

# RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO  
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**RISCO DE VIOLÊNCIA SOBRE PESSOAS IDOSAS  
TESTE DA ESCALA ARVINI**

**RIESGO DE VIOLENCIA EN PERSONAS MAYORES  
PRUEBA DE ESCALA ARVINI**

**RISK OF VIOLENCE AGAINST ELDERLY PEOPLE  
ARVINI RANGE TEST**

Felismina Rosa Parreira Mendes - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Évora, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9518-2289>

Joana Alegria Pereira - Bolseira no Projeto ESACA Universidade de Évora. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5011-4055>

Tatiana Filipa Mestre - Bolseira no Projeto ESACA Universidade de Évora. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7913-3292>

Laurência Parreirinha Gemitto - Universidade de Évora. Diretora Executiva do ACES Alentejo Central, Ministério da Saúde

Otília Brites Zangão - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora, Évora, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

Maria Antónia Chora - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Évora, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3449-3061>

## RESUMO

---

**Objetivo:** Testar a Escala de Avaliação do Risco de Violência em Idosos não Institucionalizados, num grupo de pessoas idosas autónomas do Alentejo.

**Métodos:** Pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa. Participaram 500 pessoas idosas com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, do projeto Envelhecer em Segurança no Alentejo - Compreender para Agir, da Universidade de Évora.

**Resultados:** A Escala de Avaliação do Risco de Violência em Idosos não Institucionalizados é constituída por 27 itens. O Coeficiente de Alpha de Cronbach com um valor de 0,727 revela uma consistência interna aceitável. O ponto de corte que produz a sensibilidade e especificidade máximas para prever o risco de violência sobre as pessoas idosas foi de 4,5 (sensibilidade= 64,9%, especificidade= 80,7%) e a área da curva ROC= 0,812 (0,766 - 0,702, de intervalos de confiança de 95 %).

**Conclusões:** 26,7% das pessoas idosas apresentaram risco de violência. É imperioso desenvolver e aperfeiçoar instrumentos que detetem o risco de violências sobre as pessoas idosas para que todos os profissionais de saúde e outros possam agir precoce e preventivamente no combate à violência sobre as pessoas idosas. Destacam-se como fatores de risco de violência o fato de ser mulher, o isolamento social e o baixo rendimento.

**Descritores:** Maus-tratos ao idoso; envelhecimento; gestão de risco; promoção da saúde.

## ABSTRACT

---

**Aim:** To test the Scale of Risk Assessment of Violence in non-institutionalized Elderly (ARVINI), in a group of autonomous elderly people of Alentejo.

**Methods:** Exploratory research, with a quantitative approach. Participated 500 elderly people aged 65-96 years, from the Ageing Safely in Alentejo - Understanding to Act project at the University of Évora.

**Results:** The ARVINI scale test is constituted by 27 items. The Cronbach Alpha Coefficient with a value of 0.727 reveals an acceptable internal consistency. The cut-off point that produces the maximum sensitivity and specificity to predict the risk of violence on the elderly was 4.5 (sensitivity= 64.9%, specificity= 80.7%) and the ROC curve area= 0.812 (0.766 - 0.702, 95% confidence intervals).

**Conclusions:** 26.7% of the elderly presented a risk of violence. It is imperative to develop and improve instruments that detect the risk of violence against the elderly so that all health professionals and others can act early and preventively in the fight against

violence against the elderly. The fact of being a woman, social isolation and low income stand out as risk factors for violence.

**Key-words:** Domestic Violence; aging; elderly; prevention.

## RESUMEN

---

**Objetivo:** Testar la Escala de Evaluación del Riesgo de Violencia en Ancianos no Institucionalizados, en un grupo de personas ancianas autónomas del Alentejo.

**Métodos:** Investigación exploratoria, con abordaje cuantitativo. Participaron 500 personas mayores de 65 a 96 años, del proyecto Envejecimiento en Seguridad en el Alentejo - Comprender para Agir, de la Universidad de Évora.

**Resultados:** La Escala de Evaluación del Riesgo de Violencia en Ancianos no Institucionalizados está constituida por 27 ítems. El Coeficiente de Alpha de Cronbach con un valor de 0,727 revela una consistencia interna aceptable. El punto de corte que produce la sensibilidad y especificidad máximas para predecir el riesgo de violencia sobre las personas mayores fue de 4,5 (sensibilidad= 64,9%, especificidad= 80,7%) y el área de la curva ROC= 0,812 (0,766 - 0,702, de intervalos de confianza del 95%).

**Conclusiones:** el 26,7% de las personas mayores presentaron riesgo de violencia. Es imperativo desarrollar y perfeccionar instrumentos que detecten el riesgo de violencias sobre las personas mayores para que todos los profesionales de la salud y otros puedan actuar precoz y preventivamente en la lucha contra la violencia sobre las personas mayores. Se destacan como factores de riesgo de violencia el hecho de ser mujer, el aislamiento social y el bajo rendimiento.

**Descriptores:** Maltrato al Anciano, envejecimiento, gestión de riesgos, promoción de la salud

## INTRODUÇÃO

---

O acentuado envelhecimento da população é hoje uma realidade nas sociedades desenvolvidas. Portugal é o 14.º país da UE com a maior esperança média de vida – 81,3 anos<sup>(1)</sup>. Em 2016, Portugal detinha um Índice de Longevidade de 48,8% e um Índice de Envelhecimento de 148,7%. A região do Alentejo, onde decorreu o presente estudo, apresentava um Índice de Envelhecimento de 193,1%<sup>(1)</sup>, sendo a região mais envelhecida do país e da própria Europa.

Diversos autores referem que a violência sobre as pessoas idosas é resultado do envelhecimento generalizado da população e que a este aumento contínuo da população idosa pode vir a estar associado um acréscimo da violência, tornando-se um problema de saúde pública premente em todos os países<sup>(2,3,4)</sup>.

