

Análise de fatores emocionais e cognitivos preditivos da autonegligência em idosos

Analysis of emotional and cognitive factors predictive of self-neglect in the elderly

Dante Ogassavara¹, Ivan Wallan Tertuliano², Daniel Bartholomeu³, Guilherme Carlos Brech⁴, José Maria Montiel⁴

RESUMO: É proposto que a inabilidade do indivíduo manter um padrão de autocuidado em grau aceito socioculturalmente, com potencial de gerar consequências ruins para a saúde e bem-estar e até para a comunidade seja entendida como um quadro de autonegligência. Diante da demanda por um conhecimento aprofundado quanto a autonegligência, esta pesquisa teve como objetivo avaliar fatores cognitivos e emocionais preditores da autonegligência em população idosa. Tratou-se de um delineamento de pesquisa de abordagem quantitativa, sendo um estudo transversal, descritivo e correlacional. Foram avaliados indicadores de autonegligência, o funcionamento cognitivo, a presença de sintomatologia depressiva e o risco de vitimização por alguma modalidade de abuso. Observou-se que as dimensões físicas e psicológicas dos indivíduos estiveram preservadas e pode-se observar um baixo risco dos participantes estarem sendo vitimizados por alguma modalidade de abuso, consolidando os enquadramentos como casos de autonegligência. Por meio de análises correlacionais, pôde-se observar correlações positivas entre as condições físicas e psicológicas da autonegligência e o risco de vitimização e abuso. Ao articular os achados da atual pesquisa com materiais disponíveis na literatura, pôde-se observar que os aspectos intrínsecos aos indivíduos idosos são mais relevantes para o estabelecimento de quadros de autonegligência do que elementos contextuais, sobretudo comprometimentos do funcionamento físico e psicológico.

Palavras-chave: Envelhecimento; Violência; Vulnerabilidade; Autocuidado Autonegligência.

¹ UNINOVE

² Universidade Anhembi Morumbi

³ UniAnchieta

⁴ Universidade São Judas Tadeu/Instituto Ânima

ABSTRACT: It is proposed that the individual's inability to maintain a socio-culturally accepted standard of self-care, with the potential to generate adverse consequences for health, well-being, and even for the community, be understood as a condition of self-neglect. Faced with the demand for in-depth knowledge regarding self-neglect, this research aimed to assess cognitive and emotional predictors of self-neglect in the elderly population. This was a quantitative research design, employing a cross-sectional, descriptive, and correlational study. Indicators of self-neglect, cognitive functioning, the presence of depressive symptomatology, and the risk of victimization by some forms of abuse were evaluated. It was observed that the physical and psychological dimensions of the individuals were preserved, and there was a low risk of participants being victimized by some form of abuse, consolidating the categorization as cases of self-neglect. Through correlational analyses, positive correlations were observed between the physical and psychological conditions of self-neglect and the risk of victimization and abuse. By articulating the findings of the current research with materials available in the literature, it was observed that intrinsic aspects of elderly individuals are more relevant for the establishment of self-neglect conditions than contextual elements, especially impairments in physical and psychological functioning.

Keywords: Aging; Violence; Vulnerability; Self-care; Self-neglect.

Introdução

Caso o suporte à pessoa idosa com carências não seja prestado, caracteriza-se um quadro de negligência, independentemente desta negligência ser originada por desconhecimento, incompetência ou recusa de suporte. Ao considerar a condição do indivíduo, Gibbons et al. (2006) propõem que a inabilidade do indivíduo manter um padrão de autocuidado em grau aceito socioculturalmente, com potencial de gerar consequências ruins para a saúde e bem-estar e até para a comunidade seja entendida como um quadro de autonegligência. Diferencia-se a autonegligência em dois subtipos: o primário, contemplando casos em que há intencionalidade em se enquadrar na síndrome de autonegligência e que é um estilo de vida; o subtipo secundário, se refere à casos de autonegligência são estabelecidos de forma não intencional, sendo muito relacionada à

demência. Complementando essa perspectiva, é indicado que apesar de ser oportuno conseguir identificar se há intenção do idoso em permanecer nesta condição, é necessário que se busque por eventos observáveis, se atentando a aparência do sujeito, da moradia dele e de seus comportamentos de saúde, podendo ser entendidos como práticas de autocuidado (Iris et al., 2010).

De modo a propor uma nova compreensão acerca da autonegligência, Pickens et al. (2021) sugere que seja considerada a recusa de suporte social no rastreo da autonegligência, destacando a necessidade de se verificar se o sujeito investigado está rejeitando ofertas de auxílio ou se não existe nenhuma fonte de suporte. Esta diferença é significativa ao ser critério para identificar se é um caso de negligência ou se o indivíduo também está se negligenciando ao dificultar ou impedir o suporte. Frente às questões expostas anteriormente, destaca-se que a autonegligência é tratada como um constructo desenvolvido a partir de estudos prévios que visaram conceituá-la, expondo indicadores deste quadro e a variação morfológica que esta negligência pode assumir. Deste modo, pode-se identificar sintomas e manifestações de violência contextuais para o rastreo da autonegligência.

