







Aspectos sociodemográficos e capacidade funcional associados à violência física em pessoas idosas hospitalizadas

Sociodemographic aspects and functional capacity associated with physical violence in hospitalized elderly people

Como citar este artigo:

Brandão BMLS, Araújo-Monteiro GKN, Santos-Rodrigues RC, Souto RQ, Gomes ID, Reis IO. Sociodemographic aspects and functional capacity associated with physical violence in hospitalized elderly people. Rev Rene. 2023;24:e85201. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232485201>

-  Bárbara Maria Lopes da Silva Brandão¹
 Gleicy Karine Nascimento de Araújo-Monteiro²
 Renata Clemente dos Santos-Rodrigues³
 Rafaella Queiroga Souto¹
 Idalina Delfina Gomes⁴
 Igor de Oliveira Reis⁵

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

²Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil.

³Universidade Estadual da Paraíba.
Campina Grande, PB, Brasil.

⁴Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
Lisboa, Portugal.

⁵Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Rafaella Queiroga Souto
Universidade Federal da Paraíba, Cidade Universitária
s/n - Castelo Branco III, CEP: 58051-085.
João Pessoa, PB, Brasil.
E-mail: rqs@academico.ufpb.br

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Viviane Martins da Silva

EDITOR ASSOCIADO: Luciano Marques dos Santos

RESUMO

Objetivo: analisar a associação dos aspectos sociodemográficos e capacidade funcional com a violência física em pessoas idosas hospitalizadas. **Métodos:** estudo multicêntrico, transversal, com 323 pessoas idosas atendidas em dois hospitais universitários. Foram utilizados o *Conflict Tactics Scales*, as escalas para avaliação das atividades básicas e instrumentais de vida diária e um questionário adaptado para avaliação de atividades avançadas de vida diária. Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** as atividades individuais de vida diária estiveram associadas à violência física maior, apontando haver uma relação inversamente proporcional entre as variáveis, e pessoas idosas independentes para essas atividades são aquelas que não vivenciam violência física maior ($p=0,037$). **Conclusão:** a independência funcional para as atividades instrumentais de pessoas idosas internadas apresenta relação com menor probabilidade de ser vítima de violência física. **Contribuições para a prática:** o estudo aponta achados singulares na relação entre violência física e a capacidade funcional, de modo que cada tipo de atividade de vida diária pode resultar em um desfecho diferente para a violência física. Outrossim, ratifica-se a relevância de avaliações individuais e contextualizadas no ambiente hospitalar, o qual pode influenciar os fatores condicionantes a esse agravado.

Descritores: Violência; Idoso; Atividades Cotidianas; Enfermagem Forense.

ABSTRACT

Objective: to analyze the association of sociodemographic aspects and functional capacity with physical violence in hospitalized elderly people. **Methods:** this was a multi-center, cross-sectional study of 323 elderly people treated at two university hospitals. The Conflict Tactics Scales, the scales for assessing basic and instrumental activities of daily living and a questionnaire adapted for assessing advanced activities of daily living were used. The data was analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results:** individual activities of daily living were associated with major physical violence, indicating an inversely proportional relationship between the variables, and independent elderly people for these activities are those who do not experience major physical violence ($p=0.037$). **Conclusion:** the functional independence for instrumental activities of elderly inpatients is related to a lower probability of being a victim of physical violence. **Contributions to practice:** the study points to unique findings in the relationship between physical violence and functional capacity, so that each type of activity of daily living can result in a different outcome for physical violence. It also confirms the importance of individual and contextualized assessments in the hospital environment, which can influence the conditioning factors for this condition.

Descriptors: Violence; Aged; Activities of Daily Living; Forensic Nursing.

Introdução

A Violência Contra a Pessoa Idosa (VCPI) caracteriza uma violação de direitos e se associa a um fenômeno multiaxial com consequências nos âmbitos social, econômico, político e de saúde⁽¹⁾. Dentre algumas definições para esse evento, a mais utilizada corresponde a que foi emitida na Declaração de Toronto, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece a VCPI como “qualquer ação, única ou repetida, ou ainda, a omissão de providência apropriada, ocorrida numa relação em que haja expectativa de confiança, que acarrete prejuízo ou aflição a uma pessoa idosa”^(2:332). A VCPI se torna dinâmica pelas diferentes conjunturas e determinantes sociais que permeiam a vida desses idosos. Em termos de tipologia, a violência pode ocorrer nas seguintes formas: física, psicológica, sexual, financeira, negligência, autoprovocada e abandono⁽²⁾.