Apesar da prevenção e combate à violência sobre pessoas idosas não emergir como uma estratégia prioritária dos serviços de saúde e sociais em Portugal, na maioria dos países europeus as políticas globais e regionais da prevenção da violência sobre pessoas idosas estão plasmadas nas convenções e cartas adaptadas pelos Estados membros da região Europeia com o princípio da equidade, solidariedade e de proteção dos direitos dos cidadãos. São disso exemplo os Princípios Das Nações Unidas para as Pessoas Idosas<sup>(5)</sup>, onde é ressaltada a responsabilidade social para com a proteção das pessoas mais vulneráveis, como os idosos, para que lhes sejam proporcionados apoios e serviços adequados às suas necessidades bem como a promoção do direito a um ambiente seguro, sem violência, a Declaração de Toronto<sup>(6)</sup>, sobre a prevenção da violência sobre idosos, mediante o respetivo enquadramento jurídico e um plano de intervenção multidimensional que promova o trabalho dos profissionais dos cuidados primários de saúde, como forma de intervenção, o Madrid International Plan of Action on Ageing<sup>(7)</sup> onde, através da colaboração internacional, se pretende dar resposta às problemáticas do envelhecimento, nomeadamente à violência sobre os idosos ou a própria Carta de Tallinn de 2008, onde se defende que os sistemas de saúde têm um papel fulcral na promoção da equidade e na atenção prioritária a pessoas pobres e mais vulneráveis. Também o Report of the Commission on Social Determinants of Health ressalta a desigualdade de rendimentos, de bens e de serviços e de acesso à saúde dos vários países e a identificação das pessoas idosas como grupo de risco, considerando que os fatores de risco se encontram em problemas estruturais e nos estilos de vida da sociedade atual. Nesse sentido aponta a ação sobre os determinantes sociais e da saúde como forma de prevenir a violência e os maus tratos às pessoas idosas<sup>(8)</sup>.

O Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência<sup>(9:84)</sup>, define violência como “o uso intencional de força física ou poder, real ou mediante ameaça, contra um indivíduo, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, prejuízo ao desenvolvimento ou privação”. A violência sobre as pessoas idosas é concebida como a ação isolada ou repetida ou ainda a ausência de resposta adequada, que ocorre em qualquer relacionamento em que exista uma expectativa de confiança e que cause dano ou sofrimento ao idoso<sup>(9)</sup>. As dimensões mais consensuais da violência sobre as pessoas idosas envolvem a violência física (atos realizados com a intenção de causar dor ou lesão física); a violência psicológica (atos realizados com a intenção de causar dor ou lesão emocional); a agressão sexual; a

exploração material/financeira (envolve a apropriação indevida do dinheiro, bens ou propriedade do idoso); e a negligência (incapacidade do cuidador em atender às necessidades da pessoa idosa dependente<sup>(2)</sup>).

Apesar dos avanços dos últimos anos na pesquisa da violência sobre as pessoas idosas, a mesma continua a ser escassa<sup>(10)</sup>. Se acrescentarmos o facto de a violência sobre as pessoas idosas não estar plasmada na maioria dos planos nacionais de ação em saúde, tal como está expresso no Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência<sup>(9)</sup>, não surpreende a ausência de dados sobre este fenómeno. Apesar disso, o referido Relatório apresenta informação sobre 133 países, indicando que 1 em cada 17 adultos mais velhos afirma ter sido vítima de maus tratos no mês anterior à investigação. Para além da dimensão dos valores em causa, salienta-se o facto de apenas 40% destes países terem aprovadas leis contra os abusos a pessoas nesta faixa etária.

Em Portugal o estudo de Gil<sup>(11)</sup> que decorreu entre 2011 e 2014 e envolveu 1123 pessoas com 60 ou mais anos, residentes na comunidade, em Portugal e Ilhas, revelou que 123 em cada 1000 pessoas (12,3%) foram vítimas de algum tipo de violência nos últimos 12 meses.

Estes números são elevados, quando comparados com estudos realizados noutros países. Um estudo<sup>(2)</sup> revela que a maior prevalência agregada, em diversos estudos, observa-se na China (36,2%) e Nigéria (30,0%), seguida por Israel (18,4%), Índia (14,0%), Europa (10,8%), México (10,3%), Estados Unidos (9,5%) e Canadá (4,0%). Nos estudos que não rastrearam o abuso emocional, a prevalência variou de 2,2% a 14,0%, com uma média de 7,1%. Nos estudos que rastrearam a violência emocional, a Índia teve a maior prevalência (14,0%), seguida pelos Estados Unidos (7,6%), Europa (6,03%) e Canadá (4,0%). Estes resultados revelam a importância da violência sobre as pessoas idosas e da atenção que cada vez mais deve merecer por parte dos profissionais de saúde, que quotidianamente cuidam as pessoas idosas.

Tão importante como detetar a prevalência da violência sobre as pessoas idosas é importante estabelecer e consensualizar os preditores de risco de violência, para que seja possível atuar/intervir preventivamente sobre este fenómeno, tanto a nível individual, como familiar e comunitário. De facto, a identificação de preditores de risco de violência sobre idosos não se refere à identificação de casos de violência, em si, mas procura detetar fatores que identifiquem pessoas que se encontrem em situação de risco, ou de vir a ser alvo de algum tipo de violência. Diversos estudos revelam<sup>(12,13,14)</sup> que as pessoas que apresentam alto risco de violência, são efetivamente vítimas de algum tipo de violência. Os fatores de risco da violência sobre as pessoas idosas de acordo com a evidência disponível devem ser analisados segundo o nível, o risco e a força da evidência.

Considera-se que estes fatores deverão ser analisados ao nível individual (vítima e agressor), ao nível do relacionamento e ao nível comunitário/societal. Em termos individuais são considerados preditores de risco a dependência funcional/incapacidade, a saúde física deficiente, o comprometimento cognitivo, a saúde mental pobre e o baixo rendimento. Este são considerados segundo a evidência preditores fortes da violência em termos individuais (vítima). Já o género, a idade a dependência financeira e a etnia são considerados preditores potenciais (segundo a evidência científica). Ao nível do agressor são considerados preditores de risco da violência fortes a doença mental, o abuso de substâncias e a dependência do agressor. A nível da relação são considerados fatores potenciais de risco a relação vítima-agressor, o estado civil e a localização geográfica. A nível comunitário e societal a evidência científica contesta os estereótipos negativos sobre o envelhecimento e as normas culturais como preditores de risco de violência sobre as pessoas idosas<sup>(2)</sup>.

Em Portugal, relativamente aos preditores de risco de violência estima-se que as potenciais vítimas são maioritariamente mulheres, com maior prevalência entre os 80 e mais anos, com baixos níveis de escolaridade e com algum tipo de fragilidade a nível físico e/ou mental<sup>(11,15)</sup>. Os autores salientam que a idade avançada por si só não é um fator de risco, mas sim quando ligado a algum outro, uma vez que o maior impacto ocorre em situações em que as condições física e psicológica se encontram mais deterioradas. O risco é mais elevado quando as mulheres são/estão dependentes de familiares, ou de outras pessoas mais próximas, para realizar as suas Atividades de Vida Diária (AVD).