Diante da vulnerabilidade da população idosa, coloca-se o problema desta pesquisa, que permeou a ideia de quais os fatores relacionados à autonegligência e a prevalência desta condição em população considerada idosa. Diante da demanda por um conhecimento aprofundado quanto a autonegligência, esta pesquisa teve como objetivo avaliar fatores cognitivos e emocionais preditores da autonegligência em população idosa. Enquanto objetivos secundários, analisou-se as correlações entre sintomatologia depressiva, prejuízo cognitivo, déficits de autocuidado e autonegligência.

Métodos

Tratou-se de um delineamento de pesquisa de abordagem quantitativa ao visar a mensuração de variáveis para explicar as relações estabelecidas entre elas e sua interação com os fenômenos abordados. O delineamento foi caracterizado como uma pesquisa transversal, descritiva e correlacional, ou seja, o esquema de investigação se propôs a abordar as variáveis em um recorte pontual do tempo com o objetivo de descrever e interpretar o estado da mesma, atentando-se para relações estatísticas entre os elementos considerados (Campos, 2019).

Características sociodemográficas

Foi aplicado um questionário sociodemográfico elaborado pelos autores com o intuito de caracterizar a amostra, abordando idade, gênero, renda familiar e grau de escolaridade. A amostra foi composta por 49 pessoas idosas da cidade de São Paulo que não apresentavam comprometimento cognitivo, possuindo idades entre 60 e 98 anos, tendo idade média de 70,3 ($\pm 7,3$) anos. Quanto ao sexo a maioria foi do sexo feminino (77%). A escolaridade variou de 1º a 3º grau completo, sendo que a mais comum foi a de 3º grau completo (36%). Quanto a renda familiar, esta variou de 0 a 5 (cinco) salários-mínimos, sendo que a maioria das pessoas recebia de 2 (dois) a 4 (quatro) salários-mínimos (60%), ou seja, era recebido um valor entre R\$2.640,00 e R\$5.280,00.

Instrumentos

Funcionamento cognitivo

Foi utilizado o Mini-Exame do Estado Mental - MEEM (Bertolucci et al., 1994) para avaliar o estado da cognição dos respondentes. Versões mais atuais são observadas na literatura, porém se fez uso desta versão, por acreditar-se ser uma versão de maior praticidade ao respondente. O instrumento é composto por 10 (dez) tarefas de topografia variada, abordando memória, atenção, linguagem, cálculo e orientação no tempo e

espaço, adotando uma nota de corte para idosos sem escolaridade de 19 pontos e 23 pontos para aqueles que possuem histórico escolar, como sugerido por Almeida (1998).

Risco de vitimização

O Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screen Test - H-S/EAST (Reichenheim et al., 2008) foi selecionado para rastrear a ocorrência de abuso de pessoas idosas, nas modalidades de abuso físico, psicológico, financeiro ou negligência. O instrumento é composto por 15 itens com formato de resposta dicotômico e embora não seja disponibilizada uma classificação para a pontuação obtida, indica-se que quanto maior o escore maior o risco de que o respondente esteja sendo sofrendo alguma forma de violência.

Sintomatologia depressiva

Foi empregada a Escala de Depressão Geriátrica - GDS-15 para identificar o grau de sintomatologia depressiva em pessoas idosas. O instrumento foi adaptado e validado para o contexto brasileiro por Pereira (2017). O instrumento consiste em 15 itens com respostas em formato dicotômico. Nesta versão adaptada é estabelecido 6 (seis) pontos como a nota de corte, assim pontuações maiores ou iguais a 7 (sete) pontos indicam a presença de sintomatologia depressiva.

Indicadores de autonegligência

Foi selecionada a Escala de Autonegligência (Ogassavara et al., 2022) por estar investigar temáticas relativas ao indivíduo e sua moradia, elementos da sua conjuntura socioeconômica, comportamentos de risco e autocuidado (Dong et al., 2011; Preston-Shoot, 2019).

Os itens são respondidos em escala em formato Likert de 5 pontos intervalares que vão de 1 (não se aplica a mim de maneira alguma) a 5 (aplica-se a mim na maior parte do tempo). A escala consiste em um total de 63 itens, distribuídos em 4 dimensões

compostas por subescalas de 7 itens cada. As subescalas tratam de aspectos físico-psicológicos, sendo compostos pelas subescalas de condição física pessoal e da moradia, condições afetivas e cognitivas. Também é abordada a dimensão ambiental pelas subescalas de suporte social, recursos financeiros e riscos. E por fim, a dimensão da recusa, que remete a recusa afetiva e financeira.

Destaca-se que não foi intuito criar ou atribuir escalas de valores e julgamento, somente a presença ou ausência para cada item apresentado e sua intensidade.

Procedimentos de coleta de dados

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de parecer 5.709.487 (CAAE nº: 63917722.4.0000.0089). A coleta de dados aconteceu de forma presencial e os participantes foram captados por conveniência em diferentes locais, por exemplo, em centros de participação de idosos, Universidades Abertas à Terceira Idade, entre outros. Aqueles que aceitaram o convite de responder à pesquisa, que cumpriram com os critérios estabelecidos puderam participar como voluntários.