Destas, a violência física se sobressai pela alta visibilidade, conforme análise de tendência temporal entre os anos de 2009 e 2019, em que 332 (20,2%) pessoas idosas sofreram este tipo de agravo, a qual demonstrou aumento significativo em pessoas idosas em comparação aos demais tipos. Verifica-se, ainda, que o referido resultado se coaduna também com a referida análise pelos registros emitidos em documentos oficiais, a exemplo das notificações compulsórias, boletins de ocorrência e denúncias criminais⁽³⁾.

A violência física pode ser definida como o uso da força intencional, com o intuito de ferir ou provocar dor e sofrimento, com ou sem marcas evidentes no corpo da vítima⁽⁴⁾. No contexto brasileiro, de 2011 a 2018, esse tipo de violência na população idosa resultou em 1.084 notificações, atingindo, principalmente, o sexo feminino na faixa etária de 60 a 69 anos⁽⁵⁾. Em países como Índia e África do Sul, a prevalência de violência física foi, respectivamente, de 16,6% e 9,0%⁽⁶⁻⁷⁾. Independentemente da motivação, a violência física se faz presente especialmente, no ambiente intrafamiliar e acarreta sofrimento, transtornos depressivos e de ansiedade, e danos à saúde física da pessoa idosa, incluindo declínio cognitivo e fragilidade⁽⁴⁾.

Importa realçar que a violência se associa à prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, e podem intensificar repercussões negativas, como lesões, outras doenças, baixa produtividade, isolamento, internações hospitalares, dependência funcional e mortalidade⁽⁸⁻⁹⁾. Sobre a dependência funcional, esta pode ser definida pelo comprometimento da capacidade funcional, a qual representa as habilidades relacionadas à execução de atividades diárias com independência e autonomia⁽¹⁰⁾, nomeadamente, na capacidade de a pessoa cuidar de si, realizar as atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária, podendo determinar importantes desfechos, como a ocorrência de VCPI, redução das atividades sociais, risco de hospitalização e institucionalização⁽¹¹⁾.

Nesta perspectiva, o processo de hospitalização pode constituir um fator de gravidade da VCPI, mediante a omissão dos casos, atraso nas denúncias das próprias pessoas idosas, e detecção tardia no âmbito da Atenção Primária, como também um fator protetivo, tendo em vista a possibilidade de a assistência hospitalar não estar relacionada à VCPI, entretanto, deve ser apreciada pelos profissionais de saúde para captação e enfrentamento oportuno dos casos. Além disso, urge investigar associação das variáveis de funcionalidade no ciclo de violência das pessoas idosas na conjuntura hospitalar nacional no sentido de rastrear a possibilidade e/ou a ocorrência de violência; bem como analisar os possíveis graus de comprometimento funcional decorrentes ou não deste agravo, de modo a incluir esse aspecto da senescência na detecção dos casos e direcionar uma assistência convergente às necessidades da pessoa idosa.

A justificativa para o estudo se ampara na necessidade de identificação dos casos de violência familiar no ambiente hospitalar, com o intuito de aumentar a visibilidade sobre esse fenômeno, inclusive, tentando compreender se as variabilidades da dependência funcional, como aquelas para as atividades básicas, instrumentais e avançadas, são equânimes para a ocorrência de violência.

Em face do exposto, o objetivo deste estudo foi

analisar a associação dos aspectos sociodemográficos e capacidade funcional com a violência física em pessoas idosas hospitalizadas.

Métodos

Estudo multicêntrico com abordagem quantitativa e corte transversal, com a participação de pessoas idosas internadas no Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba e no Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande. Foi utilizado o guia *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para assegurar a qualidade de estudos observacionais⁽¹²⁾.

Os critérios de inclusão foram pessoas idosas em atendimento hospitalar, independentemente do motivo de internação, nos setores Clínica Médica (n=107), Clínica Cirúrgica (n=148), Unidade de Doença Infectocontagiosa e Parasitárias (n=29), e nos ambulatórios de Geriatria (n=391) e Psicogeriatria (n=99) do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, totalizando 774 pessoas idosas. Já no Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, a coleta foi conduzida nas alas A cirúrgica (n=333), B de pneumologia (n=45) e C e D da Clínica Médica feminina e masculina (n=107), totalizando 485 pessoas idosas. A justificativa para o critério da idade se deu conforme definição estabelecida no Estatuto do Idoso e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; já a escolha dos setores supracitados ocorreu pelo predomínio de pessoas idosas em comparação aos demais setores dessas instituições.