Alguns autores<sup>(16)</sup> mencionam como principais preditores de risco de violência sobre as pessoas idosas o facto de serem mulheres, casadas, com estado de saúde frágil, com idade mais avançada, que vivam acompanhadas, com problemas psicológicos, dependentes e em situação de isolamento social.

Por sua vez, os agressores são caracterizados pelo uso excessivo de substâncias aditivas, problemas psiquiátricos, não possuem experiência no papel de cuidador, histórico de abusos, stress e carga excessiva, dependência, e falta de apoio social. Relativamente ao contexto social caracterizam-se por dificuldades financeiras, violência familiar, falta de apoio social, ambiente familiar disfuncional e uma cultura de aceitação da violência.

De acordo com o European Report on Preventing Elder Maltreatment<sup>(8)</sup> os principais preditores de risco são: mulheres com mais de 74 anos, com altos níveis de dependência física ou intelectual, problemas de saúde mental e comportamentos agressivos. No caso do agressor, são maioritariamente homens aquando de abuso físico, no caso de negligência são maioritariamente mulheres com distúrbios mentais, com história de abuso de substâncias, como álcool e drogas, com características hostis e agressivas, problemas mone-

tários e expostos a stress, que pode passar pelo *burnout* quando cuidadores. No relacionamento entre o agressor e a vítima existe maioritariamente uma dependência financeira, emocional e/ou habitacional, transmissão intergeracional de violência, histórico de relações difíceis, maioritariamente são filhos ou parceiros conjugais. O isolamento social também é um fator de risco para a violência. Maioritariamente o idoso vive só com o agressor, não têm contacto com a comunidade onde vivem e não têm rede social de apoio. A nível societal a discriminação baseia-se na idade, ou noutras formas, nomeadamente o sexismo ou o racismo, os fatores sociais e económicos e a aceitação de uma cultura de violência.

A violência sobre as pessoas idosas é um problema social e de saúde pública, com sérias consequências para o bem-estar e saúde das pessoas idosas. Desta forma, é prioritária a aposta na deteção precoce e na prevenção de situações de violência, bem como o encaminhamento para apoio de casos suspeitos.

O Indicator Of Abuse (IOA) foi uma das primeiras ferramentas validada, com o objetivo específico de identificar fatores de risco de violência sobre as pessoas idosas, a partir de entrevistas aos mesmos. Os indicadores estabelecidos para a avaliação do risco de violência para pessoas idosas foram os problemas familiares, alterações do estado emocional, a dependência financeira, a fraca rede de suporte social/isolamento, problemas cognitivos/demência e multiplicidade de problemas graves de saúde.

Cohen<sup>(17)</sup> procurou criar uma ferramenta que pudesse ser aplicada por diversos técnicos, de diferentes áreas, num curto espaço de tempo, de forma eficiente e eficaz, de modo a facilitar a identificação de casos de violência sobre as pessoas idosas, que pudesse ser aplicado nos serviços médicos, de enfermagem e sociais.

Salienta a mesma autora<sup>(17)</sup> que mais de metade dos profissionais de saúde nunca questionaram os seus utentes sobre possíveis abusos, o que faz com que nunca tenham identificado nenhum caso. Contudo, revela também que os profissionais que mais detetam este tipo de situações são os profissionais da área da enfermagem e social. Os motivos para esta ausência de atuação são a falta de formação teórica e prática na identificação de sinais de violência, o sentimento de desconforto e o medo de causar danos na pessoa, o facto de desconhecerem a forma de resolver a situação, a sobrecarga de trabalho e a dificuldade em distinguir entre as características de alguma patologia, entre os sinais de violência.

Este artigo tem como objetivos testar a Escala de Avaliação do Risco de Violência em Idosos não Institucionalizados (ARVINI), construída a partir do IOA e Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS), num grupo de pessoas idosas autónomas da região do Alentejo/Portugal.

A violência sobre pessoas idosas, embora seja habitualmente mais prevalente em pessoas idosas dependentes, também está presente, nas mais diversas formas, nas pessoas idosas autónomas, sendo imperioso analisar os fatores de risco de violência que estas pessoas experienciam quotidianamente, para que possam ser prevenidos e acionadas as intervenções mais adequadas em cada situação identificada, impedindo que o risco se concretize e ameace a saúde, bem-estar e qualidade de vida destas pessoas idosas.

## METODOLOGIA

---

No âmbito do projeto ESACA (Envelhecer em Segurança no Alentejo - Ref.<sup>a</sup>: ALT20-03-0145-FEDER-000007, financiado pelo Alentejo 2020, Portugal 2020 e UE) foi realizado um estudo transversal e exploratório com as pessoas idosas não institucionalizadas da região do Alentejo. A amostra foi constituída por pessoas idosas que frequentam programas de envelhecimento ativo (*Seniores Ativos* e a *Universidade Sénior de Évora*) que se voluntariaram para participar nesta investigação. Os critérios de inclusão foram a idade igual ou superior a 65 anos, a ausência de défice cognitivo grave e serem independentes no seu quotidiano. A amostra foi constituída por 500 pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, de ambos os sexos.

A recolha de dados decorreu entre Abril e Julho de 2017, no Laboratório de Gerontopsictricidade da Escola Superior de Enfermagem/Universidade de Évora.

O instrumento utilizado na recolha de dados foi construído a partir da adaptação do **Elder Abuse and Neglect – Risk Assessment Tool** (E-IOA), depois de obtida a autorização dos respetivos autores<sup>(13)</sup> e também recebeu contributos do VASS adaptado para a realidade brasileira<sup>(18)</sup>, que concedeu igualmente autorização para a referida adaptação.

Do E-IOA foram retiradas as questões relativas à rede social de suporte e isolamento, as dificuldades cognitivas e emocionais da pessoa idosa, ao contexto familiar e às questões financeiras, que se juntaram às clássicas questões do VASS. O objetivo foi encontrar um conjunto de questões que enquadrasse e predissesse o risco de violência em avaliação.



Resultou assim o instrumento designado ARVINI, constituído por 27 itens dicotómicos, que através do autorrelato da pessoa idosa permite, identificar o risco de violência. Construiu-se um instrumento acessível a todos os profissionais; pouco extenso; que não exige formação específica para a sua operacionalização/implementação; de simples aplicação e através do qual é possível obter resultados quase imediatos.

