitalized elder abuse in Iran: a qualitative study. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):307.
32. Moreira WC, Carvalho AR, Lago EC, Amorim FC, Alencar DC, Almeida CA. Training of nursing students in integrated care for the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(2):186-93.
33. Silva PT, Vieira RP. Violência contra a pessoa idosa: percepções e desafios enfrentados por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. *Rev Mult Psic*. 2021;15(56):88-109.
34. Almeida CA, Silva Neto MC, Carvalho FM, Lago EC. The aspects related to violence against elderly: nurse's perception from the family health strategy. *Rev Cuid Fundam*. 2019;11(2):404-10.
35. Oliveira KS, Carvalho FP, Oliveira LC, Simpson CA, Silva FT, Martins AG. Violence against the elderly: the conceptions of nursing professionals regarding detection and prevention. *Rev Gaucha Enferm*. 2018;39:e57462.