Foram incluídas 46 pessoas idosas na amostra, das quais, 23 por condição de estágio terminal, 12 por *déficit* de comunicação grave, dez por condição clínica avançada, e uma por estado cognitivo comprometido. A avaliação dos fatores de exclusão ocorreu pela observação clínica dos avaliadores, consoante às orientações obtidas no treinamento de coleta de dados; aplicação prévia do instrumento Mini Exame do Es-

tado Mental para avaliação do estado cognitivo, e em comunicação com os profissionais do setor, os quais pontuaram as condições conforme as informações contidas nos prontuários.

O treinamento para coleta de dados foi realizado com 38 participantes, sendo quatro alunos da graduação, nove de pós-graduação em enfermagem e cinco enfermeiros. Foram necessários três encontros com duração de quatro horas cada para preparação da equipe.

O cálculo amostral sucedeu a partir da quantidade de pessoas idosas admitidas nos setores entre os meses de julho, agosto e setembro de 2018, no Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, e em outubro, novembro e dezembro do mesmo ano no Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, com um total de 1.259 pessoas idosas. Justifica-se que a escolha do período para o cálculo convergiu com o planejamento para a coleta de dados no ano seguinte.

Assim, foi utilizada a equação para definição do tamanho da amostra para estudo de proporção em população finita, com nível de confiança de 95%, erro amostral de 5%, e frequência do fenômeno de 60% (por não ser um fenômeno definido, esse percentual foi estimado conforme estudo prévio)⁽¹³⁾. Tal frequência supracitada foi utilizada em razão de o estudo integrar um projeto-piloto que estimou o risco para violência, de modo que este contempla o fenômeno da violência por demonstrar uma probabilidade maior de a pessoa idosa ser exposta a este evento. O valor obtido nesta fórmula foi de 285 pessoas idosas, tendo-se acrescentado 13% para possíveis perdas, resultando numa amostra final de 323 participantes. Ademais, o critério de amostra não probabilística por cota foi caracterizado pelos estratos da população atendida em cada setor mediante sua classificação, definição de proporção e fixação de cotas em observância à proporção das classes consideradas. Assim, essa técnica foi utilizada, considerando a classificação por faixa etária (pessoas idosas) e a distribuição proporcional dessas pessoas internadas nos setores referidos.

A coleta de dados ocorreu de junho de 2019 a fevereiro de 2020, por meio da aplicação de um questionário que incluiu variáveis sociodemográficas elaboradas pelo pesquisador, tais como sexo, idade, alfabetização, estado civil, arranjo de moradia e renda; e as seguintes escalas validadas nacionalmente: *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1), para rastreamento de violências físicas e psicológicas⁽¹⁴⁾; o índice para as atividades básicas de vida diária (ABVD)⁽¹⁵⁾; e escala para avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD)⁽¹⁶⁾. Ademais, os autores aplicaram um questionário não validado, o qual foi adaptado pela rede Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) para as atividades avançadas de vida diária (AAVD)⁽¹⁷⁾. O tempo de aplicação durou, em média, trinta minutos.

A CTS-1 foi desenvolvida para identificar situações de violência física e psicológica na pessoa idosa. Essa escala é constituída por 19 questões, e se subdivide em três grupos, que correspondem aos métodos de enfrentamento das ações de violência: argumentação (itens a-c), violência verbal (itens d-f e h-j) e violência física (itens k-s). Os itens possuem respostas que variam entre não aconteceu, aconteceu algumas vezes nestes últimos 12 meses, e aconteceu várias vezes nestes últimos 12 meses⁽¹⁴⁾.

A violência física, estabelecida como variável dependente do estudo, divide-se em violência física menor por meio da identificação de atos como empurrões, tapas, puxões de cabelo, agarrar, jogar objetos, ou torcer o braço; e violência física maior, com ações mais graves do instrumento, como queimaduras, lesões por arma branca ou fogo, agressões físicas (murros, socos, chutes). A presença de violência foi definida conforme a resposta afirmativa para um dos itens mencionados. Tal classificação foi adotada conforme os autores do instrumento para fins dessa análise⁽¹⁴⁾.