Procedimentos de análise dos dados

Foi realizada análise quantitativa dos dados adquiridos com o questionário por meio do *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22.0. Em relação às análises estatísticas realizadas, foram apresentadas as frequências das variáveis abordadas, testes de correlação de Pearson e uma análise de Regressão Linear, com método Backwards. Ademais, aponta-se que análises de Regressão Múltipla assumem uma variável como dependente e outras variáveis como interdependentes (Corrar et al., 2012).

Resultados e discussão

As estatísticas descritivas das medidas utilizadas encontram-se na Tabela 1. A partir dos dados apresentados nesta tabela nota-se que a maior parte das medidas tiveram

assimetria e curtose alteradas, sugerindo violações à normalidade. Assim, os dados foram normalizados antes da sequência das análises paramétricas. Ao classificar as pontuações referentes à aplicação do MEEM e GDS-15, indica-se que a amostra em questão apresentou funcionamento cognitivo preservado e ausência, ou presença mínima, de sintomatologia depressiva.

Em relação às características sociodemográficas da amostra, observou-se que os resultados obtidos estão alinhados com as contribuições pré-existentes da literatura científica sobre a autonegligência. Esta condição foi evidenciada pela maior parte dos participantes serem mulheres idosas jovens, com grau de escolaridade médio e sem sintomatologia depressiva significativa ou comprometimento cognitivo, assim atendendo a expectativa de que não seria encontrado um quadro de autonegligência ao apresentar tal estado (Pickens et al., 2021). Pode-se inferir que a escolaridade, a idade e o gênero são aspectos que proporcionam conjunturas relevantes para o desenvolvimento de quadros de autonegligência, sendo fatores de risco ou protetivos.

Tabela 1

Estatísticas descritivas do MEEM, H-S/EAST, GDS-15 e Escala de Autonegligência

	Média (\pm DP)	Assimetria	Curtose	Min-Máx
Pontuação no MEEM	25,92 (\pm 3,63)	-2,00	6,57	10-30
Pontuação no H-S/EAST	2,92 (\pm 1,87)	0,42	-0,785	0-7
Pontuação no GDS-15	2,06 (\pm 2,17)	1,55	2,37	0-9
Pontuação na Escala Autonegligência	35,18 (\pm 23,61)	0,579	0,101	0-94

Nota. O erro padrão das medidas de Assimetria é equivalente à 0,340 e de Curtose é 0,668.

Fonte. Os autores.

As análises descritivas das subescalas e dimensões da Escala de Autonegligência (Ogassavara et al., 2022) constam na Tabelas 2. Observou-se que as dimensões físicas e psicológicas dos indivíduos estiveram preservadas e assim é sugerido que a autonomia dos mesmos esteja em pleno funcionamento, viabilizando a caracterização de quadros de

autonegligência primária (intencional), contanto que os outros critérios também sejam atendidos. Conforme apresentado, foi evidenciado pelo instrumento de rastreio de violência um baixo risco dos participantes se encontrarem vitimizados por alguma modalidade de abuso, aventando que o enquadramento de autonegligência seja rejeitado.

Para além das análises descritivas, foram realizadas análises de Correlação de Pearson entre as dimensões de autonegligência com as pontuações totais obtidas pela aplicação do MEEM (rastreamento cognitivo), do GDS-15 (sintomatologia depressiva) e o H-S/EAST (risco de vitimização e abuso), adotando um nível de significância de 0,05. Deste modo, os resultados das análises estão expostos na Tabela 3.

Por estes dados, foi identificado que o escore total da Escala de Autonegligência estabeleceu correlações com as pontuações registradas no MEEM, GDS-15 e H-S/EAST. Mais especificamente, pôde-se observar correlações positivas entre as condições físicas e psicológicas do indivíduo e o risco de vitimização e abuso, sendo que quanto maior o risco de vitimização maiores os escores obtidos nas dimensões físicas e psicológicas. Ademais, também foi evidenciada a interrelação entre os aspectos físicos da autonegligência e a presença de sintomas depressivos ao ser estabelecida uma correlação positiva de intensidade moderada.

Uma vez que a manutenção da dimensão física dos participantes encontrou-se preservada, indica-se que as atividades básicas de suas vidas diárias se mantiveram sendo realizadas, também sendo entendidas como práticas de cuidado direcionado a si próprio. As análises correlacionais revelaram associações entre cuidado com aspectos físicos com o estado psicológico do indivíduo e o risco de vitimização, assim corroborando com contribuições pré-existentes da literatura disponível por ser evidenciado que o autocuidado promove o bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos, estando interrelacionado ao seu funcionamento cognitivo e afetivo. Mais especificamente, indica-

se que a capacidade de autocuidado estabelece correlações negativas com a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa (Bettoni et al., 2017).