A pontuação da escala é obtida através do somatório dos valores atribuídos a cada um dos itens. Os 27 itens (Anexo 1), visam identificar o risco de violência física, psicológica, sexual e financeira (não integra a negligência), presentes na conceitualização da Organização Mundial de Saúde.

A análise dos dados foi realizada pelo Programa SPSS versão 24. O protocolo de análise incluiu estatística descritiva e inferencial, nomeadamente cálculo de médias, desvio padrão e cálculo da ANOVA. Para a verificação da fidelidade da escala ARVINI, utilizamos o Coeficiente Alpha de Cronbach, o teste de validade e de análise fatorial com a estatística de Kaser-Meyer-Olkin (KMO), a rotação e interpretação dos componentes principais, com o teste de esfericidade de Bartlett e análise das comunalidades.

Todos os procedimentos éticos da pesquisa com seres humanos foram seguidos. Foram solicitadas todas as autorizações necessárias ao estudo, tal como o consentimento informado às pessoas idosas e foram igualmente garantidas todas as condições de anonimato e de confidencialidade das respostas obtidas. O projeto obteve aprovação da Comissão de Ética da Área da Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora com o número 16012 de 19/05/2016.

## RESULTADOS

### *Fidelidade da escala ARVINI*

Para testar a fidelidade da escala procedeu-se ao cálculo do Coeficiente de Alpha de Cronbach, cujo resultado foi de 0,727. Este valor revela que a escala ARVINI é constituída por itens considerados aceitáveis em termos de consistência interna.

Tabela 1 – Reliability Statistics.

Cronbach's Alpha	N of Items
.727	27

A análise de componentes principais para os diferentes itens da escala ARVINI revelou que 10 componentes principais explicam 58,711% da variância total. O primeiro fator explica 13,508% cerca de um terço da variância total, conforme se pode observar na tabela seguinte.

Tabela 2 - (PCA - Variância).

Variância total explicada									
Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	3,647	13,508	13,508	3,647	13,508	13,508	1,902	7,043	7,043
2	2,025	7,500	21,008	2,025	7,500	21,008	1,839	6,810	13,853
3	1,756	6,503	27,511	1,756	6,503	27,511	1,800	6,667	20,520
4	1,517	5,620	33,131	1,517	5,620	33,131	1,727	6,396	26,916
5	1,280	4,739	37,870	1,280	4,739	37,870	1,675	6,202	33,118
6	1,244	4,609	42,480	1,244	4,609	42,480	1,543	5,716	38,834
7	1,172	4,342	46,822	1,172	4,342	46,822	1,514	5,609	44,444
8	1,133	4,197	51,019	1,133	4,197	51,019	1,415	5,240	49,683
9	1,054	3,905	54,923	1,054	3,905	54,923	1,256	4,653	54,336
10	1,023	3,787	58,711	1,023	3,787	58,711	1,181	4,375	58,711
11	,977	3,617	62,328						
12	,930	3,445	65,773						
13	,875	3,242	69,015						
14	,812	3,009	72,024						
15	,780	2,889	74,913						
16	,760	2,814	77,727						
17	,747	2,765	80,492						
18	,714	2,643	83,135						
19	,694	2,569	85,704						
20	,668	2,474	88,178						
21	,574	2,127	90,306						
22	,569	2,107	92,413						
23	,508	1,882	94,295						
24	,494	1,830	96,124						
25	,475	1,758	97,882						
26	,331	1,225	99,107						
27	,241	,893	100,000						

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

O passo seguinte consistiu em estimar a matriz de correlações entre as variáveis e testar a validade da aplicação deste tipo de análise através do teste de um nível de significância de 0,05 e a Estatística de Kaser-Meyer-Olkin (KMO). O valor de KMO para a escala ARVINI foi de 0,682. O teste de esfericidade de Bartlett apresentou um nível de significância de 0 em todas os itens da escala, o que nos permite concluir que existe correlação entre as variáveis e assim sustentar a análise fatorial de componentes principais -  $(351) = 2118.069$ ,  $p = 0,000$ .

Na análise da PCA e após a extração, as comunalidades encontradas variam entre 0,464 e 0,827, conforme se pode ver na tabela seguinte.

Tabela 3 – Comunalidades.

Comunalidades	Inicial	Extração
1	1,000	,642
2	1,000	,564
3	1,000	,772
4	1,000	,775
5	1,000	,729
6	1,000	,464
7	1,000	,477
8	1,000	,517
9	1,000	,644
10	1,000	,641
11	1,000	,562
12	1,000	,540
13	1,000	,481
14	1,000	,511
15	1,000	,571
16	1,000	,639
17	1,000	,555
18	1,000	,530
19	1,000	,511
20	1,000	,522
21	1,000	,628
22	1,000	,347
23	1,000	,508
24	1,000	,592
25	1,000	,494
26	1,000	,827
27	1,000	,809

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

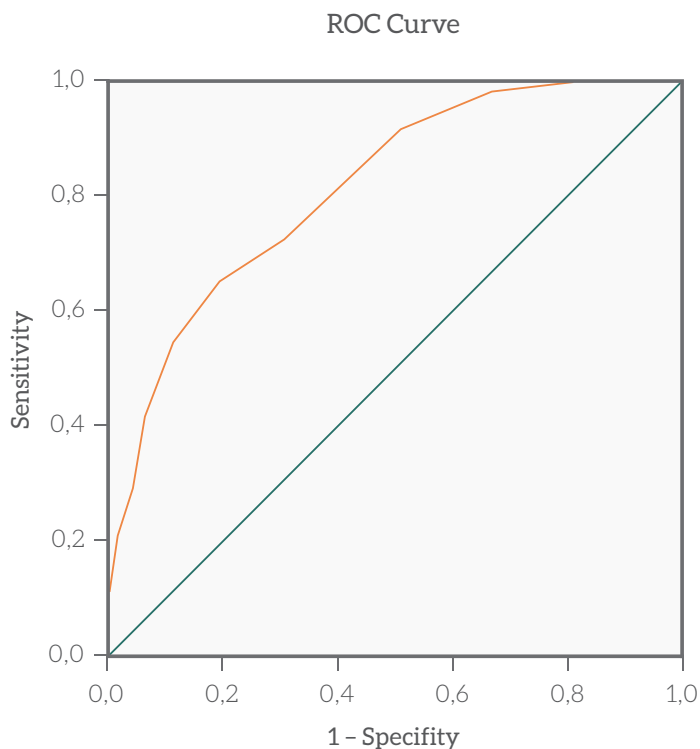
Os valores obtidos revelam que a fidelidade da escala ARVINI pode ser considerada aceitável.