O índice de avaliação das atividades básicas de vida diárias analisa segundo complexidade hierárquica, a saber: alimentação; controle esfincteriano; higiene pessoal; e capacidades para se vestir, tomar banho e transferir-se. A variável foi dicotomizada em dependentes, para àqueles que necessitavam de auxílio

em mais de uma atividade, e independentes, para as pessoas idosas que não precisavam de auxílio em nenhuma atividade⁽¹⁵⁾.

As atividades instrumentais da vida diária correspondem às atividades intermediárias efetuadas pelas pessoas idosas no próprio ambiente cotidiano, como o uso do telefone, realização de tarefas domésticas, uso de transportes, realização de compras, preparo de refeições, uso de medicamentos e manuseio de dinheiro⁽¹⁶⁾. O mesmo critério de análise utilizado para o índice de avaliação de ABVDs foi adotado neste instrumento.

A escala para as AAVDs alcança a complexidade máxima de capacidade funcional da pessoa idosa, com atividades dispostas em domínios cívicos, de lazer, educação e religião⁽¹⁷⁾. Foram classificados em menos ativos, àqueles que realizavam três ou menos atividades; e em mais ativos, os que executavam quatro ou mais atividades. Essas medidas foram adotadas conforme utilizado nesse outro estudo, a fim de possibilitar posteriores comparações utilizando o mesmo ponto de corte⁽¹⁷⁾.

Os dados coletados foram tabulados e analisados no *software* estatístico SPSS versão 25.0, por estatística descritiva (frequência absoluta e percentual) e inferencial (Qui-quadrado de *Pearson* e regressão de Poisson). Para o Modelo de Regressão de Poisson com variância robusta, o critério de entrada foi determinado para as variáveis com $p < 0,2$ no teste Qui-quadrado de *Pearson*, contudo, na análise final o resultado significativo foi conforme o $p \leq 0,05$. Em todas as tabelas, foram apresentadas as razões de prevalência, o intervalo de confiança foi de 95%, e a significância, de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo está contemplado no projeto “Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, consoante à Resolução n.º 466/2012, sob o parecer do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba com o número 3.709.600/2019, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética n.º

10179719.9.0000.5183, parecer n.º 3.594.339/2019 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 10179719.9.3001.5182 do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Os participantes foram convidados e orientados acerca do consentimento para sua participação, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

No que diz respeito às características sociodemográficas da amostra, predominaram pessoas idosas com idade entre 60 e 70 anos (52,6%; n=170), alfabetizadas (67,8%; n=219), do sexo feminino (60,7%; n=196), com companheiros (51,7%; n=167), morando

com alguém (89,2%; n=288), e com renda de até um salário mínimo (57,9%; n=187).

A Tabela 1 exibe a associação estatística entre essas características e a violência física maior e menor derivadas da escala CTS-1, havendo associação significativa apenas entre a renda e a violência física menor (p=0,028), e razão de prevalência de 34,0% (Intervalo de Confiança-IC95%: 0,12-0,93). Não foi verificada associação entre a violência física maior e menor com as demais variáveis estudadas.

A Tabela 2 exibe a associação estatística entre a capacidade funcional e a violência física, podendo-se considerar que houve uma associação significativa apenas entre a AIVDs e violência física maior (p=0,023).

Tabela 1 – Associação entre características sociodemográficas e violência física (n=323). João Pessoa e Campina Grande, PB, Brasil, 2019-2020