Tabela 2

Estatísticas descritivas das subescalas da Escala de Autonegligência

	Média (\pm DP)	Assimetria	Curtose	Min-Máx
Condição física pessoal	2,86 (\pm 4,23)	1,81	3,08	0-18
Condição física da moradia	2,71 (\pm 3,93)	2,21	5,97	0-19
Dimensão física	5,57 (\pm 7,27)	2,06	6,03	0-37
Condição afetiva	4,92 (\pm 5,52)	1,27	0,60	0-20
Condição cognitiva	4,65 (\pm 6,48)	1,97	3,36	0-26
Dimensão psicológica	9,59 (\pm 11,02)	1,75	3,01	0-46
Suporte social	5,24 (\pm 5,28)	1,79	5,72	0-28
Recursos financeiros	3,41 (\pm 4,20)	1,32	0,87	0-16
Riscos	1,61 (\pm 2,52)	2,21	5,22	0-11
Dimensão ambiental	10,27 (\pm 9,98)	1,99	6,55	0-54
Recusa afetiva	4,92 (\pm 5,52)	1,27	0,60	0-20
Recusa financeira	4,65 (\pm 6,48)	1,97	3,36	0-20
Dimensão da recusa	9,59 (\pm 11,02)	1,75	3,01	0-36

Nota. O erro padrão das medidas de Assimetria é equivalente à 0,340 e de Curtose é 0,668.

Fonte. Os autores.

Tabela 3

Correlações de Pearson entre as dimensões da autonegligência e pontuações totais do MEEM, GDS-15 e H-S/EAST

		MEEM	GDS-15	H-S/EAST
Condição física pessoal	R	0,054	0,247	0,302*
	p	0,715	0,087	0,035
Condição física da moradia	R	0,041	0,488*	0,366*
	p	0,781	0,000	0,011
Dimensão física	R	0,053	0,407*	0,370*
	p	0,717	0,004	0,009
Condição afetiva	R	- 0,136	0,731*	0,426*
	p	0,353	0,000	0,002
Condição cognitiva	R	-0,328*	0,712*	0,347*
	p	0,021	0,000	0,015
Dimensão psicológica	R	- 0,261	0,184	0,418*
	p	0,070	0,206	0,003
Suporte social	R	- 0,063	0,184	0,247

	p	0,667	0,206	0,087
Recursos financeiros	R	- 0,069	0,165	0,174
	p	0,638	0,256	0,231
Riscos	R	- 0,316*	0,335*	0,153
	p	0,027	0,019	0,295
Dimensão ambiental	R	- 0,142	0,251	0,242
	p	0,330	0,082	0,093
Recusa afetiva	R	- 0,122	0,024	- 0,004
	p	0,403	0,870	0,979
Recusa financeira	R	- 0,429*	0,038	0,000
	p	0,008	0,798	0,998
Dimensão da recusa	R	- 0,335*	0,486*	0,334*
	p	0,019	0,000	0,019
Escore total	R	- 0,335*	0,486*	0,334*
	P	0,019	0,000	0,019

Nota. Apresenta correlação significativa com grau de liberdade de 0,05.

Fonte. Os autores.

A associação evidenciada entre a manutenção deficitária do autocuidado e o risco de vitimização é explicada parcialmente pelo descuido com a própria integridade favorecer o desenvolvimento de quadros de fragilidade. Neste sentido, o declínio das capacidades físicas é um fator de risco para o estabelecimento de quadros de vulnerabilidade ao ser mediada pela fragilidade do indivíduo (Li et al., 2018). O autocuidado viabiliza um maior controle sobre seu funcionamento e que seja alcançado um maior grau de bem-estar por ações de promoção de saúde, incluindo a boa nutrição e manutenção do sistema muscular (Andrade et al., 2016).

Convergentemente ao processo de envelhecimento humano, observa-se que a inatividade física corrobora com a tendência de a capacidade funcional dos indivíduos passar por declínios (Ikegami et al., 2020) e assim facilita o estabelecimento de quadros de autonegligência, agravando o risco de mortalidade e gerando demandas para o sistema de saúde (Dong, 2017). Nesta toada, o exercício físico é evidenciado como um fator e benéfico para a integridade física dos indivíduos ao promover o desempenho físico

individual, no que tange os aspectos estruturais e funcionais dos subsistemas (Resende-Neto et al., 2016).

A condição de fragilidade proporcionada pelos riscos associados ao envelhecimento pode acarretar a perda da funcionalidade e consequente comprometimento da qualidade de vida (Andriolo et al., 2016). Visando a independência para atividades cotidianas, destaca-se o emprego de recursos tecnológicos como estratégia para compensar déficits funcionais, sendo subsidiado pelo autocuidado em nível individual e coletivo (Centro Internacional de Longevidade Brasil, 2015). Ademais, o estado de dependência funcional é um fator de risco para o estabelecimento da vulnerabilidade e assim o indivíduo é submetido à riscos intensificados de serem vitimizados (Santos et al., 2020).

O estado psicológico dos indivíduos estudados foi encontrado em estado preservado. O comprometimento das capacidades mentais é evidenciado como um elemento relacionado à suscetibilidade a ser vitimizado por alguma modalidade de violência. No que se refere ao funcionamento cognitivo, quando este se encontra comprometido há um maior risco de vitimização e de que seja observada maior grau de sintomatologia depressiva. Nesta tônica, a condição afetiva e a dimensão psicológica associaram-se à depressão e ao risco de vitimização. Assim, pode-se afirmar que a preservação da saúde mental um fator relevante contra a conjunturação de quadros de vulnerabilidade.

Conforme apresentado, a ausência ou presença não significativa de sintomatologia depressiva evidenciada pode ser retratada como um indicador de vitimização por alguma modalidade de violência. Tais achados estão em concordância com a literatura disponível ao ser menos provável de que os participantes estejam sofrendo algum abuso, incluindo a negligência (Maia et al., 2019; Pickens et al., 2021; Santos et al., 2020). A ausência de

sintomatologia depressiva é parcialmente explicada pela presença de redes de suporte da pessoa idosa, em razão do auxílio que estas podem prestar ao indivíduo na amenização de prejuízos na esfera psicológica e em questões de funcionalidade (Li et al., 2021). Ainda, o estado de ambas as variáveis corrobora com a literatura ao serem correlacionados ao risco de vitimização, encontrando-se sob um grau de vulnerabilidade social, destarte estando sujeito à presença de sintomatologia ansiosa, dores físicas e proporcionando condições mais precárias para as esferas físicas e psicológicas (Cabral et al., 2019; Melchiorre et al., 2021).

Algumas características intrínsecas aos indivíduos são significativas para a manutenção da saúde, valendo mencionar a participação de traços de personalidade como disposições a prestar cuidado em razão da vivência de estados afetivos positivos e negativos (Heid et al., 2022; Ogassavara et al., 2022). Nestes moldes, torna-se evidente a importância da percepção de pessoas idosas sobre a própria saúde por ser relacionada à sintomatologia depressiva, no que se refere à questões de autoestima e desesperança (Faller et al., 2018).

Ao considerar a condição do funcionamento cognitivo dos participantes e sua faixa-etária, alinha-se com a concepção de que a cognição tende a ser encontrada em melhor estado nos momentos mais iniciais da velhice (Gonçalves & Outeiro, 2015). Infere-se que a manutenção do funcionamento cognitivo estabelece uma relação retroativa com o autocuidado, sendo que a cognição sofre prejuízos gerados por comportamentos de risco (Livingston et al., 2020) e a perda da funcionalidade que é ocasionada pode tornar-se um obstáculo ao incapacitar o indivíduo idoso (Dong & Simon, 2016).

A instrução adequada sobre práticas de manutenção da saúde apresenta-se como uma estratégia viável para a promoção da qualidade de vida e bem-estar da população

idosa (Costa et al., 2015). Pode-se afirmar que o principal objetivo da educação é favorecer o desenvolvimento da autonomia (Dabbagh & Castaneda, 2020), sendo que a educação em questões de saúde é evidenciada como um elemento benéfico para realização de atividades instrumentais do cotidiano (Bandeira et al. 2021) e que pode ser disseminada por meio das redes de suporte informal em que estes indivíduos trafegam (Venancio et al. 2017).

Dentre os aspectos ambientais da autonegligência que foram abordados, elementos favoráveis ao isolamento social foram correlacionados ao funcionamento cognitivo e sintomatologia depressiva. Infere-se que esta relação seja parcialmente justificada pela natureza de quadros depressivos (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1992), já a relação estabelecida com a cognição pode ser explicada em parte pela subescala e se referir à acessibilidade e organização de recursos. Assim o comprometimento do funcionamento cognitivo pode favorecer a conjunturação de quadros de autonegligência (Iris et al., 2010).

No que tange o suporte social da amostra investigada, foi evidenciada a disponibilidade de recursos humanos como fontes de suporte e o uso de suas redes de apoio. Ao longo do envelhecer, há uma tendência das redes sociais do indivíduo sofrem uma redução de volume gradual (Maia et al., 2016). Deste modo, esta pesquisa se alinha com a literatura, uma vez que a maioria dos respondentes foram pessoas idosas no início da velhice.

As redes de suporte enquanto fatores ambientais não são preditores para a incidência de casos de autonegligência (Yu et al., 2019), entretanto estes elementos podem agravar o risco de vitimização por alguma modalidade de abuso de pessoas idosas pelo isolamento social e empobrecimento de fontes de suporte (Acharya et al., 2021). Neste contexto, pode-se argumentar que a incidência da síndrome de autonegligência depende

de não ser encontrado um quadro de negligência por parte da rede de apoio do indivíduo idoso, pois caso contrário é configurada um caso de abandono, assim a recusa de suporte por parte da pessoa idosa é colocada como critério central para a caracterização de casos de autonegligência primária, conforme descrito por Gibbons et al. (2006).

Ao versar sobre os achados referentes à recusa de suporte, foi evidenciado que a recusa de suporte financeiro é correlacionada negativamente ao funcionamento cognitivo, sendo que a dimensão da recusa de forma geral também se correlacionou positivamente com a presença sintomas depressivos e o risco de vitimização. As relações encontradas corroboram com apontamentos pré-existentes na literatura científica sobre a prestação de suporte, sendo observada em quadros nos quais os indivíduos carentes não se encontram com pleno funcionamento das suas faculdades mentais, contudo é necessário que se atente aos aspectos socioculturais que motivam a recusa no contexto abordado para preservar a integridade moral dos indivíduos, uma vez que estes possuem sua liberdade de escolha (Abreu et al., 2016).

Ao versar sobre a relação entre a recusa do fornecimento de recursos com o estado cognitivo, infere-se a ocorrência de um movimento retroalimentativo em função da aceitação de suporte financeiro. Nesta, o subsídio de recursos para a satisfação de necessidades proporciona condições para a manutenção da integridade, sendo que a carência de recurso é um preditor para a incidência de quadros de autonegligência (Yu et al., 2019) e quando estes estão disponíveis, é exercido um efeito protetivo contra esse quadro vulnerável (Zhao et al., 2022). Por sua vez, o planejamento é uma função cognitiva superior envolvida na função executiva dos indivíduos, deste modo a cognição molda a organização do espaço e dos recursos disponíveis com o intuito de satisfazer necessidades ao considerar os recursos humanos presentes como vias para a resolução de problemas (Preston-Shoot, 2019).

De forma ampla, a pontuação total da escala de autonegligência também se associou com coeficientes negativos de intensidade moderada com o MEEM e positivamente com risco de vitimização e depressão. Desta feita, optou-se pela análise de modelo explicativo que considera a pontuação total de autonegligência como variável dependente e os escores totais de depressão, MEEM e risco de vitimização como variáveis independentes preditivas da autonegligência para identificar quais delas melhor seriam explicativas da autonegligência. Assim, empregou-se o modelo de regressão linear com método Backward de inclusão das variáveis no modelo que considera a retirada gradual das variáveis por contribuição do modelo. Estas análises estão apresentadas na Tabela 4.

Por estes dados, é indicado que o diagnóstico de colinearidade não foi significativo, sugerindo boa parcela individual de cada variável independente no modelo. Ademais, o R² do modelo significativo foi relativamente baixo, revelando possibilidade de outras variáveis mais bem explicativas neste modelo, mas boa parcela de variância explicada (R²=0,33; p=0,000; F=7,66). As variáveis que se mantiveram no modelo significativo final foram a depressão (p<0,000) e o total do MEEM (p<0,000), sendo que o risco de vitimização não revelou uma participação significativa no modelo explicativo da autonegligência geral perante estas duas variáveis. Assim, a depressão (principalmente) e o decréscimo cognitivo parecem ser variáveis mais explicativas da autonegligência em pessoas idosas, sendo considerados fatores de risco para tal.

Tabela 4

Coefficientes para as variáveis preditivas quanto a autonegligência

Modelo	Coeficientes Não-Padronizados		Coeficientes Padronizados	t	p	Estatísticas de Colinearidade	
	B	Erro padrão	Beta			Tolerância	VIF*
1	Constante	69,692	21,568				
	MEEM	-1,915	,816	-,294	-2,347	,023	,936
	H-S/EAST	2,735	1,718	,217	1,592	,118	,795
	GDS-15	3,152	1,263	,343	2,496	,016	,777
2	Constante	69,414	21,924		3,166	,003	
	MEEM	-1,674	,815	-,257	-2,055	,046	,969
	GDS-15	4,048	1,149	,441	3,522	,001	,969

Nota. *Fator de inflação de variância

Fonte. Os autores.

Os achados deste estudo confirmaram apontamentos dispostos na literatura científica referentes às características sociodemográficas em relação às variáveis estudadas (Pickens et al., 2021; Yu et al., 2019; Zhao et al., 2022). Neste contexto, a autonegligência é relacionada ao funcionamento cognitivo, sintomatologia depressiva e o risco de vitimização, contudo as duas primeiras variáveis mostraram-se mais relevantes para o estabelecimento de quadros de autonegligência. A análise de regressão realizada embasa a concepção de que os aspectos ambientais não são tão significantes para o estabelecimento de quadros de autonegligência quanto as características pessoais do indivíduo.

Ainda tratando da natureza de quadros de autonegligência, é colocada em pauta a proximidade da autonegligência e a negligência por parte de outros, sendo que mesmo que a pessoa carente recuse o suporte demanda-se que sejam supridas suas necessidades. Sobretudo, quando o mesmo não possui condições para saná-las sozinho e assim

configura-se como um caso de abandono de dependente funcional em que o indivíduo está se autonegligenciando (Gibbons et al., 2006). Dada as implicações desta perspectiva para o campo da assistência social, contesta-se o enquadramento do abandono de incapaz como um caso de autonegligência secundária por amenizar a responsabilidade da rede de apoio do indivíduo carente sobre a preservação da sua integridade, conforme disposto constitucionalmente (Brasil, 1988).

Considerações finais

A guisa de considerações, é oportuno reafirmar que o presente estudo teve como objetivo avaliar fatores preditivos de autonegligência em população idosa, verificando correlações estabelecidas com a sintomatologia depressiva, prejuízo cognitivo, déficits de autocuidado e negligência. Seguindo tal proposta, os dados foram coletados em contextos variados que contam com a participação pessoas idosas. Tal feito versou sobre a ideia de um grupo amostral representativo de pessoas idosas com idades não tão avançadas, pois possibilitariam maior compreensão dos objetivos deste estudo.

Ao articular os achados da atual pesquisa com materiais disponíveis na literatura, pôde-se observar que os aspectos intrínsecos aos indivíduos idosos são mais relevantes para o estabelecimento de quadros de autonegligência do que elementos contextuais, sobretudo comprometimentos do funcionamento físico e psicológico, abarcando a integridade do aparelho cognitivo e estados afetivos. Reconhece-se a proximidade entre saúde física e mental ao validar a existência de relações que se retroalimentam e agravam riscos da vulnerabilidade e suscetibilidade de vitimização, tais como déficits de autocuidado proporcionarem condições para a vivência de estados afetivos mais negativos, que por sua vez se relacionam a declínios do desempenho físico.

Propõe-se que futuros estudos abordem populações idosas de outras regiões do Brasil em busca de conceber novas compreensões acerca da recusa de suporte e verificar

a consistência das relações apresentadas em contextos marcados por menos alternativas para solucionar problemas. Ademais, destaca-se a demanda por instrumentos validados para a identificação de quadros de autonegligência, como ferramentas alternativas confiáveis para rastrear os mesmos a partir de outras fontes de dados.

Diante da tendência de envelhecimento da população, espera-se que esta pesquisa tenha contribuído para que outros pesquisadores reflitam sobre a epidemiologia da autonegligência em pessoas idosas no território brasileiro, mesmo que em estágios iniciais. Vale se ressaltar, que tais indagações são oportunas e tenderá a prevenir que pessoas idosas tenham suas vidas ceifadas por diferentes aspectos atrelados a não próprias do próprio processo de envelhecer. Esta afirmativa pode parecer ‘forte’, porém a literatura é abundante ao afirmar que atualmente pessoas idosas tendem a passar por situações que comprometem sua vivência cotidiana, e que as premissas de facilitar e propor condições de vida mais digna são uma busca constante. Assim, este estudo reafirma a afirmativa de se buscar por diferentes meios e formas de que pessoas idosas tenham condições dignas de vida, sejam essas de qualquer espécie.

Referências

- Abreu, L. T. A., Berardinelli, L. M. M., & Santos, M. L. C. (2016). A recusa do cuidado por paciente em situação de emergência: Vivência de profissionais de enfermagem. *Revista Enfermagem*, 24(4), e2600.
<https://api.semanticscholar.org/CorpusID:192006267>
- Acharya, S. R., Suman, B. K., Pahari, S., Shin, Y. C., & Moon, D. H. (2021). Prevalence of abuse among the elderly population of Syangja, Nepal. *BMC Public Health*, 21, 1348. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11417-0>
- Almeida, O. P. (1998). Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 56(3), 605-612.
<https://doi.org/10.1590/S0004-282X1998000400014>
- Andrade, J. S., Barroso, B. Y. C., Santos, F. A. S., Lima, G. S., Lopes, T. C. R., & Oliveira, F. B. M. (2016). Capacity of self-care in health in the black population quilomba. *Revista Ciência & Saberes*, 2(4), 291-296.
- Andriolo, B. N. G., Santos, N. V., Volve, A. A., Fé, L. C. M., Amaral, A. R. C., Carmo, B. M. S. S., Cortez, P. C., Guterres, D. S., Ferreira, L. B. M. A., & Carvalho, A. B. P. N. (2016). Avaliação do grau de funcionalidade em idosos usuários de um centro de saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 14(3), 139-144. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/10/2125/139-144.pdf>
- Bandeira, E. O., Abreu, D. P. G., De Lima, J. P., Martins, N. F. F., & Brum, A. N. (2021). Relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas. *Research, Society and Development*, 10(2), e48210212775.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12775>
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: Impacto da escolaridade.

Arquivos de Neuropsiquiatria, 52(1), 1-7. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>

Cabral, J. F., Silva, A. M. C. S., Mattos, I. E., Neves, A. Q., Luz, L. L., Ferreira, D. B., Santiago, L. M., & Carmo, C. N. (2019). Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9), 3227-3236. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.22962017>

Campos, L. F. L. (2019). Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia. 6. ed. Alínea.

Centro Internacional de Longevidade Brasil. (2015). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. ILC-BR.

https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol--tico-ILC-Brasil_web.pdf.

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Corrar, L. J., Paulo, E., & Dias Filho, J. M. (2012). *Análise Multivariada: para os cursos de Administração, Ciências Contábeis e Economia*. Atlas.

Costa, M. S., Leite, E. S., Torquato, J. A., Costa, I. P., Sarmiento, A. M. M. F., & Moreira, M. A. S. P. (2015). Práticas interdisciplinares na promoção da saúde da pessoa idosa. *Revista Enfermagem*, 23(6), 773-779. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/21628>

Dabbagh, N., & Castaneda, L. (2020). The PLE as a framework for developing agency in lifelong learning. *Educational Technology Research and Development*, 68(6), 3041-3055. <https://doi.org/10.1007/s11423-020-09831-z>

Dong, X. (2017). Elder self-neglect: Research and practice. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 949-954. <https://doi.org/10.2147/CIA.S103359>

- Dong, X., Simon, M., Wilson, R., Beck, T., McKinell, K., & Evans, D. (2011). Association of personality traits with elder self-neglect in a community-dwelling population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8), 743-751. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3182006a53>
- Dong, X., & Simon, M. (2016). Prevalence of elder self-neglect in a Chicago Chinese population: The role of cognitive physical and mental health. *Geriatrics and Gerontology*, 16(9), 1051-1062. <https://doi.org/10.1111/ggi.12598>
- Faller, J. W., Teston, E. F., & Marcon, S. S. (2018). Estrutura conceptual do envelhecimento em diferentes etnias. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e66144. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.66144>
- Gibbons, S., Lauder, W., & Ludwick, R. (2006). Self-neglect: A proposed new NANDA diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17(1), 10-18. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2006.00018.x>
- Gonçalves, S. A., & Outeiro, T. F. (2015). A disfunção cognitiva nas doenças neurodegenerativas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 12(3), 256-267. <https://doi.org/10.5335/rbceh.v12i3.6007>
- Heid, A. R., Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. P. (2022). The prospective association of personality traits and successful aging. *The International Journal of Aging and Human Development*, 94(2), 193-214. <https://doi.org/10.1177/0091415021989460>
- Ikegami, E. M., Souza, L. A., Tavares, D. M. S., & Rodrigues, L. R. (2020). Capacidade funcional e desempenho físico de idosos comunitários: Um estudo longitudinal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 1083-1090. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.18512018>

- Iris, M., Riddings, J. W., & Conrad, K. J. (2010). The development of a conceptual model for understanding elder self-neglect. *The Gerontologist*, 50(3), 303-315. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp125>
- Li, J., Zhao, D., Dong, B., Yu, D., Ren, D., Ren, Q., Chen, J., Qin, Q., Bi, P., & Sun, Y. (2018). Frailty index and its associations with self-neglect, social support and sociodemographic characteristics among older adults in rural China. *Geriatrics and Gerontology International*, 18(7), 987-996. <https://doi.org/10.1111/ggi.13280>
- Li, M., Dong, X., & Kong, D. (2019). Social networks and depressive symptoms among Chinese older immigrants: Does quantity, quality, and composition of social networks matter? *Clinical Gerontologist*, 44(2), 181-191. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1642973>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerland, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimaki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, 396(10248), 413-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Maia, C. M. L., Castro, F. V., Fonseca, A. M. G., & Fernández, I. R. (2016). Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 293-304. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279>
- Maia, P. H. S., Ferreira, E. F., Melo, E. M., & Vargas, A. M. D. (2019). A ocorrência da violência em idosos e seus fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 64-70. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0014>

- Melchiorre, M. G., Rosa, M. D., Macassa, G., Eslami, B., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J., Ioannidi-Kapolou, E., Barros, H., Lamura, G., & Soares, J. J. F. (2021). The prevalence, severity and chronicity of abuse towards older men: Insights from a multinational European survey. *Plos One*, *16*(4), e0250039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250039>
- Ogassavara, D., Souza, J. F., Silva, D. F., Bartholomeu, D., & Montiel, J. M. (2022). Relação entre o bem-estar subjetivo e o autocuidado em cuidadores em tempos pandêmicos. *O Mundo da Saúde*, *46*, 321-330. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202246321330P>
- Organização Mundial da Saúde. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- Pereira, K. R. (2017). *Adaptação transcultural e validação da escala de depressão geriátrica GDS-15* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro].
- Pickens, S., Daniel, M., Jones, E. C., & Jefferson, F. (2021). Development of a conceptual framework for severe self-neglect (SN) by modifying the CREST model for self-neglect. *Frontiers in Medicine*, *8*, 654627. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.654627>
- Preston-Shoot, M. (2019). Self-neglect and safeguarding adult reviews: Towards a model of understanding facilitators and barriers to best practice. *The Journal of Adult Protection*, *21*(4), 219-234.
- Resende-Neto, A. G., Silva-Grigoletto, M. E., Santos, M. S., & Cyrino, E. S. (2016). Treinamento funcional para idosos: Uma breve revisão. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, *24*(3), 167-177.

Santos, M. A. B., Moreira, R. S., Faccio, P. F., Gomes, G. C., & Silva, V. L. (2020).

Fatores associados à violência contra o idoso: Uma revisão de sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2153-2175.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25112018>

Venancio, J. M. P., La Banca, R. O. L., & Ribeiro, C. A. (2017). Benefícios da

participação em um acampamento no autocuidado de crianças e adolescentes com diabetes: Percepção das mães. *Escola Anna Nery*, 21(1), e20170004.

<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170004>

Yu, M., Gu, L., Jiao, W., Xia, H., & Wang, W. (2019). Predictors of self-neglect among

community-dwelling older adults living alone in China. *Geriatric Nursing*, 40(5), 457-462. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.02.002>

Zhao, B., Wang, H., Xie, C., Huang, X., & Cao, M. (2022). Mediating role of

psychological capital in the relationship between social support and self-neglect among Chinese community-dwelling older adults. *Frontiers in Psychology*, 13,

903625. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.903625>