A análise ROC foi utilizada para determinar os valores de corte, que minimizam o número total de erros de classificação e fornecem uma avaliação do impacto global do desempenho da escala ARVINI para discriminar as pessoas que têm ou não risco de violência. A análise ROC avalia, portanto, o desempenho de qualquer variável contínua para discriminar entre dois estados mutuamente exclusivos, no caso no nosso estudo o estar ou não em risco de violência, fornecendo as medidas de Sensibilidade (Se), Especificidade (Sp) e a área sob curva.

Area Under the Curve.

Area	Std. Error	Asymptotic Sig.	Asymptotic 95% Confidence Intervals	
			Lower Bound	Upper Bound
.812	.024	.000	.766	.858

Test Result Variable(s): Total 27.



Diagonal segments are produced by ties.

A Se e Sp estão inversamente relacionadas indicando o desempenho do ponto de corte recomendado. O ponto de corte ideal (valor em que a soma de Se e Sp é maximizada), foi de 4,5 para a Escala ARVINI, como se pode ver na tabela seguinte. A variável categórica para diagnosticar a ocorrência retrospectiva de violência (0 = sem risco violência; 1 = com risco de violência), foi determinada a partir dos itens 13 e 14 da escala (“Já algum membro da sua família gritou consigo e chamou-lhe nomes fazendo com que você se sentisse envergonhado?” “Já alguém da sua família o agrediu fisicamente – empurrou, bateu...”).

Tabela 4 – Resultados do ponto de corte.

Ponto/Nível de corte	Se	1-Sp	Sp=(1-(1-Sp))	Se+Sp
4,5	0,649	0,193	0,807	1,456
5,5	0,543	0,112	0,888	1,431
3,5	0,723	0,307	0,693	1,416
2,5	0,915	0,511	0,489	1,404
6,5	0,415	0,064	0,936	1,351
1,5	0,979	0,666	0,334	1,313
7,5	0,287	0,043	0,957	1,244
8,5	0,213	0,019	0,981	1,194
9,5	0,17	0,011	0,989	1,159
0,5	1	0,842	0,158	1,158
10,5	0,106	0,003	0,997	1,103
11,5	0,074	0	1	1,074
12,5	0,053	0	1	1,053
14	0,043	0	1	1,043
15,5	0,021	0	1	1,021
16,5	0,011	0	1	1,011
-1	1	1	0	1
18	0	0	1	1

No caso da escala ARVINI o nível de corte que produz a sensibilidade e especificidade máximas para prever para o risco de violência foi 4,5 com a sensibilidade de 64,9%, a especificidade de 80,7% e a área da curva de 0,812 (0,766 - 0,702, de intervalos de confiança de 95 %).

Os resultados obtidos revelam a validade da Escala ARVINI para a predição do Risco de Violência em pessoas idosas não institucionalizados. A partir do ponto de corte identificado, verificou-se que 26,7% das pessoas idosas tinham risco de violência.

### *Caraterização demográfica*

A amostra do estudo contou com 500 pessoas idosas com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, com uma média de idade de 73,70 anos, sendo 113 pessoas idosas do sexo masculino e 390 do sexo feminino. A maior parte dos participantes (47,1%) tem 4 anos de escolaridade, observando-se que 8,9% não tem qualquer escolaridade. Em relação ao rendimento verifica-se que 34% das pessoas idosas auferem até 350 euros mensais e 27% refere ter um rendimento entre >350-550 euros. A maioria é casada (61,6%) e 28,8% são viúvos. Na validação da escala ARVINI a amostra contou com 492 pessoas idosas.

### *Fatores de Risco de violência*

Os resultados da escala ARVINI revelam, que 39,2% das pessoas idosas se sentem sozinhas muitas vezes. No mesmo sentido, 74,8% dizem não ter ninguém que lhes faça companhia diariamente. Já 86,9% referem não ter alguém que os leve a fazer compras e 88,5% dizem não ter ninguém que os leve ao médico, quando precisam. Verifica-se que 86,7% não se encontram com amigos/colegas semanalmente e 79,7% dizem não se encontrar semanalmente com familiares. Das pessoas idosas questionados, 8% afirmam terem relações conflituosas com os vizinhos. Quando inquiridos sobre se já alguém lhes disse que dá muito/demasiado trabalho 2,2% respondeu afirmativamente e 4,2% afirmam sentir que ninguém quer estar com eles.

Os resultados revelam ainda que 3,6% das pessoas idosas já foram forçados a ter relações sexuais contra a sua vontade. 4,4% destas pessoas afirmam sentir medo de alguém da sua família e 5% sentem que ninguém da sua família os quer por perto. Quando questionados sobre se já algum membro da família lhes tinha gritado e chamado nomes 16,5% respondem afirmativamente. Verificou-se que 5,6% das pessoas idosas inquiridas afirmam já terem sido agredidas fisicamente por algum familiar. 4% declararam que já alguém da sua família lhe disse que estava doente quando ele sabia que não estava. Questionados sobre se já alguém da família o(a) obrigou a fazer coisas que não queria fazer, 2,2% das pessoas idosas responderam afirmativamente. No mesmo sentido, 6,6% revelam que alguns dos seus familiares lhes retiraram coisas sem o seu consentimento e 3% afirmam que já alguém da sua família o(a) forçou a assinar papéis contra a sua vontade.

Verifica-se ainda que 8% dos inquiridos não confiam na maioria das pessoas da sua família e que 14,9% dizem ter alguém da sua família que bebe muito. Relativamente à questão do consumo de droga, 4,2% tem alguém da sua família que consome drogas. 22,5% das pessoas idosas consideram que as outras pessoas são injustas com elas (pessoas idosas).

Dos inquiridos 21,7% assumem ter dificuldades em tomar decisões sobre a sua vida, 45,5% declaram sentir-se ansiosos ou impacientes frequentemente e 39,2% costumam irritar-se frequentemente. 3,6% das pessoas idosas dizem não conseguir pagar as suas contas com os seus rendimentos e 2,2% afirma não conseguir comprar comida ou suprir outras necessidades com os seus rendimentos.

A relação entre a variável idade e os diferentes itens da escala, não apresentou diferenças estatisticamente significativas. Por outro lado, a relação entre a variável sexo e os diferentes itens da escala, verificou que existem diferenças estatisticamente significativas (sig. 0,000) entre as pessoas idosas que se sentem sozinhos muitas vezes e a variável sexo, nomeadamente nas mulheres em que esta diferença é mais evidente. No mesmo sentido, existem diferenças estatisticamente significativas (sig. 0,000) entre os dois sexos e não ter ninguém que lhe faça companhia diariamente (maior no sexo feminino).