Variáveis	Violência física maior		RP [IC]	Violência física menor		RP [IC]
	Sim	Não		Sim	Não	
Sexo						
Masculino	9 (7,1)	118 (92,9)	1,01 [0,42-2,40]	5 (3,9)	122 (96,1)	2,62 [0,95-7,20]
Feminino	14 (7,1)	182 (92,9)		19 (9,7)	177 (90,3)	
p-valor*	0,985			0,054		
Idade (anos)						
60 † 70	14 (8,2)	156 (91,8)	0,70 [0,29-1,66]	14 (8,2)	156 (91,8)	0,78 [0,34-1,81]
> 70	9 (5,9)	144 (94,1)		10 (6,5)	143 (93,5)	
p-valor	0,412			0,561		
Alfabetização						
Sim	14 (6,4)	205 (93,6)	1,39 [0,58-3,32]	4 (6,4)	205 (93,6)	1,56 [0,67-3,63]
Não	9 (8,7)	95 (91,3)		10 (9,6)	94 (90,4)	
p-valor	0,460			0,302		
Estado civil						
Sem companheiro	12 (7,7)	143 (92,3)	0,84 [0,36-1,96]	16 (10,3)	139 (89,7)	0,44 [0,18-1,05]
Com companheiro	11 (6,6)	156 (93,4)		8 (4,8)	159 (95,2)	
p-valor	0,688			0,059		
Arranjo de moradia						
Mora sozinho	3 (8,6)	32 (91,4)	0,80 [0,22-2,83]	4 (11,4)	31 (88,6)	0,58 [0,19-1,80]
Mora com alguém	20 (6,9)	268 (93,1)		20 (6,9)	268 (93,1)	
p-valor	0,724			0,340		
Renda (salário mínimo)						
Até 1	17 (9,1)	170 (90,9)	0,46 [0,18-1,20]	19 (10,2)	168 (89,8)	0,34 [0,12-0,93]
>1	6 (4,4)	130 (95,6)		5 (3,7)	131 (96,3)	
p-valor	0,106			0,028		

*Teste Qui-quadrado de Pearson; RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança

Tabela 2 – Associação entre a capacidade funcional e violência física (n=323). João Pessoa e Campina Grande, PB, Brasil. 2019-2020

Variáveis	Violência física maior		RP [IC]	Violência física menor		RP [IC]
	Sim	Não		Sim	Não	
ABVD						
Independente	10 (5,0)	191 (95,0)		14 (7,0)	187 (93,0)	
Dependente	13(10,7)	108 (89,3)	2,30 [0,98–5,42]	10 (8,3)	111 (91,7)	1,20 [0,52–2,80]
p-valor*	0,052			0,667		
AIVD						
Independente	3 (2,7)	109 (97,3)		10 (8,9)	102 (91,1)	
Dependente	20 (9,5)	190 (90,5)	3,82 [1,11-13,16]	14 (6,7)	196 (93,3)	0,73 [0,31-1,70]
p-valor	0,023			0,462		
AAVD						
Mais ativo	14 (6,5)	200 (93,5)		16 (7,5)	198 (92,5)	
Menos ativo	9 (9,3)	88 (90,7)	1,46 [0,61-3,50]	8 (8,2)	89 (91,8)	1,11 [0,46-2,70]
p-valor	0,393			0,813		

*Teste Qui-quadrado de Pearson; RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; ABVD: atividades básicas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; AAVD: atividades avançadas de vida diária

No Modelo de Regressão de Poisson para violência física maior, foram incluídas as variáveis com $p < 0,2$ descritas nas tabelas 1 e 2 (renda, ABVD e AIVD). No entanto, apenas a capacidade funcional para AIVDs permaneceu com significância no modelo final, permitindo inferir que, segundo a Razão de Prevalência, o modelo consegue explicar 2,81% das situações em que a independência para a AIVDs está associada à violência física maior ($p=0,037$; $IC=0,085-0,926$), e, segundo o valor de beta ($B= -1,269$), essa relação é inversamente proporcional, ou seja, as pessoas idosas independentes são aquelas que não sofrem violência física maior (Tabela 3).

Tabela 3 – Variáveis associadas à violência física maior por meio da regressão de Poisson ajustada (n=323). João Pessoa e Campina Grande, PB, Brasil. 2019-2020

Variáveis	B	Razão de Prevalência	Intervalo de Confiança	p-valor*
AIVD				
Independente	-1,269	0,281	0,085 - 0,926	0,037
Dependente	-	1,000	-	-

*Significância do teste; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; B: Valor de beta

Discussão

A capacidade funcional está inserida na avaliação multidimensional da pessoa idosa, representando as habilidades relacionadas à execução de atividades diárias com independência e autonomia⁽¹⁰⁾. A avaliação da capacidade funcional é disposta em atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária. À vista disso, o comprometimento dessas ações determina importantes desfechos, como a ocorrência de violência contra a pessoa idosa, redução das atividades sociais, risco de hospitalização e institucionalização⁽¹¹⁾. Como é sabido, além da violência, a capacidade pode ser afetada pela síndrome da fragilidade, multimorbidades, mobilidade prejudicada e iatrogenia medicamentosa⁽³⁾.

A dependência funcional é um fator de risco para a violência contra a pessoa idosa^(6,18). Considerando que as agressões físicas são resultantes de empurrões, tapas, queimaduras, lesões por arma branca e arma de fogo, a repercussão dessas ações pode acarretar admissões hospitalares e declínio da capacidade funcional e qualidade de vida da pessoa idosa⁽¹⁹⁾.

No que diz respeito à relação entre a violência

e a capacidade funcional, verificou-se a dependência pelas atividades básicas na violência física maior e menor. Esta observação reflete que a limitação das atividades básicas interfere diretamente na independência, autonomia e bem-estar da pessoa idosa, gerando estresse no ambiente doméstico, e exige cuidados de outros membros da família, aumentando, assim, o risco de violência⁽¹¹⁾.

No que tange às atividades instrumentais, a associação significativa entre essa variável e a violência física maior retrata uma correlação segundo a complexidade, visto que as perdas nas AIVDs costumam ocorrer primeiro sob efeito da demanda maior de desempenhos físicos e cognitivos⁽²⁰⁾. Outrossim, o declínio funcional dessas atividades, associado à hospitalização, deve ser observado, uma vez que a pessoa idosa está impossibilitada de efetuar ações como o preparo das refeições, utilizar o transporte público, realizar compras, administrar finanças e fazer o uso correto da medicação em virtude de estar hospitalizada e de algumas dessas atividades serem gerenciadas pela equipe de saúde e familiares⁽²¹⁾.

A participação social independente das pessoas idosas é outro aspecto que está limitado na dependência por AIVDs. A restrição desses indivíduos no domicílio e a interrupção das relações sociais favorecem a manutenção do ciclo de violência pelos familiares, impossibilitando que as vítimas tenham acesso aos serviços de saúde e serviços especializados de atendimento à violência⁽⁴⁾.

No entanto, ao verificar a associação entre a violência física menor e atividades instrumentais, nota-se que a sua ocorrência foi prevalente em pessoas idosas independentes. Por conseguinte, na análise de regressão, a violência física maior foi inversamente proporcional à independência da pessoa idosa. Corroborando o último achado, estudo transversal evidenciou que pessoas idosas sem limitações para atividades instrumentais apresentaram menor prevalência de maus-tratos em 6,4%, aumentando para 11% em pessoas idosas com mais de duas dependências para estas atividades. Além disso, para esses indivíduos que

tinham dependência para AIVD e deficiência, a probabilidade de sofrerem violência foi duas vezes maior⁽¹⁹⁾. Trata-se de uma informação singular, que demanda a condução de pesquisas futuras que demonstrem justificativas para essa relação no sentido bidirecional de causa e efeito.

Ainda, sobre o desfecho identificado, foi observado em estudo nacional que a chance de as pessoas idosas apresentarem incapacidade funcional nas AIVDs foi 44% maior entre aquelas que sofreram violência cometida por filhos ou netos⁽²²⁾. Considerando que no contexto da violência intrafamiliar observa-se uma relação de poder e dependência entre os perpetradores e as vítimas, respectivamente, na pessoa idosa a incapacidade para atividades instrumentais concatena com a utilização de dispositivos assistivos⁽²³⁾ e ações que dispõem de tempo para compreensão e, por conseguinte, paciência dos familiares para instruí-las, a exemplo do uso de smartphones e gerenciamento de transações bancárias. Assim, quanto maior a independência nestas atividades, menor será o grau de situações estressantes e possibilidades de ocorrência de violência no âmbito familiar.

A manifestação de violência física em pessoas idosas menos ativas, pela avaliação das AAVDs, condiz com estudo conduzido com 159 pessoas idosas comunitárias⁽²⁴⁾. O domínio social inerente às atividades avançadas ratifica essa redução do convívio social durante o envelhecimento e, por conseguinte, pode repercutir acentuando sintomas depressivos, incapacidades e isolamento social. Destarte, uma vez que a capacidade para as AAVDs foi identificada como fator de proteção para saúde física e cognitiva⁽²⁵⁾, entende-se que o engajamento ativo das atividades avançadas, congruente à estabilidade das atividades básicas e instrumentais, podem atenuar a incidência de violência nesse segmento.