Acerca da relação entre a variável escolaridade e os diferentes itens da escala, foram detetadas diferenças estatisticamente significativas em cinco itens da escala ARVINI. Quando questionados se costumam sentir-se sozinhos (as) muitas vezes, são as pessoas com quatro anos de escolaridade que respondem mais frequentemente que sim (sig. 0,001). O mesmo se verificou na pergunta "tem alguém que lhe faça companhia diariamente?", são também as pessoas com 4 anos de escolaridade que respondem frequentemente que não costumam ter companhia no dia-a-dia (sig. 0,005). São também as pessoas com quatro anos de escolaridade, que afirmam não ter quem os leve ao médico caso seja necessário (sig. 0,031), o mesmo se verificou quando questionados se alguém o(a) forçou a ter relações sexuais contra a sua vontade, e a maioria que respondeu que sim possuía o mesmo nível de escolaridade (sig. 0,000). Por fim, na questão "Sente medo de alguém da sua família?", as pessoas idosas que responderam sim encontravam-se também com quatro anos de escolaridade (sig. 0,000).

Na relação da variável rendimento com os diferentes itens da escala, foram detetadas diferenças estatisticamente significativas em seis itens. Sobre a solidão, são as pessoas com um rendimento <350 euros que afirmam sentirem-se sozinhas muitas vezes (sig. 0,012). Quando questionados sobre caso seja necessário, há alguém que os acompanhe ao médico, a maioria das pessoas que afirmaram não ter ninguém possuem um rendimento inferior a 350 euros (sig. 0,048). No que diz respeito a sentir que "ninguém gosta de estar consigo", e sobre o "medo de alguém da sua família", são em ambas as situações as pessoas idosas que auferem de um rendimento inferior a 350 euros que responderam positivamente a estas duas questões (sig. 0,042, e sig. 0,000, respetivamente). O mesmo se verifica em questões financeiras. São as pessoas idosas com rendimentos inferiores a 350 euros que afirmam não conseguir comprar comida ou suprir outras necessidades com os seus rendimentos (sig. 0,025).

Relativamente à variável estado civil verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas, entre esta variável e os itens sente-se sozinho(a) muitas vezes (sig. 0,000) e tem alguém que lhe faça companhia diariamente, sendo em média mais frequente nos solteiros e viúvos (sig. 0,000). Em relação a ter alguém que o(a) leva a fazer compras, quando necessário, são as pessoas idosas viúvas e casadas que afirmam não ter este tipo de ajuda (sig. 0,012). O mesmo se verificou sobre as dificuldades em tomar decisões sobre a sua vida. A maioria que afirma não ter quaisquer dificuldades nesta situação encontram-se casadas ou viúvas (sig. 0,000).

## DISCUSSÃO

---

Um dos dados relevantes e também já constante em estudos semelhantes é o desequilíbrio entre mulheres e homens, ao nível da amostra. Nesta, dominam as mulheres, com baixa escolaridade e baixo rendimento, característicos da região eminentemente rural e empobrecida onde decorreu o estudo – o Alentejo. Maioritariamente as mulheres estão mais expostas ao risco de violência, do que os homens, como se verificou na amostra<sup>(15,19)</sup>. No caso das mulheres idosas é importante referir que são menos propensas do que as mulheres mais jovens a denunciar o abuso, como também a procurar ajuda. A renitência em procurar ajuda encontra-se relacionada com a vergonha e humilhação, o medo de sofrer abuso adicional, o receio de ter que fazer grandes mudanças de vida, a falta de recursos financeiros para poder viver de forma independente, e ainda a ideia de que os problemas familiares devem manter-se privados – no seio familiar<sup>(20)</sup>.

O processo de envelhecimento envolve uma degradação progressiva que comporta mudanças morfo fisiológicas e psicológicas que acarretam repercussões sociais, afetando a pessoa ao nível biológico, psicológico e social. Este percurso é assinalado pela perda de capacidades funcionais, que comprometem a autonomia do indivíduo na satisfação das necessidades do dia-a-dia<sup>(21)</sup>. Desta forma, as alterações cognitivas e emocionais que são inerentes ao processo de envelhecimento, configuram também fatores de risco de violência (elevado), nomeadamente a ansiedade, a impaciência e irritação frequentes, a dificuldade em tomar decisões sobre a vida e o consumo diário de álcool.

Também o isolamento social e a ausência de rede social de suporte são fatores de risco para o abuso de idosos, que acabam por perpetuar ainda mais os maus tratos<sup>(22,23)</sup>. O isolamento social é um fator de risco potencial para todas as formas de violência nesta faixa etária e pode representar uma dimensão crucial da insegurança social e da vulnerabilidade que afeta as pessoas mais velhas devido ao seu afastamento da cidadania ativa



na sociedade atual. A saída do mundo do trabalho remete as pessoas idosas para um papel passivo e de isolamento social, muitas vezes permanente. Em relação a outros países, como por exemplo a Grécia e a Lituânia, os portugueses relatam menos apoio social percebido. Esta situação parece estar relacionada com as mudanças demográficas/socio-económicas recentes (como por exemplo, baixas taxas de fertilidade, famílias mais pequenas, aumento da presença de mulheres no mercado de trabalho, urbanização e o aumento da individualização)<sup>(24,25)</sup>. Amstadter<sup>(26)</sup> também sugere que o isolamento e a falta de apoio social são importantes fatores de risco para a violência sobre as pessoas idosas.

O suporte social reduzido é frequente nas pessoas idosas mais desfavorecidas economicamente<sup>(27,28)</sup>. No projeto ESACA e no que diz respeito às questões financeiras (fator de risco potencial<sup>(2)</sup>), destaca-se o facto de mais de metade das pessoas idosas, apesar do baixo rendimento médio que caracteriza a amostra, apoiarem financeiramente alguém da sua família, por oposição à reduzida percentagem das pessoas idosas que afirma receber apoio financeiro de familiares. Segundo Luo<sup>(29)</sup>, um dos fatores comunitários que exacerba a violência nas pessoas idosas é a falta de redes de apoio social e de combate à pobreza. Se a pessoa idosa é economicamente dependente, isso poderá vir a aumentar o *stress* vivenciado pelos cuidadores e familiares dos mais velhos e acabar por desempenhar um papel fulcral na violência sobre as pessoas idosas<sup>(30)</sup>. O mesmo se verifica quando a família é financeiramente dependente (total ou parcialmente) do idoso.

A violência intrafamiliar contra o idoso pode ser definida, não apenas pelas agressões físicas, como também pelas omissões ou ações que prejudiquem a integridade física e emocional da vítima. A violência existente no espaço intrafamiliar é bastante complexa e delicada, sendo extremamente complicado penetrar no silêncio das famílias das pessoas idosas violentadas<sup>(31)</sup>. Os indicadores do contexto familiar (fator de risco potencial<sup>(2)</sup>) revelaram que a violência intrafamiliar está igualmente presente na amostra analisada, salientando-se o medo dos familiares, o sentimento de que ninguém da família o quer por perto, a violência verbal e psicológica que muitos já sofreram por parte dos familiares, tal como a violência física, embora esta em menor grau. Destaque para a violência psicológica de que foram alvo algumas pessoas idosas quando foram obrigadas a assinar papéis contra sua vontade, aqueles a quem foram retirados objetos sem a sua autorização ou aqueles que, por esses ou outros motivos, não confiam na maioria dos elementos da família. Se é certo que os apoios emocional e afetivo e a solidariedade da família assumem um papel mais importante que o apoio instrumental, no que diz respeito aos sintomas psicológicos experienciados pelas pessoas idosas, quando estes apoios falham, ficam à mercê da sua própria sorte<sup>(32,33)</sup>.

Tão importante como a violência física são as restantes formas de violência (verbal, psicológica, financeira) e os preditores de risco que as identificam. Sendo a violência um fenómeno complexo e multidimensional e os preditores de risco maioritariamente atuarem em conjunto, estes têm necessariamente de ser analisados como um todo (não individualmente) na identificação do risco de violências sobre as pessoas idosas.

## CONCLUSÃO

---

O teste de fidelidade da escala ARVINI, mediante o cálculo do Coeficiente de Alpha de Cronbach (0,727) revelou que a escala é constituída por itens considerados adequados em termos de consistência interna.

Embora com um número elevado de itens (27), considera-se que estes são importantes porque é a sua atuação conjunta que permite avaliar o risco de violência a que as pessoas idosas estão sujeitas. Os resultados obtidos na análise ROC revelam também a validade da escala ARVINI, que pode tornar-se um instrumento a ser utilizado na área da saúde na deteção do risco de violência sobre as pessoas idosas.

Salienta-se o facto de mais de um quarto dos idosos integrarem o grupo em risco. Os fatores de risco de violência identificados foram o sexo (feminino), o rendimento (baixo), as alterações emocionais e cognitivas, inerentes ao processo de envelhecimento, onde se destacam a ansiedade, a impaciência e irritação frequentes, e a dificuldade em tomar decisões sobre a vida. O isolamento social e a ausência de rede social de suporte são fatores de risco de violência, indissociáveis da dimensão de insegurança social e vulnerabilidade que afeta as pessoas mais velhas devido ao seu papel na sociedade portuguesa.

Nos fatores de risco de violência intrafamiliar destacam-se as agressões verbais e psicológicas (obrigados a assinar papéis contra sua vontade ou aqueles a quem foram retirados objetos sem a sua autorização). É evidenciado o medo dos familiares e o sentimento de que ninguém da família os quer por perto. Os tipos de violência física e sexual também estão presentes, mas em menor grau.

A importância de conhecer os fatores de risco é decisiva para combater a violência sobre as pessoas idosas. Esses fatores devem incluir as diferentes dimensões que a violência pode assumir e também as situações/processos inerentes ao envelhecimento onde o isolamento social, a vulnerabilidade, as alterações cognitivas, marcam quotidianamente presença.

Para prevenir todas as formas de violência contra as pessoas idosas são necessários instrumentos que permitam identificar o risco de violência de cada idoso, seja esse risco forte, potencial ou fraco. Aos profissionais de saúde e do setor social cabe testar e validar instrumentos que identifiquem fatores do risco de violência, produzir evidência científica sobre os mesmos e introduzi-los no seu quotidiano de trabalho de saúde comunitária e/ou hospitalar e atuar junto da comunidade para o combate à mesma. Nesse sentido, desafiamos os investigadores a usar a escala ARVINI na deteção do risco de violência sobre pessoas idosas, para que esta se consolide e aperfeiçoe como um instrumento de deteção precoce do risco de violência sobre pessoas idosas.

### Agradecimentos

As autoras agradecem a todos os participantes e instituições pelo seu contributo neste trabalho, nomeadamente Universidade de Évora, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS); Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., (ARS Alentejo) e aos programas que financiaram o projeto Envelhecer em Segurança no Alentejo/Ref.<sup>ª</sup>: ALT20-03-0145-FEDER-000007: Alentejo 2020, Portugal 2020 e União Europeia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. PORDATA (2017). Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Esperança+de+vida+à+nascença+total+e+por+sexo-1260>
2. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist*. 56:S194-S205. Doi: 10.1093/geront/gnw004.
3. Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população. Loures: LUSODIDACTA-Soc. Port de Material Didáctico, Lda. ISBN, 978-989.
4. Lowenstein, A. (2009). Elder Abuse and Neglect - 'Old Phenomenon': New Directions for Research, Legislation, and Service Developments. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 21:3, 278-287. <https://doi.org/10.1080/08946560902997637>
5. ONU. Organização das Nações Unidas. (1991). Resolução n. 46/91. Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas. Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r091.htm>.

6. WHO. World Health Organization. (2002). *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
7. UN. United Nations (2002). Madrid International Plan of Action on Ageing. In: *Report of the Second World Assembly on Ageing*, 8-12 April 2002, Madrid, Spain, pp. 1-42. New York: United Nations.
8. WHO. World Health Organization. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
9. WHO. World Health Organization. (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
10. Lachs, MS & Pilmer, KA. (2015) Elder Abuse. *N Engl J Med*. 12; 373(20):1947-56. doi: 10.1056/NEJMr1404688.
11. Gil, A.P. (2014). Projeto Envelhecimento e Violência. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Lisboa. Acedida a 12 de Julho de 2017. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1955/3/Envelhecimento%20e%20Viol%C3%Aancia%202011-2014%20.pdf>
12. Cohen, M., Levin, S. H., Gagin, R., & Friedman, G. (2007). Elder abuse: disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(8), 1224-1230. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01269.x>
13. Cohen, M; Halevy-Levin, S.; Gagin, R.; Prilutzky, D. & Friedman, G. (2010). Elder abuse in long-term care residences and the risk indicators. *Ageing and Society*, 30: 1027-1040, 10.1017/S0144686X10000188.
14. Reis, M & Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *Gerontologist*. 38:471-480. Doi: 10.1093/geront/38.4.471.
15. Gil, A. P., Kislaya, I., Santos, A. J., Nunes, B., Nicolau, R., & Fernandes, A. A. (2015). Elder abuse in Portugal: Findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 27: 174-195. Doi:10.1080/08946566.2014.953659.
16. Júnior, C. & Rocha, S. (2011). Violência Doméstica contra Idosos. In Freitas, F. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan LTDA.
17. Cohen, M. (2013). The process of validation of a three-dimensional model for the identification of abuse in older adults. *International Journal Integrating Experimental Clinical and Social Studies on Aging*. 57: 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.06.009>

18. Maia RSM, Maia EMCM. (2014). Adaptação transcultural para o português (Brasil) da Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) para rastreio da violência contra idosos. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 30(7):1379-84. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00014814>
19. Giraldo-Rodríguez, L., & Rosas-Carrasco, O. (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatrics & Gerontology International*, 13, 466-474. doi:10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x.
20. Michau, L.; Horn, J.; Bank, A.; Dutt, M. & Zimmerman, C. (2015). Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *The Lancet*. 385 (9978): 1672 – 1684. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)61797-9.
21. Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia, Reflexão e Crítica*. 19: 301-308. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000200017>.
22. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health*. 100:292-297. Doi: 10.2105/AJPH.2009.163089.
23. Dong XQ, Simon MA. (2018). Is Greater Social Support a Protective Factor against Elder Mistreatment? *Gerontology [Internet]*. 54(6):361-8. Disponível em: <http://www.karger.com/Article/Pdf/143228>.
24. De Belvis AG, Avolio M, Spagnolo A, Damiani G, Sicuro L, et al. (2008) Factors associated with health-related quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region, *Public Health* 122: 784-793. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2007.08.018>
25. Da Silva Lopes, ACR. (2006) Welfare arrangements, safety nets and familial support for the elderly in Portugal. *PhD Thesis*, London School of Economics and Political Science. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/5041>.
26. Amstadter AB, Cisler JM, McCauley JL, Hernandez MA, Muzzy W, Acierno R. (2011). Do incident and perpetrator characteristics of elder mistreatment differ by gender of the victim? Results from the National Elder Mistreatment Study. *J Elder Abuse Negl*. 23:43-57. <https://doi.org/10.1080/08946566.2011.534707>

27. Melchiorre, M. G., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J., ... Soares, J. F. (2013). Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PLoS One*, 8, e54856. doi:10.1371/journal.pone.0054856.
28. Dai, Y., Zhang, C.-Y., Zhang, B.-Q., Li, Z., Jiang, C., & Huang, H.-L. (2016). Social support and the self-rated health of older people: A comparative study in Tainan Taiwan and Fuzhou Fujian province. *Medicine*. 95(24), e3881. <http://doi.org/10.1097/MD.0000000000003881>
29. Luo Y, Waite LJ. Mistreatment and psychological wellbeing among older adults: exploring the role of psychosocial resources and deficits. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 66(2):217-29.
30. Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR, Berman J, et al. (2015). Prevalence of and risk factors for elder abuse and neglect in the community: a population-based study. *J Am Geriatr Soc*. 63:1906-1912. doi: 10.1111/jgs.13601.
31. Silva, C.S. & Dias, C.S.B. (2016). Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36 (3): 637-652. DOI: 10.1590/1982-3703001462014.
32. Mancini, J. A., Nelson, J. P., Bowen, G. L., & Martin, J. A. (2006). Preventing intimate partner violence: A community capacity approach. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 13(3-4), 203-227. Doi.org/10.1300/J146v13n03\_08
33. Duarte & Barbosa (2011). Manual do Envelhecimento Ativo. In Ribeiro & Paúl (Org), Envelhecimento Ativo. Lisboa: Lidel.

Correspondência: fm@uevora.pt

Anexo – Escala de Avaliação do Risco de Violência em Idosos não Institucionalizados - ARVINI  
 Elaborada por Mendes e Gemito (2017) a partir da adaptação do E-IOA (Cohen, Halevi-Levin, Gagin, & Friedman, 2006)  
 e VASS, versão brasileira (Maia & Maia, 2014).

	Sim	Não
1. Sente-se sozinho(a) muitas vezes?		
2. Tem alguém que lhe faça companhia diariamente?	1	0
3. Tem alguém que o(a) leva a fazer compras, quando precisa?	0	1
4. Tem alguém que o(a) leva ao médico, quando necessário?	0	1
5. Encontra-se com amigos/colegas semanalmente?	0	1
6. Encontra-se com familiares semanalmente?	0	1
7. Tem relações conflituosas com os vizinhos?	0	1
8. Já alguém lhe disse que dá muito/demasiado trabalho?	1	0
9. Já alguém o(a) forçou a ter relações sexuais contra a sua vontade?	1	0
10. Sente que ninguém quer estar consigo?	1	0
11. Sente medo de alguém da sua família?	1	0
12. Sente que ninguém da sua família o quer por perto?	1	0
13. Já algum membro da sua família gritou consigo e chamou-lhe nomes fazendo com que você se sentisse envergonhado?	1	0
14. Já alguém da sua família o agrediu fisicamente (empurrou, bateu...)	1	0
15. Alguém da sua família lhe disse que está doente quando você sabe que não está?	1	0
16. Já alguém da sua família o(a) obrigou a fazer coisas que você não queria fazer?	1	0
17. Já alguém da sua família lhe retirou coisas que lhe pertencem sem o seu consentimento?	1	0
18. Já alguém da sua família o(a) forçou a assinar papeis contra a sua vontade?	1	0
19. Confiar na maioria das pessoas da sua família?	0	1
20. Alguém da sua família tem problemas relacionados com o alcoolismo?	1	0
21. Alguém da sua família consome drogas?	1	0
22. Considera que as outras pessoas são injustas consigo?	1	0
23. Tem dificuldades em tomar decisões sobre a sua vida?	1	0
24. Costuma sentir-se ansioso(a)/impaciente frequentemente?	1	0
25. Costuma irritar-se frequentemente?	1	0
26. Consegue pagar as suas contas, com os seus rendimentos?	0	1
27. Consegue comprar comida ou suprir outras necessidades com os seus rendimentos?	0	1
	27	