Em face à análise sobre o risco de isolamento social pelas atividades instrumentais e avançadas, o ambiente hospitalar pode se tornar um lugar oportuno para identificação desse fenômeno. O isolamento social e o potencial de confusão mental têm um poten-

cial de declínio cognitivo nas pessoas idosas internadas em ambiente hospitalar, com efeito significativo no declínio funcional. O enfermeiro, em suas atribuições, tem o Processo de Enfermagem como um instrumento potencial para sistematizar todas as informações e intervenções necessárias nos cuidados às vítimas de violência. Adicionando a especialidade forense, o profissional deve ter o olhar crítico ao conduzir a anamnese; realizar um exame físico minucioso, com o objetivo de encontrar lesões, nos casos de violência física e/ou sexual; coletar as evidências e documentá-las, bem como avaliar os exames laboratoriais e de imagem com a equipe interdisciplinar.

Mesmo que a assistência de enfermagem forense esteja se consolidando no Brasil, o reconhecimento dos aspectos multidimensionais pelo enfermeiro, no campo hospitalar, reforça que intervenções nos domínios cognitivos, funcionais e dos determinantes sociais podem garantir subsídios para a ruptura da violência, tendo em vista que estes se configuram como fatores preditivos para a violação dos direitos na população idosa.

Os resultados expostos contribuem para a ampliação do âmbito acadêmico e prático da Enfermagem, em especial, no âmbito hospitalar. Na academia, fornece evidências científicas para serem discutidas no processo de formação da assistência de enfermagem à pessoa idosa, integrando os aspectos inerentes à avaliação multidimensional. Na assistência, a percepção de fatores preditores da violência contra a pessoa idosa durante o histórico de enfermagem, como a capacidade funcional, coadunam o raciocínio clínico para prescrição dos diagnósticos de enfermagem pertinentes ao contexto. Ademais, ao utilizar instrumentos específicos para detecção da violência contra a pessoa idosa, além das fichas de notificação compulsória, o enfermeiro potencializa o plano de cuidados a ser prescrito no processo de enfermagem, tornando-se, assim, mais assertivo na obtenção dos objetivos propostos.

Limitações do estudo

Aponta-se como limitação do estudo o delineamento transversal no que tange à impossibilidade de mensurar relações causais entre as variáveis estudadas.

Contribuições para a prática

O presente estudo aponta achados singulares na relação entre violência física e a capacidade funcional da pessoa idosa, de modo que é necessário analisar que cada tipo de atividade de vida diária pode resultar em um desfecho diferente para a violência física. Uma vez que na literatura se observa que a dependência funcional, de modo geral, é preditora para a violência, a pesquisa ratifica a relevância de avaliações individuais e contextualizadas ao ambiente hospitalar, no qual pode influenciar os fatores condicionantes a esse agravo. Ademais, a assistência baseada em evidências conduz à tomada de decisão do enfermeiro para que este possa integrar os instrumentos de avaliação da capacidade funcional em todos os setores de cuidado à pessoa idosa hospitalizada.

Conclusão

A independência funcional para as atividades instrumentais de pessoas idosas internadas em ambiente hospitalar apresenta relação com menor probabilidade de ser vítima de violência física.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: Brandão BMLS, Araújo-Monteiro GKN, Santos-Rodrigues RC.

Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Brandão BMLS, Araújo-Monteiro GKN, Santos-Rodrigues RC, Souto RQ, Gomes ID, Reis IO.

Aprovação final da versão a ser publicada e Concorrência em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte do manuscrito sejam investigadas e resolvidas adequadamente: Brandão BMLS, Araújo-Monteiro GKN, Santos-Rodrigues RC, Souto RQ, Gomes ID, Reis IO.

Referências

1. Van Houten ME, Vloet LCM, Pelgrim T, Reijnders UJL, Berben SAA. Types, characteristics and anatomic location of physical signs in elder abuse: a systematic review: awareness and recognition of injury patterns. *Eur Geriatr Med.* 2022;13(1):53-85. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s41999-021-00550-z>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]*. 2002 [cited Apr. 13, 2023];37(6):332-3. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X02748397>
3. Lopes EDS, D'Elboux MJ. Violence against old people in the city of Campinas, São Paulo, in the last 11 years: a temporal analysis. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2021;24(6):e200320. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200320>
4. Machado DR, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(3):1119-28. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020253.19232018>
5. Pampolim G, Pedroso MRO, Leite FMC. Análise dos casos notificados de violência física contra a pessoa idosa no Espírito Santo. *Estud Interdiscipl Envelhec.* 2020;25(2):197-218. doi: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.99133>
6. Sathya T, Selvamani Y, Nagarajan R. Elder abuse/mistreatment and associated covariates in India: results from the longitudinal aging study in India wave 1, 2017-2018. *Epidemiol Health.* 2022;44:e2022017. <https://dx.doi.org/10.4178/epih.e2022017>
7. Metheny N, Essack Z. Intimate partner violence in older South African women: an analysis of the 2016 demographic and health survey. *S Afr Med J.* 2020;110(10):1020-5. doi: <https://dx.doi.org/10.7196/SAMJ.2020.v110i10.14684>
8. Firdaus MAM, Mohd Yunus R, Hairi NN, Choo WY, Hairi F, Suddin LS, et al. Elder abuse and hospitalization in rural Malaysia. *PLoS One.* 2022;17(6):e0270163. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270163>
9. Sembiah S, Dasgupta A, Taklikar CS, Paul B, Bandyopadhyay L, Burman J. Elder abuse and its predictors: a cross-sectional study in a rural area of West Bengal, eastern part of India. *Psychogeriatrics.* 2020;20(5):636-44. doi: <http://doi.org/10.1111/psyg.12550>
10. Brandão BMLS, Santos RC, Araújo-Monteiro GKN, Carneiro AD, Medeiros FAL, Souto RQ. Risk of violence and functional capacity of hospitalized elderly: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e20200528. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0528>
11. Ferreira GRS, Costa TF, Pimenta CJL, Silva CRR, Bezerra TA, Viana LRC, Costa KNFM. Functional capacity and stressful events in elderly population. *Rev Min Enferm.* 2019;23:e-1238. doi: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20190086>
12. Cheng A, Kessler D, Mackinnon R, Chang TP, Nadkarni VM, Hunt EA, et al. Reporting guidelines for health care simulation research. *Simul Healthc.* 2016;11(4):238-48. doi: <http://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000150>
13. Santos RC, Menezes RMP, Araújo GKN, Marcolino EC, Xavier AG, Gonçalves RG, et al. Frailty syndrome and associated factors in the elderly in emergency care. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:eAPE20190159. doi: <https://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00159>
14. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *J Marriage Fam.* 1979;41(1):75-88. doi: <https://dx.doi.org/10.2307/351733>
15. Katz S, Akpom CA. A measure of primary sociobiological functions. *Int J Health Serv.* 1976;6(3):493-508. doi: <https://dx.doi.org/10.2190/urrl-2ryu-wryd-ey3k>

16. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontol.* 1969;9(3):179-86. doi: http://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
17. Oliveira EM, Silva HS, Lopes A, Cachioni M, Falcão DVS, Batistoni SST, et al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. *Psico-USF.* 2015;20(1):109-20. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-82712015200110>
18. Sooryanarayana R, Ganapathy SS, Wong NI, Rosman A, Choo WY, Hairi NN. Elder abuse: nationwide findings among community-dwelling Malaysian older persons. *Geriatr Gerontol Int.* 2020;20(Suppl 2):85-91. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/ggi.13989>
19. Sathya T, Premkumar R. Association of functional limitations and disability with elder abuse in India: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):220. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12877-020-01619-3>
20. Mendonça SS, Marques APO, Nunes MGS, D'Angelo ER, Leal MCC. Functional capacity in the oldest old: cross-sectional analysis based on a decision model. *Geriatr Gerontol Aging.* 2020;14:52-60. doi: <https://dx.doi.org/10.5327/Z2447-212320202000049>
21. Lini EV, Lima AP, Cardoso FB, Portella MR, Doring M. Factors associated with instrumental activities of daily living dependence in the elderly: a case-control study. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(11):4623-30. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202511.03432019>
22. Bomfim WC, Camargos MCS, Zocratto KBF. Associação entre a violência intrafamiliar e as condições de saúde de idosos brasileiros. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2022;46(3):167-82. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n3.a3740>
23. Silva LM, Souza AC, Fhon JRS, Rodrigues RAP, Santos LA, Gomes MFCT. Factors associated with the use of assistive technologies in elders in their home environments. *Rev Rene.* 2022;23:e78534. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222378534>
24. 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. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0209>
25. Tavares DMS, Oliveira NGN, Marmo FAD, Meneguci J. Using structural equation modeling in the understanding of functional disability in older adults. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2021;29:e3451. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4555.3451>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons