



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO**

RENATA CLEMENTE DOS SANTOS RODRIGUES

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE ESCALA PARA RASTREIO DA
VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA**

JOÃO PESSOA – PB

2023

RENATA CLEMENTE DOS SANTOS RODRIGUES

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE ESCALA PARA RASTREIO DA
VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e práticas do cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de pesquisa vinculado: Instrumentalização da Enfermagem Forense Diante do Cuidado ao Idoso Hospitalizado

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Rafaella Queiroga Souto.

Coorientador: Prof. Dr. Ronei Marcos de Moraes

JOÃO PESSOA – PB

2023

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

R696e Rodrigues, Renata Clemente dos Santos.
Evidências de validade de escala para rastreio da
violência contra a pessoa idosa / Renata Clemente dos
Santos Rodrigues. - João Pessoa, 2023.
204 f. : il.

Orientação: Rafaella Queiroga Souto.
Coorientação: Ronei Marcos de Moraes.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem geriátrica. 2. Enfermagem forense. 3.
Psicometria. I. Souto, Rafaella Queiroga. II. Moraes,
Ronei Marcos de. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616-083-053.9(043)

RENATA CLEMENTE DOS SANTOS RODRIGUES

Tese vinculada a linha de pesquisa Enfermagem Políticas e práticas do cuidar em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, apresentada como requisito para obtenção do título de Doutor (a) em Enfermagem do referido programa.

Aprovada em ____ / ____ / ____.

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

Rafaella Queiroga Souto

Profª. Drª. Rafaella Queiroga Souto (Presidente)

Universidade Federal da Paraíba

Dr. Francisco Stélio de Sousa (Membro Externo Titular)

Universidade Estadual da Paraíba

Gleicy Karine Nascimento de A. Monteiro

Profª. Drª. Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro (Membro Externo Titular)

Universidade Federal de Alagoas

Kátia Neyla de Freitas

Profª. Drª. Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa (Membro Interno Titular)

Universidade Federal da Paraíba

Sandra Aparecida de Almeida

Profª. Drª. Sandra Aparecida de Almeida (Membro Interno Titular)

Universidade Federal da Paraíba

Gabriela M. C. Costa

Profª. Drª. Gabriela Maria Cavalcanti Costa (Membro Externo Suplente)

Universidade Estadual da Paraíba

Profª. Drª Graicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt (Membro Interno Suplente)

Universidade Federal da Paraíba

À Seu Edvaldo Basileu e a dona Edileusa Clemente (*in memorian*), que me geraram em vida e deram suas vidas por mim.

AGRADECIMENTOS

A gratidão dá sentido ao nosso passado, traz paz para o hoje, e cria uma visão para o amanhã. Por essa razão, gratidão...

À Deus que formou cada pequena parte do meu corpo e desenhou todos os meus dias do passado, do presente e do futuro. Obrigada por me permitir experimentar a concretização desse sonho, me dando sustentação, fôlego e ânimo quando eu mesma acreditava não ter mais.

*Ao meu pai, seu **Edvaldo**, a dona **Nena** (in memorian) e ao meu irmão, **Rodrigo**, que durante todas suas vidas batalharam de muitas formas para que eu me formasse. Se não fosse os esforços e as inúmeras renúncias que fizeram eu jamais conseguiria concluir mais esse sonho, que por vezes foi incompreendido, mas nunca, nunca desrespeitado, obrigada, aprendi a não desistir por vocês.*

*Ao meu marido, **Renan**, por sempre pregar ao meu coração contentamento em Deus e me trazer largos sorrisos em dias nebulosos, por me mostrar que a vida pode e deve ser leve mesmo em dias de tempestade. A minha sogra **Maglênia** e meu sogro **Ronildo** e cunhado **Rafael**, por me acolher, por me tornar família e vibrar comigo cada conquista a passo dado durante esse processo, eu os amo demais.*

*Obrigada a minha querida orientadora **Rafaella**, por me receber, me confiar a execução do projeto, mas sobretudo por ter acreditado em mim quando eu mesma não acreditei se seria capaz. Obrigada por cada incentivo, seja por palavras, seja por suas atitudes que me diziam que eu iria conseguir. Fui presenteada por Deus em ter a senhora como orientadora e como amiga.*

*Ao meu coorientador, professor **Ronei**, por ter pegado em minhas mãos com toda paciência do mundo e me ensinado assuntos completamente embrionários e assustadores pra mim. O senhor é um ser humano genial e sua forma didática de ensinar com toda certeza me ensinou a ser uma professora melhor, empática e mais paciente, muito obrigada.*

*A professora **Drª Gabriela Maria**, que me incentivou de forma indescritível nesse processo formativo, sempre com muita disponibilidade me trouxe palavras de ânimo e de sabedoria de Deus, obrigada!*

*Obrigada a minha amiga **Gleicy**, por ser parceira de pesquisa, ensino, concursos, compras... são tantos momentos e situações que é difícil olhar para o lado e não te ver*

participando ou fazendo parte de algum deles. Como Deus foi generoso em me presentear com você nessa caminhada acadêmica (que se tornou de vida), muito obrigada por vibrar por cada conquista, chorar com cada derrota e por me ensinar a ser perseverante, resiliente e lutar até chegar onde sonhamos chegar.

*A minha amiga de turma de doutorado, **Ana Márcia**, por ser casa, abrigo, ombro amigo em tantos dias e momentos. Sua vida reflete Cristo, e eu jamais vou conseguir agradecer o suficiente por você e sua família me acolherem e cuidar de mim nos meus piores dias em que não via nada na minha frente a não ser o desejo de desistir de tudo. Obrigada por não me deixarem desistir.*

*As minhas amigas **Emanuella, Mayara e Karol**, que fui presenteada à medida que seguia em busca desse sonho, vocês tornaram tão essenciais na minha vida que não me vejo dar nenhum passo sem tê-las por perto para compartilhar, sorrir, vibrar e chorar. Eu amo ver quem nos tornamos e quem continuamos a nos tornar, e amo ter vocês em cada fase da minha jornada, obrigada por me aguentarem.*

*As minhas amigas e irmãs, que são corpo comigo, que me ensinam e pregam à Cristo ao meu coração de múltiplas formas frequente, **Isadora, Rafaella, Luciana**, cada uma de sua forma ou estado me ensinam sobre a segurança no amor, nos laços e nas diferenças. Eu as amo suas cabritas.*

*A minha igreja local, o tão amado Jardim, que a cada domingo me ensina que Cristo é o centro de tudo, mesmo quando na minha mente confusa esse todo não faz o menor sentido. **Pr. Rodrigo, Letícia, Asllan e Eva** a casa e a família de vocês é motivo de gratidão indescritível para a minha família. Minhas irmãs **Esther, Nathallya, Ingrid e Quezia**, vocês pregam Cristo ao meu coração de forma constrangedora, obrigada por nunca desistirem de mim.*

*Aos meus amigos da pós-graduação **Bárbara, Rafael, Nildo, Ana e Gleicy**, vocês tornaram esse processo tão leve que se tornou por tantas vezes gostoso experimentar, sei que tenho vocês para a vida inteira, obrigada!*

*Ao meu querido GEPEFO, nas pessoas de **Luíza, Fabrícia, Matheus, Wesley, Jefferson, Tamires** e os demais, vocês são lindos e me ensinaram na prática esses anos que juntos podemos e com certeza somos mais fortes e alcançamos nossos sonhos de forma mais leve.*

A todos os meus alunos por me proporcionarem ânimo na realização desse sonho, por me ensinarem o caminho tantas vezes que me senti perdida que vocês nem

*conseguiriam imaginar. Aos meus colegas de trabalho, em especial a **Mara, An Erick e Luana** pela paciência, incentivo e largas risadas dentro do barquinho.*

A banca examinadora pelo tempo desprendido para tornar o produto dessa tese mais robusto e significativo academicamente, muito obrigada!

A todos os professores e ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba pela dedicação a formação científica dos discentes do programa e pelo compromisso com a formação de pesquisadores.

As agências de fomento, a CAPES pelo apoio com código de Financiamento 001 e pelo auxílio do CNPQ e MEC, a partir do Edital Universal Nº 28/2018, sob o processo Nº 424604-2018-3.

“Talvez não seja fácil tirar do coração e pôr na sola do sapato e ver que todo mundo acha que você tá errado e ter que acreditar numa certeza que é só sua fazer isso virar música e seguir sempre focado e sempre conviver com a incerteza do momento de se lutar pra ser quem é e eu luto faz tempo, mas é que a minha escolha é só minha e eu escolho que já é hora do voo que hoje o céu já fez silêncio. Eu acho tão bonito quando a gente segue um sonho e não quer mais voltar”

LISTA DE FIGURAS E ILUSTRAÇÕES

MÉTODO

Figura 01 – Fluxograma para construção da escala. João Pessoa – Paraíba, 2022.....	25
Manuscrito 01: Instrumentos para screening de situações de abuso contrapessoa idosa: scoping review	
Figura 1 – Fluxograma de seleção dos instrumentos, adaptado do PRISMA. João Pessoa, Paraíba, 2020.....	39
Manuscrito 03: Violência contra pessoa idosa: análise conceitual	
Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2022.....	81
Figura 2 - Árvore máxima da VCPI representando as referências empíricas. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2022.....	89
Manuscrito 04: Marcadores de violência contra a pessoa idosa sob a perspectiva de enfermeiros	
Figura 1 - árvore máxima da análise de similitude referente aos sinais sugestivos de VCPI entre os enfermeiros participantes da pesquisa. Campina Grande, Paraíba, 2022	107
Figura 2 – Árvore máxima da análise de similitude referente aos sinais sugestivos de VCPI entre os enfermeiros participantes da pesquisa. Campina Grande, Paraíba, 2022	108

LISTA DE QUADROS

MÉTODO

Quadro 01 – Apresentação do instrumento de coleta de dados com os especialistas. João Pessoa, Paraíba, 2022.....

31

RESULTADOS

Quadro 2 – Apresentação dos manuscritos produtos da tese. João Pessoa, Paraíba, 2023.....

34

Manuscrito 01: Instrumentos para screening de situações de abuso contrapessoa idosa: scoping review

Quadro 1 – Seleção dos termos correspondentes ao mnemônico PCC. João Pessoa, Paraíba, 2020.....

37

Quadro 2 – Registro de instrumentos incluídos na revisão de escopo, de acordo com autor, língua original, país, adaptação transcultural e grupo coletado. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2020.....

40

Quadro 3 – Indicação dos instrumentos e os subtipos de abuso que seu escopo mensura. João Pessoa, Paraíba, 2020.....

41

Quadro 4 - Descrição dos instrumentos de abuso acordo com o número de itens, aspectos psicométricos e indicação de uso. João Pessoa, Paraíba, 2020.

42

Manuscrito 03: Violência contra pessoa idosa: análise conceitual

Quadro 1 – Classificação dos artigos incluídos na análise do conceito sobre violência contra pessoa idosa. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2023.....

83

Quadro 2 – Antecedentes da análise do conceito classificado de acordo com o modelo ecológico. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 2023.....

85

Quadro 3 – Atributos da análise do conceito classificados de acordo com o modeloecológico. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 2023.....

86

Quadro 4 – Consequentes da análise do conceito classificado de acordo com o modeloecológico. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 2023.....

87

Manuscrito 04: Construção de validação de conteúdo de escala para rastreio de violência contra a pessoa idosa

Quadro 1 - Instrumento em sua versão final e as respectivas modificações após sugestões dos juízes. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 2022.....

Manuscrito 05: Escala para escala de rastreio de violência contra a pessoa idosa: estudo piloto

Quadro 1 – Distribuição dos números de itens por dimensão, seu valor mínimo e máximo em cada faceta. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 2023.....

142

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 02: Violência contra pessoa idosa: análise da consistência interna de instrumentos

Tabela 1 - Distribuição da frequência relativa e frequência absoluta das situações de violência entre os idosos. João Pessoa, Paraíba, 2020..... 66

Tabela 2 - Escores médios do H-S/EAST e desvio padrão (DP) para os itens individuais, correlação total entre os itens corrigida, consistência interna (α de Cronbach) por domínio e total. João Pessoa, Paraíba, 2020..... 67

Tabela 3 - Escores médios do CTS-1 e desvio padrão (DP) para os itens individuais, correlação total entre os itens corrigida, consistência interna (α de Cronbach) por domínio e total. João Pessoa, Paraíba, 2020..... 69

Manuscrito 04: Construção de validação de conteúdo de escala para rastreio de violência contra a pessoa idosa

Tabela 1 – Caracterização dos Juízes. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 2022..... 123

Tabela 2 – Concordância dos juízes de acordo com o IVC, CVC e Kappa de Fleiss entre os itens do instrumento relacionados a clareza, pertinência, relevância e semântica. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 2022..... 125

Manuscrito 05: Escala para escala de rastreio de violência contra a pessoa idosa: estudo piloto

Tabela 1 – Distribuição da amostra piloto relacionada as dimensões da escala de rastreio de violência contra a pessoa idosa: estudo piloto. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 2023..... 143

Tabela 2 - Distribuição dos itens quanto a mediana, amplitude e o coeficiente de cronbach. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 2023..... 147

LISTA DE ABREVIATURAS

α	Alfa de Cronbach
ABS	Aggressive Behavior Scale
AERA	American Educational Research Association
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
APA	American Psychological Association
ATDEA	Assessment Tool for Domestic Elder Abuse
CAFé	Comunidade Acadêmica Federada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CASE	Caregiver AbuseScreen
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CTS-1	Conflict Tactics Scale
CTS-2	Conflict Tactics Scale – 2
DP	Desvio Padrão
EARVI	Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos
EASI	Elder Abuse Suspicion Index
FEVS	Financial Exploitation Vulnerability Scale
GEPEFO	Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Forense
GMS	Escala Geriátrica de Maus Tratos
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
H-S/EAST	Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test
HITS	Hurt, Insult, Threaten, Scream
IOA	Indicators of Abuse
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
J	Índice de Youden
JBI	Joanna Briggs Institute
KR₂₀	Kuder-Richardson
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

KMO	Kaiser Meyer-Olkmin
MCTS	Modified ConflictTactics Scale
MEEM	Mini-exame do estado mental
MEC	Ministério de Ensino Superior
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NCME	National Council on Measurement in Education
OAFEM	Self-Report Measure of Financial Exploitation of Older Adults
OAMA	Older Adult Mistreatment Assessment
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRISMA – ScR	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
ROC	Receiver Operating Characteristic Curve
SIGAA	Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas
SRNS	Self-Reported Neglect Scale
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
VASS	Vulnerability to Abuse ScreeningScale
VCPI	Violência Contra Pessoa Idosa
VIVA	Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada
X²	Qui-quadrado
WHO	World Health Organization

RESUMO

RODRIGUES- SANTOS, R.C. **Evidências de validade de escala para rastreio da violência contra pessoa idosa.** 198f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Tese (Tese em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2023

Objetivo: Construir e verificar as evidências de validade para escala de rastreio da violência contra pessoa idosa **Método:** trata-se de um estudo metodológico para construção e validação da escala de rastreio de violência contra pessoa idosa. Foi desenvolvido em três fases: teórica, empírica e analítica. A etapa teórica foi composta por uma revisão de escopo, uma análise do conceito e coleta de dados com enfermeiros. Após análise dos dados foi construída a escala para rastreio de violência contra pessoa idosa. Na fase empírica foi realizada validação de conteúdo com juízes especialistas e com pessoas idosas e na fase analítica foi determinado os índices de validade de conteúdo e a confiabilidade interna do instrumento. **Resultados:** o instrumento construído possui 65 itens, organizados em escala do tipo likert (1 a 4), divididos em seis facetas referentes as tipificações da violência contra pessoa idosa a saber: violência psicológica com 14 itens, a de violência financeira 15 itens, a de abandono contém sete itens, a de negligência oito itens, a faceta de violência física contém 13 itens e a sexual oito itens. A avaliação global de todos os indicadores foi considerada aceitável. O IVC manteve-se quase perfeita, com $IVC = 0,99$ entre os quatro domínios (clareza, pertinência, relevância e semântica). O CVC global também foi considerado excelente nas quatro facetas: $CVC_{clareza} = 0,96$, $CVC_{pertinência} = 0,98$, $CVC_{relevância} = 0,98$ e $CVC_{semântica} = 0,96$. No tocante ao Kappa de Fleiss, a avaliação da semântica deu o menor valor $KF_{semântica} = 0,82$, seguido da clareza $KF_{clareza} = 0,85$ e $KF_{pertinência} = 0,94$ e $KF_{relevância} = 0,94$. No que tange ao instrumento completo a mediana foi de $M_d = 91,50$ pontos, a amplitude de $AT = 81,00$ e $\alpha = 0,89$, sendo considerado excelente. **Conclusões:** o instrumento é recomendável para uso no público idoso pois possui evidências de validade de conteúdo de consistente e evidências com base na estrutura interna confiáveis.

Descritores: Enfermagem; Enfermagem Geriátrica; Psicometria; Enfermagem Forense.

ABSTRACT

RODRIGUES- SANTOS, R.C. **Evidence of validity of a scale for screening violence against elderly person.** 198f. Tese (Doctorate in Nursing) - Thesis (Thesis in Nursing) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2023

Objective: To construct and verify validity evidence for a screening scale for violence against elderly people **Method:** This is a methodological study for the construction and validation of a screening scale for violence against elderly people. It was developed in three phases: theoretical, empirical and analytical. The theoretical stage was composed of a scope review, a concept analysis and data collection with nurses. After data analysis, the scale for screening violence against elderly people was constructed. In the empirical phase, content validation was performed with expert judges and with elderly people, and in the analytical phase, the content validity and internal reliability indices of the instrument were determined. **Results:** the constructed instrument has 65 items, organized in a Likert-type scale (1 to 4), divided into six facets referring to the typifications of violence against the elderly, namely: psychological violence with 14 items, financial violence with 15 items, abandonment with seven items, neglect with eight items, physical violence with 13 items, and sexual violence with eight items. The overall assessment of all indicators was considered acceptable. The CVI remained nearly perfect, with $CVI = 0.99$ across the four domains (clarity, relevance, relevance, and semantics). The overall CVC was also rated excellent in all four facets: $CVC_{clarity} = 0.96$, $CVC_{pertinence} = 0.98$, $CVC_{relevance} = 0.98$ and $CVC_{semantic} = 0.96$. Regarding Fleiss' Kappa, the evaluation of semantics gave the lowest value $KF_{semantics} = 0.82$, followed by clarity $KF_{clarity} = 0.85$ and $KF_{pertinence} = 0.94$ and $KF_{relevance} = 0.94$. Regarding the complete instrument the median was $Md = 91.50$ points, the range $AT = 81.00$ and $\alpha = 0.89$, being considered excellent. **Conclusions:** the instrument is recommended for use in the elderly public because it has consistent content validity evidence and reliable internal structure-based evidence.

Keywords: Nursing; Geriatric Nursing; Psychometrics; Forensic Nursing

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	17
2	INTRODUÇÃO.....	20
2.1	Objetivo Geral.....	24
2.2	Objetivos Específicos.....	24
3	MÉTODO.....	25
3.1	Fase Teórica.....	25
3.1.1	Revisão de Escopo.....	25
3.1.2	Análise do Conceito.....	27
3.1.3	Coleta de dados com enfermeiros.....	27
3.1.4	Construção dos itens.....	28
3.2	Fase Empírica.....	29
3.2.1	Evidências de validade de conteúdo.....	30
3.2.1.1	Coleta de dados com pessoas idosas.....	32
3.3	Fase Analítica.....	32
3.3.1	Evidências de validade baseada na estrutura interna.....	32
3.4	Considerações Éticas.....	33
4	RESULTADOS.....	34
4.1	Manuscrito 1 - Instrumentos para <i>screening</i> de situações de abuso contra pessoa idosa: scoping review.....	35
4.2	Manuscrito 2 - Violência contra pessoa idosa: análise da consistência interna de instrumentos.....	62
4.3	Manuscrito 3 - Violência contra pessoa idosa: análise conceitual.....	77
4.4	Manuscrito 4 - Marcadores de violência contra a pessoa idosa sob a perspectiva de enfermeiros	103
4.5	Manuscrito 5 - Construção de validação de conteúdo de escala para rastreio de violência contra a pessoa idosa.....	119
4.6	Manuscrito 6 - Escala para escala de rastreio de violência contra a pessoa idosa: estudo piloto.....	139
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
	REFERÊNCIAS.....	159
	ANEXOS.....	164
	ANEXO A - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)...	164
	ANEXO B – Parecer do comitê de ética e pesquisa do HULW/UFPB.....	166
	ANEXO C – Parecer do comitê de ética e pesquisa do HUAC/UFCG.....	167
	APÊNDICES.....	168
	APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	168
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para juízes.....	170
	APÊNDICE C – Definições operacionais e constitutivas do instrumento para rastreio de violência contra pessoa idosa.....	172
	APÊNDICE D – Versão 01 da escala.....	175
	APÊNDICE E – Instrumento original e as respectivas	180

modificações após sugestões dos especialistas.....	185
APÊNDICE F – Versão 02 da escala.....	185
APÊNDICE G – Versão 03 da escala	189
APÊNDICE H – Versões do instrumento após aplicado o 1º piloto com pessoas idosas.....	193
APÊNDICE I – Versão Final.....	197

APRESENTAÇÃO

A presente tese encontra-se vinculada ao projeto universal “Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado”, com auxílio financeiro pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), associado ao Ministério de Ensino Superior (MEC) do Brasil, a partir do Edital Universal Nº 28/2018, sob o processo Nº 424604-2018-3. O projeto está em desenvolvimento pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Forense (GEPEFO) do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

O interesse pessoal para me debruçar sobre o estudo da temática da violência deu-se ainda na graduação durante o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso (2010), quando minha orientadora propôs desenvolver uma pesquisa relacionada a violência contra a mulher. Entre a conclusão da graduação e o ingresso no mestrado o interesse na área manteve-se aceso, porém com olhar direcionado à pessoa idosa, então, durante o mestrado (2016 – 2017), dediquei-me a compreender se havia relação entre o risco para a violência e a instalação da síndrome da fragilidade na pessoa idosa atendida na alta complexidade.

Os resultados gerados do estudo foram satisfatórios para conclusão daquela fase, entretanto a utilização do instrumento na coleta de dados começou a me inquietar predominantemente relacionado a sua timidez em desvelar a dimensionalidade e múltiplas tipificações da violência contra pessoa idosa (VCPI), me motivando a estudar mais sobre o tema e o método relacionado ao desenvolvimento de instrumentos com medidas psicométricas.

O desenvolvimento da tese teve seu início com a seleção para concorrer ao ingresso no doutorado no programa de pós-graduação no qual tomei-me doutora. Após estudar os instrumentos disponíveis no Brasil que se propõem a mensurar a VCPI foi possível observar a escassez de instrumentos disponíveis com medidas psicométricas confiáveis e com amplitude conceitual no tocante às facetas em que a VCPI pode se apresentar. Dessa forma, foi desenvolvido o primeiro artigo da tese “**Instrumentos para screening de situações de abuso contra pessoa idosa: scoping review**”, objetivando mapear os instrumentos disponíveis nacionalmente e internacionalmente com finalidades semelhantes e suas respectivas medidas. Entretanto, nos deparamos com as mesmas limitações, tornando então o caminho da adaptação transcultural arriscado do ponto de

vista psicométrico. O mencionado manuscrito foi publicado pela Revista da Escola de Enfermagem da USP no ano de 2022.

Em concomitante a realização da revisão de escopo acima citada, nos propusemos a estudar as medidas de consistência interna dos instrumentos disponíveis no Brasil utilizando para isso dados coletados em pesquisas coordenadas por minha orientadora, a Dr^a. Rafaella Queiroga Souto, produzindo assim, o segundo manuscrito da tese **“Violência contra pessoa idosa: análise da consistência interna instrumentos”**. Os resultados nos sinalizaram maior clareza de que deveríamos nos propor ao desenvolvimento de um novo instrumento criado de acordo com a realidade brasileira.

Já com a intenção consolidada para o desenvolvimento do instrumento observamos a necessidade de aprofundamento teórico sobre o traço latente estudado (violência contra pessoa idosa), onde, emergiu o terceiro artigo da tese **“Violência contra pessoa idosa: análise conceitual”**, para tal, utilizamos a proposta metodológica de Walk e Avant (2019) e o manuscrito se encontra aprovado para publicação na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), com previsão de publicação no segundo semestre de 2023.

A fim de compreender quais os principais indicadores de VCPI observados por enfermeiros foi então realizada coleta de dados em grupo focal com profissionais da referida área em caráter qualitativo foi gerando o manuscrito intitulado **“Marcadores de violência contra a pessoa idosa sob a perspectiva de enfermeiros”**.

De posse todas as informações acima mencionadas, foi possível realizar a triangulação de todos os dados e realizar a construção da versão preliminar do **“Instrumento para rastreio de violência contra pessoa idosa”**, que foi encaminhado para juízes em busca da sua validação de conteúdo. Após avaliação dos mesmos e realizados diversos ajustes, foi produzido o manuscrito **“Construção de validação de conteúdo de escala para rastreio de violência contra a pessoa idosa”**, comprovando as evidências de validade de conteúdo do material produzido.

De posse da escala com evidências de validade de conteúdo, foi aplicado dois pilotos com a população de idosos em vista de desvelar a sua aplicabilidade e compreensão com pessoas idosas, gerando assim, o manuscrito **“Escala para escala de rastreio de violência contra a pessoa idosa: estudo piloto”**.

1 INTRODUÇÃO

A longevidade observada em diversos países é reflexo de melhoria na expectativa de vida da população, entretanto é iminente a preocupação com a qualidade desse processo, uma vez que o envelhecimento populacional também carregou o aumento no número de idosos vulneráveis e dependentes da sociedade civil, Estado e família (MINAYO, 2019). O abuso contra o idoso insere-se nesse contexto de vulnerabilidades relacionada ao envelhecimento populacional e é caracterizado como um problema de saúde pública (PAMPOLIM; LEITE, 2019).

A assistência destinada a população vitimada por situações de violência encontra-se no escopo das ciências forenses em caráter e em caráter multiprofissional, entretanto, ao se considerar a enfermagem, é de competência do Enfermeiro Forense oferecer cuidados específicos a vítimas e a grupos vulneráveis, dos quais, a pessoa idosa, encontra-se inserida (MONTEIRO-ARAÚJO, *et al.*, 2022)

Define-se como violência contra pessoa idosa (VCPI) “qualquer ação, única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que cause sofrimento e angústia, em uma relação em que haja expectativa de confiança” (WHO, 2002). O cenário intrafamiliar é o mais propício para o seu acontecimento e o desfecho se apresenta associado a fatores como dependência para execução de tarefas diárias, sexo, idade, escolaridade, suporte social, depressão, função cognitiva e outros (SANTOS *et al.*, 2020).

A literatura menciona os termos maus-tratos e abuso como sinônimos para violência. No que tange às formas nas quais mais ocorrem com a pessoa idosa destacam-se a violência física (uso da força para ferir de forma que pode gerar incapacidades passageiras ou não), violência psicológica (ações com finalidade de causar medo na pessoa idosa, isolar ou limitar a liberdade), sexual (ações ou jogos de caráter sexual contra a vontade da pessoa idosa), financeira (uso inapropriado dos recursos e/ou bens) da pessoa idosa sem sua autorização), negligência (omissão de cuidados essenciais para manutenção da saúde e bem estar da pessoa idosa) e o abandono (carência de assistência de familiares, sociedade ou instituições no que tange a responsabilidades com o idoso) (SOUZA, MINAYO, 2010).

Os sinais e sintomas de risco para violência são discutidos na literatura nacional e internacional, apesar de não haver consenso sobre eles por se tratar de um fenômeno dinâmico (STOREY, 2020). Em geral, as características relacionadas a vítima de risco são, sexo feminino, idade avançada, saúde física e/ou mental precária, dependência

funcional, comprometimento cognitivo, dependência financeira, baixa renda, relacionamento conflituoso intrafamiliar, isolamento social, carente apoio social e abuso de substâncias que podem causar vício ou dependência (COOPER *et al.*, 2009; SANTOS, *et al.*, 2020; STOREY, 2020; PILLEMER *et al.*, 2016).

A VCPI está diretamente relacionada a seu contexto social, dessa forma as suas formas em expressões numéricas de prevalência apontam para discrepâncias como em estudo desenvolvido na Coréia com 21,4% de casos, na Romênia com 21,5%, já no Irã essa prevalência foi de 90,4%. A dimensão territorial do Brasil também, acompanha essa heregoneidade na expressão da VCPI, pesquisa no estado de São Paulo, apontou para ocorrência de 10% de casos de VCPI, já no Amazonia esse valor foi mais expressivo com 52,6%.

Reconhecer os fatores de risco e os sinais sugestivos de VCPI é fundamental no enfrentamento do fenômeno, pois propicia a compreensão das relações entre elas para então ser viável a consolidação de políticas públicas adequadas para seu enfrentamento (SANTOS *et al.*, 2020). Considera-se então ímpar a necessidade da utilização de instrumentos adequados de suporte aos profissionais da saúde no tocante a detecção o mais precoce possível de uma situação de violência.

Os instrumentos são ferramentas que subsidiam a identificação de um fenômeno, que já se apresenta de forma teórica na literatura, tornando possível identificar a existência do traço latente ou não em um indivíduo. A escolha pela ferramenta certa fornecerá ao pesquisador fidelidade na identificação do traço no qual pretende estudar. Dessa forma, ao buscar a ferramenta a ser utilizada em uma pesquisa deve ser realizada busca por instrumentos disponíveis na literatura com evidências de validade confirmadas para a cultura e público alvo. Na inexistência dessa ferramenta, deve-se ampliar a busca para literaturas internacionais e estudar a viabilidade de realizar o processo de adaptação transcultural, por fim, em caso de inexistência também de um instrumento com qualidade metodológica em outro idioma, o pesquisador deve propor-se a desenvolver um novo instrumento de medida (BORSA; SIZE, 2017).

O uso de ferramentas na prática clínica de saúde exige que ele disponha de características psicométricas válidas e confiáveis para que seja possível um diagnóstico real de um comportamento ou do traço latente investigado (BERTOLA, 2019). Os termos mensuração e constructo são utilizados frequentemente na construção de um instrumento. A mensuração consiste na capacidade de medir um comportamento (ou traço latente), o constructo por sua vez está relacionado a qualquer processo mental abstrato suficiente

para que seja quantificado de forma objetiva e direta. Estes variam de acordo com sua capacidade de abstração, complexidade e estabilidade (BERTOLA, 2019). A confiabilidade e validade de um instrumento (ou teste) é representado pelas teorias e técnicas da psicometria, que tem sua ancoragem em medidas quantitativas proporcionando precisão de mensuração por meio de linguagem comum e observacional de constructos (PASQUALI, 2009).

Escolher desenvolver um novo instrumento pode também estar relacionado a ausência de uma ferramenta completa que seja capaz de abranger todas as características do fenômeno estudado com qualidades de medidas psicométricas garantidas por meio de evidências de validade (BORSA; SIZE, 2017). Ancorado nesse pressuposto, o presente estudo encontra a necessidade para o desenvolvimento de uma escala de medida que seja capaz de identificar as seis tipificações de violência contra a pessoa idosa, sendo este então o construto de interesse.

Atualmente existem três instrumentos utilizados no Brasil para rastreio de situação de VCPI: a ferramenta proposta pelo Ministério da Saúde no caderno de atenção básica (BRASIL, 2007), a *Conflict Tactics Scale* (CTS-1) (STRAUS, 1979) e o instrumento de identificação do risco *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST) (NEALE *et al.*, 1991; REICHENHEIM; PAIXÃO; MORAES, 2008). Entretanto, todos apresentam fragilidades em seus resultados psicométricos. O instrumento de avaliação da presença de violência e maus tratos contra pessoa idosa recomendado pelo caderno de atenção básica do Ministério da Saúde foi elaborado em sua versão original em Porto Rico cujo objetivo consiste em identificar a VCPI entre as dimensões de violência física, psicológica, financeira e econômica (BRASIL, 2006; BARROS, 2019). Entretanto ele não recebeu adaptação transcultural e validação e avaliação de confiabilidade para aplicabilidade no Brasil, sendo essas medidas imprescindíveis no momento de adoção de uma ferramenta adequada para uso de profissionais da saúde.

A CTS-1 foi elaborada no final da década de 70 com a finalidade de identificar as estratégias utilizadas para resolver conflitos intrafamiliares e por sua vez identificar casos de violência física e psicológica autorrelatadas. O instrumento não foi planejado especificamente para o público idoso, mas entre relações intrafamiliares (casais, pais e filhos e entre irmãos). O instrumento se propõe a dimensionar a violência física e emocional (STRAUS, 1979).

Por fim, o H-S/EAST dispõe em seu construto identificar situações de risco pelas dimensões abuso potencial, violação dos direitos pessoais ou abuso direto e característica de vulnerabilidade, porém os resultados de análise fatorial indicam baixa fidedignidade do ponto de vista do coeficiente de confiabilidade interna ($\alpha = 0,29$) (NEALE *et al.*, 1991). A versão brasileira adotou como parâmetro o coeficiente de confiabilidade de Kuder-Richardson ($kr20$), e seu resultado final apresentou confiabilidade aceitável ($kr20=0,64$) (REICHENHEIM; PAIXÃO; MORAES, 2008), porém, entre as dimensões, a consistência diminui para valores abaixo do esperado na faceta abuso potencial ($kr20=0,53$), violação dos direitos pessoais ($kr20=0,49$) e abuso direto ($kr20=0,49$).

Em revisão de escopo desenvolvida por Rodrigues-Santos *et al.*, (2022), com o objetivo de mapear os instrumentos disponíveis na literatura nacional e internacional capazes de mensurar situações de VCPI concluíram que embora existam múltiplos instrumentos ainda é carente a disposição de uma ferramenta ampla com dimensão teórica suficiente para desvelar o maior número de tipificações de VCPI

Considerando então, a carência de instrumental para rastreio de situações de violência com propriedades psicométricas válidas e confiáveis para uso no Brasil. Então, quais seriam os aspectos relevantes para construção de um instrumento com propriedades psicométricas válidas e confiáveis para identificação do traço latente da violência contra pessoa idosa?

Partimos do pressuposto de que é viável a identificação de evidências para proposição de uma escala de rastreio da VCPI, portanto, foram elegidas as hipóteses do estudo:

- Hipótese nula: a escala proposta não apresenta evidências de validade de conteúdo e evidências com base na estrutura interna para rastrear a VCPI
- Hipótese alternativa: a escala proposta apresenta evidências de validade de conteúdo e evidências com base na estrutura interna para rastrear a VCPI

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir e verificar as evidências de validade para escala de rastreio da violência contra pessoa idosa

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear os instrumentos utilizados nacionalmente e internacionalmente para rastreio da violência contra pessoa idosa elencando suas propriedades psicométricas;
- Analisar, na literatura, o conceito “violência contra o idoso” de acordo com o método proposto por Walker e Avant;
- Identificar os principais sinais sugestivos de violência contra pessoa idosa indicado por profissionais da enfermagem;
- Elaborar as definições operacionais e constitutivas da violência contra pessoa idosa em suas tipificações;
- Propor uma escala com itens relacionado às tipificações da violência contra pessoa idosa;
- Avaliar as evidências de validade da escala proposta;

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico que consiste na condução de pesquisas rigorosas para obtenção de dados no qual subsidia a elaboração de ferramentas, instrumentos e métodos precisos, confiáveis e aplicáveis por outros pesquisadores e profissionais. A demanda crescente por materiais consistentes de avaliação tem aumentado, por sua vez, o interesse pelo desenvolvimento de pesquisas com esse perfil (POLIT; BECK, 2011).

Embora seja difícil o consenso da literatura, de forma geral, durante a elaboração de uma escala de medida psicométrica é necessário a execução de procedimentos teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos, sintetizados no fluxograma adiante, na figura 1.

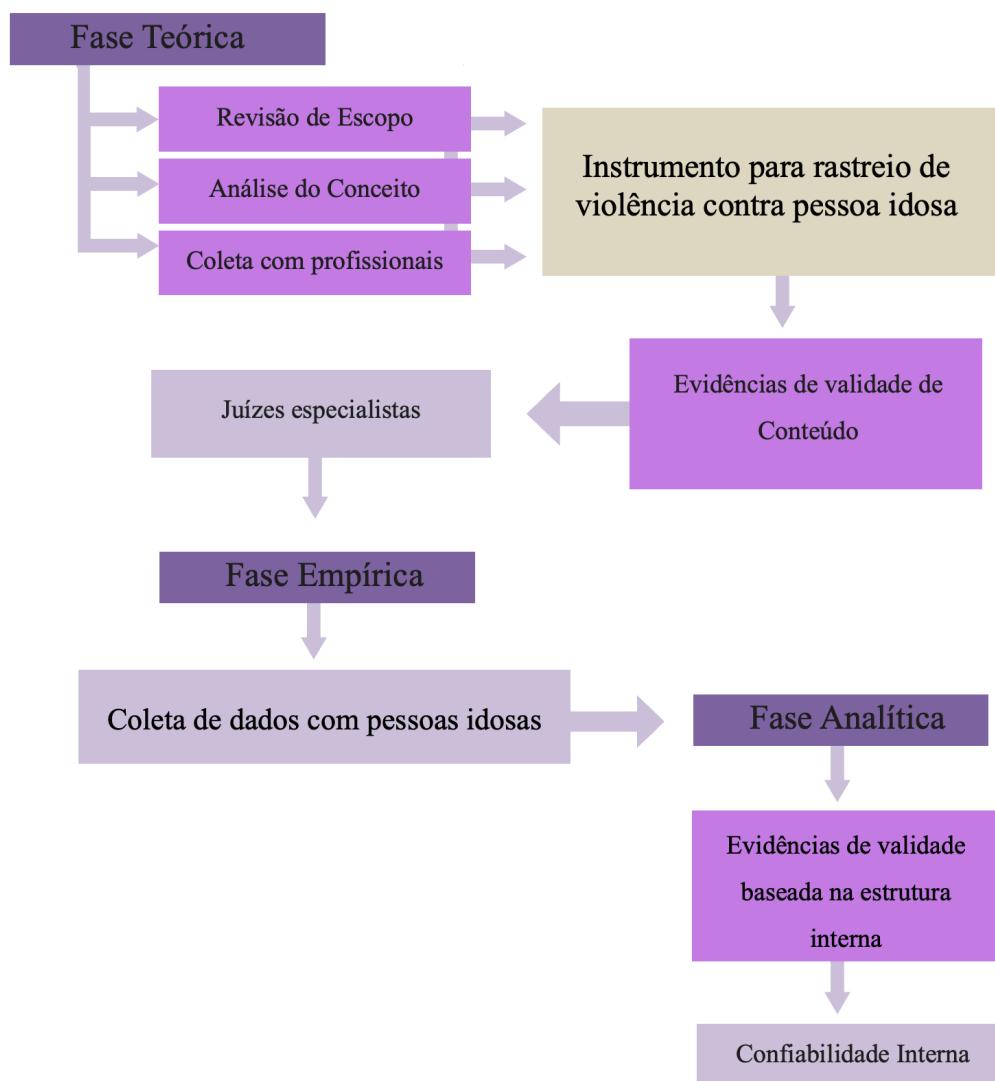


Figura 1 – Fluxograma para construção da escala. João Pessoa – PB, 2022.

3.1 FASE TEÓRICA

A fase teórica na elaboração de um instrumento apresenta como escopo central a fundamentação do construto (traço latente) que se pretende definir e mensurar. Essa etapa inclui a execução dos procedimentos que busca explicitar o traço latente, tipos, categorias e comportamentos que o representa, portanto, esse momento é necessário aprofundamento na literatura vigente relacionado ao tema (PASQUALI, 1998). Trata-se da etapa mais importante durante a construção de um instrumento de medida de um traço latente, pois se o teste não contiver dados suficientes para cobrir o construto de interesse, provavelmente as análises futuras darão resultados frágeis.

Dessa forma, a fase de aprofundamento teórico do presente estudo foi composta por três etapas: 1) uma revisão de escopo de acordo com a normativa estabelecida pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (PETERS *et al.*, 2020); 2) uma análise do conceito seguindo os pressupostos de Walker e Avant (WALKER; AVANT, 2019); e 3) Grupo Focal com enfermeiros.

A adoção para execução dos três métodos visaram atender a indicação proposta por Pasquali, no qual recomenda que para extração do traço latente (e construção dos itens da escala) sejam executadas instrumentalmente: avaliação de outros instrumentos que mensuram construtos semelhantes; realizar entrevistas com peritos da área ou população-mota do instrumento e definição das categorias comportamentais (fase de construção) (PASQUALI, 2009).

3.1.1. Revisão de escopo

Inicialmente foi executada uma revisão de escopo com a finalidade de mapear os instrumentos disponíveis na literatura nacional e internacional utilizados para mensurar a identificação do abuso contra pessoa idosa e as propriedades psicométricas de cada um.

Foi adotada essa modalidade de revisão pois é recomendada para estudos que versem explorar a amplitude da literatura no tocante a uma temática ou fenômeno (PETERS, *et al.*, 2020). A revisão foi guiada pelas recomendações do PRISMA – ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (TRICCO *et al.*, 2018), indicado pelo *JBI Institute Reviewer's Manual* (PETERS *et al.*, 2020).

Para tanto foram realizadas as etapas: 1) alinhamento dos objetivos e questão de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão; 3) abordagem para busca dos documentos

incluídos na pesquisa; 4) busca das evidências; 5) coleta de dados; 6) extração dos dados; 7) análise dos dados; 8) apresentação dos resultados; 9) implicações das evidências.

O detalhamento metodológico desse desenho do estudo se encontra no manuscrito 1, na forma de capítulo nos resultados.

3.1.2. Análise do conceito

Após a conclusão da revisão de escopo foi observada a necessidade de aprofundamento teórico e conceitual referente a VCPI, dessa forma foi desenvolvida uma análise do conceito na qual, “a função básica do conceito é conhecer a essência, é descrever a natureza das coisas, são blocos construtores para a formulação de estruturas conceituais.” (ZAGONEL, 1996, p.1).

A eleição por esse método se justifica pois ele viabiliza a identificação das definições constitutivas de um conceito de acordo com a literatura, etapa necessária para o desenvolvimento de instrumento, pois as definições constitutivas têm a capacidade de situar o traço latente dentro dos conceitos nos quais determinam os limites que ele possui e determina suas categorias comportamentais (PASQUALI, 1998),

A análise conceitual seguiu seis etapas proposta Walker e Avant: 1) seleção do conceito; 2) delineamento dos objetivos da análise; 3) identificação do conceito na literatura; 4) definição dos atributos essenciais; 5) identificação dos antecedentes e 6) consequentes do conceito (WALKER; AVANT, 2019).

O conceito estudado foi o de “violência contra pessoa idosa” e a coleta de dados referente a identificação do conceito e a extração dos seus atributos foi mediado pela execução de uma revisão integrativa da literatura que atendeu as fases: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados, apresentação da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). O detalhamento metodológico desse desenho do estudo se encontra no capítulo de resultados.

3.1.3. Coleta de dados com enfermeiros

Trata-se de um estudo analítico com abordagem qualitativa o qual se norteou pelos 32 itens recomendados pelo guia internacional *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ); versando garantir o rigor metodológico, pois o instrumento se propõe a oferecer suporte a pesquisadores qualitativos para

desenvolvimento do estudo, no tocante a métodos de estudo, contexto de estudo, achados, análise e interpretações (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007)

A pesquisa foi desenvolvida com nove enfermeiros entre os meses de junho a setembro de 2021 por meio de grupo focal na modalidade remota em virtude das recomendações para distanciamento social relacionado a COVID-19. O detalhamento metodológico desse desenho do estudo se encontra no capítulo de resultados.

3.1.4. Construção dos itens

A construção dos itens sucedeu após a coleta das etapas anteriormente mencionadas de forma a triangular os dados e operacionalizar de forma clara e coerente com os dados coletados os domínios de tipificações de VCPI.

Segundo Pasquali (2010), para construção dos itens é necessário identificar as definições constitutivas e as definições operacionais do fenômeno estudado. A definição constitutiva consiste na identificação de como o fenômeno é conceituado na literatura e determina seus limites e capacidade de extensão na literatura bem como as suas possíveis dimensões/fatores determinantes (PASQUALI, 2010).

A formação da operacionalização do instrumento resultou em operações concretas que o representa em forma de comportamento e a sua abrangência consiste na sua disposição de esgotamento semântico do traço latente, embora seja importante considerar que “nenhuma definição operacional será capaz de cobrir 100% do construto” (PASQUALI, 2010, p. 175).

No estudo as definições constitutivas e operacionais da ferramenta foram organizadas por meio da triangulação de métodos das três etapas anteriores. A triangulação de diversos métodos para se obter informações sobre o mesmo fenômeno fornece ao pesquisador informações robustas e consistentes sobre ele (POLITI; BECK, 2019). O APÊNDICE B, situa o surgimento das definições constitutivas e operacionais utilizadas para construção do instrumento.

Segundo Pasquali (2010) para elaboração dos itens que compõe o instrumento é necessário observar alguns critérios: 1) comportamental: deve indicar a um comportamento; 2) objetividade: ele deve contemplar uma resposta desejável ou não de forma objetiva; 3) simplicidade: não deve abranger mais de uma interpretação ou afirmativa; 4) clareza: deve ser compreendido por todo o estrato da população alvo; 5) relevância: relacionado a covariância do item dentro do fator definido; 6) precisão: representado pela capacidade de discriminação e de dificuldade do item; 7) variedade:

variação dos termos usados nas sentenças e questões favoráveis e desfavoráveis; 8) modalidade: não utilizar termos extremistas na elaboração do item como “extremamente feliz”; 9) tipicidade: os itens precisam ser típicos do atributo; 10) credibilidade: o item deve ser ponderado de forma que o respondente não se sinta ofendido ou infantilizado.

Os critérios que devem ser ponderados na análise dos dados do instrumento em sua totalidade são dois: 1) amplitude: o agrupado de itens de uma mesma dimensão devem responder a magnitude do atributo que é respondido por meio de parâmetros de dificuldade e discriminação do item dentro das dimensões do traço latente; e 2) equilíbrio: o instrumento deve cobrir questões com variados graus de dificuldade para sua resposta, esse critério se justifica para que a distribuição dos itens sejam englobados dentro de todo o espectro da curva de normalidade (PASQUALI, 2010).

Dessa forma a versão preliminar da ferramenta “Instrumento para rastreio de violência contra pessoa idosa” (APÊNDICE C), contém 65 itens, distribuídos em seis dimensões observadas na literatura: violência psicológica (14 itens), violência financeira (15 itens), abandono (7 itens), negligência (8 itens), violência física (13 itens) e sexual (8 itens). As respostas foram graduadas em escala do tipo *likert* entre dois grandes grupos: “quão verdadeira é a afirmação”, variando entre verdadeiro (4), parcialmente verdadeiro (3), falso (2) e totalmente falso (1), e “quanto aconteceu a situação”, variando entre aconteceu (4), aconteceu algumas vezes (3), quase nunca aconteceu (2) e não aconteceu (1).

3.2 FASE EMPÍRICA – EVIDÊNCIAS DE VALIDADE

A construção de escalas com a finalidade de identificar um traço latente de um indivíduo é orientada pela American Educational Research Association (AERA); *American Psychological Association* (APA) e a *National Council on Measurement in Education* (NCME), que vislumbram organizar e nortear recomendações para construção de instrumentos capazes de avaliar a característica a ser diagnosticada (AERA, 2014).

O modelo elaboração de evidências de validade de um instrumento era fundamentado no modelo tripartite de validações, que consiste na execução de procedimentos de validação de conteúdo (avalia todos os aspectos teóricos dos testes), construto (avalia em que medida o construto responde de forma empírica as dimensões

teóricas) e critério (como os itens ou escore se associa com variáveis externas) (AERA, 1966).

Atualmente, as associações mencionadas acima foram atualizadas por meio do “*STANDARDS for Educational and Psychological Testing*” no qual reorganiza a estrutura metodológica para proposição de evidências de validade de um instrumento composta então por cinco categorias de evidências de validade: validade de conteúdo, validade baseada na estrutura interna, validade baseada nas relações com medidas externas (validade convergente, discriminante, critério, concorrente e preditiva), validade baseada no padrão de resposta aos itens e validade consequencial (AERA; APA; NCME, 2014). Dessa forma, o presente projeto de tese seguiu as recomendações do *STANDARDS for Educational and Psychological Testing* e executou as validades de conteúdo e a validade baseada na estrutura interna.

3.2.1 Evidências de validade de conteúdo

A validade de conteúdo de um instrumento garante que foi construído com fidelidade ao traço teórico que o compõe (PASQUALI, 2019). Nessa etapa, se avalia questões gramaticais, semânticas e idiomáticas do instrumento, avalia-se ainda se o instrumento mensura de fato o traço latente estudado e quanto este está sendo coberto de forma correta e completa.

Essas informações foram captadas por meio de juízes experts. Dessa forma, o instrumento recebeu um título inicial de “Instrumento para rastreio de violência contra pessoa idosa”; os juízes avaliaram questões gramaticais, linguísticas, semânticas e conceituais, enquanto a população alvo avaliou quanto os itens estão comprehensíveis.

A amostra de juízes foi composta por profissionais especialistas, mestres e/ou doutores nas áreas: de geriatria e gerontologia, enfermagem forense, violência contra pessoa idosa ou aqueles com pesquisa comprovada na área de psicometria, construção de instrumento de medidas e estudos de validação.

Foi realizada busca por esses profissionais por meio da plataforma Lattes e aqueles que se encaixarem nos critérios foram convidados via endereço eletrônico. Aos juízes que aceitarem participar da etapa de validação foi encaminhado um documento para assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) via formulário online. Lhes foi encaminhado também uma ficha padronizada de avaliação em planilha eletrônica com as orientações e a forma como o instrumento deveria ser avaliado, sendo o modelo demonstrado no quadro 1 adiante:

Quadro 1 – Apresentação do instrumento de coleta de dados com os especialistas. João Pessoa, Paraíba, 2022.

Item	O item apresenta clareza? (1-5)	O item apresenta pertinência? (1-5)	O item apresenta relevância? (1-5)	O conteúdo tem semântica adequada? (1-5)	O item precisa ser modificado? (Sim/Não)	Sugestões de alteração
Item 1						
Item 2						

Os especialistas responderam considerando que 1 é o menor nível de concordância e 5 é a concordância máxima. Os dados obtidos foram tabulados e analisados de acordo com o nível de concordância pelo Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), estimado pelo algoritmo (FILGUEIRAS et al., 2015):

- (1) Cálculo do CVC_i (para cada item da escala):

$$CVC_i = \frac{\sum_j^x}{VmaxX}$$

- (2) Cálculo do CVC_j (de cada juiz para a escala toda)

$$CVC_j = \frac{\sum_j^e}{Vmaxe}$$

- (3) Cálculo do erro Pe_j para polarização dos juízes

$$Pe_j = \left(\frac{1}{N_j} \right) N_j$$

- (4) Cálculo do CVC_t de cada aspecto julgado

$$CVC_t = \text{Média do } CVC_j - Pe_j$$

Referente as formulas acima, é importante destacar ainda que para cálculo de cada item (CVC_i) e do CVC total (CVC_t) no tocante aos aspectos: clareza, pertinência, relevância e semântica.

Os itens foram avaliados individualmente, aqueles que alcançaram o mínimo de CVC de 80% entre os experts foram considerados relevantes, os que tiveram menor valor foram reformulados de acordo com as sugestões registradas nos formulários dos especialistas (HERNÁNDEZ-NIETO, 2002), o detalhamento da fase se encontra na seção resultados no formato de artigo.

3.2.1.1 – Coleta de dados com pessoas idosas

Uma vez construído e validado a escala foi aplicada na população para qual foi planejado, então nessa fase, o instrumento foi aplicado com pessoas idosas atendidas no HULW/UFPB, como forma de piloto.

Foram inclusas pessoas idosas com idade maior ou igual a 60 anos, com capacidade cognitiva para responder aos instrumentos de coleta de dados. Foram excluídos aqueles que no momento da coleta de dados estivesse com acompanhante em busca de minimizar viés nas respostas referentes a VCPI e aqueles que por sua condição clínica estiverem impossibilitados de participar do estudo.

Os idosos foram convidados a participar do estudo, após apreciação favorável, foram convidados a assinar o TCLE contendo informações pertinentes do estudo, como riscos, benefícios, justificativa do estudo, objetivos e contato das pesquisadoras responsáveis.

Incialmente foi aplicado o instrumento MEEM (Mini-exame do estado mental) (ANEXO A), com a finalidade de realizar uma triagem prévia referente a capacidade cognitiva para responder a pesquisa, o escore pode variar entre 0 e 30 pontos a depender do nível de escolaridade, ou seja, será aceitável para participação da pesquisa idosos com escores maiores que 13 pontos para idosos analfabetos, 18 pontos para aqueles com baixa/média escolaridade e 24 pontos para idosos com alta escolaridade (BERTOLUCCI, *et al.*, 1994; FOLSTEIN, *et al.*, 1975).

3.3 FASE ANALÍTICA

3.3.1 Evidências de validade baseada na estrutura interna

Tenta responder se a estrutura empírica do instrumento está respondendo a sua dimensão teórica. Todo construto tem uma estrutura teórica que deve ser coberta pela medida em que os itens de um teste conseguem se relacionar entre si (covariâncias) entre as partes do mesmo instrumento, os testes comuns com base na estrutura interna são: análise fatorial e análise da consistência interna (PACICO, *et al.*, 2015). O presente estudo realizou coleta piloto com quantitativo suficiente apenas para identificar a consistência interna com a estimativa de fidedignidade.

A estimativa de fidedignidade ou precisão de um teste é fundamental para indicação do uso de uma escala para identificação de fenômenos, a premissa básica indica que qualquer marcador de mensuração é passível a erros, por isso devem ser calculados, logo, quanto maior o erro, menor a fidelidade do teste (ZANON; FILHO HAUCK, 2015).

Dessa forma, a escala foi analisada pelo delineamento da mesma amostra de sujeitos em um único comento e a consistência interna será medida pelo coeficiente α de Cronbach, a estimativa varia entre 0 e 1 no coeficiente de correlação, em que, quanto mais próximo de 1 mais precisa é a fidelidade do instrumento e uniforme são seus itens (VASKE, 2017), o cálculo é realizado com base na fórmula adiante:

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right)$$

Em que, n é o número de itens, $\sum s_i^2$ é a soma das variâncias dos “n” itens e s_T^2 a variância total dos escores do teste. Será considerado que o instrumento é fidedigno e aceitável resultados $\alpha > 0,70$ (ZANON; FILHO HAUCK, 2015).

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Conforme mencionado, o presente estudo faz parte de projeto universal aprovado pela Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), vinculada ao Ministério de Ensino Superior (MEC) do Brasil, a partir do Edital Universal Nº 28/2018, intitulado “Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB com o número de parecer 3.709.600 e do HUAL/UFCG parecer de nº 3.594.339.

Na fase empírica de coleta de dados o participante do estudo foi esclarecido sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato da sua pessoa e do seu direito de participar ou não da mesma. Após estes esclarecimentos, foi solicitado a assinatura do TCLE.

4 RESULTADOS

O presente capítulo está dividido em manuscritos já concluídos da tese, que compõem as fases referentes a construção da escala. Os artigos estão dispostos na sequência adiante:

- Instrumentos para *screening* de situações de abuso contra pessoa idosa: scoping review
- Violência contra pessoa idosa: análise da consistência interna de instrumentos
- Violência contra pessoa idosa: análise conceitual
- Marcadores de violência contra a pessoa idosa sob a perspectiva de enfermeiros
- Construção de validação de conteúdo de escala para rastreio de violência contra a pessoa idosa
- Escala para escala de rastreio de violência contra a pessoa idosa: estudo piloto

4.1 ARTIGO 01 – REVISÃO DE ESCOPO

INSTRUMENTOS PARA SCREENING DE SITUAÇÕES DE ABUSO CONTRA PESSOA IDOSA: SCOPING REVIEW

RESUMO

Objetivo: mapear os instrumentos para *screening* do abuso contra pessoa idosa e determinar as propriedades psicométricas de cada um deles. **Método:** revisão do tipo *scoping review* desenvolvida em 12 bases de dados, bibliotecas e repositórios digitais utilizando a estratégia de pesquisa PCC. Foram identificados inicialmente 22.273 artigos indexados em bases de dados e 81.377 da literatura cinzenta, após leitura de títulos, resumos e análise na íntegra, permaneceram 226 documentos que continham algum instrumento validado para *screening* de situações de abuso. **Resultados:** foram identificados 17 instrumentos de mensuração de situações de abuso na pessoa idosa, foram categorizados em; 1) Instrumentos de risco para o abuso: *Hwalek–Sengstock Elder Abuse Screening Test*, *Caregiver Abuse Screen*, *Indicators of Abuse*, *Vulnerability to Abuse Screening Scale*, *Elder Abuse Suspicion Index*, *Self-Report Measure of Financial Exploitation of Older Adults* e Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos; e 2) Instrumentos de identificação do abuso: *Conflict Tactics Scale – 1*, *Conflict Tactics Scale – 2*, *HITS Screening Tool (Hurt, Insult, Threaten, Scream, Modified Conflict Tactics Scale*, *Aggressive Behavior Scale*, *Older Adult Mistrreatment Assessment*, Escala de Abuso Geriátrico, *Assessment Tool for Domestic Elder Abuse*, *Self-Reported Neglect Scale*, Escala de Vulnerabilidade de Exploração Financeira. **Conclusões:** recomenda-se a utilização de mais de um dos instrumentos identificados para adequada mensuração de situações de abuso contra pessoa idosa tendo em vista a complexidade que envolve o fenômeno e a inexistência de um único que contemple todos os seus desdobramentos e formas de expressão.

Keywords: Violence; Aged; Validation Studies; Elder Abuse; Forensic Nursing.

Introdução

O aumento na expectativa de vida da população é observado em diversos países e essa mudança no perfil populacional é reflexo de minimização de taxas de mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida da população adulta e idosa, entretanto preocupa-se para que essa longevidade seja associada a qualidade de vida, considerando que o aumento da população idosa tem resultado em múltiplas vulnerabilidades para pessoa idosa relacionada a dependência física, da sociedade civil, do estado e da família (MINAYO, 2019). O abuso contra o idoso surge essa discussão de vulnerabilidades como um problema de saúde pública com desdobramentos significativos sobre a sua saúde (Pampolim & Leite, 2020). A ocorrência de abuso contra o idoso decai predominantemente entre idosos com dependência funcional, sexo feminino, idade, escolaridade, suporte social, depressão, função cognitiva e outros (Santos et al., 2020).

A Organização Mundial da Saúde (2002) define abuso contra pessoa idosa como “qualquer ação, única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que cause sofrimento e angústia, em uma relação em que haja expectativa de confiança” (Who, 2002), por se tratar de um fenômeno multifacetado e bastante dinâmico não existe um consenso referente aos fatores de risco para sua ocorrência (Storey, 2020), porém, alguns atributos merecem atenção pois podem se tratar de sinalizadores de risco para o abuso: sexo feminino, idade avançada, saúde física e/ou mental precária, dependência funcional, comprometimento cognitivo, dependência financeira, baixa renda, relacionamento conflituoso intrafamiliar, isolamento social, carente apoio social e abuso de substâncias que podem causar vício ou dependência (Cooper et al., 2009; Santos et al., 2020; STOREY, 2020).

Identificar os sinais sugestivos de violência e seus os fatores de risco é fundamental para o enfrentamento do fenômeno (Santos et al., 2020), para tal, o profissional pode utilizar durante a prática clínica instrumentos adequados de suportem a detecção mais precoce possível de uma situação de violência. Entretanto, o uso de ferramentas exige que o instrumento disponha de características psicométricas válidas e confiáveis para que seja possível uma possível mensuração de um construto (característica) de forma precisa.

Mensurar consiste na aptidão de medir o construto, que, por sua vez, está relacionado a qualquer processo mental abstrato suficiente para que seja quantificado de forma objetiva e direta, estes variam de acordo com sua capacidade de abstração, complexidade e estabilidade (Bertola, 2019). Na psicometria um construto pode ser também chamado de traço latente que, por sua vez, se trata de um processo psicológico e/ou comportamental que poderá ser interpretado em medidas quantitativas de acordo com a relação entre os itens de uma escala ou instrumento (Pasquali, 2019).

A confiabilidade e validade de um instrumento são representadas pelas teorias e técnicas da psicometria (Pasquali, 2009). A validade de um instrumento consiste em indicar quão pertinente suas medidas são para determinar o comportamento estudado, sendo os tipos de validação mais comumente utilizado em psicometria a validação de conteúdo, critério e construto; A confiabilidade, por sua vez, consiste na capacidade de precisão do teste em predizer o traço latente, e é medida por coeficientes de confiabilidade, o mais comumente usado é o alfa de Cronbach (α), entretanto outros modelos estatísticos podem ser adotados como o coeficiente de Rulon (rtt), Guttman-Flanagan e Kuder-Richardson (KR20) (Pasquali, 2019).

Considerando o exposto e a complexidade do fenômeno, o presente estudo objetivou mapear os instrumentos para *screening* do abuso contra pessoa idosa e determinar as propriedades psicométricas de cada um deles a fim de fornecer suporte para prática de profissionais da saúde no combate ao fenômeno.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura do tipo *scoping review* guiada pelas recomendações do *JBI Institute Reviewer's Manual* (Peters et al., 2020), contemplando as etapas: 1) Estratégia de pesquisa; 2) Fonte de triagem e seleção de evidências; 3) Extração de dados e; 4) Análise e apresentação dos resultados.

A questão norteadora foi elaborada a partir do mnemônico PCC, onde P refere-se aos participantes (pessoas com idade maior ou igual a 60 anos), C ao conceito (instrumentos para mensuração de situação de abuso) e C ao contexto (violência em pessoas idosas), sendo então: “quais instrumentos validados existem para mensuração de situações de violência contra pessoa idosa?”.

Foram incluídos estudos conduzidos com pessoas idosas (com idade maior ou igual a 60 anos), em todos os idiomas, que utilizaram algum instrumento para identificação de situação de violência, incluindo estudos de validação, tradução e adaptação transcultural.

Foi realizada a busca inicial MEDLINE (PubMed) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) com a finalidade de encontrar palavras-chaves correspondentes ao mnemônico PCC, para tal utilizou-se o MeSH (*Medical Subject Headings*): *Aged* (idoso); *Surveys and Questionnaires* (Inquéritos e Questionários); *Elder Abuse* (Maus-Tratos ao Idoso) e cruzados com auxílio do operador booleano AND entre eles resultando na estratégia [(*Aged*) AND (*Surveys and Questionnaires OR Validation Studies*) AND (*Elder Abuse*)]. Os termos encontrados estão demonstrados no quadro 1 adiante:

Quadro 1 – Seleção dos termos correspondentes ao mneumônico PCC. 2020. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Termos correspondentes (PubMed e CINAHL)		
Mneumônico	MeSH	Palavras-chaves

P (participantes) - pessoas com idade maior ou igual a 60 anos	Aged	Aged; Old man; Old age; Middle-age Elderly, 80 years OR older; Patients in a nursing home; Aging; Elder; Older adults; Geriatrics
C (conceito) - instrumentos de identificação da violência	Validation Studies and Surveys and Questionnaires	Questionnaires for the elderly; Questionnaires; Researches; Scales; Self-assessment tool; Validation study; Translations; Geriatric Evaluation; Psychometrics; Predictive validity; Psychometric test; Reliability; Shelf life
C (contexto) - violência em pessoas idosas	Elder Abuse	Elderly abuse; Mistreatment of the elderly; Psychosocial abuse; Emotional abuse; Domestic abuse; Verbal abuse; Sexual abuse; Family violence; Domestic violence; Intimate partner violence; Physical violence; Physical negligence; Psychological negligence; Interpersonal relationships; Abuse Vulnerability; Financial mistreatment; Self-neglect

Gerou-se então a estratégia completa: [("Aged" OR "Old man" OR "Old age" OR "Middle-age Elderly, 80 years or older" OR "Patients in a nursing home" OR "Aging" OR "Elder" "Older adults" OR "Geriatrics") AND ("Questionnaires for the elderly" OR "Questionnaires" OR "Researches" OR "Scales" OR "Self-assessment tool" OR "Validation study" OR "Translations" OR "Geriatric Evaluation" OR "Psychometrics" OR "Predictive validity" OR "Psychometric test" OR "Reliability" OR "Shelf life") AND ("Elderly abuse" OR "Mistreatment of the elderly" OR "Psychosocial abuse" OR "Emotional abuse" OR "Domestic abuse" OR "Verbal abuse" OR "Sexual abuse" OR "Family violence" OR "Domestic violence" OR "Intimate partner violence" OR "Physical violence" OR "Physical negligence" OR "Psychological negligence" OR "Interpersonal relationships" OR "Abuse Vulnerability" OR "Financial mistreatment" OR "Self-neglect")]. O cruzamento foi realizado de acordo com a especificidade de cada portal.

A coleta dos documentos foi desenvolvida nas bases e bibliotecas: PubMed, CINAHL, Web of Science, Scopus, LILACS, Cochrane CENTRAL e PsychINFO. A literatura cinzenta foi resgatada nos portais: Portal de Teses e Dissertações da CAPES, Academic Archive Online (DIVA), DART-Europe E-Theses Portal, Electronic Theses Online Service (EThOS) e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). O Fluxograma 1 demonstra a seleção dos estudos.

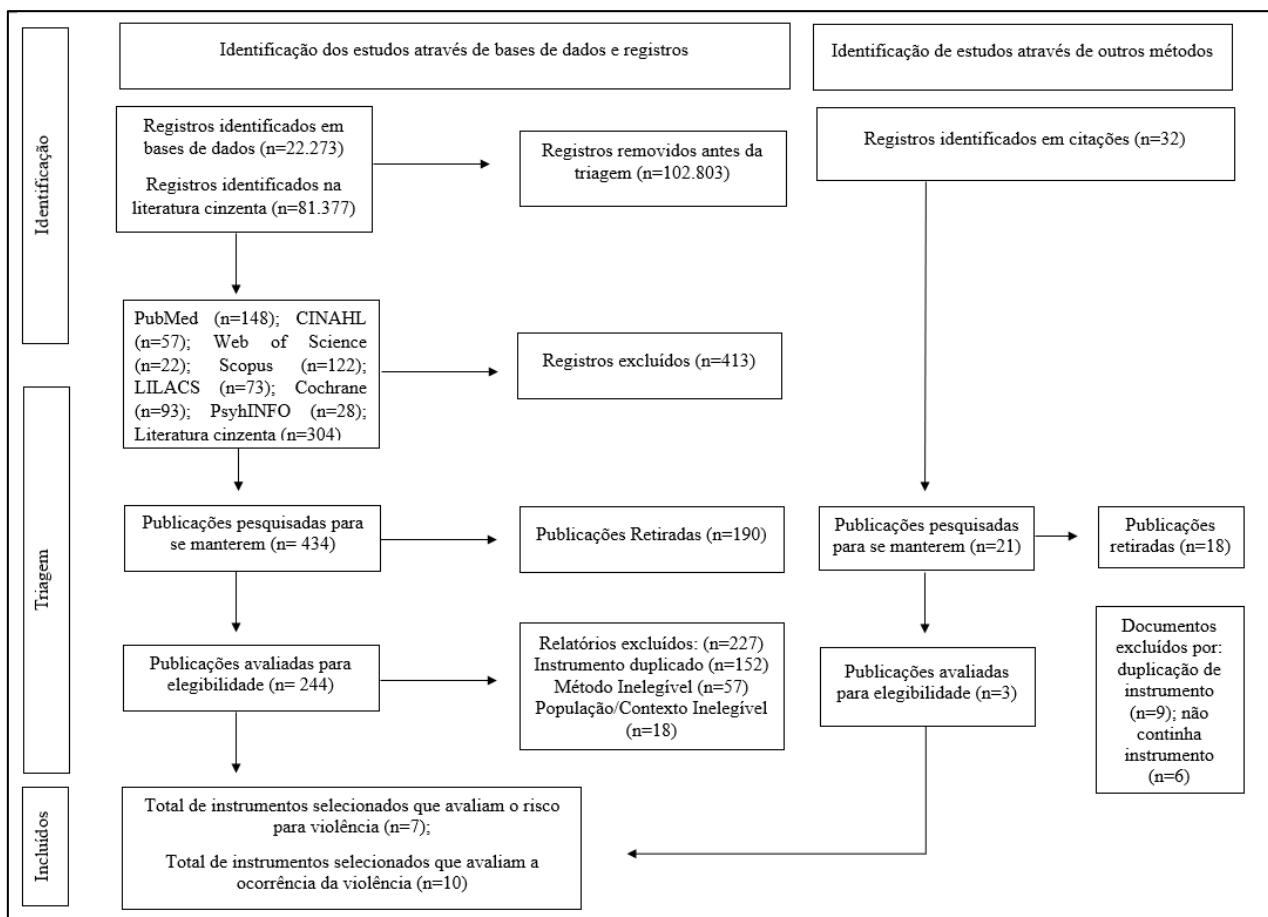


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos instrumentos, adaptado do PRISMA.

O acesso aos documentos nos portais foi viabilizado pelo acesso remoto via Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com a associação de login e senha cadastrados no Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas (SIGAA/UFPB).

A triagem e seleção dos documentos aconteceram nos meses de março a junho de 2020 dois revisores treinados, as discordâncias foram debatidas e esclarecidas por um terceiro revisor. O processo de busca e seleção dos dados está apresentado na Figura 1 e seguiu as recomendações do JBI para uso adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA - ScR).

A extração das informações foi realizada em planilha eletrônica contendo as variáveis: autor/ano, título, base/biblioteca e instrumento identificado. No tocante aos instrumentos foram extraídas as variáveis: instrumento, autor/ano, língua original, país, se recebeu adaptação transcultural, grupo coletado, número de itens, medidas de validação e confiabilidade e indicação de uso.

Resultados

Foram identificados 17 instrumentos para *screening* de situações de abuso contra pessoa idosa, a maioria deles escrito no idioma inglês, receberam adaptação transcultural e foram validados com idosos, mulheres, estudantes e expertises, o Quadro 2 mostra a síntese deles.

Quadro 2 – Registro de instrumentos incluídos na revisão de escopo, de acordo com autor, língua original, país, adaptação transcultural e grupo coletado. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2020.

Instrumento	Autor/Ano	Língua Original	País	Adaptação transcultural	Grupo coletado
Conflict Tactics Scale – 1 (CTS-1)	Strauss, 1972	Inglês	Durham	Sim	2.143 Casais
Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)	Neale, Hwalek, Scott, Sengstock & Stahl, 1991	Inglês	EUA	Sim	259 Idosos
Caregiver Abuse Screen (CASE)	Reis & Nahmias, 1995	Inglês	América do Norte	Sim	341 casos
Conflict Tactics Scale – 2 (CTS-2)	Strauss & Hamby, 1996	Inglês		Sim	317 alunos
Indicators of Abuse (IOA)	Reis & Nahmias, 1998	Inglês	Canadá	Sim	341 idosos
HITS Screening Tool (Hurt, Insult, Threaten, Scream)	Sherin et al., 1998	Inglês	Chicago	Sim	160 mulheres
Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)	Schofield & Mishra, 2003	Inglês	Austrália	Sim	10.421 mulheres idosas
Modified Conflict Tactics Scale (MCTS)	Cooper et al., 2008	Inglês	Londres	Sim	86 cuidadores 224 idosos
Aggressive Behavior Scale (ABS)	Perlman & Hirdes, 2008	Inglês	Canadá	Não	214 idosos
Elder Abuse Suspicion Index (EASI)	Yaffe, Wolfson, Lithwick & Weiss, 2008	Inglês e Francês	Canadá	Sim	663 idosos
Self-Report Measure of Financial Exploitation of	Conrad et al., 2010	Inglês	EUA	Não	227 idosos

Older Adults (OAFEM)					
Older Adult Mistreatment Assessment (OAMA)	Conrad et al., 2011	Inglês	Chicago	Não	226 idosos
Escala Geriátrica de Maus Tratos (GMS)	Giraldo-Rodríguez & Rosas-Carrasco, 2012	Espanhol	México	Sim	613 idosos
Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos (EARVI)	Correiro, Lopes & Correio, 2018	Português (Portuga)	Portugal	Não	5 expertises 228 idosos
Assessment Tool for Domestic Elder Abuse (ATDEA)	Qinqiuzi Junko & Naohiro, 2019	Inglês	Japão	Não	263 enfermeiros
Self-Reported Neglect Scale (SRNS)	Zawisza et al., 2020	Inglês	Polônia	Não	2.443 idosos
Financial Exploitation Vulnerability Scale (FEVS)	Lichtenberg et al., 2020	Inglês	Alemanha e EUA	Não	242 idosos

O Quadro 3 apresenta a indicação dos instrumentos de acordo com o constructo de subtipo de abuso que mensura, abuso físico, psicológico/emocional, sexual, negligência, financeira e autonegligência.

Quadro 3 – Indicação dos instrumentos e os subtipos de abuso que seu escopo mensura.

João Pessoa, Paraíba, 2020.

Instrumento	Tipo de violência						
	F	P/E	S	N	Fn	SN	Other
Conflict Tactics Scale – 1 (CTS-1)	X	X					
Conflict Tactics Scale – 2 (CTS-2)	X	X	X				
HITS Screening Tool (Hurt, Insult, Threaten, Scream)	X	X					
Modified Conflict Tactics Scale (MCTS)	X	X					
Aggressive Behavior Scale (ABS)	X	X					
Older Adult Mistreatment Assessment (OAMA)		X					
Escala de Abuso Geriátrico (GMS)	X	X	X	X	X		

Assessment Tool for Domestic Elder Abuse (ATDEA)	X	X	X	X	X	X	X
Self-Reported Neglect Scale (SRNS)				X		X	
Financial Exploitation Vulnerability Scale (FEVS)					X		

F = physical abuse; P/E = psychological and emotional abuse; S = sexual; N= negligect; Fn = Financial; SN = self-neglect

A psicometria consiste na área do conhecimento que se propõe a avaliar os aspectos teóricos e estatísticos na mensuração de traço latente, portanto, para que seja possível indicar o uso de um instrumento de medida para detecção e rastreio de um fenômeno é necessário que ele atenda pressupostos de validade e de confiabilidade (Bertola, 2019).

Na construção e a validação de uma escala deve contemplar procedimentos teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos. Para tal, pode ser executado diversos tipos de validação, sendo recomendado genericamente três tipos: validação de conteúdo, validação de constructo e validação de critério. Os procedimentos teóricos na elaboração de um instrumento apresentam como escopo central a fundamentação do construto (traço latente) que se pretende definir e mensurar, os resultados desse aprofundamento teórico resultarão nos itens do instrumento, que em seguida deve ser validado seu conteúdo e aplicado empiricamente com a população para o qual foi planejado, em busca das demais validações (Pasquali, 1998).

Por fim, nos procedimentos analíticos analisará algebricamente os algoritmos a fim de observar a dimensionalidade do instrumento, fidelidade, precisão, discriminação e estimativa de erro (Pasquali, 2019) com base em algum modelo matemático.

O Quadro 3 descreve os instrumentos de acordo com a quantidade de itens que cada um possui, os aspectos psicométricos e a indicação de uso dividido em duas seções: instrumentos de mensuração do abuso e instrumentos de mensuração do risco para o abuso.

Quadro 4 - Descrição dos instrumentos de abuso acordo com o número de itens, aspectos psicométricos e indicação de uso. João Pessoa, Paraíba, 2020.

Instrumentos de mensuração do abuso			
Instrumento	Itens	Aspectos Psicométricos	Indicação de uso

Conflict Tactics Scale – 1 (CTS-1)	19	Concorrente, Conteúdo e Constructo AF = 0,88; Confiabilidade interna ($\alpha = 0,88$)	A presença da violência é mensurada por pelo menos uma resposta afirmativa entre os itens
Conflict Tactics Scale – 2 (CTS-2)	78	Conteúdo e Constructo $p < 0,001$; Confiabilidade interna ($\alpha = 0,88$)	A presença da violência é mensurada por pelo menos uma resposta afirmativa entre os itens
HITS Screening Tool (Hurt, Insult, Threaten, Scream)	4	Validade discriminante (Sens. = 91,4%; Esp. = 94,3%); Validade concorrente ($p < 0,001$ / $r = 0,85$); Confiabilidade interna ($\alpha = 0,80$)	Cada item pontua-se de 1-5, pontuações acima de 10 indica violência doméstica
Modified Conflict Tactics Scale (MCTS)	10	Sensibilidade e especificidade (ROC = 0,99 – corte de 4/5); Confiabilidade interna ($\alpha = 0,83$)	Pontuação ≥ 2 para qualquer pergunta é indicativo de abuso significativo
Aggressive Behavior Scale (ABS)	-	Validade concorrente (95% de confiança entre avaliadores (CI) 5 1,6–2,6), 2,6 (IC 95% 5 2,4–2,9) e 0,8 (95% CI 5 0,8–0,8); Kappa = 0,72	Nenhum (ABS 0); Moderado (ABS 1, 2); Grave (ABS 3–5) e muito grave (ABS 6–12).
Older Adult Mistreatment Assessment (OAMA)	31	Conteúdo e Constructo; erro= 0,52; Confiabilidade Interna ($\alpha = 0,92$). Rasch = 0,97	Cinco componentes: isolamento, ameaças e intimidação, insensibilidade e desrespeito, envergonhar e culpar e confiar em outros fatores de risco.
Escala de Abuso Geriátrico (GMS)	22	Conteúdo (IVC = 80%); Confiabilidade interna ($\alpha = 0,83$)	Com uma única resposta afirmativa a qualquer uma das 22 questões que contém, é considerada que a pessoa foi abusada
Assessment Tool for Domestic Elder Abuse (ATDEA)	34	Face e Conteúdo IVC > 0,78 a 0,98 (entre os itens)	Classificação em leve, moderado, grave e mais grade de acordo com a graduação de Likert
Self-Reported Neglect Scale (SRNS)	16	Validação de Conteúdo (concordância Constructo [$TRI_{(fator\ 1)} = 2,71$ a 4,81; $TRI_{(fator\ 2)} = 1,27$ a 5,02]; Critério (entre $r=0,76$ a 0,24); Confiabilidade Interna ($\alpha = 0,92$); Teste-reteste (91,4% a 100% entre as cargas fatoriais dos itens)	Pontuação de acordo com os últimos 12 meses. Valores diferentes de 0 indica risco para negligência e/ou autonegligência

Escala de Vulnerabilidade de Exploração Financeira (FEVS)	17	ROC = 0,814, intervalo de confiança de 95% [IC]: 0,757–0,871). Confiabilidade Interna ($\alpha = 0,82$)	Escore de ≥ 11 apresenta 0,71 poder preditivo positivo e 0,76 negativo
Instrumentos de mensuração do risco para o abuso			
Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)	15	Conteúdo e Constructo AFD com β entre 0,286 a 0,796 entre os itens; Confiabilidade interna ($\alpha = 0,29$)	Escore ≥ 3 indica risco para violência
Indicators of Abuse (IOA)	27	Validade discriminante = 78-84%; AFD ($r = 0,80$; Wilks' A = 0,36; X^2 (29df)=147,34; $p < 0,001$); Confiabilidade Interna ($\alpha = 0,92$)	NA/NE†
Caregiver Abuse Screen (CASE)	8	Validade convergente Ryden verbal ($r = 0,40$, $p < 0,001$) e físico ($r = 0,25$, $p < 0,01$); AF (dimensão negligência) = 0,76; AF (abuso F, P, Ng) = 0,79; Confiabilidade Interna ($\alpha = 0,71$)	Escore ≥ 4 indica maior probabilidade para violência
Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)	12	Constructo entre os fatores; AFE (dependência) entre 0,70 e 0,87; AFE (desânimo) entre 0,59 e 0,71; AFE (vulnerabilidade) entre 0,59 e 0,72; AFE (coerção) entre 0,35 e 0,82; Variância = 50-51%; Confiabilidade interna α (dependência) = 0,74; α (coerção) = 0,31	Alta vulnerabilidade para violência escore > 2
Elder Abuse Suspicion Index (EASI)	6	Conteúdo Esp.= 0,75; Sens. = 0,47	Questões dicotomizadas em sim e não, na qual uma ou duas questões afirmativas indicam situação de risco.
Self-Report Measure of Financial Exploitation of Older Adults (OAFEM)	79	Conteúdo e Constructo ($M = -0,79$; $DP = 1,02$; $SE = 0,36$); Confiabilidade interna ($\alpha = 0,92$); e Confiabilidade do item Rasch 0,95	Classificado em ordem decrescente de gravidade: roubo e fraude maior; roubo e fraude menor; risco; e direitos e expectativas
Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos (EARVI)	21	Conteúdo e Critério; AFE = 0,37 a 0,82; (entre os fatores); Confiabilidade interna ($\alpha = 0,74$; $J = 0,77$)	Escore > 8 indica risco para o abuso

* AF = Análise Fatorial; AFC = Análise Fatorial Confirmatória; AFE = Análise Fatorial Exploratória; Esp. = Especificidade; Sens. = Sensibilidade; ROC = Receiver Operating Characteristic Curve; DP = Desvio Padrão; M = Média; r = coeficiente de correlação; X^2

= qui-quadrado; J = índice de Youden** α = Alfa de Cronbach; † NA = Não aplicou; NE = Não esclareceu.

Discussão

O abuso contra pessoa idosa é um problema multifacetado com consequências significativas a saúde do idoso, configurando-se um problema de saúde pública (Pampolim & Leite, 2020; Silva & Dias, 2016). Pode se apresentar com maus tratos físicos, psicológicos e emocionais, sexual, negligência, autonegligência e abuso financeiro (Silva & Dias, 2016). A presente revisão identificou 12 instrumentos que se propõe a identificar múltiplos tipos de violência contra pessoa idosa em caráter concomitante ou não.

O CTS-1 (Straus, 1979), CTS-2 (Straus et al., 1996), MCTS (Cooper et al., 2008), ABS (Perlman & Hirdes, 2008), HITS Screening (Shirzadi et al., 2020), GMS (Giraldo-Rodríguez & Rosas-Carrasco, 2013) e a ATDEA (Yi, Honda & Hohashi, 2019) mediam a identificação de situação de violência física e psicológica ocorrida na pessoa idosa. Destes, é importante discutir o conjunto de instrumentos que compõe Conflict Tactics Scale sob três perspectivas, a Conflict Tactics Scale - 1 (CTS-1) (Straus, 1979), Conflict Tactics Scale – 2 (CTS-2) (Straus et al., 1996) e a Modified Conflict Tactics Scale (MCTS) (Cooper et al., 2008), todas foram aplicadas em estudos para grupo de idosos e fazem parte de um conjunto de estudos desenvolvidos nos Estados Unidos da América, pelo laboratório *Family Research Laboratory* e buscam identificar situações de abuso dentro de relacionamentos, entretanto, apenas o MCTS foi idealizado para diagnóstico de abuso em pessoas idosas portadora de demências (Cooper et al., 2009).

O MCTS possui 10 itens, cinco destinados a determinação da violência física e cinco a violência psicológica, sua pontuação é dada por escala de Likert entre 0 (nunca) a 4 (sempre) a pontuação total do instrumento varia de 0 a 18, e a pontua maior ou igual a 2 indica situação de abuso. No estudo original indicou 27,9% de abuso psicológico e 3,5 físico (COOPER et al., 2008), dados semelhantes foram encontrados no estudo desenvolvido pelos mesmos pesquisadores, com 32,7% de indicador para violência psicológica e 3,6 física (Cooper et al., 2009). Estudo mais recente executado nacionalmente na Irlanda (Lafferty et al., 2016) com amostra de 2.311 foi possível observar que um terço dos cuidadores estão envolvidos com abuso emocional (35,9%) e 8% comportamento físico abusivo.

Todas as escalas encontradas para determinar a violência física apresentou também constructo para identificar violência psicológica, essa relação entre os dois subtipos justifica-se, uma vez que, episódios de violência psicológica comumente precedem a ocorrência da agressão física, sendo esta frequentemente menos prevalente que a psicológica em diversos contextos (Bolsoni et al., 2016; Sooryanarayana et al., 2017; Ahnlund et al., 2020; Gürsoy & Kara, 2020; Eslami et al., 2016).

O abuso psicológico consiste na ocorrência de sofrimento mental em decorrência de maus tratos verbais e não verbais (Liu et al., 2019), a Older Adult Mistreatment Assessment (OAMA) foi a única escala que possui em seu constructo apenas a mensuração do abuso psicológico autorrelatado por pessoas idosas, o instrumento possui 31 itens mensurados por escala de Likert (0 a 5), as dimensões do abuso foi mediada por AF e resultou a classificação em: isolamento, insensibilidade, vergonha e culpa, ameaças e intimidação e confiança (Conrad et al., 2010).

O postulado da AF inclui análise multivariada e formação de matrizes de intercorrelações entre os itens (variáveis) do instrumento, que podem ou não ser reduzidos ou explicado por fatores (ou dimensões), essa relação é denominada de carga fatorial (Pasquali, 2019). A AF pode ser executada em duas modalidades, Análise Fatorial Exploratória (AFE) que consiste na exploração dos dados, no qual busca-se identificar a relação entre os itens e as dimensões em modelos de regressão, a Análise Fatorial Confirmatória (AFC), por sua vez, é indicada para testar hipóteses postuladas em uma teoria (Figueiredo Filho & Da Silva Júnior, 2010)

Os idealizadores da OAMA adotaram o modelo de Rasch para análise do instrumento (Conrad et al., 2011), o referido modelo tem característica unidimensional e oferece representatividade do grau de qualidade e propriedade de um comportamento e a relação entre os objetos ou eventos pretendidos (Duncan, 1984). O modelo exprime um comportamento ou traço latente e é amplamente utilizado em concordância com a Teoria de Resposta ao Item (TRI) (Molenaar, 1995).

A negligência enquadra-se como uma tipologia de abuso contra pessoa idosa e consiste na omissão ou negação de cuidados ao idoso por outro, seja cuidador formal ou não (Rodrigues et al., 2017), pesquisa desenvolvida com 169 idosos do estado de Pernambuco – Brasil (Barros et al., 2019) indicou que 58,5% da população encontrava-se situação de negligência, já em pesquisa realizada com 1435 idosos na cidade de Maharashtra – Índia, a prevalência da negligência estimada em 24,4% (Anand, 2016). A autonegligência, por sua vez consiste em atos de ameaça contra a sua própria segurança

e saúde por recusa cuidados para si (Rodrigues et al., 2017). Os indicadores de prevalência são variáveis de acordo com o contexto e a população, estudo com 181 idosos chineses que residem sozinhos indicou prevalência de 23,2% (Yu et al., 2019), já em Chicago em pesquisa longitudinal 2885 participantes o indicador de 3 eu gosto dos seus policial a gente vai fazer de tudo paraanos é foi estimado em 8,4% (Wang et al., 2020).

A Self-Reported Neglect Scale (SRNS) foi identificada na presente revisão com medidas psicométricas válidas e confiáveis para mensurar negligência e autonegligência na pessoa idosa, o instrumento foi desenvolvido com idosos poloneses e possui 16 itens politônicos. A autonegligência autorrelatada foi discriminada com variância de 2,65 a 3,85 e a negligência entre 1,27 e 5,02, a confiabilidade interna do instrumento foi considerada alta de acordo com a estimativa do Alfa de Cronbach ($\alpha = 0,92$) (Zawisza et al., 2020). É importante destacar que a confiabilidade de acordo com o coeficiente de Cronbach é considerado aceitável valores variando entre 0,70 a 0,80, valores mais baixos podem não ser aceitos, embora em casos de constructos psicológicos valores menores que 0,70 podem ser aceitáveis em vista a sua heterogeneidade (Field, 2011).

Uma das interfaces da violência contra o idoso é a exploração financeira que pode ocorrer simultaneamente com outras formas de violência, expressando a necessidade de reconhecimento adequado por parte de profissionais da saúde na intenção de garantir proteção da pessoa idosa (Santos et al., 2019), o World Bank indica o termo “violência financeira” dano causado ao indivíduo resultante de exploração (Price et al., 2011). Esse tipo de violência é mais prevalente em idosos do sexo masculino, sendo perpetrada por desconhecido (Santos et al., 2019), sendo essas características atípicas quando comparada com as demais formas de violência contra o idoso, em que a prevalência recai sobre o sexo feminino e o abusador é um membro do ambiente intrafamiliar.

O Financial Exploitation Vulnerability Scale (FEVS) trata-se de uma subescala desenvolvida em Lichtenberg – Alemanha com 242 idosos. Os achados psicométricos da escala indicam boa confiabilidade interna por meio do Alfa de Cronbach ($\alpha = 0,82$) e capaz de discriminar idosos em situação de exploração financeira ou não, essa capacidade foi identificada pela especificidade (verdadeiro positivo) e sensibilidade (verdadeiro negativo) do instrumento com área da curva ROC de 0,80 (Lichtenberg et al., 2020). A curva ROC representa o poder discriminatório do modelo que representa os participantes do estudo no tocante ao desfecho estudado, quanto maior a área abaixo da curva, melhor o seu poder discriminatório, então, modelos com área menor ou igual a 0,70 não apresenta

poder de discriminação, valores entre 0,70 e 0,80 é considerada discriminação aceitável e poder de discriminação excelente área maior que 0,80 (Fávero et al., 2009).

A Organização Mundial da Saúde (Who, 2013) define violência sexual como qualquer tentativa, ou ato sexual se consentimento afim de obter prazer sexual por outro, isto inclui coerção e independe da relação da vítima com o agressor e o ambiente. Essa tipologia de violência ainda é pouco notificada, a carência no reconhecimento de casos de violência sexual torna a pessoa idosa vulnerável e com baixo suporte de políticas de saúde efetiva relacionada a temática.

O instrumento *Hurt, Insult, Threaten, Scream* (HITS) (Shirzadi et al., 2020), foi encontrado na presente revisão, apesar de não ter sido planejado para uso em população idosa, foi identificado o seu uso em dois estudos (Miszkurka, Steensma & Phillips, 2016; Fônseca et al., 2020) o instrumento determina o traço latente da violência física e psicológica, foi validado com 269 mulheres iranianas indicando validade discriminante favorável e boa confiabilidade ($\alpha = 0,80$), pontuações maiores ou iguais a 10 é indicativo de violência doméstica. Uma versão estendida do HITS variação do HITS detectada na literatura foi o E-HITS (Extended - Hurt, Insult, Threaten, Scream) que envolve a faceta de violência sexual, entretanto, também não foi identificada sua aplicação em pessoas idosas.

A versão adaptada transculturalmente para o Brasil do HITS foi realizada para aplicação com idosos seguindo as etapas de adaptação proposta por Beanton et al. (2000), que incluem: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, comitê de especialistas e o pré-teste; na etapa de comitê de especialistas é quando se realiza as validações de equivalência conceitual, semântica, idiomática e experiencial. Os autores da adaptação transcultural indicaram boa fidedignidade por meio da análise de confiabilidade interna e o coeficiente de correlação intraclasse (Fônseca et al., 2020).

O *Geriatric Mistreatment Scale* (GMS) (Giraldo-Rodríguez & Rosas-Carrasco, 2013) e o *Assessment Tool for Domestic Elder Abuse* (ATDEA) (Yi, Honda & Hohashi, 2019) foram os dois instrumentos identificados que apresentam escopo para identificação de cinco tipos de violência especificamente na pessoa idosa, à saber: física, psicológica, sexual, negligência e financeira. O GMS foi desenvolvido com 626 idosos do México e contempla 22 itens (Giraldo-Rodríguez & Rosas-Carrasco, 2013), já o ATDEA (Yi, Honda & Hohashi, 2019) contém 34 questões executado no Japão e somado aos cinco tipos mencionados anteriormente seu escopo contempla ainda autonegligência e o abuso social (Yi, Honda, & Hohashi, 2015).

O GMS foi desenvolvido em três etapas: revisão de documentos, contextualização e conformação da escala. O instrumento é composto por questões dicotômicas (sim ou não) recebeu validação de conteúdo (com especialistas e idosos) e construto (análise fatorial), a confiabilidade do instrumento foi considerada alta e foi determinada pelo coeficiente de confiabilidade interna, entre as dimensões houveram variações, $\alpha = 0,82$ para abuso psicológico, $\alpha = 0,72$ físico, $\alpha = 0,55$ abuso financeiro, $\alpha = 0,80$ para negligência e $\alpha = 0,87$ para a violência sexual; (Giraldo-Rodríguez & Rosas-Carrasco, 2013); Embora a confiabilidade para dimensão financeira tenha apresentado insuficiente o instrumento foi considerado confiável uma vez que o coeficiente geral foi adequado ($\alpha = 0,83$).

O ATDEA não realizou validação de constructo e fidedignidade, porém realizaram duas rodadas de avaliação dos instrumentos com enfermeiros que prestam atendimento no domicílio e que confirmaram experiência com a temática do abuso em idosos. Na primeira rodada os 56 enfermeiros recrutados discutiram os 38 itens e a validade de aparência da ferramenta e 9 pesquisadores compilaram as informações em categorias mediante consenso e apenas 36 itens foram para a segunda rodada. Nessa fase o instrumento recebeu validação de conteúdo com 207 enfermeiros e o instrumento categorizado por subtipos de violência (Yi, Honda & Hohashi, 2019).

O índice de validade de conteúdo (IVC) dos 34 itens finais da ferramenta variou de 0,70 – 0,90, sendo 6 itens com IVC entre 0,70-0,780, 2 itens entre 0,78-0,90 e 26 itens não inferior a 0,90, os dois itens relacionados a autonegligência apresentaram IVC abaixo da média esperada de 0,70 e então foram excluídos do instrumento. O seu uso é recomendado pelos autores para como uma lista de verificação para subsidiar a prática da enfermagem na identificação do abuso na pessoa idosa, determinação dos subtipos de violência e avaliação da sua gravidade (Yi, Honda & Hohashi, 2019).

Dentre os instrumentos identificados no estudo, sete (Neale et al., 1991) (Reis & Nahmias, 1998) (Reis & Nahmias, 1995a) (Schofield & Mishra, 2003) (Yaffe et al., 2008) (Conrad et al., 2011) (Correio, Lopes & Correio, 2018) são validados com *screening* para determinar o risco para o abuso na pessoa idosa. Destes, o H-S/EAST é o mais antigo dos instrumentos e foi observado o seu uso em diversas pesquisas. Foi planejado no idioma inglês e sua estrutura contém 15 itens, com respostas dicotomizadas (sim ou não) pontuação maior ou igual a três indica risco para violência, porém, do ponto de vista psicométrico, o instrumento apresenta baixa confiabilidade, foi identificada versões de adaptação transcultural para os idiomas brasileiro (Reichenheim, Paixão Jr. &

Moraes, 2008), turco (Özçakar et al., 2017; Özmete & Megahead, 2017; Özçakar et al., 2017) e persa (Aminalroaya et al., 2020).

A versão persa foi a mais recentemente adaptada, o estudo realizou tradução e retrotradução entre o inglês e o idioma mencionado e foi aplicado com população de 364 idosos, e apresentou boa confiabilidade interna ($\alpha=0,741$) e teste-reteste (0,741), os resultados indicam então que quanto maior a pontuação maior a sensibilidade e especificidade do instrumento, sendo recomendado melhores resultados com para pontuações maiores ou iguais a quatro (Aminalroaya et al., 2020).

A versão turca, foi desenvolvida por dois estudos distintos, e em ambos indicou ser uma ferramenta válida e confiável para identificação de abuso em pessoas idosas (Özçakar et al., 2017; Özmete & Megahead, 2017). A adaptação brasileira, por sua vez, desenvolvida em 2008, apresentou pertinência de equivalência conceitual e semântica e a equivalência de mensuração mostrou-se semelhante ao instrumento original. A confiabilidade interna foi mensurada pelo coeficiente de confiabilidade de Kuder-Richardson (KR_{20}) e apresentou boa consistência ($KR_{20}=0,64$) (Reichenheim, Paixão Jr. & Moraes, 2008). O coeficiente de KR_{20} é uma forma alternativa de calcular a consistência interna do instrumento e é recomendado para escalas com questões dicotômicas, enquanto a consistência de Cronbach para itens com respostas politônicas (Campo-Arias & Oviedo, 2008)

O VASS foi planejado dentro do escopo de um projeto longitudinal contendo três cortes temporais, ao término, contou com amostra de 10.421 idosas da Austrália. O instrumento contém 12 itens, destes, 10 foram extraídos do H-S/EAST e as outras duas questões foram adicionadas ao *screening* do instrumento (Schofield, 2003), idosas com pontuação maior ou igual a três é classificado como em risco para violência. A aproximação de itens e de interpretação entre as duas escalas justifica a utilização da VASS em 15 estudos, destes, seis indicaram uso concomitante dos instrumentos.

A versão original exibiu validade e confiabilidade, o construto foi definido pela AFE por meio de quatro domínios vulnerabilidade, desânimo e dependência e baixa no domínio coerção (Schofield, 2003). A adaptação transcultural para versão turca realizada com 140 idosos indicou, na análise dos dados observou boa confiabilidade interna ($\alpha=0,819$), os pesquisadores utilizaram a Escala de Depressão Geriátrica para teste de validade critério, no qual revelou a existência de correlação moderada ($r=0,57$) entre os escores das escalas (Asiret, 2017).

A versão brasileira do instrumento discutido acima foi desenvolvido por duas dissertações publicadas no ano de 2014 no portal da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) (Dantas, Oliveira & Silveira, 2017; Maia & Maia, 2016). A versão desenvolvida em Belo Horizonte, composta por 151 idosos, demonstrou equivalência entre as dimensões de validade com o instrumento original, boa confiabilidade interna ($KR_{20}=0,69$) e excelente reprodutibilidade ($Kp=0,92$) (Dantas, Oliveira & Silveira, 2017), a versão desenvolvida no estado do Rio Grande do Norte indicou achados semelhantes ($KR_{20}=0,68$) (Maia & Maia, 2014).

Embora as duas escalas discutidas até então sejam indicadas à triagem do risco para violência em alguns estudos foram aplicadas concomitante como medida conclusiva da ocorrência da violência como estudo desenvolvido em Cingapura com 400 idosos que em seus achados concluíram que 8,3% estava vitimado por alguma modalidade de abuso (Chokkanathan, 2018), dados e conclusões semelhantes foram observados em pesquisa com idosos chineses (Dong; Wang, 2017).

Apesar do Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE) não ter surgido entre os manuscritos da amostra ele foi aplicado em conjunto com IOA e o CASE em um estudo de intervenção com pessoas idosas com a finalidade de avaliar aspectos de triagem para abuso físico, financeiro e psicológico (Reis & Nahmiash, 1995a), ambos os instrumentos foram incorporados no Project Care, aplicado por equipe multidisciplinar para proposição de elementos de intervenção envolvendo três grandes fundamentos para sua execução: ferramentas, profissionais e a elementos em busca do empoderamento do idoso em situação de abuso.

O BASE é um instrumento com cinco questões breve e no estudo no qual ele foi aplicado apresentou validade preditiva de 86 a 90% (Reis & Nahmiash, 1995b), o IOA por sua vez foi aplicado com 341 idosos prospectivamente, em seus resultados apresentou validação discriminante relacionado ao tempo entre casos de abuso (84,4%) e casos não abusivos (99,2%), possui 27 itens que se distribuem em três categorias: problemas de relacionamento interpessoal com o cuidador, problemas pessoais do cuidador e escassez de suporte social. As questões são dimensionadas em escala de Likert (0 a 4) e pontuações no instrumento menores ou iguais a 16 é indicativo de risco para abuso. O IOA foi adaptado para o idioma espanhol com 231 idosos e os resultados indicaram alta confiabilidade interna entre os itens pelo Alfa de Cronbach ($\alpha=0,98$) e para o escore de 16 indicou sensibilidade = 0,94 e especificidade = 0,85 (Touza, Martínez-Arias & Prado, 2018) (A2).

O CASE foi projetado com questões dicotômicas em “sim” e “não” em busca de indícios de cuidadores abusadores na perspectiva física, psicossocial, material, negligência ou financeira. Os oito itens do instrumento são direcionados a compreensão do comportamento do cuidador como: “Você às vezes tem problemas para fazer o controle seu temperamento ou agressão?” (Reis; Nahmias, 1995a). Foi identificada adaptação transcultural para o idioma espanhol, brasileiro, iraniano, turco e italiano (Paixão Jr et al., 2007; Pérez-Rojo et al., 2015; Melchiorre et al., 2017; Eslami et al., 2016; Sakar et al., 2019; Khan et al., 2020).

Identificar o potencial perpetrador da violência é de suma importância no combate ao fenômeno em discussão, entre os instrumentos identificados no presente recorte apenas o CASE oferece esse escopo. Em estudo desenvolvido na Espanha em 72 equipes de atenção básica foi possível identificar a prevalência de 33,4% de risco para abuso, na análise de regressão logística mostrou risco de 2,75 vezes mais elevado para abuso aqueles cuidadores sobrecarregados, 2,06 mais chances entre aqueles ansiosos, 4,66 mais para aqueles com relações interpessoais fragilizadas e 7,24 mais probabilidades entre aqueles com comportamento agressivo (Orfila et al., 2018). Estudo desenvolvido no Brasil, indicou 30% de indicadores de abuso entre cuidadores com chances aumentadas entre aqueles que consomem álcool e entre cuidadores deprimidos (Lino et al., 2019). Esses indicadores demonstram a necessidade de políticas e intervenções de apoio no ambiente familiar.

Em 2008 foi publicado manuscrito da validação referente ao EASI no qual foi executado com 663 idosos do Canadá e EUA, que se propõe medir a suspeita de abuso contra pessoa idosa entre os domínios de violência física e negligência. Contém seis itens, cinco destes consiste em perguntas categorizadas entre sim e não, o último item é ponderado de acordo com a avaliação do médico examinador. O instrumento foi validado por médicos, enfermeiros e assistentes sociais e os resultados proveniente da coleta de dados foram comparados com avaliação cega do serviço social (Social Work Evaluation - SWE) e apresentou sensibilidade de 0,47 e especificidade de 0,75 (Yaffe et al., 2008).

Durante a abordagem à vítima de violência é fundamental que o profissional desenvolva a sensibilidade de perceber sinais dos diversos tipos de violência, levanto em consideração que a negligência e/ou abandono pela forma de apresentação corporal do paciente, observar sinais comportamentais como expressões faciais de apatia, espanto ou angústia na presença ou não do cuidador imediato além da concordância ou não entre as informações relatadas pela pessoa idosa (Albino, 2014). Apesar da dimensão

comportamental ser fundamental para *screening* apenas a ferramenta EASI a inclui no seu escopo de risco, o item é redigido da seguinte forma: “*O abuso de idosos pode estar associado a descobertas como: contato visual inadequado, natureza retraída, desnutrição, problemas de higiene, cortes, hematomas, roupas inadequadas ou problemas de conformidade com a medicação. Você notou algum desses hoje ou nos últimos 12 meses?*” (Yaffe et al., 2008).

Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos (EARVI) foi desenvolvida com 228 idosos em Portugal e contém 21 itens que estima o risco para violência em idosos de acordo com quatro domínios: confiança/segurança nas relações próximas, isolamento social, dependência funcional e segurança financeira (Lima, Lopes & Lima, 2018). Os autores do instrumento utilizaram o índice de Youden (J) a fim de estimar a especificidade e sensibilidade dos resultados; o indicador de Youden mede a distância da curva ROC (distância vertical máxima) e a linha de chance (diagonal) otimizando a diferença de biomarcadores e então a especificidade e sensibilidade, sendo essencial para precisão de diagnósticos (Schisterman et al., 2005).

A mais recente escala de *screening* identificada no presente estudo foi a OAFEM, que versa a identificação da ocorrência da violência financeira cometida contra pessoa idosa, utilizou a modelagem de Rasch para validação e consistência interna para confiabilidade interna. Apesar de tratar de um instrumento de medida para ocorrência da violência, sua discussão foi inserida no presente estudo tendo em vista a característica unidimensional do instrumento com, 79, 54 e 30 itens classificados de forma decrescente em quatro grupos de acordo com a gravidade do abuso: roubo e fraude maior, roubo e fraude menor, risco para o abuso financeiro e direitos e expectativas.

Por fim, é importante discutir ainda que a OAFEM indicou a utilização do modelo teórico matemático da Teoria de Resposta ao Item (TRI) em que a intenção na aplicação de um instrumento é aplicada a capacidade que item tem em influenciar no desfecho proposto, na busca de redução de itens, enquanto que Teoria Clássica dos Testes (TCT) existe a interpretação do escore total da ferramenta mensurar o desfecho por meio da soma de todos os itens (Pasquali, 2019).

Conclusões

Embora tenha sido identificado um quantitativo expressivo de instrumentos disponíveis para mensurar situações de abuso na pessoa idosa, todos apresentam singularidades e potencialidades na realização de um diagnóstico situacional do abuso, entretanto nenhum deles abrangeu a avaliação do ponto de vista do profissional em

relação ao comportamento convergente ou divergente ao relato do idoso no momento da coleta de dados.

A indicação verbal de questões relacionadas a violência pela pessoa idosa é fundamental na identificação do fenômeno ou do seu risco, entretanto, é recomendada a inclusão de questões referentes a ajuizamento do profissional e/ou pesquisador, sendo essa somativa ao relato do paciente e/ou participante. Essa indicação é relevante pois leva em consideração a observações de sinais e sintomas não relatados que comumente são omitidos por incompreensão da pessoa idosa sobre a violência e seus desdobramentos ou por medo do perpetrador.

Foram identificados seis instrumentos que se propõe a mensurar o risco para abuso na pessoa idosa, sendo mais antigo e disseminado o H-S/EAST, porém em sua versão original apresentou baixa capacidade de precisão, o VASS foi elaborado com base no H-S/EAST, porém com melhores indicadores de confiabilidade. O CASE e IOA foram instrumentos identificados no presente estudo que foram desenvolvidos em pesquisa de intervenção de três anos com boa validade discriminante entre risco para a violência. O estudo original do EASI não indicou a realização da confiabilidade do instrumento e apresentou baixa sensibilidade e moderada especificidade e o OAFEM realizou as etapas de validação e confiabilidade, porém como se trata de instrumento extenso e específico para violência financeira é necessário cautela no momento de aderir-lo para mensurar o risco para violência.

Embora se observe a existência de diversos instrumentos válidos para triagem da violência, todos têm características singulares com potencialidades e fragilidades, recomenda-se então que para *screening* do risco para violência seja usado concomitantemente mais de um deles busca de melhor diagnóstico situacional de risco.

REFERÊNCIAS

- Ahnlund, P., Andersson, T., Snellman, F., Sundström, M., & Heimer, G. (2020). Prevalence and Correlates of Sexual, Physical, and Psychological Violence Against Women and Men of 60 to 74 Years in Sweden. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(5–6), 1539–1561.
- Aminalroaya, R., Alizadeh-Khoei, M., Hormozi, S., Shariffi, F., & Taati, F. (2020). Screening for elder abuse in geriatric outpatients: reliability and validity of the Iranian

- version Hwalek–Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST). *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(1), 84–96.
- Anand, A. (2016). Exploring the role of socioeconomic factors in abuse and neglect of elderly population in Maharashtra, India. *Journal of Geriatric Mental Health*, 3(2), 150.
- Asiret, G. D., Kaymaz, T. T., Copur, E. O., & Akyar, I. (2017). Ageism attitude towards elderly: young perspective. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 819-827.
- Barros, R. L. M., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O., & Lins, M. E. M. (2019). Domestic violence against elderly people assisted in primary care. *Saúde em Debate*, 43(122), 793–804.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(24), 3186-3191.
- Bertola, L. (2019). *Psicometria e estatística aplicadas à neuropsicologia clínica*. São Paulo: Pearson Clinical Brasil.
- Bolsoni, C. C., Coelho, E. B. S., Giehl, M. W.C., & d'Orsi, E. (2016). Prevalence of violence against the elderly and associated factors – a population based study in Florianópolis, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(4), 671–669.
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: La consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831–839.
- Chokkanathan, S. (2018). Prevalence and correlates of elder mistreatment in Singapore. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 30(4), 271–283.
- Conrad, K. J., Iris, M., Ridings, J. W., Langley, K., & Wilber, K. H. (2010). Self-report measure of financial exploitation of older adults. *The Gerontologist*, 50(6), 758–773.
- Conrad, K. J., Ridings, J. W., Langley, K., & Anetzberger, G. J. (2011). Self-report measure of psychological abuse of older adults. *The Gerontologist*, 51(3), 354–366.
- Cooper, C., Manela, M., Katona, C., & Livingston, G. (2008). Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: Prevalence, correlates and validation of instruments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 283–288.
- Cooper, C., Maxmin, K., Selwood, A., Blanchard, M., & Livingston, G. (2009). The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse. *International Psychogeriatrics*, 21(4): 774–778.

- Correio, F. D. L. M., Lima, M. J., Coreio, T. J. S. L. (2018). Desenvolvimento e validação da escala de avaliação do risco de violência para idosos (EARVI). *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(1), 1241 - 1261.
- Dantas, R. B., Oliveira, G. L., & Silveira, A. M. (2017). Psychometric properties of the Vulnerability to Abuse Screening Scale for screening abuse of older adults. *Revista de Saude Publica*, 51, 31.
- Dong, X. Q., & Wang, B. (2017). Incidence of elder abuse in a U.S. Chinese population: Findings from the longitudinal cohort pine study. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 72(14), S95–S101.
- Duncan, O. D. (1984). *Notes on social measurement: historical & critical*. New York: Russel Sage Foundation.
- Santos, M. A. B. dos, Moreira, R. S., Faccio, P. F., Gomes, G. C., & Silva, V. L. (2020). Factors associated with elder abuse: a systematic review of the literature. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(6), 2153–2175.
- Eslami, B., Viitasara, E., Macassa, G., Melchiorre, M. G., Lindert, J., Stankunas, M., Torres-Gonzalez, F., Barros, H., Ioannidi-Kapolou, E., & Soares, J. J. F. (2016). The prevalence of lifetime abuse among older adults in seven European countries. *International Journal of Public Health*, 61(8), 891–901.
- Fávero, L.P., Belfiore, P. P., Silva, F. L da, & Chan, B L. (2009). *Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Field, A. (2011). *Descobrindo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Figueiredo Filho, D. B., & da Silva Júnior, J. A. (2010). Visão além do alcance: Uma introdução à análise fatorial. *Opiniao Publica*, 16(1), 160–185.
- Fonsêca, L. M. A. da, Silva, Érika G. C. da, Silva, M. F. dos S., Sá, F. D. de, Arias, A. V., Santos, D. N. dos, Silva, N. M. da, Bezerra, B. H. S., Rocha, C. F., Dantas, L. A. S., Guedes, D. T., & Lima, N. M. F. V. (2020). HITS-Brasil: Tradução e adaptação para o contexto de violência doméstica contra idosos. *Research, Society and Development*, 9(9), e278996729.
- Giraldo-Rodríguez, L., & Rosas-Carrasco, O. (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(2), 466–474.
- Gürsoy, M. Y., & Kara, F. (2020). Prevalence of violence against older adults and associated factors in Çanakkale, Turkey: a cross-sectional study. *Geriatrics & Gerontology International*, 20(1), 66–71.

- Khan, A., Adil, A., Ameer, S., & Shukka, S. (2020). Caregiver abuse screen for older adults: Urdu translation, validation, factorial equivalence, and measurement invariance. *Current Psychology*, 2020.
- Lafferty, A., Fealy, G., Downes C., & Drennan J. (2016). The prevalence of potentially abusive behaviours in family caregiving: findings from a national survey of family carers of older people. *Age and Ageing*, 45(5), 703–707.
- Lichtenberg, P. A., Campbell, R., Hall, L., & Gross, E. Z. (2020). Context Matters: Financial, Psychological, and Relationship Insecurity Around Personal Finance Is Associated With Financial Exploitation. *The Gerontologist*, 60(6), 1040–1049.
- Lima, F. D. M., Lopes, M. J., & Lima, T. J. S. (2018). Desenvolvimento e validação da escala de avaliação do risco de violência para idosos (EARVI). *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(1), 1241.
- Lino, V. T. S., Rodrigues, N. C. P, Lima, I. S., Athie, S., & Souza, E. R. (2019). Prevalence and factors associated with caregiver abuse of elderly dependents: The hidden face of family violence. *Ciencia & Saude Coletiva*, 24, 87-96.
- Liu, P., Conrad, K. J., Beach., S. R., Iris, M., & Schiamberg, L. B. (2017). The importance of investigating abuser characteristics in elder emotional / psychological abuse: results from adult protective services data. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 74(5), 897-907.
- Maia, R. S., & Maia, E. M. C. (2014). Adaptação transcultural para o Português (Brasil) da Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) para rastreio da violência contra idosos. *Cadernos de Saude Publica*, 30(7), 1379–1384.
- Maia, R. S., & Maia, E. M. C. (2016). Psychometric evidence of the transcultural adaptation of the Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS) for the detection of violence against the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 958-969.
- Melchiorre, M. G., Rosa, M. D., Barbabella, F., Barbini, N., Lattanzio, F., & Chiatti C. (2017). Validation of the Italian Version of the Caregiver Abuse Screen among Family Caregivers of Older People with Alzheimer's Disease. *BioMed Research International*, 2017: 3458372.
- Minayo, M. C. S. (2019). The imperative of caring for the dependent elderly person. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(1), 247–252.

- Miszkurka, M., Steensma, C., & Phillips, S. P. (2016). Correlates of partner and family violence among older canadians: A life-course approach. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 36(3), 45–53.
- Molenaar, I. W. (1995). Some Background for Item Response Theory and the Rasch Model. *Rasch Models*, 3–14.
- Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., Sengstock, M. C., & Stahl, C. (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *The Journal of Applied Gerontology*, 10(4), 406–418.
- Orfila, F., Coma-Solé, M., Cabanas, M., Cegri-Lombado, F., Moleras-Serra, A., & Pujol-Ribera, E. (2018). Family caregiver mistreatment of the elderly: Prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health*, 18(1), 1–15.
- Özçakar, N., Ergonen, A. T., Karatlı, M., & Baydur, H. (2017). Adaptation, reliability, and validity study of the hwalek–sengstock elder abuse screening test (H-S/EAST): a Turkish version. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 47(6), 1894–1902.
- Özmete, E., & Megahead, H. A. (2017). Screening for Elder Abuse Among Turkish Older People: Validity of the Hwalek–Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S “East”). *Research on Social Work Practice*, 27(3), 387–398.
- Paixão Jr, C. M., Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., Coutinho, E. S. F., & Veras, R. P. (2007). Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2013–2022.
- Pampolim, G., & Leite, F. M. C. (2020) Neglect and psychological abuse of older adults in a Brazilian state: analysis of reports between 2011 and 2018. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(6), e190272.
- Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. (1998). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 206- 13.
- Pasquali, L. (2009). Psychometrics. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(Spe):992-9.
- Pasquali, L. (2019). *Psicometria - Teoria dos testes na psicologia e na educação*. 5^a ed. Petrópolis, RJ: editora vozes.
- Pérez-Rojo, G., Nuevo, R., Sancho, M., Penhale, B. (2015). Validity and Reliability of the Spanish Version of Caregiver Abuse Screen (CASE). *Research on Aging*, 37(1), 63–81.

- Perlman, C. M., & Hirdes, J. P. (2008). The aggressive behavior scale: a new scale to measure aggression based on the minimum data set. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(12), 2298–2303.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version)*. In: Aromataris, E. & Munn, Z. (Eds). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI.
- Price, T., King, P. S., Dillard., R. L., & Bulot J. J. (2011). Elder financial exploitation: implications for future policy and research in elder mistreatment. *Western Journal of Emergency Medicine*, 12(3), 354-356.
- Qinqui, Y. I., Honda, J., & Hohashi, N. (2019). Development and validity testing of an assessment tool for domestic elder abuse. *Journal of Nursing Research*, 27(2), e12.
- Reichenheim, M. E., Paixão Jr., C. M., & Moraes, C. L. (2008). Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(8), 1801–1813.
- Reis, M., & Nahmias, D. (1995a). Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Canadian Journal on Aging - La Revue canadienne du vieillissement*, 14(S2), 45–60, 1995a.
- Reis, M., & Nahmias, D. (1995b). When seniors are abused. *The Gerontologist*, 35(5), 666–671.
- Reis, M., & Nahmias, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471–480.
- Rodrigues, R. A. P., Monteiro, E. A., Santos, A. M. R., Pontes, M. L. F., Fhon, J. R. S., Bolina, A. F., Seredynskyj, F. L., Almeida, V. C., Giacomini, S. B. L., Defina, G. P. C., & Silva, L. M. (2017). Older adults abuse in three Brazilian cities. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 783–791.
- Sakar, H., Mahtab, A., Farshad, S., Fahimeh, T., Mirzadeh, F. S., & Hossien, F. (2019). Validation study: The iranian version of Caregiver Abuse Screen (CASE) among family caregivers of elderly with dementia. *Journal of Gerontological Social Work*, 62(6), 649–662.
- Santos, A. M. R., Nolêto, R. D. S., Rodrigues, R. A. P., Andrade, E. M. L. R., Bonfim, E. G., & Rodrigues, T. S. (2019). Economic-financial and patrimonial elder abuse: a documentary study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03417.

- Schofield, M. J., & Mishra, G. D. (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: women's health Australia study. *The Gerontologist*, 43(1), 110–120.
- Sherin, K., Sinacore, J., Li, X. Q., & Zitter, R. E. (1998). HITS: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30(7), 508-12.
- Silva, C. F. S., Dias, C. M. S. B. (2016). Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 637-652.
- Shirzadi, M., Fakhari, A., Tarvirdizadeh, K., & Farhang, S. (2020). Psychometric properties of hits screening tool (Hurt, insult, threaten, scream) in detecting intimate partner violence in Iranian women. *Shiraz E-Medical Journal*, 21(3), e91924.
- Sooryanarayana, R., Choo, W. Y., Hairi, N. N., Chinna, K., Hairi, F., Mohamad, Z., Ahmad, S. N., Razak, I. A., Aziz, S. A., Ramli, R., Mohamad, R., Mohamad, Z. L., Peramalah, D., Ahmad, N. A., Aris, T., & Bulgiba, A. (2017). The prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a rural community of Negeri Sembilan state: baseline findings from The Malaysian Elder Mistreatment Project (MAESTRO), a population-based survey. *BMJ Open*, 7(8), e017025.
- Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 50, 101339.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict violence. *Journal of Marriage and Family*, 41(1), 75–88.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-Mccoy, S., & Sugarman, D. B., (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.
- Touza, C., Martínez-Arias, R., & Prado, C. (2018). Psychometric properties of the spanish adaptation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen. *Spanish Journal of Psychology*, 21, e43, 1–12.
- Wang, B., Hoover, D. R., Beck T., Dong, X. (2020). A vulnerability risk index of self-neglect in a community-dwelling older population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), 809–816.
- World Health Organization. (2002). *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: WHO.

- Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M., & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(3), 276–300.
- Yi, Q.; Honda, J.; & Hohashi, N. (2015). Development of an Assessment Tool for Domestic Elder Abuse: Creation of Items from a Literature Review. *Advances in Aging Research*, 4(6), 195-204.
- Yi, Q.; Honda, J.; & Hohashi, N. (2019). Development and validity testing of an assessment tool for domestic elder abuse. *Journal of Nursing Research*, 27(2), 1–9.
- 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.
- Zawisza, K., Galas, A., Tobiasz-Adamczyk, B., & Grodzicki, T. (2020). Validity of a self-reported neglect scale among older adults in Poland. *The Gerontologist*, 60(3),e117–e126.

4.2 ARTIGO 02: ANÁLISE DE CONFIABILIDADE

VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA: ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA DE INSTRUMENTOS

Objetivo: avaliar a consistência interna de instrumentos utilizados no Brasil para mensuração de situações de violência contra pessoa idosa. **Método:** estudo de corte transversal e abordagem quantitativa, desenvolvido com 481 idosos, em duas amostras, estados e recorte temporal diferentes. Foram aplicados três instrumentos de mensuração de violência contra pessoa idosa. Os dados foram analisados em software estatístico e a consistência interna entre os itens foi medida pelo coeficiente de Alfa de Cronbach. **Resultados:** o Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test apresentou o coeficiente de $\alpha = 0,08$, para amostra coletada na Paraíba, enquanto que em Pernambuco foi $\alpha = 0,57$. A Conflict Tactics Scale apresentou alta precisão para definição da violência com coeficiente de $\alpha = 0,81$ e $\alpha = 0,80$ para as duas amostras. **Conclusões:** entre os instrumentos analisados apenas a Conflict Tactics Scale apresentou-se confiável e estável para determinação da violência de natureza física e psicológica.

DESCRITORES: Reprodutibilidade dos Testes; Confiabilidade dos Dados; Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Enfermagem Forense; Maus-tratos ao idoso.

INTRODUÇÃO

A psicometria surge como a ciência que estuda teorias e métodos consistentes com a finalidade de compreender as respostas dos sujeitos⁽¹⁾ a determinados estímulos e/ou situações, ou corresponder a um traço latente, este, por sua vez, pode ser expresso por variados conceitos como: traço cognitivo, processo mental, aptidão, tendência, variável, estrutura mental, entre outros. De forma geral, a psicometria se propõe a estudar os traços por meio de análise e parâmetros estatísticos confiáveis que determinarão o comportamento latente relacionado aos seus atributos⁽²⁾.

A legitimidade de um teste, escala ou instrumento é medida por testes de validade e de fidelidade. A validação consiste especificamente no comportamento do traço latente, que deve ser estruturada mediante análise empírica do conteúdo literário relacionado ao traço e em seguida a mensuração estatística deles. A precisão (fidedignidade ou confiabilidade) relaciona-se a capacidade do instrumento de medir sem erros o traço⁽¹⁾.

Para criação de um instrumento de mensuração é necessário que sejam incluídas variáveis em seu construto a fim de determinar as expressões singulares que o traço latente indica⁽³⁾. Estudos na enfermagem têm valorizado o desenvolvimento de instrumentos confiáveis para determinação de fenômenos subjetivos⁽⁴⁾ e com traços latentes específicos. A Violência Contra a Pessoa Idosa (VCPI) insere-se como um desses fenômenos de difícil determinação e conceituação, haja vista suas múltiplas faces.

O abuso na pessoa idosa é considerado um problema mundial⁽⁵⁾, a Organização Mundial de Saúde (OMS) o define como um “ato de acometimento ou omissão que pode manifestar-se de forma individual ou coletiva, independente da frequência, em um vínculo que cause danos ou aflição a esse indivíduo”⁽⁶⁾ e se caracteriza por apresentar alta prevalência em diversos países⁽⁷⁾, necessitando da utilização de tecnologias que norteiam o rastreio e a assistência a esses indivíduos⁽⁸⁾.

Por se tratar de um fenômeno que reflete um contexto social, a sua prevalência é heterogênea em diversos países; estudo na Croácia apresentou prevalência de 21,4%⁽⁹⁾, 21,5% na Romênia⁽¹⁰⁾ e no Irã 90,4%⁽¹¹⁾.

No Brasil, essa heterogeneidade também é observada em pessoas idosas de acordo com a região do país, o estado de São Paulo⁽¹²⁾ apresentou 10% de prevalência da VCPI, enquanto que na Amazônia 52,6%⁽¹³⁾, em estudo de base populacional desenvolvido em 23 capitais do país mediado pelo sistema Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA/SINAN) foi possível mostrar que a violência física foi a mais prevalente (85%) em pessoas idosas seguida da negligência (9,1%)⁽¹⁴⁾.

Embora não seja um fenômeno novo, apenas nos últimos anos, a VCPI foi objeto de estudo científico, que está avançando na construção do arcabouço teórico que sustenta a prática profissional⁽¹⁵⁾. É um desafio a identificação da VCPI, principalmente quando ocorre dentro do ambiente doméstico. Tendo em vista sua gravidade, é imprescindível o uso e desenvolvimento de ferramentas que auxiliem aos profissionais na sua detecção precocemente⁽¹⁶⁾.

Os instrumentos validados mais comumente utilizados para determinação da VCPI no Brasil são: o *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST) para rastreio do risco para violência⁽¹⁷⁾ e a *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1)⁽¹⁸⁾ para detecção de violência física e psicológica. O risco para violência dimensionado pela H-S/EAST foi utilizado em diversos contextos no Brasil, como em estudo desenvolvido em São Paulo⁽¹⁹⁾ com idosos hospitalizados, no qual observou prevalência de 56,0% de risco entre o grupo etário, achado semelhante em pesquisa realizada e na Paraíba, com

prevalência de 69,8% de risco⁽²⁰⁾. Já concernente a violência por meio do CTS-1 na população idosa foi observada prevalência de 20,9% para o abuso psicológico e 5,9% para violência física em pesquisa desenvolvida em Minas Gerais⁽²¹⁾.

A avaliação da consistência interna entre os itens e o uso do coeficiente estatístico Alfa de Cronbach tem sido a medida mais comumente utilizada na área da saúde⁽⁴⁾. Para tanto, a avaliação de medidas de confiabilidade é essencial para verificar a sua qualidade psicométrica⁽²²⁾, que pode determinar a estabilidade de um instrumento e/ou a sua fidedignidade utilizando diversas modalidades de testes estatísticos. A avaliação da consistência interna entre os itens e o uso do teste estatístico do coeficiente Alfa de Cronbach tem sido a medida mais comumente utilizada na área da saúde⁽²³⁾.

A fim de compreender se os instrumentos que mensuram a VCPI podem ser reproduzidos por diferentes observadores em diversos contextos, este estudo tem por objetivo avaliar a consistência interna de instrumentos utilizados no Brasil para mensuração de situações de violência contra pessoa idosa.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de estudos transversais desenvolvidos em dois estados brasileiros em tempo e em amostras de idosos distintas, guiado pelo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽²⁴⁾. O primeiro recorte transversal foi desenvolvido no território do Distrito de saúde IV do município de Recife, Pernambuco no período de 2016 a 2017 com idosos comunitários. Já a segunda coleta aconteceu no período de 2019 a 2020, em dois hospitais da Paraíba: Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

População e amostra

Para coleta na unidade de saúde a população foi composta por 1209 idosos cadastrados no serviço, a amostra foi definida como base na fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, e adotado um poder de erro de 8%, sendo então composta por 159 idosos. Já no estudo desenvolvido no ambiente hospitalar a população foi determinada de acordo com o quantitativo de atendimentos e admissões no ano anterior, no mesmo período da coleta de dados, totalizando 1259 idosos. Foi realizado o cálculo amostral com base na fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, utilizando uma prevalência esperada de 60%⁽⁸⁾, nível de confiança de 95% e poder de erro

de 5%, sendo acrescido 10% de perdas, deste modo, a amostra foi constituída por 322 idosos.

Critérios de seleção

A coleta de dados foi realizada com pessoas acima de 60 anos, que estavam recebendo assistência nos hospitais, para os idosos coletados na Paraíba, e aqueles cadastrados na unidade básica de saúde no estudo coletado em Pernambuco. Foram excluídos 46 idosos da amostra hospitalar, pois apresentaram elevado déficit de comunicação ou condições clínicas que impediram a participação. Já na unidade de saúde, 17 idosos foram removidos considerando os mesmos critérios. A identificação e estabelecimento dos critérios foram realizados pelo pesquisador por meio de observação e/ou informações provindas dos responsáveis.

Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, utilizou-se os seguintes instrumentos: *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST)⁽¹⁷⁾ para avaliar o risco para violência e o *Conflict Tactics Scale* (CTS-1)⁽¹⁸⁾ para a violência física e/ou psicológica⁽¹⁹⁾.

O H-S/EAST é um instrumento de origem americana, que foi adaptado transculturalmente para o Brasil. Esse instrumento realiza triagem de sinais específicos de violência quanto às circunstâncias correlatas, possibilitando classificar a presença do risco para violência⁽¹⁷⁾. O CTS-1 se propõe a compreender as estratégias utilizadas para enfrentamento dos conflitos. Divide-se em três grupos: argumentação, agressão e agressão física. Apresenta três opções de respostas de acordo com a frequência de acontecimento daquela situação⁽¹⁸⁾. Ambos os instrumentos receberam adaptação transcultural para uso no Brasil.

Coleta de dados

Foram realizados treinamentos de calibração da equipe para coleta dos dados, que, posteriormente, se dirigiram para os locais de coleta de acordo com a sua disponibilidade, buscando-se um local reservado para sua realização, a fim de preservar a privacidade do entrevistado.

Tratamento e análise dos dados

No tocante a análise dos dados, aqueles indivíduos com escore igual ou maior que três foi classificado com risco para violência de acordo com o H-S/EAST⁽¹⁷⁾, enquanto

que para o CTS-1⁽¹⁸⁾ e o questionário de Avaliação de Violência e Maus tratos uma resposta positiva nos itens obteve a classificação de “com violência”⁽²²⁾.

Os dados foram tabulados e analisados no SPSS, versão 26.0, mediante a frequência absoluta, relativa e para a confiabilidade interna foi realizado o Alfa de Cronbach (α), que analisa a consistência interna dos itens que contemplam o instrumento. Sua precisão é medida entre a covariância entre os itens do mesmo instrumento⁽¹⁾. A confiabilidade foi classificada em: muito baixa ($\alpha \leq 0,30$), baixa ($0,30 < \alpha \leq 0,60$), moderada ($0,60 < \alpha \leq 0,75$), alta ($0,75 < \alpha \leq 0,90$) e muito alta ($\alpha < 0,90$)⁽²⁴⁾.

Aspectos éticos

A etapa coletada de PE foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pernambuco sob nº de protocolo: 1.413.599/16, e a etapa vinculada a PB faz parte de um projeto guarda-chuva intitulado “Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB com o número de parecer 3.709.600 e do HUAL/UFCG parecer de nº 3.594.339.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 322 (100,0%) idosos hospitalizados e 159 (100,0%) idosos comunitários. Na tabela 1, de acordo com o HS-EAST a maioria dos idosos se apresentaram em risco para violência (202; 62,7%) na PB e PE (96;60,4), conforme a CTS-1 a maioria dos idosos vivenciam a argumentação entre os conflitos intrafamiliares (167; 51,7%) na PB, e não há argumentação entre aqueles de PE (120;77,4%), a maioria vivenciou agressão verbal (178; 55,1%) na PB e no estado de PE não foi vivenciado (99; 64,3%). Em ambos os estados os idosos não experienciou a violência física, na PB 88,5% (n=286) e em PE 95,5% (n=148).

Tabela 1. Distribuição da frequência relativa e frequência absoluta das situações de violência entre os idosos (2019 – 2020). João Pessoa; Paraíba; Brasil; 2023

Variáveis	PB (2019 – 2020) n (%)	PE (2016 – 2017) n (%)
Risco de violência (HS-EAST)*		
Com risco para violência	202 (62,7)	96 (60,4)
Sem risco para violência	120 (37,3)	63 (39,6)
Argumentação (CTS-1)†		
Com argumentação entre conflitos intrafamiliares	167 (51,7)	35 (22,0)
Sem argumentação entre conflitos intrafamiliares	156 (48,3)	120 (77,4)

Agressão verbal (CTS-1)†			
Vivenciou a agressão verbal	178 (55,1)	55 (34,6)	
Não vivenciou a agressão verbal	145 (44,9)	99 (64,3)	
Agressão física (CTS-1)†			
Vivenciou agressão física	37 (11,5)	7 (4,4)	
Não vivenciou a agressão física	286 (88,5)	148 (95,5)	
Total	322 (100)	159 (100)	

*HS-EAST - Hwalek-Sengstock *Elder Abuse Screening Test*; †CTS-1 - *Conflict Tactics Scale*

Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.

Para amostra da PB a média total dos 15 itens da H-S/EAST foi de 4,22 (DP= 8,3) e variância de 68,9. Entre todos os itens do instrumento o $\alpha = 0,08$, sendo então considerado com consistência muito baixa, assim como entre todos os domínios da escala ($\alpha \leq 30$). Na amostra de idosos de PE a média dos itens foi de 3,35 (DP=2,24) e variância de 5,03, entre todos os itens do instrumento o $\alpha = 0,57$ considerado baixo, assim como entre todos os domínios da escala ($\alpha \leq 0,42$). A variação do coeficiente entre as duas amostras coletadas indica instabilidade do instrumento em análise.

Tabela 2 - Escores médios do H-S/EAST* e desvio padrão (DP) para os itens individuais, correlação total entre os itens corrigida, consistência interna (α de Cronbach) por domínio e total. João Pessoa; Paraíba; Brasil; 2023

Itens da H-S/EAST	PB (2019 – 2020)			PE (2016 – 2017)		
	Média (DP)	Correlação item-total corrigida	α^{\ddagger} (item deletado)	Média (DP)	Correlação item-total corrigida	α^{\ddagger} (item deletado)
Abuso potencial						
Q [§] .2 – O(a) senhor está ajudando a sustentar alguém?	0,54 (0,49)	0,10	0,20	0,41 (0,49)	0,06	0,47
Q [§] .5 - V/S [¶] é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?	0,31 (0,46)	0,02	0,03	0,29 (0,45)	0,25	0,35
Q [§] .7 - V/S [¶] sente que ninguém quer V/S [¶] por perto?	0,48 (5,52)	0,03	0,46	0,09 (0,29)	0,35	0,33
Q [§] .8 - Alguém da sua família bebe muito?	0,42 (0,49)	-0,00	0,04	0,40 (0,49)	0,10	0,45
Q [§] .12 - V/S [¶] confia na maioria das pessoas da sua família?	0,19 (0,39)	0,19	0,01	0,25 (0,43)	0,23	0,36

Q§.13 - Alguém lhe diz que V/S ^{II} causa muitos problemas?	0,14 (0,350)	0,04	0,03	0,09 (0,28)	0,27	0,36
Q§.14 - Em casa, V/S ^{II} tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer? α^{\ddagger} (domínio)	0,06 (0,23)	0,02	0,03	0,09 (0,29)	0,22	0,38
Violação dos direitos pessoais ou abuso direto		0,04			0,42	
Q§.4 - Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como V/S ^{II} deve viver ou onde deve morar?	0,53 (5,52)	0,17	0,36	0,19 (0,39)	0,03	0,40
Q§.9 - Alguém da sua família obriga V/S ^{II} a ficar na cama ou lhe diz que V/S ^{II} está doente quando V/S ^{II} sabe que não está?	0,08 (0,27)	0,21	0,04	0,03 (0,17)	0,26	0,25
Q§.10 - Alguém já obrigou V/S ^{II} a fazer coisas que V/S ^{II} não queria fazer?	0,09 (0,39)	0,21	0,04	0,06 (0,23)	0,22	0,25
Q§.11 - Alguém já pegou coisas que pertencem a V/S ^{II} sem o seu consentimento?	0,33 (0,47)	0,10	0,05	0,31 (0,46)	0,23	0,20
Q§.15 - Alguém próximo a V/S ^{II} tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente? α^{\ddagger} (domínio)	0,13 (0,33)	0,01	0,07	0,09 (0,29)	0,17	0,26
Característica de vulnerabilidade		0,06			0,32	
Q§.1 - V/S ^{II} tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico?	0,10 (0,30)	-0,01	0,15	0,23 (0,42)	-0,08	0,27

Q§.3 - V/S [¶] muitas vezes se sente triste ou só?	0,49 (0,77)	0,10	-0,16	0,50 (0,50)	0,12	-0,28
Q§.6 - V/S [¶] é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?	0,33 (0,47)	0,05	0,05	0,30 (0,46)	0,04	-0,00
α^{\ddagger} (domínio)		0,10			0,05	
Alfa geral da escala		0,08			0,57	

*HS-EAST - Hwalek-Sengstock *Elder Abuse Screening Test*; †DP - Desvio Padrão; α - α de Cronbach; §Q - Questão; ||V/S - Você/Senhor.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020

Os 18 itens da CTS-1 estão apresentados na tabela 3, assim como a média, desvio padrão a correlação corrigida entre os itens e o α de Cronbach (deletado). A escala apresentou confiabilidade alta ($\alpha = 0,81$), com média de 3,45 (DP = 3,9) e variância de 15,3; a confiabilidade entre os domínios variou entre moderada e alta para amostra da PB. Dados semelhantes podem ser observados entre a amostra coletada em PE na qual a média foi de 1,92 (DP=3,24), variância de 10,53 e alta confiabilidade ($\alpha = 0,81$).

Tabela 3 - Escores médios do CTS-1* e desvio padrão (DP)† para os itens individuais, correlação total entre os itens corrigida, consistência interna (α de Cronbach) por domínio e total. João Pessoa; Paraíba; Brasil; 2023

Q§.4 - Xingou ou insultou	0,41 (0,68)	0,62	0,73	0,29 (0,60)	0,66	0,80
Q§.5 - Ficou emburrado. Não falou mais do assunto	0,51 (0,69)	0,68	0,71	0,32 (0,65)	0,68	0,79
Q§.6 - Retirou-se do quarto, da casa ou da área	0,40 (0,64)	0,60	0,73	0,22 (0,57)	0,73	0,78
Q§.7 - Fez ou disse coisas só para irritar	0,53 (0,73)	0,65	0,72	0,40 (0,71)	0,72	0,79
Q§.8 - Ameaçou bater ou jogar coisas nele(a) ou em você	0,14 (0,39)	0,32	0,79	0,09 (0,38)	0,48	0,83
Q§.9 - Destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos	0,09 (0,32)	0,35	0,79	0,06 (0,31)	0,49	0,84
α^{\ddagger} (domínio)	0,77				0,83	
Agressão física						
Q§.10 - Jogou coisas sobre ele/ela/(você)	0,02 (0,19)	0,68	0,81	0,01 (0,11)	0,44	0,63
Q§.11 - Empurrou ou agarrou ele(a) ou você	0,03 (0,18)	0,62	0,82	0,04 (0,22)	0,39	0,66
Q§.12 - Deu tapa ou bofetada nele(a) ou em você	0,02 (0,15)	0,62	0,82	0,03 (0,19)	0,51	0,61
Q§.13 - Chutou, mordeu ou deu murro nele(a) ou em você	0,01 (0,11)	0,24	0,85	0,01 (0,08)	0,36	0,66
Q§.14 - Bateu ou tentou bater nele(a) ou em você com objetos	0,04 (0,20)	0,63	0,82	0,01 (0,11)	0,54	0,62
Q§.15 - Espancou-o(a) ou você	0,03 (0,18)	0,54	0,83	0,00 (0,00)	0,00	0,69
Q§.16 - Queimou-o(a); estrangulou ou sufocou-o ou você	0,03 (0,19)	0,55	0,83	0,01 (0,08)	0,36	0,66
Q§.17 - Ameaçou-o(a) ou você com faca ou arma	0,07 (0,27)	0,53	0,84	0,03 (0,22)	0,52	0,61
Q§.18 - Usou faca ou arma contra ele(a) ou você	0,03 (0,19)	0,66	0,81	0,00 (0,00)	0,00	0,63
α^{\ddagger} (domínio)	0,84				0,67	

Alfa geral da escala	0,81	0,81
*CTS-1 - <i>Conflict Tactics Scale</i> ; †DP - Desvio Padrão; ‡ α - α de Cronbach; §Q - Questão		

Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.

DISCUSSÃO

A elaboração de um instrumento de medida na área da saúde envolve a utilização de modelos teóricos para construção metodológica. A Teoria Clássica dos Testes (TCT) se propõe a mensurar o escore total de um traço latente (ou construto). Esses traços são medidos por medidas de tendência central e de dispersão. Já a Teoria de Resposta ao Item (TRI) tem seu suporte estatístico na curva característica do item de forma que não se propõe a determinar um escore total, e sim o relacionamento entre todos os itens para indicação do construto⁽²⁾.

As duas teorias não são antagônicas em sua utilização psicométrica, entretanto a TCT é a pioneira e a TRI surge com maior complexidade do ponto de vista matemático⁽²⁾. Independente da adoção do modelo teórico, no momento de elaboração de um instrumento ou a adaptação transcultural é necessário que o pesquisador consiga responder à questão: quão válido e quão preciso aquele instrumento é para mensurar o construto proposto? As medidas de validade são determinadas por estudos de validação e a sua confiança por estudos de confiabilidade; o escopo do presente estudo concentrou-se em discutir a fidedignidade entre os itens dos instrumentos direcionados a mensurar a VCPI.

A confiabilidade de um teste é uma condição de verificação da sua qualidade, ele indica o quanto ele é capaz de ser consistente em expressar o traço sem erros significativos ou com grandes diferenças de correlação⁽²⁴⁾. Existem cinco classificações gerais para estimativa da confiabilidade de um instrumento, genericamente ele classifica-se em dois grandes grupos, os testes de estabilidade (teste reteste e formas paralelas) e os testes de fidedignidade (consistência interna, entre avaliadores e duas metades).

O coeficiente de consistência interna é estimado mais popularmente pelo α de Cronbach, no qual pressupõe que a estimativa interna é classificada pela variabilidade dos itens de um mesmo teste. A estimativa varia entre 0 e 1 no coeficiente de correlação, em que, quanto mais próximo de 1 mais precisa é a fidelidade do instrumento e uniforme são seus itens⁽²⁵⁾.

Entre os dois instrumentos utilizados para determinação da VCPI a estimativa do α de Cronbach⁽²³⁾ o H-S/EAST apresentou-se muito baixa sua consistência interna ($\alpha =$

0,08) na amostra da PB e baixo entre a amostra de idosos da PE ($\alpha = 0,57$), b alta consistência entre as duas amostras populacionais CTS-1 ($\alpha = 0,81$).

Dentre estes, apenas o H-S/EAST e CTS-1 efetuaram a validação dos seus itens ao realizar a adaptação transcultural para o cenário Brasileiro⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. As equivalências que relacionadas a adaptações transculturais envolve a semântica, conceitual, operacional e funcional, a equivalência de mensuração em alguns estudos não é aderida na fase de adaptação, sendo classificada como medida de validade psicométrica, sendo executada então, em etapa subsequente⁽²⁶⁾.

O H-S/EAST foi desenvolvido originalmente nos Estados Unidos com a finalidade de realizar triagem de sinais sugestivos de abuso na pessoa idosa por meio de 15 questões que receberam validação de conteúdo e distribuídas em três dimensões: abuso potencial, violação dos direitos pessoais ou abuso direto e característica de vulnerabilidade. O escore de risco é determinado pela pontuação de 3 ou mais, os itens 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13 e 15 pontua-se 1 para cada resposta afirmativa, os demais, itens, o escore de pontuação é atribuído às respostas negativas⁽²⁷⁾.

O resultado da confiabilidade interna do instrumento primário foi de $\alpha = 0,29$ e corrobora o achado do presente estudo, indicando baixa confiabilidade e o instrumento é frágil para conceituação determinação do conceito da VCPI. Por seus dados serem heterogêneos, os autores relacionam essa característica as múltiplas facetas do abuso, sendo então difícil a determinação de um traço homogêneo. Na adaptação transcultural do instrumento, a confiabilidade interna foi determinada pelo coeficiente de confiabilidade de Kuder-Richardson (kr20)⁽¹⁷⁾.

Para uso no Brasil, considerando o kr20 como medida de confiabilidade interna, o H-S/EAST apresenta boa confiabilidade ($kr20=0,64$) para uso de seus itens em conjunto, porém entre as dimensões a consistência diminui, $kr20=0,53$ no abuso potencial, $kr20=0,49$ na dimensão de violação dos direitos pessoais ou abuso direto e $kr20=0,49$ nas características de vulnerabilidade⁽¹⁷⁾. Já a versão persa o instrumento apresentou moderada confiabilidade interna ($\alpha=0,741$)⁽²⁸⁾. Apesar da instabilidade nas características de precisão o referido instrumento tem sido utilizado no Brasil⁽²⁹⁾ e em outros países⁽³⁰⁾.

Em sua primeira versão proposta, a CTS-1, foi elaborada no final da década de 70 com a finalidade de identificar as estratégias utilizadas para resolver conflitos intrafamiliares e por sua vez identificar casos de violência física e psicológica autorrelatadas. O instrumento não foi validado em sua primeira versão com pessoas

idosas, mas entre relações intrafamiliares (casais, pais e filhos e entre irmãos); em sua versão final constam 19 itens, que receberam validação de conteúdo e construto, com alta fidelidade ($\alpha= 0,88$)⁽³⁰⁾.

A adaptação transcultural para o Brasil foi realizada em 2003 também foi aplicada com casais, no qual identificou α de 0,70 entre as dimensões de violência física e verbal e de 0,34 a 0,38 entre a faceta de argumentação⁽¹⁸⁾. Apesar da utilização em outro grupo populacional da adaptação os dados apresentaram-se semelhantes, com alta consistência interna.

Embora cada um dos instrumentos apresente fragilidades que devem ser levadas em consideração no momento da sua escolha para classificação da VCPI é importante considerar a carência de instrumentos e escalas de medidas elaboradas para o contexto e situação social brasileira assim como a adaptação destes que inclua todas as dimensões tipológicas que envolve o fenômeno da VCPI

Assim, destaca-se enquanto limitação do estudo o déficit de instrumentos válidos e confiáveis para mensuração da VCPI, dificultando a compreensão precisa do fenômeno na pessoa idosa; por outro lado, o estudo direciona pesquisadores, enfermeiros, profissionais de saúde e a comunidade científica a necessidade de instrumentalização adequada considerando as particularidades da VCPI.

CONCLUSÕES

O H-S/EAST obteve baixa consistência interna para determinação do risco para violência entre idosos hospitalizados e comunitários uma vez que apresentou divergentes valores para o coeficiente Alfa de Cronbach, sendo então considerado instável. Embora o CTS-1 não tenha sido planejado para dimensionar situações de VCPI, o instrumento apresentou estabilidade quando aplicado entre os dois grupos estudados com alta confiabilidade interna.

Os achados do presente estudo apontam para a necessidade de desenvolvimento de estudos de construção, validação e/ou adaptação transcultural de instrumentos que ofereçam suporte para a enfermagem e demais profissionais da saúde, na determinação de situações de violência contra pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Pasquali L. Psychometrics. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2009 Dec [cited Sep 5, 2020]; 43 (spe): 992-999. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>

2. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. 5^aed. Petrópolis: Editora Vozes; 2019.
3. Borges RB, Leotti VB, Mancuso ACB, Castro SMJ, Hirakata VN, Camey SA. Statistical misconceptions: questions you've always wanted to ask, but never dared. *Clinical & Biomedical Research* [Internet] 2020 Jan [cited Sep 22, 2020]; 40(1):63-70. Available from: <https://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/101299>
4. Oliveira F, Kuznier TP, Souza CC, Chianca TCM. Theoretical and methodological aspects for the cultural adaptation and validation of instruments in nursing. *Texto contexto - enferm.* 2018 May 28; 27(2): e4900016. doi: 10.1590/0104-070720180004900016.
5. World Health Organization [internet]. Elder abuse; 2020 [cited Sep 23, 2020] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
6. World Health Organization. World Report on Violence and Health. Geneve: Who; 2002.
7. Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Moleras-Serra A, Pujol-Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health.* 2018 Jan 22;18(1):167. doi: 10.1186/s12889-018-5067-8.
8. Santos MAB, Moreira RS, Faccio PF, Gomes GC, Silva VL. Factors associated with elder abuse: a systematic review of the literature. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020 Jun 3; 25(6): 2153-2175. doi: 10.1590/1413-81232020256.25112018.
9. Neuberg M, Meštrović T, Ribić R, Šubarić M, Canjuga I, Kozina G. Contrasting Vantage Points between Caregivers and Residents on the Perception of Elder Abuse and Neglect During Long-Term Care. *Psychiatr Danub.* [Internet]. 2019 Sep [cited Sep 22, 2002]; 31(Suppl 3): 345-353. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31488751/>
10. Alexa ID, Ilie AC, Pislaru AI, Dronic A, Gavrilovici O, Alexa-Stratulat T, et al. Elder abuse and associated factors in eastern romania. *Psychogeriatrics.* 2020 Mar; 20(2): 96-205. doi: 10.1111/psych.12488
11. Piri N, Tanjani PT, Khodkarim S, Etemad K. Domestic elder abuse and associated factors in elderly women in Tehran, Iran. *Epidemiol Health* [Internet]. 2018 Nov 10 [cited Jun 2, 2020]; 40: e2018055. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30428642/>
12. Machado DR, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML. Violence perpetrated against the elderly and health-related quality of life: a populational study in the city of São Paulo, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020 Mar 6; 25(3): 1119-1128. doi: 10.1590/1413-81232020253.19232018
13. Bezerra PCL, Sampaio CA. Prevalence of violence and factors associated in elderly health units in a capital of the western Amazon. *REAS.* 2020 Mai 29; 12(8): e3434. doi: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e3434.2020>

14. Andrade FMD, Ribeiro AP, Bernal RTI, Machado IE, Malta DC. Profile of care for violence against the elderly in urgency and emergency services: VIVA analysis Survey 2017. *Rev. bras. epidemiol.* 2020 Jul 3; 23(Suppl 1): e200008. doi: 10.1590/1980-549720200008.supl.1
15. Storey JE. Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and violent behavior.* 2020 Feb; 50: 101339. doi: 10.1016/j.avb.2019.101339
16. Yi Q, Honda J, Hohashi N. Development and Validity Testing of an Assessment Tool for Domestic Elder Abuse. *J Nurs Res.* 2019 Apr;27(2): e12. doi: 10.1097/jnr.0000000000000278.
17. Reichenheim ME, Paixão Jr. CM, Moraes CL. Portuguese (Brazil) cross-cultural adaptation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) used to identify risk of violence against the elderly. *Cad. Saúde Pública.* 2008 Aug; 24(8): 1801-1813. doi: 10.1590/S0102-311X2008000800009.
18. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Cross-cultural adaptation of the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1) used to assess marital violence: semantic and measurement equivalence. *Cad. Saúde Pública.* 2003 Aug; 19(4): 1083-1093. doi: 10.1590/S0102-311X2003000400030.
19. Antequera IG, Lopes MCBT, Batista REA, Campanharo CRV, Costa PCP, Okuno MFP. Rastreamento de violência contra pessoas idosas: associação com estresse percebido e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. *Esc. Anna. Nery* 25 (2), 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0167>
20. Dos Santos RC, Menezes RMP, Souto RQ, de Araújo GKN, Marcolino EC, Soares MCDS, Almeida JLS. Frailty Syndrome: A Risk Factor Associated With Violence in Older Adults. *J Forensic Nurs.* 2020 Jul/Sep;16(3):130-137. doi: 10.1097/JFN.0000000000000295. PMID: 32840339.
21. Paiva MM, Tavares DMS. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. *Rev. Bras. Enferm.* 68 (6), Nov-Dec 2015. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680606i>
22. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2017 Sep; 26(3):649-659. doi:10.5123/s1679-49742017000300022.
23. Viladrich C, Angulo-brunet A, Doval E. Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *Anal. Psicol.* 2017 Oct; 33(3): 755-782. doi: 10.6018/analesps.33.3.268401
24. Cheng A, Kessler D, Mackinnon R, Chang TP, Nadkarni VM, et al. Reporting guidelines for health care simulation research: extensions to the CONSORT and STROBE statements. *Simul Healthcare.* 2016;11(4):238-48.

25. Bujang MA, Omar ED, Baharum NA. A Review on Sample Size Determination for Cronbach's Alpha Test: A Simple Guide for Researchers. *Malays J Med Sci.* 2018 Nov; 25(6):85-99. doi: 10.21315/mjms2018.25.6.9.
26. Machado RS, Fernandes ADBF, Oliveira ALCB, Soares LS, Gouveia MTO, Silva GRF. Cross-cultural adaptation methods of instruments in the nursing area. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2018 Jul 2; 39: e2017-0164. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0164.
27. Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Sengstock MC, Stahl C. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Journal of Applied Gerontology.* 1991 Dec 1;10(4):406-418. doi:10.1177/073346489101000403
28. Aminalroaya R, Alizadeh-Khoei M, Hormozi S, Sharifi F, Taati F. Screening for elder abuse in geriatric outpatients: reliability and validity of the Iranian version Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST). *J Elder Abuse Negl.* 2020 Feb;32(1):84-96. doi: 10.1080/08946566.2020.1719564.
29. Santos RC, Menezes RMP, Araújo GKN, Marcolino EC, Xavier AG, Gonçalves RG et al. Frailty syndrome and associated factors in the elderly in emergency care. *Acta paul. enferm.* 2020 Jun 10; 33: eAPE20190159. doi: 10.37689/acta-ape/2020ao0159.
30. Straus, MA. Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and Family.* 1979 Feb; 41(1): 75-88. doi:10.2307/351733.

4.3. ARTIGO 03: ANÁLISE DO CONCEITO

VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA: ANÁLISE CONCEITUAL

RESUMO

Objetivo: analisar o conceito de violência contra pessoa idosa e identificar respectivos antecedentes, atributos e consequentes do conceito. **Métodos:** trata-se de uma análise do conceito de acordo com a proposição de Walker e Avant. A busca pelo conceito foi mediada por uma revisão integrativa nas bases: LILACS, PubMed, CINAHL, Web Of Sience e BDENF. **Resultados:** como antecedentes, destacam-se: sexo feminino, membro da família, baixo apoio social e baixa renda ou condições socioeconômicas. Os atributos foram: ameaças e/ou intimidações, uso intencional da força física, usar recursos sem sua autorização, atividade sexual indesejada, ofertar baixa quantidade de nutrientes insuficientes ao idoso e não atendimento as necessidades afetivas/emocionais do idoso. Com relação aos consequentes: transtornos psicológicos, dependência do agressor, ambiente de insegurança e danos/perda dos direitos humanos ou a dignidade humana.

Considerações Finais: o fenômeno em discussão é amplo e multifacetado sugere ampliação de estudos relacionados à temática a fim de explorá-la minunciosamente.

Descritores: Idoso; Violência; Abuso de Idosos; Exposição à Violência; Formação de Conceito.

Descriptors: Aged; Violence; Elder Abuse; Exposure to Violence; Concept Formation.

Descriptores: Anciano; Violencia; Abuso de Ancianos; Exposición a la Violencia; Formación de Concepto.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional aumenta de forma acelerada no decorrer dos anos em virtude da queda nos indicadores de natalidade e fecundidade associado ao aumento da expectativa de vida da população em geral. Ao envelhecer, o indivíduo experimenta alterações comportamentais, físicas, psicológicas, cognitivas e sociais de caráter fisiológico, mas que apresentam potencial para surgimento de comorbidades que podem resultar em fragilidade, perda da autonomia e dependência física, tornando-o assim, exposto a vivenciar situações de violência⁽¹⁾.

Embora seja um fenômeno mundial, a síntese de dados quantitativos sobre a ocorrência de violência contra pessoa idosa (VCPI) são raros principalmente em países

de média e baixa renda. O The Lancet Global Health publicou em metanálise que aproximadamente um a cada seis idosos sofrem algum tipo de violência, distribuídos com prevalência geral de 15,7%, 11,6% relacionado a violência psicológica, 6,8% abuso financeiro, 4,2% violência do tipo negligência, 2,6% de violência física e 0,9% a sexual⁽²⁾. Considerando a variabilidade regional do Brasil, no Nordeste a violência física é considerada a mais prevalente (28,0%), seguida da negligência e abandono (17,3%)⁽³⁾, entretanto em estudo desenvolvido com notificações geradas pelo disque 100 a negligência foi a mais predominante (37%), seguido da psicológica (27%) e financeira (20,3%), a violência sexual apresentou baixo quantitativo de notificações (0,3%)⁽⁴⁾.

A sua definição é genericamente definida por qualquer ato propositado ou não, que gere agravos e sofrimento a pessoa idosa, tendo como consequências a queda na qualidade de vida, o aumento do risco de adoecimento físico e emocional, além da própria suscetibilidade a enfrentar os mais variados tipos de violência⁽⁵⁾, sendo considerada então problema de saúde pública que atinge qualquer idoso, independente de classe social, etnia ou religião.

Ao observar a dimensão do fenômeno na VCPI é possível perceber seu caráter multifacetado e multidimensional, além dos diversos desdobramentos sociais e individuais causados como consequência da sua ocorrência⁽⁶⁾. Conceituá-lo se torna então uma tarefa complexa e abstrata, uma vez que a definição da VCPI é pouco esclarecedora em vista da amplitude e a relação do fenômeno com características culturais, religiosas e regionais⁽⁷⁾. É então vital que o conceito seja mais bem explorado em busca de compreender quais são as suas características definidoras, antecedentes e as consequências que incide na população idosa.

A elaboração de conceitos pode ser considerada a base do conhecimento e do desenvolvimento científico para construção de modelos teóricos que versam a definição de campos de atuação, métodos e objetos de estudo de forma mais clara⁽⁸⁾. Podem também representar a realidade abstrata de experiências cognitivas⁽⁹⁾.

A realização de análises do conceito é considerada extremamente útil para desvelar fenômenos e pode ser executada por diversos métodos, entretanto, na enfermagem o modelo proposto por Walker e Avant é amplamente veiculado⁽⁹⁾. O referido modelo tem por finalidade fortalecer base teórica no tocante ao objeto de estudo, confere ainda subsídio para elaboração de instrumentos psicométricos por meio da lista de atributos definidores (características que definem o objeto de estudo), antecedentes

(eventos ou incidentes que acontecem antes da ocorrência do fenômeno) e consequentes (são resultados da ocorrência do conceito)⁽⁸⁾.

O presente estudo foi idealizado mediante a questão: quais os atributos essenciais, antecedentes e consequentes que esclarecem a definição da violência contra pessoa idosa de acordo com o método de Walker e Avant?

OBJETIVO

Analizar o conceito de violência contra pessoa idosa e identificar respectivos antecedentes, atributos e consequentes do conceito.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo dispensa apreciação de comitê de ética para sua execução, tendo em vista que utilizou a literatura a disponibilizada em bases de dados, não envolvendo seres humanos de forma direta ou indireta.

Referencial teórico-metodológico

O referencial teórico-metodológico utilizado foi o modelo de análise de conceito proposto por Walker e Avant. O modelo possui oito etapas interativas: seleção do conceito; delineamento dos objetivos da análise; identificação dos possíveis usos do conceito; determinação dos atributos essenciais; identificação do caso modelo; identificação do caso contrário; identificação dos antecedentes e consequentes do conceito; definição das referências empíricas do conceito estudado⁽⁸⁾.

A explicação para ocorrência da violência precisa ser observada por diversas facetas, pois não existe um único fator que explique ações e relações violentas, desta vista, justifica-se o uso do modelo ecológico proposto por Bronfenbrenner em 1975 para categorização dos dados relacionados aos antecedentes e consequentes da VCPI, pois além de fornecer melhor compreensão do fenômeno, ele subsidia a identificação relações entre as dimensões individual (fatores pessoais percebidos no comportamento), relacional (relações sociais próximas), comunitária (contextos comunitários) e social (fatores sociais mais amplos)⁽¹⁰⁾.

Tipo de estudo

Estudo do tipo análise do conceito, cujo propósito é distinguir, refinar as ambiguidades e clarificar conceitos. O método permite analisar a estrutura e função dos seus elementos básicos do conceito “violência contra pessoa idosa”.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O estudo foi realizado por pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Forense (GEPEFO), vinculado a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como etapa inicial da construção e validação de uma escala para rastreio de violência contra pessoa idosa, produto de tese da autora principal do presente estudo. Analisar o conceito é essencial para que instrumentos sejam aplicáveis na prática assistencial, tendo em vista a clarificação do conceito oportuniza maior precisão na identificação do fenômeno na população idosa.

Coleta e organização dos dados

Na primeira etapa selecionou o conceito “violência contra pessoa idosa”, possibilitando a ampliação da compreensão do profissional diante a situação de violência ou risco para violência e na segunda etapa definiu o objetivo descrito na seção Objetivos. Na terceira etapa, foi realizada uma busca minuciosa para identificar na literatura o uso do conceito. Para tal, realizou-se as seis etapas da revisão integrativa ⁽¹¹⁾.

Os dados foram oriundos de uma pergunta de pesquisa elaborada de acordo com mnemônico PCC, em que P (paciente) – pessoa idosa, C (conceito) – conceito de violência contra pessoa idosa e C (contexto) – atributos, antecedentes e consequentes da violência contra pessoa idosa. Quais os conceitos apresentados na literatura para definição da violência contra pessoa idosa? Quais os atributos, antecedentes e consequentes do fenômeno?

Foram incluídos estudos publicados entre os anos 2012 e 2022, desenvolvidos com temática relacionada a pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, escrito em português, inglês e espanhol disponíveis na íntegra em meio eletrônico. Foram excluídos documentos classificados como literatura cinzenta (editoriais, boletins informativos, notícias, teses e dissertações) e duplicados.

A busca foi desenvolvida nas bases de dados Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), BDENF, MEDLINE via PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Web Of Science, utilizando os

descritores: “Aged”, “Exposure to violence”, “Elder Abuse”. Os descritores selecionados serão combinados por meio de operadores booleanos a fim de viabilizar o resgate dos documentos, sendo então a combinação geral adotada: “Aged” AND “Exposure to violence” OR “Elder Abuse”.

Foram identificados inicialmente 14.478 documentos entre os anos 2012 e 2022 que foram exportados para o software Rayyan a fim de sistematizar a seleção da amostra e coleta. O software viabiliza a identificação de manuscritos duplicados e a formação de categorias de inclusão e exclusão, esses recursos foram utilizados por dois pesquisadores e as divergências discutidas e entradas em consenso. A seleção dos estudos foi determinada de acordo com o fluxograma apresentado na Figura 1.

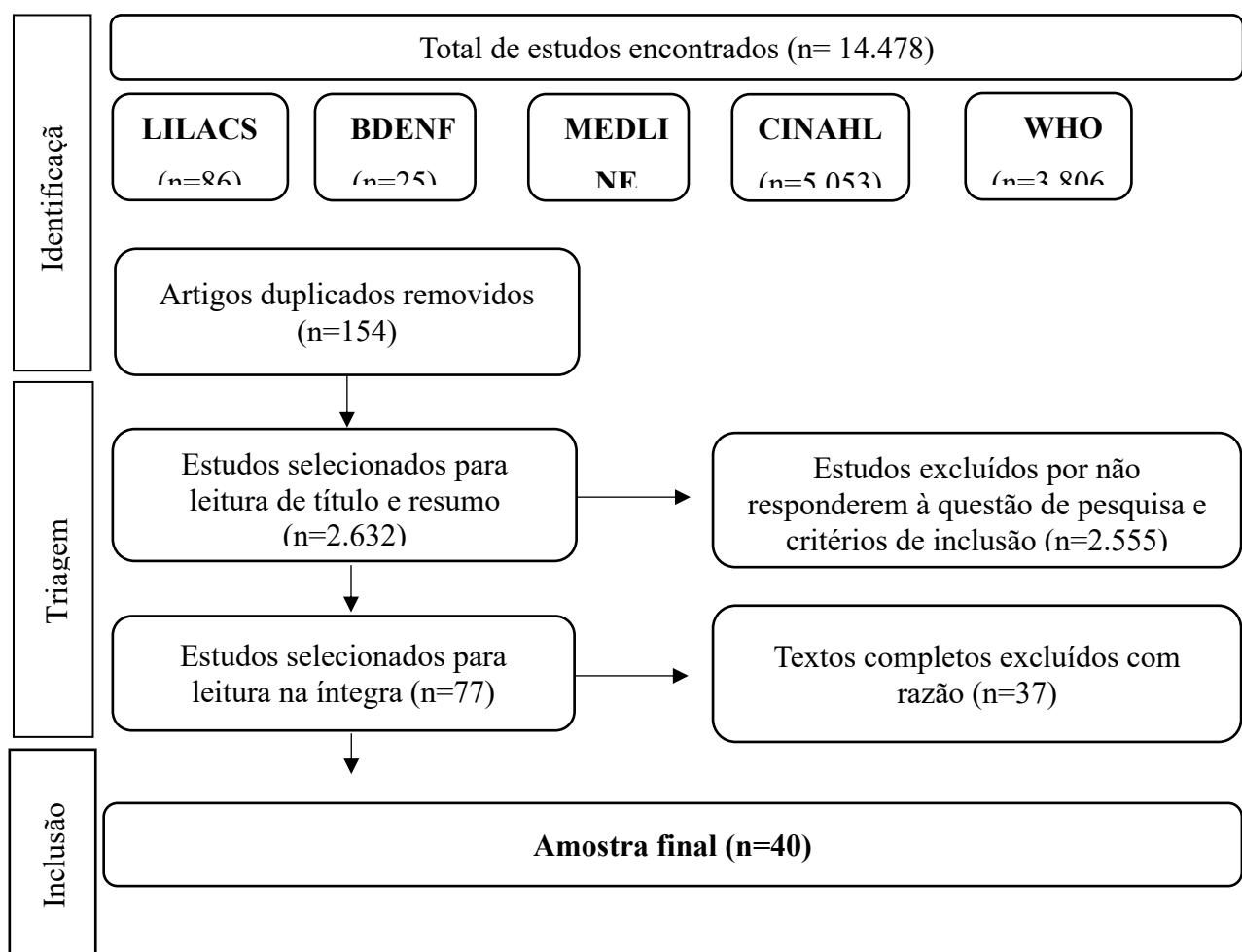


Figura 1- Fluxograma de seleção dos estudos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2022.

Análise dos dados

A revisão integrativa permitiu pesquisar, avaliar e selecionar estudos. Os manuscritos foram lidos na íntegra e após leitura acurada foram retirados fragmentos de

texto, contendo expressões ou palavras relacionadas aos atributos, eventos antecedentes e consequentes da violência contra pessoa idosa.

Os manuscritos selecionados para compor a amostra foram categorizados em planilha com o protocolo estabelecido para coleta de dados no *Microsoft Excel* contendo as variáveis título, ano, desenho do estudo, conceito determinado de VCPI, antecedentes, atributos e consequentes.

A extração de trechos dos manuscritos para compor os antecedentes se deu por meio da pergunta “que eventos ou incidentes devem ocorrer ou existir antes da ocorrência do fenômeno VCPI?”, os atributos (“quais são as características que expressam a essência da VCPI?”) e os consequentes (“ que eventos ou incidentes ocorrem como resultado da VCPI?”).

Os antecedentes e consequentes foram analisados à luz do Modelo Ecológico no qual classifica a violência em quatro dimensões de risco: dimensão individual, relacional, comunitária e social⁽¹⁰⁾; e os atributos foram classificados de acordo com a tipificação da VCPI.

Apenas na última etapa, foi utilizado o IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) para determinar as referências empíricas do conceito analisado. O conteúdo proveniente do conceito da violência foi extraído dos manuscritos, transformado em corpus textual e analisado por meio da análise de similitude. A ferramenta oferece como resultado uma árvore máxima que possibilita a visualização dos termos com mais ênfase, indicando as aproximações e distanciamentos, assim como as suas respectivas ramificações, representando as relações entre os termos, pela espessura da linha de conectividade.

Durante a execução da revisão integrativa é recomendado a determinação do nível de evidência das pesquisas incluídas na amostra com a finalidade de determinar a confiabilidade dos estudos incluídos, dessa forma, foi considerado estudos com nível de evidência NE I, aqueles oriundos de revisões sistemáticas com metanálise e estudos provenientes de ensaios clínicos randomizados; NE II ensaios randomizados ou experimentais.; NE III ensaios clínicos sem randomização, estudos experimentais com seleção não aleatória de sujeitos; NE IV estudos de coorte ou caso controle; NE V revisão sistemática qualitativa ou revisões de síntese de evidências; NE VI estudos descritivos ou qualitativos; NE VII estudos de opinião⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Compôs a amostra 40 documentos extraídos da literatura nacional e internacional, classificados predominantemente com nível de evidência IV (n=11), estudos descritivos ou qualitativos, conforme o quadro 1.

Quadro 1- Classificação dos artigos incluídos na análise do conceito sobre violência contra pessoa idosa. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2022.

Autor	Título (no idioma)	Ano	Tipo de estudo/ Nível de Evidência
Li; Dong ⁽¹²⁾	Elder abuse and cognitive function among community-Dwelling older adults: Does abuse history matter?	2022	Transversal V
Ludvigsson et al. ⁽¹³⁾	Experiences of elder abuse: a qualitative study among victims in Sweden	2022	Transversal V
Dominguez; Storey; Glorney ⁽¹⁴⁾	Characterizing Elder Abuse in the UK: A Description of Cases Reported to a National Helpline	2022	Transversal V
Weissberger et al. ⁽¹⁵⁾	Elder abuse in the COVID-19 era based on calls to the National Center on Elder Abuse resource line	2022	Transversal V
Souza et al. ⁽¹⁶⁾	Factors associated with the risk of violence against older adult women: a cross-sectional study	2021	Analítico IV
Botngård et al. ⁽¹⁷⁾	Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study	2021	Analítico IV
Alarcon et al. ⁽¹⁸⁾	Percepção do idoso acerca da violência vivida	2020	Descritivo VI
Meyer et al. ⁽¹⁹⁾	Violence against older women: A systematic review of qualitative literature	2020	Revisão Sistemática qualitativa V
Hazrati et al. ⁽²⁰⁾	Screening for domestic abuse and its relationship with demographic variables among elderly individuals referred to primary health care centers of Shiraz in 2018	2020	Analítico IV
Saghafi et al. ⁽²¹⁾	Examining the ethical challenges in managing elder abuse: a systematic review	2019	Revisão sistemática V
Santos et al. ⁽²²⁾	Abuso econômico-financeiro e patrimonial de idosos : um estudo documental	2019	Transversal V
Yon et al. ⁽²³⁾	The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis	2019	Revisão sistemática I

Neuberg et al. ⁽²⁴⁾	Contrasting vantage points between caregivers and residents on the perception of elder abuse and neglect during long-term care	2019	Transversal V
Jeon et al. ⁽²⁵⁾	Gender Differences in the Prevalence and Correlates of Elder Abuse in a Community-Dwelling Older Population in Korea	2019	Transversal V
Maia et al. ⁽²⁶⁾	A ocorrência da violência em idosos e seus fatores associados	2019	Transversal v
Santos et al. ⁽²⁷⁾	Financial-patrimonial elder abuse: an integrative review	2019	Revisão integrativa V
Rodrigues et al. ⁽²⁸⁾	Report of multiple abuse against older adults in three Brazilian cities	2019	Estudo longitudinal e retrospectivo IV
Joyce ⁽²⁹⁾	Prevalence and nature of resident-to-resident abuse incidents in Australian residential aged care	2019	Coorte retrospectivo IV
Mileski et al. ⁽³⁰⁾	Preventing The Abuse Of Residents With Dementia Or Alzheimer's Disease In The Long-Term Care Setting: A Systematic Review	2019	Revisão sistemática I
Burnes et al ⁽³¹⁾	Help-Seeking Among Victims of Elder Abuse : From the National Elder Mistreatment Study	2019	Transversal V
Naderi et al. ⁽³²⁾	Hospitalized elder abuse in Iran: a qualitative study	2019	Descritivo VI
Castro et al. ⁽³³⁾	Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares	2018	Analítico IV
Phelan ⁽³⁴⁾	The role of the nurse in detecting elder abuse and neglect: current perspectives	2018	Revisão Sistemática qualitativa V
Silva et al. ⁽³⁵⁾	Violência contra idosos: uma análise documental	2018	Analítico IV
Mahmoudian et al. ⁽³⁶⁾	The design and evaluation of psychometric properties for a questionnaire on elderly abuse by family caregivers among older adults on hemodialysis	2018	Analítico IV
Mawar et al. ⁽³⁷⁾	Association of Physical Problems and Depression with Elder Abuse in an Urban Community of North India	2018	Analítico
Gerino et al. ⁽³⁸⁾	Intimate Partner Violence in the Golden Age: Systematic Review of Risk and Protective Factors	2018	Revisão Sistemática I
Oliveira et al. ⁽³⁹⁾	Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção	2018	Descritivo VI
Friedman et al ⁽⁴⁰⁾	Association between Type of Residence and Clinical Signs of Neglect in Older Adults	2018	Analítico IV

Winck et al. ⁽⁴¹⁾	Percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família acerca das causas da violência contra a pessoa idosa	2018	Descritivo V
Cooper et al. ⁽⁴²⁾	Do care homes deliver person-centred care? A cross-sectional survey of staff-reported abusive and positive behaviours towards residents from the MARQUE (Managing Agitation and Raising Quality of Life) English national care home survey	2018	Analítico IV
Eslami et al. ⁽⁴³⁾	Lifetime abuse and perceived social support among the elderly: a study from seven European countries.	2017	Transversal V
Hirt et al. ⁽⁴⁴⁾	Representações sociais da violência contra mulheres rurais para um grupo de idosas	2017	Descritivo VI
McGarry et al. ⁽⁴⁵⁾	Older women, intimate partner violence and mental health: a consideration of the particular issues for health and healthcare practice	2017	Revisão Sistemática I
Rodrigues et al. ⁽⁴⁶⁾	Older adults abuse in three Brazilian cities.	2017	Estudo ecológico V
Pillemer et al. ⁽⁴⁷⁾	Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies	2016	Revisão de Escopo V
Lachs; Pillemer ⁽⁴⁸⁾	Elder Abuse	2015	Ensaios clínicos sem randomização III
Martins et al. ⁽⁴⁹⁾	Abuse and maltreatment in the elderly	2014	Transversal V
Hernandez-Tejada et al. ⁽⁵⁰⁾	The national elder mistreatment study: race and ethnicity findings	2013	Transversal V
Yaffe; Tazkarji ⁽⁵¹⁾	Understanding elder abuse in family practice.	2012	Estudos de Revisão V

O quadro 2 demonstra os antecedentes relacionados a VCPI organizados de acordo com o modelo ecológico, foram encontradas nove características individuais da pessoa idosa que o torna mais exposto a violência, oito características do domínio relações do modelo ecológico, uma característica classificada na dimensão comunidade e seis na dimensão social.

Quadro 2 - Antecedentes da análise do conceito classificado de acordo com o modelo ecológico. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2022.

Antecedentes	
Individuais	Idade avançada ^(17-19,20,22-25,33-36,43) , Sexo feminino ^(16-17,19,22,24-26,28-29,33-38,44-46) ; Baixa escolaridade ^(17,19,22,33,43-44) ; Solteiro e/ou viúvo ^(17,19,28,43) ; Casado ^(29,36) ; Limitações/Dependência física ^(17,19,20,22-24,26-27,30,34-35,38,40,43-44) , Alterações psicológicas e ou cognitivas ^(13,15-17,20,21,23,24,26,27,30,31,36,39) ; Condições de saúde crônica(s) e/ou agudas ^(19,22,25-26,34-35,38) ; Idosos dependentes financeiramente ^(19,22,25-26,34-35,38) ; Comportamento agressivo do idoso ^(28,31) .
Relações	Ambiente familiar conflituoso e/ou desestruturado ^(19,40,42,46) ; Mora com familiar (filho, neto) ^(17,19,28-29,36-37) ; Causada por membro da família ^(24,27-29,34-35,37-38,40,44) ; Sexo masculino ^(18,39) ; Relação de confiança com o perpetrador ^(34,37) ; Estresse e esgotamento do cuidador ^(18,22,25,27,30,43) ; Comprometimento cognitivo e ou psiquiátrico do cuidador ^(30,34,39) ; Abuso de álcool e/ou drogas do cuidador ^(36,38,42) ; Histórico de agressão ⁽³⁹⁾ ; Intergeracionalidade ^(19,44) .
Comunidade	Baixo apoio social ^(16,20,38,44) ; Isolamento social ^(16,44) .
Sociedade	Baixa renda ou condições socioeconômicas ^(23,25,35,37-38,43-44) ; Questões de gênero ^(29,34-35,44-46) ; Desemprego ⁽²³⁾ ; Dificuldade de acesso a serviços de proteção ^(16,28,45) ; Estereótipos negativos sobre o envelhecimento ^(35,52) ; Minoria Étnica ⁽³⁸⁾ ; Desconhecimento de direitos ⁽¹⁹⁾ .

Considerando que o perfil de ocorrência da VCPI é expresso por situações na qual o ato advém de um indivíduo (perpetrador) sobre uma pessoa (vítima), então, as suas características definidoras (atributos) podem ser expressas em qualquer relação da pessoa idosa observada entre os três últimos níveis do modelo ecológico (relações, comunidade e social), dessa forma, os atributos não foram categorizados de acordo com o modelo ecológico, conforme apresentado no quadro 3.

Quadro 3 – Atributos da análise do conceito classificado de acordo com o modelo ecológico. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2022.

Atributos	
Violência psicológica	Gritos ^(18,30,52) ; Xingamentos e/ou insultos ^(18,22,37,40) ; Comentários desagradáveis e humilhantes ^(18,22,30,36,46,52) ; Ameaças e/ou intimidações ^(18,27,30,36,39-40,46) ; Atos de

	desprezo ao idoso e/ou sua autonomia ^(18,27) ; Discussões verbais ^(18,27,42,52) ; Rejeição às crenças religiosas do idoso ⁽²⁷⁾ ; privação de direitos (liberdade) e decisões ^(22,27,34,36-37,40) e isolamento do idoso do seu convívio social ^(19,28,31,36,40) .
Violência Física	Uso intencional da força física ^(20,28,30,35-36,45,52) , que cause dor ou lesão ⁽¹⁷⁾ ; Arranhões ^(20,29) ; Tapas ⁽³⁹⁾ ; Empurrões ^(18,37,39,52) ; Queimaduras ⁽³⁷⁾ ; Beliscões ⁽¹⁸⁾ ; Espancamento ^(37,40,52) ; Chutes ^(18,37) ; Soco e ou golpe ⁽³⁹⁾ ; Lance e/ou quebra objetos ^(18,22,39,52) ; Agarrar ^(17,27) ; Bater/machucar ^(30,37-38,39) ; Puxar parte do corpo ^(18,39) .
Violência Financeira	Roubar recursos financeiros da pessoa idosa ^(18,44-45) ; Usar recursos sem sua autorização ^(18,23,36-38,40) ; Uso não autorizado da identidade do idoso para aquisição de bens ou outras finalidades ^(19,22,28,37-38) ; Restringir e/ou desconsiderar a autonomia financeira do idoso ^(18,25,36-37) ; Destruir pertences do idoso ⁽¹⁸⁾ .
Violência Sexual	Toque indesejado sobre a roupa ou abaixo dela ^(18,37,39) ; Assédio sexual ^(18,36-37,39) ; Exposição de partes do corpo do idoso ^(18,39) ; Penetração digital ⁽¹⁸⁾ ; Atividade sexual indesejada ^(18,36,40,45) ; Beijo indesejado ⁽³⁹⁾ ; Discussão indesejada sobre atos/atividade sexual ⁽¹⁸⁾ .
Negligência	Ofertar baixa quantidade de nutrientes insuficientes ao idoso ^(18,21,30,37,40-41) ; Omissão de cuidados com o idoso ^(18,22,28-29,31,36-37,40,52) ; Baixa qualidade de assistência entre idosos institucionalizados ou ignorar demanda do idoso ^(22,30-31,37,44) ; Oferta inadequada de medicamentos ^(18,22,41,52) ; atraso do horário de medicações ^(18,22,41) .
Abandono	Não atendimento as necessidades afetivas/emocionais do idoso ^(22,37) ; Desatenção ou falta de contato pessoal com o idoso ^(22,37-38) ; Ostracismo ⁽²⁷⁾ ; Idoso sente-se indesejado ^(22,28) ; Deserção governamental na oferta de socorro/proteção ao idoso ^(28,36,40) ; Insegurança social ⁽²⁸⁾ ; Cortes de assistência médica ^(27,37) ; Despreocupação com a segurança do idoso ⁽²²⁾ .

O quadro 4 demonstra os consequentes relacionados a VCPI organizados de acordo com o modelo ecológico, foram encontradas 12 consequentes individuais, três no domínio de relações, duas relacionadas a comunidade e quatro na sociedade.

Quadro 4- Consequentes da análise do conceito classificado de acordo com o modelo ecológico. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2022.

Consequentes

Individuais	Danos e/ou sofrimento ^(22-24,26,32-38,40,44) ; Transtornos psicológicos ^(16,18-19,22,26,29-31,34,36,39,44,46) ; Prejuízos físicos reversíveis ^(17-18,23,27,29,31,34,36,39-42) ; Prejuízos físicos irreversíveis ^(18,23,34,36,41,42) ; Tentativa de suicídio ^(18,33) ; Morte ^(18,29,36,39,42-43,45-46) ; Perda ou diminuição da autoestima e/ou autoconfiança ^(17,19,22,26,34,36) ; Diminuição na qualidade de vida ^(13,15,16,18,30,31) ; Abuso de álcool ⁽³⁴⁾ ; Infecção sexualmente transmissível ⁽³⁴⁾ ; Introspecção social ^(26,28,31,52) ; Medo ^(23,25,28-29,38) ; Gravidez indesejada ⁽³⁴⁾ .
Relações	Despesas relacionadas a reabilitação do perpetrador ⁽¹⁸⁾ ; Aborto ⁽³⁴⁾ ; Dependência do agressor ^(26,28) ; Distanciamento de familiares ⁽³⁴⁾ .
Comunidade	Ambiente de insegurança ^(26,28) .
Sociedade	Danos/perda dos direitos humanos ou a dignidade humana ^(17,22,32-33,35,42) ; Aumento da mortalidade ^(17,19,32,41-42,46) ; Custos médicos e hospitalares ^(18,32) ; Institucionalizações e/ou hospitalizações ^(17-18,32,41) ; Estigma social relacionado ao casamento ⁽³⁴⁾ .

Foram construídos o caso modelo e caso contrário. O caso modelo é compreendido como um exemplo leal do conceito, demonstrando os atributos do conceito: M.C.N.P, sexo feminino, 74 anos, ensino fundamental completo, aposentada, faz uso de remédio controlado. Durante a consulta de enfermagem, a enfermeira observa magreza acentuada, ao pesar 41kg com IMC de 18,22 e presencia comentários humilhantes, intimidadores por parte do marido. A paciente referiu que o marido tinha um jeito brincalhão. Ao exame físico, a enfermeira observa queimaduras e hematomas em lugares inapropriados.

Continuando, observou o órgão genital edemaciado, ao tocar, queixa-se de dor. Antes da finalização, o marido precisou sair da consulta. De modo voluntário, a idosa refere que deseja ir ao psiquiatra, mas não foi porque o marido cortou o plano de saúde. Ao ser questionada sobre alimentação, a paciente relata baixa quantidade de nutrientes porque o marido utiliza o dinheiro da aposentadoria para uso dele, não sobrando o suficiente. Ainda cita que pede para ele não usar pois precisa comprar alimento e remédio. A enfermeira indaga-a sobre as queimaduras e hematomas, no primeiro momento desmente, porém, ao decorrer da conversa confirma que foi o marido, mas pede para não o contar, chorosa menciona que teve uma noite péssima ontem, onde o marido teve relação sexual com o marido e fez penetração digital excessivamente de modo que ela gemia de dor e ele não parava, só quando quis.

Caso contrário são exemplos claros de "não o conceito", isto quer dizer que os conceitos apresentados não são atributos, logo, não representam a violência contra pessoa idosa: J.A.M.S, sexo masculino, 70 anos, ensino superior completo, alta renda familiar. Durante a consulta de enfermagem, ele solicita que a sua mulher esteja com ele, referindo ser uma pessoa que dá apoio emocional. A enfermeira observa harmonia entre eles.

Antes da finalização, a esposa precisou sair da consulta. O paciente menciona que sua mulher o estimula a ser cada vez mais independente, demonstra preocupação com sua segurança, com a saúde dele e com os horários dos remédios. Ao ser perguntado sobre relação sexual, relata que possui pouco desejo sexual e ela atende seu pedido de não querer quando solicitado, pontuando que a relação tem como base o respeito. Refere-se que no relacionamento não há agressões. A enfermeira pergunta sobre as finanças e ele responde que apesar de possuírem conta conjunta, a esposa não interfere nas suas aquisições.

Por fim, os referenciais empíricos, por meio da análise de similitude, foram identificados “físicos”, “abuso” e “dano”, sendo também possível observar o termo “idoso” no núcleo central do fenômeno. No termo físico, por meio da árvore máxima observa-se como definição operacional: lesão, força física, ato intencional, agressão, gestual e relação sexual. O termo abuso é definido operacionalmente como: negligência, abandono, abuso psicológico, abuso financeiro e abuso sexual. Já a última referência empírica “dano” possui como definição operacional: o sofrimento, angústia, dor, omissão e quebra de expectativa.

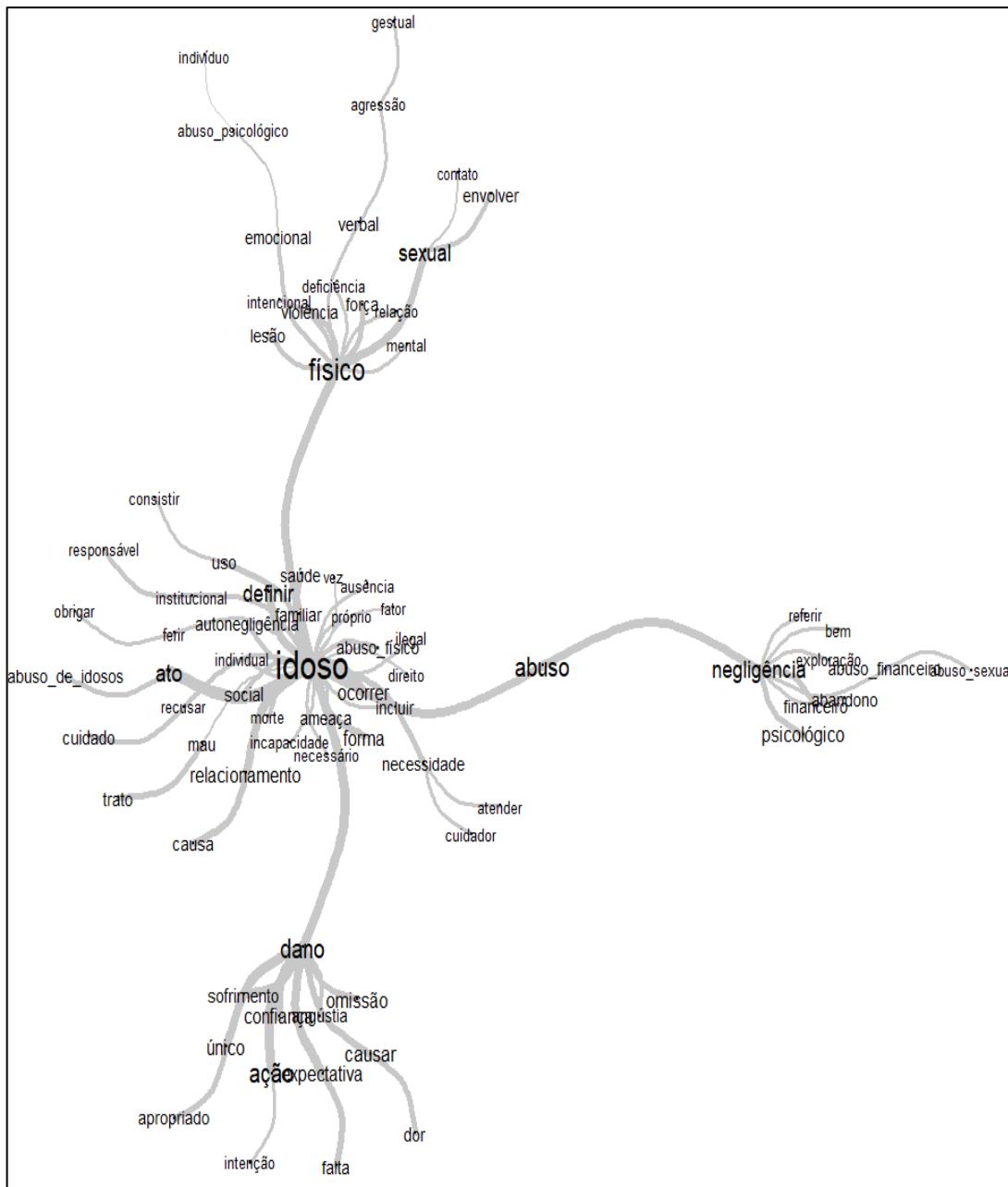


Figura 2- Árvore máxima da VCPI representando as referências empíricas. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2022.

DISCUSSÃO

A definição largamente utilizada para VCPI é a da Organização Mundial da Saúde na qual caracteriza-se como “ato único ou repetido ou, ainda, ausência de ação apropriada, ocorrendo dentro de um relacionamento de confiança e que cause danos, sofrimento ou angústia para a pessoa idosa”^(5:p.1).

Considerando a organização do conceito pela proposição de Walk e Avant⁽⁸⁾ e a apresentação da similitude, as ramificações corroboram com a definição geral de VCPI e

fornecer indicadores encontrados para os atributos essenciais do fenômeno, antecedentes e consequentes, que serão mais bem explorados nas seções subsequentes.

Antecedentes da violência contra pessoa idosa

A identificação dos antecedentes no desenvolvimento de uma análise do conceito fornece ao pesquisador a identificação dos eventos ou incidentes que antecedem a ocorrência do conceito estudado e as suposições implícitas nele⁽⁸⁾. Aliado a essa premissa, o modelo ecológico foi aplicado em 2011 por pesquisadores dos EUA, no qual objetivam relacionar os fatores de risco relacionadas a VCPI em ambientes institucionalizados, os autores aplicaram o modelo teórico considerando suas quatro dimensões (individual, relacional, comunitária e social)⁽⁵⁾.

A idade avançada^(17-19,22-25,33-36,43), ser do sexo feminino^(16-17,19,22,24-26,29,33-38,44-46), ter baixa escolaridade^(17,19,27,33,43-44), estado civil: solteiro e/ou viúvo^(17,19,28,43) ou casado^(28,35) são informações coletadas de caracterização da amostra em pesquisas e elencadas na literatura como fatores de risco para VCPI, considerando o modelo ecológico, tais características são classificadas como individuais. O relatório mundial sobre violência e saúde⁽¹⁰⁾ considera as características biológicas, pessoais e históricas do indivíduo refletem no comportamento individual da vítima ou do perpetrador da violência.

A dependência ou limitações do idoso, seja de caráter físico^(17,19,20,22-23,28,34-35,37-45), psíquico^(17,19-20,22-24,26,30-32,34-35,38,40,43-44) ou financeiro^(19,22,35,37-38,45), assim como condições de saúde crônica(s) e/ou agudas^(19,22,25-27,34-35,38) são comumente discutidos no que tange a mais risco para experienciar situações violentas.

Parte-se do pressuposto de que a VCPI incide mais frequentemente no ambiente intrafamiliar^(29,43) e o principal perpetrador é um dos membros do convívio domiciliar desse idoso^(24,27-29,34-35,37-38,40), que, por sua vez, também é o cuidador imediato do idoso na maioria das situações. O idoso dependente acaba por gerar novas demandas e responsabilidades para seus cuidadores imediatos (habitualmente familiares), que podem ser estressoras e geradoras de sobrecarga^(18,22,25,30,43), e desembocar na violência.

O segundo nível do modelo considera as relações próximas (companheiros conjugais ou membros da família) que suscitam o risco para violência⁽¹⁰⁾, como mencionado anteriormente, é no ambiente domiciliar e de relações próximas em que frequentemente ocorre a VCPI^(24,27-29,34-35,37-38,40,46). O Ambiente familiar conflituoso e/ou desestruturado também é reconhecido como potencial risco para VCPI^(19,40,42,46) a essência de um ambiente problemático emerge de um ambiente com poucos limites, separações,

descompromisso entre os residentes, conflitos conjugais, irresponsabilidade com as atividades para manutenção do ambiente pacífico, desrespeito e desvalorização da pessoa idosa^(28,42) e a drogadição de filhos ou netos^(36,38,42).

Paradoxalmente uma dificuldade encontrada para efetivação da identificação da VCPI consiste na omissão e negação do ato violento pelo próprio idoso com receio de que a denúncia vá causar prejuízos para seu familiar (filho, netos ou cuidador) de forma que poderá tornar pior a sua vida, mesmo que resulte em experienciar a violência⁽⁴⁰⁾.

Essa discussão acaba por culminar no terceiro nível do modelo ecológico que contempla a comunidade avaliação do cenário em busca de identificar associação com situações de violência⁽¹⁰⁾. A rede de apoio e de suporte ao idoso é indicada como fator protetivo ao idoso em situações de violência^(20,44), dentro da rede estão inclusos oferta de serviços na comunidade que propiciem ao idoso segurança para quebra do ciclo violento e incentivo da inclusão social do idoso em grupos de convivência social, que além de fornecer melhora na autoestima da pessoa idosa, minimiza o isolamento social que também é um fator de risco para VCPI^(20,44).

O quarto núcleo do modelo se propõe a avaliar as razões sociais amplas que determinam situações de violência, nesse aspecto discute-se desigualdades sociais, discriminações, preconceitos e normas culturais que refletem o comportamento violento⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, os estereótipos sociais negativos relacionados ao envelhecimento^(35,52) implicados de normativas culturais que afetam a dignidade da pessoa idosa⁽³²⁾, estigmatizar o envelhecimento como um processo transversal, estático e igualitário para todos, independente do contexto, somatizado as estereotipias veiculadas por meios de comunicação de massa fomentam o crescimento ageísmo social⁽⁵³⁾.

O sexo feminino^(16-17,19,22,24-26,28-29,33-38,44-46) é potencialmente mais vulnerável a VCPI como elencado na dimensão individual do modelo ecológico, essa prevalência incide sobre os contornos sociais imbricados nas distinções de gênero^(29,34-35,44-46) observada na dimensão social, as distinções de gênero observada entre pessoas idosas é fortemente associada aos aspectos culturais e educacionais nos quais se desenvolveram, tornando-os naturalizados⁽⁵⁴⁾.

Um dos estudos⁽⁴⁵⁾ inclusos na amostra sinaliza a potencialização das distinções de gênero associadas a situações de violência por mulheres moradoras de zona rural, em que o contexto social inclui as distinções de atribuições relacionadas ao sexo, no qual o homem responde pelo proveito da casa enquanto a mulher é destinada o papel de

cuidadora subordinada. Ainda, o ambiente rural torna mais difícil a identificação de casos de VCPI e acesso a serviços e rede de proteção à vítima⁽⁴⁵⁾.

Atributos da violência contra pessoa idosa

Os atributos de uma análise do conceito são consiste em características que definem a ocorrência do fenômeno estudado, são úteis para realizar o diagnóstico diferencial nas ciências médicas, eles fornecem suporte ainda para identificar quais são os atributos diferenciais do desfecho estudado, assim como atributos inespecíficos, mas que se relaciona com o conceito. Walker e Avat⁽⁸⁾, indicam ainda que o volume de informações fornecidas pela análise pode ser grande, tornando necessária a tomada de decisões sobre quais características são essenciais para a compreensão do conceito.

Os atributos apresentados na presente revisão não esgotam a literatura relacionada ao tema da VCPI, mas fornece a compreensão de características fortes que subsidia a identificação da sua ocorrência, dessa forma, os atributos foram categorizados de acordo com o tipo de violência (violência psicológica, violência física, violência sexual, violência financeira e econômica, negligência, autonegligência e abandono) e o nível do modelo ecológico no qual o atributo foi classificado.

A violência psicológica perpetrada contra pessoa idosa consiste na aplicação de ataques verbais ou gestuais com a finalidade de limitar o convívio social, isolar, humilhar ou causar medo no idoso⁽¹⁹⁾, Hazrati e colaboradores⁽²⁰⁾ acrescentam que essa definição é resultado de respostas inadequadas aos sentimentos e emoções.

A violência psicológica é a mais prevalente entre as tipologias de VCPI⁽²⁸⁾, entretanto é desafiante a sua identificação uma vez que sua ocorrência acontece em ambiente doméstico, a pessoa idosa comumente tem receio em indicar estar sendo vitimado por atos violentos⁽⁴⁰⁾ e a normatização social de experiências psicologicamente violentas, como xingamentos e palavras depreciativas no cotidiano.

A violência psicológica antecede atos violentos mais severos, indicando assim a necessidade de observar com mais atenção sinais indicadores de maus tratos emocionais⁽⁴⁾. Entre as relações da pessoa idosa em todas as instâncias da modelagem ecológica pode ser observado sinais de abuso como gritos^(18,30,52), xingamentos e/ou insultos^(18,22,37,40), comentários desagradáveis e humilhantes^(18,27-28,30,36,40,52), ameaças e/ou intimidações^(18,27,30,36-37,39-40,46), atos de desprezo ao idoso e/ou sua autonomia^(18,22), discussões verbais^(18,27,30,42,52), rejeição às crenças religiosas do idoso⁽²²⁾, privação de

direitos (liberdade) e decisões^(22,27,34,36,38,40) e isolamento do idoso do seu convívio social^(19,28,31,36,40).

A violência física, por sua vez, consiste “no uso da força física para ferir, provocar dor, incapacidade ou morte ou para compelir o idoso a fazer o que não deseja”^(54, p.2). É caracterizada por lesões físicas capazes de causar dor ou lesão^(17,20,32-33,39), arranhões^(20,29), tapas⁽³⁹⁾, empurrões^(18,37,39,52), queimaduras⁽³⁷⁾, beliscões⁽¹⁸⁾, espancamento^(37,40,52), chutes^(18,37), socos e/ou golpes⁽³⁹⁾, lance e/ou quebra objetos^(18,27,39,52), agarrar o idoso^(17,29), bater/machucar^(30,37-38,40) e puxar partes do corpo do idoso contra sua vontade^(18,39).

A violência financeira comumente incide em concomitante com outras formas de violência, sua ocorrência é disseminada e conhecida no contexto brasileiro, embora acredita-se haver bastante subnotificação de casos⁽²⁷⁾. Estudo desenvolvido na Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso – no nordeste do Brasil em Teresina, localizado no Piauí, identificou tendência de crescimento no registo de violência financeira comparado com outras tipologias de abuso contra pessoa idosa⁽²²⁾.

Incide predominantemente no domicílio do idoso por meio de estelionatário em bancos, planos de saúde e lojas⁽²⁷⁾, os principais atributos que indicam a ocorrência da violência financeira são expressões claras de roubo dos recursos financeiros da pessoa idosa^(18,44-45), uso de recursos sem sua autorização^(18,23,36-38,40), uso não autorizado da identidade do idoso para aquisição de bens ou outras finalidades^(18,27-28,36-38), restringir e/ou desconsiderar a autonomia financeira do idoso^(25,27,36-37) e destruir pertences do idoso⁽¹⁸⁾.

O ageísmo relacionado a sexualidade e a atividade sexual da pessoa idosa é reflexo de uma tendência cultural que presume a assexualidade do grupo etário, a extração desse preconceito não percebe idoso como vítimas prováveis de violência sexual, uma vez que não praticam o sexo consensual pressupõe-se que não seja alvo de atos sexuais sem consentimento. Estudo desenvolvido no Reino Unido constatou que a maioria das vítimas tinham idade entre 60 e 69 anos, os infratores eram mais jovens que a vítima (50 a 59 anos) e os perpetradores eram pessoas conhecidas e o local de ocorrência mais comum era o domicílio e casas de repouso⁽⁵⁵⁾.

O abuso sexual é conceituado como “atos ou jogos sexuais de caráter homo ou heterorrelacional que utilizam pessoas idosas visando obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.”⁽⁵⁴⁾, caracteriza-se por toques indesejado sobre a roupa ou abaixo dela^(18,37,39), Assédio sexual^(18,36-37,39),

exposição de partes do corpo do idoso^(18,39), penetração digital⁽¹⁸⁾, atividade sexual indesejada^(18,36,40,45), beijo indesejado⁽³⁹⁾, e diálogo indesejado sobre atos/atividade sexual⁽¹⁸⁾.

A discussão da negligência e o abandono contra pessoa idosa são comumente explorados de forma associada, entretanto, é necessário esclarecer a diferença existente entre ambos os fenômenos, enquanto a negligência consiste na omissão de cuidados essenciais para manutenção da saúde da pessoa idosa por parte de responsáveis (cuidador formal ou informal), o abandono, por sua vez consiste no desamparo da pessoa idosa por parte de responsáveis (família, instituição ou governo) na prestação de assistência ao idoso com necessidade de proteção⁽⁵⁴⁾.

A negligência ocorre muito frequentemente durante a institucionalização do idoso^(22,30-31,38,41) pode ocorrer também o domicílio⁽²⁰⁾ durante o cuidado ofertado por membros da família^(18,20,23) ou por cuidador formal^(19,23). Frequentemente é tipificada com oferta de nutrientes insuficientes para as necessidades do idoso de forma intencional^(18,22,37), omissão de cuidados com o idoso^(18,22,27-28,30,36-37,40-41), baixa qualidade de assistência entre idosos institucionalizados ou ignorar demanda do idoso^(26,30-31,37,41), oferta maior de medicamentos do que o necessário para o tratamento da pessoa idosa^(18,22,41,52) ou atraso do horário da sua administração^(18,22,41).

A pessoa idosa se ampara em diversas normativas jurídicas que lhes garante direitos e deveres sociais, entretanto, a invisibilidade que incide sobre esse grupo em específico, acaba gerando exclusão social e abandono do idoso. O abandono será configurado como a omissão de outrem em atender suas responsabilidades legais de assistência ao idoso⁽⁵⁴⁾, incluindo as suas dimensões afetivas.

Na tipificação de abandono, os atributos essenciais são ações de não atendimento às necessidades afetivas/emocionais do idoso^(27,37), desatenção ou falta de contato pessoal com o idoso^(22,37-38), ostracismo⁽³⁷⁾, o idoso sente-se indesejado^(22,38), deserção governamental na oferta de socorro/proteção ao idoso^(28,36,40), insegurança social⁽²⁸⁾, cortes de assistência médica^(22,37) e despreocupação com a segurança do idoso⁽²²⁾.

Consequentes da violência contra pessoa idosa

A definição dos consequentes de um fenômeno consiste na identificação dos incidentes resultantes da ocorrência do conceito, relacionamento deste com eventos que comumente são marginalizados e gerador de novas evidências⁽⁸⁾. O conceito estudado da VCPI envolve consequências dentro dos quatro níveis do modelo ecológico⁽⁵⁾.

Entre os consequentes individuais observados nos manuscritos, pôde-se observar uma quantidade expressiva de evidências que apontam para danos e/ou sofrimento^(23-24,33-37) na pessoa idosa vitimada pela violência, esse associa-se a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para VCPI, na qual, inclui como resultado qualquer ato que resulte em dano ou sofrimento⁽⁵⁾.

Ao imergir em busca de melhor compreensão dos danos e sofrimento que a VCPI causa é possível constatar que as consequências psicológicas surgem na forma de transtornos psicológicos^(16,18-19,22,28-31,34,36,39,42,44), perda ou diminuição da autoestima e/ou autoconfiança^(19,27,36,44), diminuição na qualidade de vida^(17,19,22,25,34,36), introspecção social^(26,28,31,52), medo^(23,25,28-29,38), tentativa de suicídio^(18,33) e até a morte^(18,29,36,39-40,42-43,45-46).

O surgimento da depressão em pessoas idosas que experienciam situações de violência^(16,56-57) é uma consequência de grande impacto para a saúde do idoso acometido. Pesquisa desenvolvida em São Paulo⁽⁵⁷⁾, descreve em seus resultados que pessoas idosas que indicaram vulnerabilidade à exposição da violência apresentavam quadro de depressão leve a severa, somatizando ao estresse percebido.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos sintomas relacionados a depressão na pessoa idosa incluem a compreensão por parte da equipe de saúde os principais fatores de risco em que esse idoso se encontra exposto, dos quais inclui as condições sociodemográficas e de saúde⁽⁵⁷⁾, assim mais severos que a depressão pode acarretar, como a ideação suicida e até o suicídio⁽⁵⁶⁾.

As limitações e incapacidade física de um lado consiste em um fator de risco^(16-17,19,20,22-23,28,30-32,34-35,37-45) para VCPI e por outro, idosos sem limitações ou danos físicos pode pode vir a apresenta-los em virtude de atos violentos, sejam eles de caráter reversível^(17-18,23,27,29,31,34,36,39-42) como lesões^(17,19,41), ferimentos⁽²⁹⁾ e lesões por pressão⁽⁴⁰⁾ e/ou irreversíveis^(18,34,36,41-42) como incapacidade funcional^(12,15) e HIV⁽¹⁹⁾.

A avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa comumente é determinada por meio da avaliação da dependência ou não do idoso para realizar atividades básicas de vida (alimentação, controle esfíncteriano, transferências, capacidades para se vestir, tomar banho e utilizar o vaso sanitário) e avançadas (preparar refeições, executar tarefas domésticas, manusear dinheiro, utilizar o telefone, tomar medicações, fazer compras e usar os meios de transporte), para tal, utiliza-se dois instrumentos largamente veiculado, o índice de Katz para as Atividades básicas de vida e a escala de Lawton para as atividades intermediárias de vida.

Não obstante, as relações proximais da pessoa idosa também apresentam consequentes resultantes da VCPI, que representa o segundo nível do modelo ecológico⁽¹⁰⁾, entre as identificadas na revisão foram identificadas as despesas elevadas com curtos para reabilitação do perpetrador⁽¹⁷⁾, situações de quebra do binômio mãe-filho por meio da prática abortiva⁽¹⁹⁾, dependência da pessoa idosa do perpetrador da VCPI^(16,22) e distanciamento de familiares⁽¹⁹⁾.

A insegurança^(22,29) foi desvelada como consequente comunitário da ocorrência da VCPI, na qual abarca as relações com a comunidade na qual ocorre o fenômeno da violência. Esse sentimento de insegurança pode acontecer por parte da equipe que assiste a pessoa idosa, tanto na denúncia quanto na notificação do caso⁽¹⁸⁾.

Esse sentimento de insegurança social e medo do perpetrador por parte da equipe acaba por gerar subnotificações de casos de VCPI, alguns profissionais conseguem identificar a situação de violência, mas prefere que esta seja denunciada pela pessoa idosa ou por um membro da família⁽⁵⁸⁾, potencializando assim, o silenciamento do fenômeno.

O trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde ocorre em territórios de abrangência fixos, e o processo de trabalho da equipe consiste na formação de vínculo com a comunidade, essa relação do profissional e a comunidade acaba gerando medo e insegurança do profissional a realizar a busca ativa, notificação e a denúncia de casos de VCPI, uma vez que o agressor pode culpabilizá-lo e lhe deixar em situação de risco e vulnerabilidade social⁽⁵⁸⁾.

A VCPI também incorre em consequências que impactam a sociedade como o todo, sendo este o quarto nível estrutural do modelo ecológico⁽¹⁰⁾, dentro dessa perspectiva, foi possível identificar impactos sociais advindos do fenômeno como o aumento da mortalidade^(17,19,32,41,42,46), danos a dignidade/direitos humanos^(17,27,32-33,36,42), aumento em custos médicos e hospitalares^(18,32), institucionalizações e/ou hospitalizações^(17-18,32,41) e o potencialização do estigma social relacionado ao casamento⁽³⁴⁾.

Estudo brasileiro propôs-se a avaliar os custos das internações hospitalares por situações de maus tratos na pessoa com idade igual ou superior a 60 anos notificados entre os anos de 2010 e 2019 no qual indicam nos resultados que houve disponibilização de R\$ 99.451,27 para esse fim, destes, 83,93% (R\$ 83.472,17) foram destinados aos serviços hospitalares e 16,07% (R\$ 15.979,10) aos recursos humanos⁽⁵⁹⁾, esses dados corroboram com a argumentação do impacto social da VCPI.

Envelhecer no Brasil envolve múltiplos desdobramentos para pessoa idosa, uma vez que se torna mais latente as disparidades sociais e estigmas associados ao envelhecimento, como a desvalorização da dignidade humana potencializada pelo capitalismo, no qual, o valor social do indivíduo está vinculado essencialmente pela sua capacidade de produção, tornado a pessoa idosa um peso social no momento da sua aposentadoria.

Desta vista, as consequências oriundas de atos violentos perpetrados contra o idoso implica em desigualdades sociais que caminha sobre a perspectiva valorativa da pessoa idosa e a sua produtividade observada no capitalismo e por outro lado a desarticulação do envelhecimento como um processo de mudanças e transições fisiológicas que demandará do sistema social adaptações a fim de lhes fornecer dignidade e qualidade durante o envelhecimento.

Limitações do estudo

A limitação do estudo, pode elencar a não realização da etapa da construção de caso-módelo e casos adicionais, o que pode ser a proposta de um novo estudo.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Esta análise fornece subsídios científicos para compreensão e discussão sobre a violência contra pessoa idosa como um fenômeno relevante, possibilitando também o avanço teórico na área da Saúde. A clarificação do conceito oportuniza conhecimento de dados empíricos pertinentes para a construção de instrumentos, protocolos, linhas de cuidado ao idoso vítima da violência, políticas públicas, programas de assistências para promoção da saúde e prevenção da violência contra pessoa idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo viabilizou a análise do conceito da violência, possibilitando maior refinamento a multidimensionalidade do fenômeno em estudo, uma vez que pode apresentar-se em diversas tipificações e a partir de cada uma delas apresentar múltiplas características.

Os dados da análise do conceito fornecem conteúdo teórico e científico para o combate a VCPI, revelando termos que caracterizam os antecedentes, atributos e consequentes, além das referências empíricas com as definições operacionais, proporcionando compreensão e aprofundamento da temática.

Sugere-se a execução de outras análises do conceito específicas para cada tipologia de VCPI a fim de refinar mais a discussão dos achados do presente estudo e então facilitar ao profissional da saúde melhor compreensão da sua ocorrência, seus fatores de risco, suas características definidoras e as consequências oriundas da ocorrência do agravo.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes IN, Silva MJA, Sampaio LHF. Avaliação dos efeitos de um emissor de ondas ultrassônicas no tratamento do envelhecimento facial. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022;5(1): 2127-39. doi: <http://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-188>.
2. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2): e147–56. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2).
3. Lima IVS, Palmeira CS, Macedo TTS. Violence against the elderly in the Northeast region of Brazil from 2012 to 2018. *J Contemp Nurs*. 2021;10(2):252-261. doi: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i2.3865>.
4. Freitas LG, Benito LAO. Denúncias de violência contra idosos no Brasil: 2011-2018. *REVISA*. 2020; 9(3): 483-99. doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n3.p483a499>.
5. World Health Organization. World Report on Violence and Health. Geneve: Who [Internet]. 2002 [cited 2022 May 5]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf.
6. Lourenço AS, Cândido RM. A multidimensionalidade do conceito da violência: elementos para o debate. *PERSPECTIVA*. 2017; 35(4):1277-95. doi: doi: <https://doi.org/10.5007/2175-795X.2017v35n4p1277>.
7. Monteiro MHL, Silva AAS, Silva DLS, da Silva JECF, Rafael KG, Gonçalves NAL. A sexualidade de idosos em meio aos riscos e tabus: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4(4):14692-704. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-026>.
8. Walker LO, Avant KC. *Strategies for Theory Construction in Nursing*. 6ed. Person, 2019.
9. Brandão MAG, Mercês CAM, Lopes ROP, Martins JSA, Souza PA, Primo CC. Concept analysis strategies for the development of middle-range nursing theories. *Texto Contexto Enferm*. 2019; 28:e20180390. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0390>.
10. World Health Organization. Catalogación por la Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. [Internet]. 2002 [cited 2022 May 5]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf?sequence=1.
11. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Searching for the evidence: strategies to help you conduct a successful search. *Am J Nurs*. 2010; 110(1):41-7. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e>.
12. Li M, Dong X. Elder abuse and cognitive function among community-Dwelling older adults: Does abuse history matter?. *Social Science & Medicine*. 2022;297: 114835. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114835>.

13. Ludvigsson M, Wiklund N, Swahnberg K, Simmons J. Experiences of elder abuse: a qualitative study among victims in Sweden. *BMC geriatrics*. 2022;22(1): 256. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02933-8>.
14. Dominguez SF, Storey JE, Glorney E. Characterizing elder abuse in the UK: A description of cases reported to a national helpline. *Journal of applied gerontology*. 2022;41(11):2392-403. <https://doi.org/10.1177/07334648221109513>.
15. Weissberger GH, Lim AC, Mosqueda L, Schoen J, Axelrod J, Nguyen AL, et al. Elder abuse in the COVID-19 era based on calls to the National Center on Elder Abuse resource line. *BMC geriatrics*. 2022;22(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03385-w>.
16. Sousa RCR, Araújo GKN, Souto RQ, Santos RC, Santos RC, Almeida LR. Factors associated with the risk of violence against older adult women: a cross-sectional study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3394. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4039.3394>.
17. Botngård A, Eide AH, Eide AH, Mosqueda L, Malmedal W. Resident-to-resident aggression in Norwegian nursing homes: A cross-sectional exploratory study. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):1-12. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01623-7>.
18. Alarcon MFS, Damaceno DG, Cardoso BC, Sponchiado VBY, Bracciali LAD, Marin MJS. The elderly's perception about the experience violence. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34825>.
19. Meyer SR, Lasater ME, Garcia-Moreno C. Violence against older women: A systematic review of qualitative literature. *PLoS ONE*. 2020; 15:1-43. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239560>.
20. Hazrati M, Mashayekh M, Sharifi N, Motalebi SA. Screening for domestic abuse and its relationship with demographic variables among elderly individuals referred to primary health care centers of Shiraz in 2018. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):1-8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01667-9>.
21. Saghafi A, Bahramnezhad F, Poormollamiza A, Dadgan A, Navab E. Examining the ethical challenges in managing elder abuse: a systematic review. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2019; 12(7):1-18. doi: <https://doi.org/10.18502/jmehm.v12i7.1115>.
22. Santos AMR, Nolêto RDS, Rodrigues RAP, Andrade EMLR, Bonfim EG, Rodrigues TS. Economic-financial and patrimonial elder abuse: a documentar study. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03417. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017043803417>.
23. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*. 2019;29(1):58-67. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>.
24. Neuberg M, Meštrović T, Ribić R, Šubarić M, Canjuga I, Kozina G. Contrasting vantage points between caregivers and residents on the perception of elder abuse and neglect during long-term care. *Psychiatr Danub*. [Internet] 2019[cited 2022 May 5]; 31(Suppl 3):345-353. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31488751/>
25. Jeon GS, Cho SI, Choi K, Jang KS. Gender Differences in the Prevalence and Correlates of Elder Abuse in a Community-Dwelling Older Population in Korea. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(1):100. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16010100>.
26. Maia PHS, Ferreira EF, Melo EM, Vargas AMD. Occurrence of violence in the elderly and its associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):64-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0014>

27. Santos AMR, Silva FL, Rodrigues RAP, Sá GGM, Santos JDM, Andrade EMLR, et al. Financial-patrimonial elder abuse: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 2):328-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0703>.
28. Rodrigues RAP, Dos Santos AMR, Pontes MLF, Monteiro EA, Fhon JRS, Bolina AF, et al. Report of multiple abuse against older adults in three Brazilian cities. *PLoS One.* 2019;14(2):e0211806. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211806>.
29. Joyce CM. Prevalence and nature of resident-to-resident abuse incidents in Australian residential aged care. *Australas J Ageing.* 2020;39(3):269-76. doi: <https://doi.org/10.1111/ajag.12752>.
30. Mileski M, Lee K, Bourquard C, Cavazos B, Dusek K, Kimbrough K, et al. Preventing the abuse of residents with dementia or alzheimer's disease in the long-term care setting: A systematic review. *Clin Interv Aging.* 2019;14:1797-815. doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S216678>.
31. Burnes D, Acierno R, Hernandez-Tejada M. Help-Seeking Among Victims of Elder Abuse: Findings From the National Elder Mistreatment Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2019;74(5):891-896. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gby122>.
32. Naderi Z, Gholamzadeh S, Zarshenas L, Ebadi A. Hospitalized elder abuse in Iran: a qualitative study. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):1-13. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1331-8>.
33. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 2):777-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139>.
34. Phelan A. The role of the nurse in detecting elder abuse and neglect: current perspectives. *Nurs Res Rev.* 2018;8:15-22. doi: <https://doi.org/10.2147/NRR.S148936>.
35. Silva GCN, Almeida VL, de Brito TRP, Godinho MLS da C, Nogueira DA, Chini LT. Violence against elderly people: A documentary analysis. *Aquichan.* 2018;18(4):449-60. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.7>.
36. Mahmoudian A, Chafiri RT, Alipour A, Shamsalinia A, Ghaffari F. The design and evaluation of psychometric properties for a questionnaire on elderly abuse by family caregivers among older adults on hemodialysis. *2018;13:555-63.* doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S149338>.
37. Mawar S, Koul P, Das S, Gupta S. Association of Physical Problems and Depression with Elder Abuse in an Urban Community of North India. *Indian J Community Med.* 2018;43(3):165-169. doi: https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_249_17.
38. Gerino E, Calderera AM, Curti L, Brustia P, Rollè L. Intimate partner violence in the golden age: Systematic review of risk and protective factors. *Front Psychol.* 2018;9(SEP):1-14. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01595>.
39. Oliveira KSM, Carvalho FPB, Oliveira LC, Simpson CA, Silva FTL, Martins AGC. Violence against the elderly: the conceptions of nursing professionals regarding detection and prevention. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e57462. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>.
40. Friedman L, Avila S, Friedman D, Meltzer W. Association between Type of Residence and Clinical Signs of Neglect in Older Adults. *Gerontology.* 2019;65(1):30-9. doi: <https://doi.org/10.1159/000492029>.
41. Winck DR, Alvarez AM. Perceptions of Family Health Strategy nurses about the causes of violence against the elderly. *Rev APS.* 2018; 21(1): 93 - 103. doi: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16105>.
42. Cooper C, Marston L, Barber J, Livingston D, Rapaport P, Higgs P, et al. Do care homes deliver person-centred care? A cross-sectional survey of staff-reported abusive and positive behaviours towards residents from the MARQUE (Managing Agitation and

- Raising Quality of Life) English national care home survey. *PLoS One.* 2018;13(3):e0193399. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193399>
43. Eslami B, Di Rosa M, Barros H, Stankunas M, Torres-Gonzalez F, Ioannidi-Kapolou E, et al. Lifetime abuse and perceived social support among the elderly: A study from seven European countries. *Eur J Public Health.* 2017;27(4):686-692. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx047>.
44. Hirt MC, Costa MC, Arboit J, Leite MT, Hesler LZ, Silva EB. Social representations of violence against women for a group of rural elderly. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(4):e68209. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.68209>.
45. McGarry J, Ali P, Hinchliff S. Older women, intimate partner violence and mental health: a consideration of the particular issues for health and healthcare practice. *J Clin Nurs.* 2017;26(15-16):2177-2191. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13490>.
46. Rodrigues RAP, Monteiro EA, Santos AMR Dos, Pontes M de L de F, Fhon JRS, Bolina AF, et al. Older adults abuse in three Brazilian cities. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):783-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0114>.
47. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist.* 2016;56(Suppl_2):S194-205. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>.
48. Lachs MS, Pillemer KA. Elder abuse. *New England Journal of Medicine.* 2015;373(20):1947-56. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1404688>.
49. Martins R, Neto MJ, Andrade A, Albuquerque C. Abuse and maltreatment in the elderly. *Atencion primaria.* 2014;46:206-09. doi: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70093-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70093-9).
50. Hernandez-Tejada MA, Amstadter A, Muzzy W, Acierno R. The national elder mistreatment study: race and ethnicity findings. *Journal of elder abuse & neglect.* 2013;25(4):281-93. doi: <https://doi.org/10.1080/08946566.2013.770305>.
51. Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Canadian family physician.* 2012;58(12):1336-40. Available from: <https://www.cfp.ca/content/cfp/58/12/1336.full.pdf>.
52. Hohendorff JV, Paz AP, Freiras CPP, Lawrenz P, Habugzang LF. Caracterização da violência contra idosos a partir de casos notificados por profissionais da saúde. *Rev. SPAGESP [Internet].* 2018 [cited 2022 May 5]; 19(2): 64-80. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200006&lng=es.
53. Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Active aging: prevalence and gender and age differences in a population-based study. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(11):e00173317. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00173317>.
54. Souza ER, Minayo MCS. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde coletiva.* 2010;15(6):2659-68. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600002>.
55. Bows H. The other side of late-life intimacy? Sexual violence in later life. *Australasian Journal on Ageing Volume.* 2020;39(Suppl.1):65-70. doi: <https://doi.org/10.1111/ajag.12728>.
56. Santos RC, Souto RQ, Almeida AM, Araújo GKN, Sousa RCR, Santos RC. Factors associated with depressive symptoms and cognition in elderly victims of violence. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl_3):e20190383. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0383>.
57. Antequera IG, Lopes MCBT, Batista REA, Campanharo CRV, Costa PCP, Okuno MFP. Violence against elderly people screening: association with perceived stress and

- depressive symptoms in hospitalized elderly. *Esc Anna Nery*. 2021;25 (2):e20200167. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0167>.
58. Sousa KA, Freitas FFQ, Castro AP, Oliveira CDB, Almeida AAB, Sousa KA. Prevalence of depression symptoms in elderly people assisted by the family health strategy. *REME – Rev Min Enferm*. 2017; 21:e-1018. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170028>.
59. Coelho LP, Motta LB, Caldas CP. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. *Physis*. 2018;8(4):e280404. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280404>.
60. Andrade BCM, Matos CAG, Silva JCA. Idosos vítimas de maus tratos: uma avaliação dos gastos em internações hospitalares no brasil. In: *Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG [Internet]*. 2020 [cited 2022 May 5]. Available from: <http://pensaracademicofacig.edu.br/index.php/congressogeriatria/article/view/2414>.

4.4 ARTIGO 04: COLETA DE DADOS COM ENFERMEIROS

MARCADORES DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA SOB A PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS

RESUMO

Objetivo: identificar os marcadores de violência contra pessoa idosa na perspectiva de enfermeiros.

Método: estudo qualitativo desenvolvido com nove enfermeiros por meio de dois grupos focais entre os meses de junho a setembro de 2021. O material empírico foi transscrito na íntegra, transformado em corpus textual e analisado em um software por meio da análise de similitude.

Resultados: no núcleo central da árvore máxima foi possível observar termos comuns a mais de uma tipificação de violência como “ciclo de violência”, “confiança”, “dominar”, “sofrimento psíquico”. Na violência física emergiu termos como “fraturas”, “quebrar”, “jogar”, na psicológica “ameaçar”, “medo”, “vergonha”, no ramo da violência sexual “lesão”, “corrimento vaginal”, “vaginal”. Na violência financeira surgiu como marcador “saque”, “dependência” e “pegar”, na negligência “falta”, “insumo”, “higiene” e no abandono “depressão”, “solidão” e “tristeza”.

Conclusão: é percebido que os profissionais conseguem identificar marcadores significativos no tocante a sugestividade da ocorrência da violência contra pessoa idosa.

DESCRITORES: Idoso; Violência; Abuso de idosos, Enfermagem forense; Cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população de forma global tem se demonstrado um aumento quantitativo no número de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, entretanto, esse aumento, tem também sido acompanhado por múltiplas vulnerabilidades a pessoa idosa⁽¹⁾, entre elas, a ocorrência da Violência contra Pessoa Idosa (VCPI).

O referido problema é definido no estatuto do idoso como “qualquer atitude que venha violar seus direitos através de agressões físicas, psicológicas, financeira, sexual e

negligência”^(2:9). A ocorrência da VCPI incide mais frequentemente entre indivíduos com idade entre 60 a 69 anos, sendo do sexo feminino, da cor parta, com baixa renda e baixa escolaridade⁽³⁾.

É importante ressaltar que mediante o cenário pandêmico em decorrência da COVID-19, imputou a sociedade como um todo o isolamento social como uma das medidas de prevenção da disseminação do vírus, entretanto entre as pessoas idosas esse isolamento tornou-se mais necessário a pessoas idosas devido a possibilidade de maiores complicações relacionada a faixa etária. Nesse ínterim, foi possível observar que nesse momento de saúde pública houve crescimento de 267% e 567% dos casos de VCPI⁽⁴⁾, tornando maior as inquietações a fim de desvelar o fenômeno e identificá-lo o mais precocemente possível.

Por se tratar de um fenômeno multifacetado, com múltiplos desdobramentos com implicações para diversas áreas sociais e que se expressa na singularidade de cada vítima e sua identificação torna-se um desafio para profissionais da saúde. Pesquisa⁽⁵⁾ desenvolvida por com o objetivo de compreender a concepção de profissionais da enfermagem que atuam na atenção básica no tocante a prevenção da violência observou que parte desses profissionais consegue suspeitar de casos, porém não sabe como atuar diante do fenômeno.

Embora existam evidências sobre o impacto desse problema social na qualidade de vida dos idosos, ainda é escassa a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o importante papel que a profissão pode executar, a identificação da VCPI é frequentemente negligenciada no atendimento à saúde por causa da dificuldade de os profissionais observarem seus sinais indicativos⁽⁶⁾.

Nessa perspectiva, o enfermeiro como profissional indispensável na assistência de qualquer indivíduo, contribui para a detecção de possíveis situações de violência, incluindo a psicológica, afinal, é o profissional que estar diante do cuidado em diversas redes de atenção em saúde. o enfermeiro necessita envolver-se no processo de avaliação através da anamnese, buscando coletar o máximo de informações relevantes, observando os sinais/sintomas que caracterizam a existência de maus tratos, em concordância com a equipe multiprofissional o mais precoce possível^(5,7).

Desta vista, o presente estudo objetivou identificar os marcadores de violência contra pessoa idosa na perspectiva de enfermeiros.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo norteado pelas recomendações do guia internacional Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) que contém 32 itens para realização de pesquisas qualitativas⁽⁸⁾.

O estudo foi desenvolvido nos meses de junho a setembro de 2021 com nove enfermeiros em formato de grupo focal na modalidade remota em virtude das recomendações para distanciamento social relacionado a COVID-19 vigentes no momento da coleta de dados.

O grupo focal é utilizado em pesquisas qualitativas que viabilizem a discussão sobre a temática em estudo com no mínimo cinco integrantes e no máximo quinze⁽⁹⁾. A execução de grupos focais via remota tem o benefício de ter baixo custo, arquivamento seguro dos dados e ampla cobertura geográfica⁽¹⁰⁾.

Compuseram a amostra nove enfermeiros por técnica de amostragem não probabilística do tipo bola de neve. Esse tipo de amostragem utiliza cadeias de referências, ou seja, os participantes selecionados para compor o estudo, podem indicar novos participantes⁽¹¹⁾. Foi avaliado o currículo de cada participante recomendado, sendo convidado aqueles com formação na área da saúde e aqueles que desempenham suas atribuições assistenciais ou acadêmicas nas áreas: Enfermagem forense; Saúde Pública; Saúde Coletiva; Geriatria e Gerontologia; Maus-tratos a pessoa idosa.

O primeiro grupo focal foi composto por sete participantes e teve duração de uma hora e trinta e três minutos contemplando as questões referentes a violência física, psicológica e sexual. Os mesmos colaboradores foram convidados para o segundo grupo focal, entretanto três relataram indisponibilidade na agenda, sendo então convidados dois suplentes para participar da segunda rodada de coleta, compondo assim, seis participantes; essa segunda etapa teve duração de cinquenta e nove minutos referente a discussão da violência financeira, negligência e abandono.

No início dos dois grupos focais foram apresentados os objetivos do estudo e os participantes convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma online, após assinatura esclareceu-se a dinâmica de funcionamento do grupo focal.

A fim de viabilizar a discussão do grupo realizou-se a leitura de um caso clínico fictício relacionado a cada tipificação de VCPI, e em seguida, os participantes foram direcionados a discutir a temática por meio da questão norteadora “com base no caso exposto e em seus conhecimentos prévios, quais sinais são sugestivos de violência contra a pessoa idosa?”.

Os dados provenientes da coleta foram transcritos na íntegra e devolvido aos colaboradores para validação qualitativa do conteúdo, nesta etapa cada participante leu a transcrição do grupo focal e concordou totalmente ou alterou o conteúdo sinalizando as alterações. Após a devolutiva do material, o conteúdo empírico foi transformado em corpus textual, totalizando 25 páginas, e analisado no software IRAMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

Para desenvolvimento da análise no software o corpus textual atendeu as instruções de organização textual (monotemática, remoção de questões e padronização de termos) e codificação (marcadores de início de fala e utilização de underline para termos compostos). Foi desenvolvida análise de similitude com a finalidade de identificar as características diferenciais e as conexões entre as tipificações de VCPI com base em coocorrências visualizadas por meio da árvore máxima.

Os trechos de falas foram identificados por tipologia da violência seguida de número do participante conforme sequência de fala a fim de manter o anonimato dos colaboradores da pesquisa.

O estudo atendeu a todas as recomendações exigidas pelo Conselho Nacional de Saúde, sob parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa do HULW/UFPB com o número de parecer 3.709.600 e do HUAL/UFCG parecer de nº 3.594.339.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da análise de similitude foi possível identificar aproximações e distanciamentos entre os tipos de VCPI e seus respectivos indicadores; a Figura 1 demonstra a árvore máxima com diferenciação entre cores, na qual é possível identificar como núcleo central o termo “violência”, identificado na cor verde.

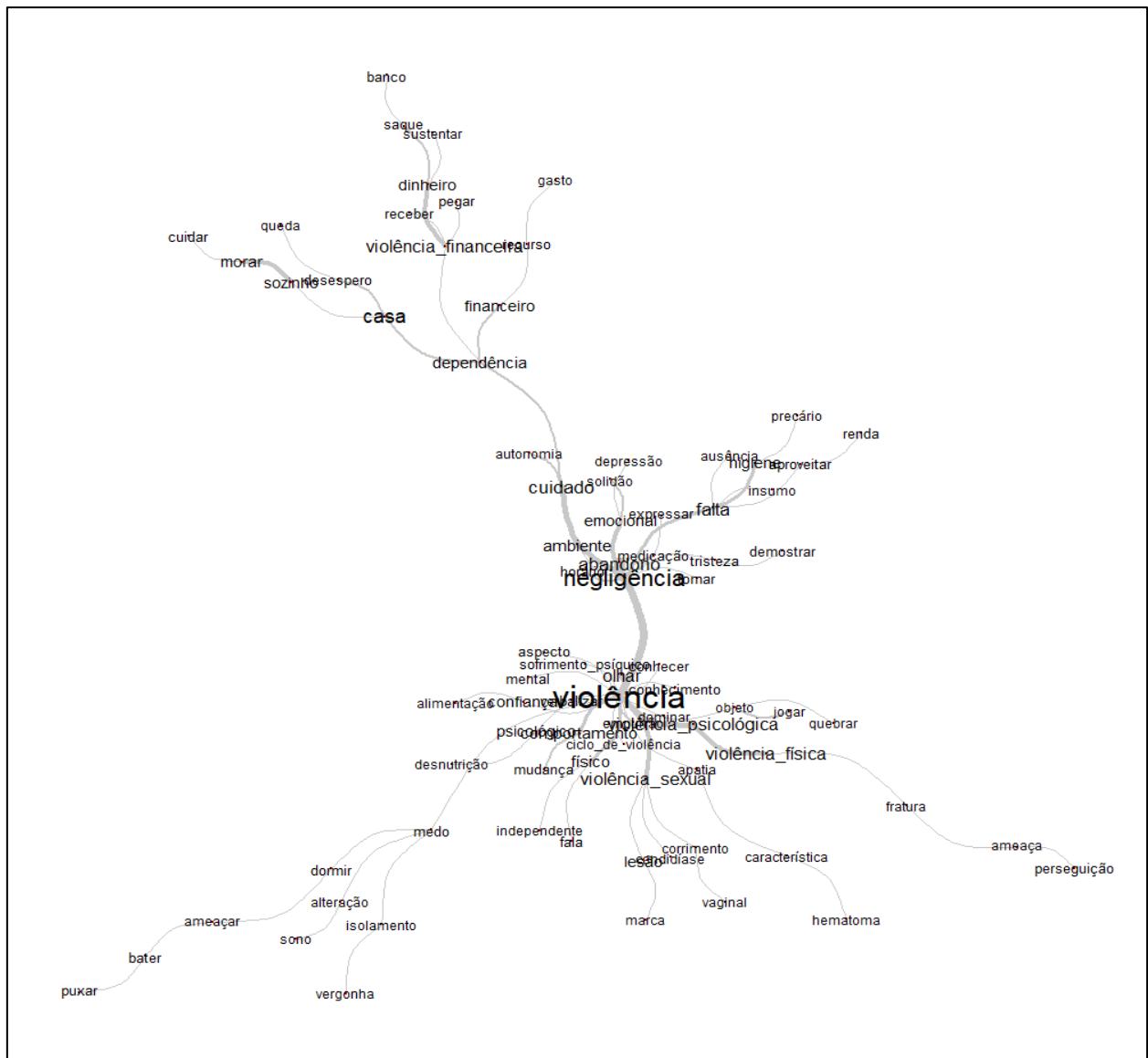


Figura 1 – árvore máxima da análise de similitude referente aos sinais sugestivos de VCPI entre os enfermeiros participantes da pesquisa. Campina Grande, PB, 2022.

No núcleo central supracitado observou-se os principais sinais sugestivos de violência comum a mais de uma tipologia, como os termos “ciclo de violência”, “confiança”, “dominar” e “sofrimento psíquico”. A partir do núcleo central emergem oito ramificações que se distribuem conforme classificado na Figura 2.

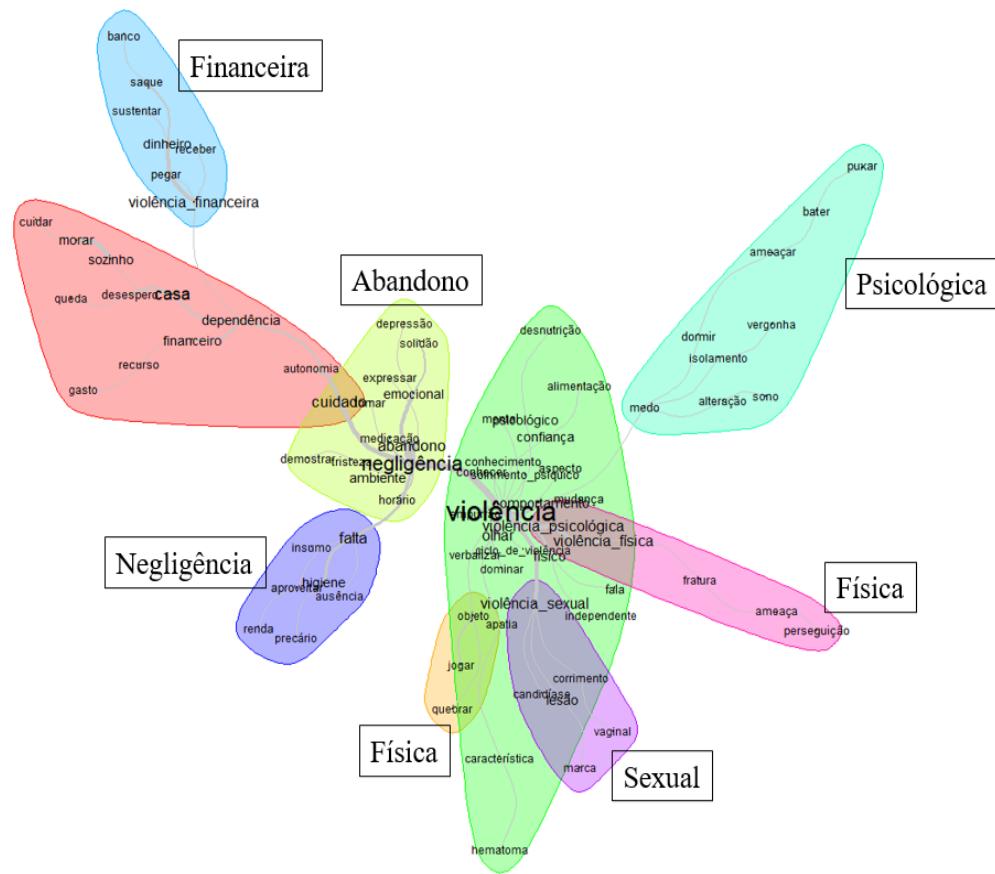


Figura 2 – Árvore máxima da análise de similitude referente aos sinais sugestivos de VCPI entre os enfermeiros participantes da pesquisa. Campina Grande, PB, 2022.

O desfecho da VCPI pode causar múltiplos impactos de caráter social, de saúde e individuais, conforme observado na árvore máxima, o sofrimento psíquico percebido na pessoa idosa pode ser evidenciado por meio da identificação de transtornos psicológicos como a depressão⁽¹²⁾ que podem evoluir para situações como ideação suicida⁽¹³⁾ e em casos mais severos, à morte.

Discute-se amplamente o ciclo da violência na perspectiva da violência contra a mulher, entretanto a necessidade de romper com o ciclo perpassa todos os grupos etários, seja pela vítima ou por meio de políticas públicas efetivas que lhes forneça subsídios e suporte para tal. A assistência de enfermagem ancorada no reconhecimento das necessidades da pessoa idosa em situação de violência lhe fornecerá suporte para a identificação de ciclos violentos, possibilitando assim, que o profissional seja ativo na rede de apoio no processo de rompimento do ciclo violento^(5,7).

A justaposição das ramificações rosa e amarelo ao núcleo verde (central) referem-se a sinais de violência física com termos que expressam características dessa modalidade

de VCPI como “fraturas”, “ameaças”, “quebrar”, “jogar” e “objetos”, os trechos adiante consiste na fala dos participantes sobre a violência física.

A questão do empurrão, de jogar um objeto em cima, de quebrar seus objetos, pegar alguma coisa sua e jogar no chão, quebrar, para o idoso, muitas vezes, para eles, a violência em si é só aquele quando você vai lá e dá um tapa, puxa cabelo e bate nele. (Enfermeiro 09)

Poderia estar sendo observado também marcas, cicatrizes nesse corpo dela porque tem uma história de ameaça com arma branca então ela poderia ter sido agredida e não mencionou, não detalhou, poderia sim ter uma cicatriz, de arma branca, então deveria ser investigado isso também possíveis fraturas. (Enfermeiro 02)

Os aspectos físicos envolvidos na identificação da tipificação da violência física incluem a observação de marcas visíveis identificadas no corpo da vítima⁽¹⁴⁾. Os enfermeiros participantes da pesquisa indicaram alguns conforme evidenciado acima, entretanto, outros sinais de violência física podem ser observados como a presença de queimaduras⁽¹⁵⁾, arranhões⁽¹⁶⁾, empurrões e em casos mais graves, socos, golpes⁽⁵⁾ e espancamento⁽¹⁷⁾.

Sinais sugestivos de violência física demandará do profissional da saúde maior aprofundamento ao observar características de violência física, principalmente na busca de compreender os aspectos que envolveram a situação violenta, seja com uso de arma de fogo, arma branca ou unicamente a força física do perpetrador. Ademais, o profissional precisará investigar possíveis outras lesões que se encontrem imperceptíveis a olho nu além do aspecto geral da pessoa idosa, como em casos de desnutrição e higiene física prejudicada⁽¹⁸⁾.

Ainda sobre as observações percebidas de forma física na pessoa idosa a ramificação referente a violência sexual se apresentou na coloração roxa também sobrepondo-se ao núcleo central maior e com aproximação a violência física, indicando possíveis semelhanças de características entre as tipificações. Destaca-se as características diferenciais da VCPI sexual como “vaginal”, “corrimento”, “candidíase” e “lesão” observado nas falas adiante.

A presença de lesões perineais, o sangramento genital, em homens ou mulheres, e corrimentos vaginais. (Enfermeiro 01)

A questão da candidíase oral né, a gente levar em consideração o que está acontecendo, porque esse idoso vai estar com essa candidíase oral e imaginar ele ter que relatar que essas coisas estão acontecendo. (Enfermeiro 07)

A violência sexual contra pessoa idosa é definida como “atos ou jogos sexuais de caráter homo ou heterorrelacional que utilizam pessoas idosas visando obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças”⁽¹⁹⁾. Dessa forma, durante a identificação de sinais sugestivos de sua ocorrência o profissional poderá identificar a presença de lesões perineais, corrimentos vaginais sugestivos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST’s) como mencionado pelo “enfermeiro sete”, colaborador da pesquisa.

É necessário reforçar que no que tange a discussão da violência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) qualquer tipologia de violência tem caráter de notificação compulsória, entretanto, a violência sexual, tem notificação compulsória imediata⁽²⁰⁾ em vista dos múltiplos desdobramentos que ela pode causar.

Adicionalmente aos achados mencionados pelos participantes da pesquisa, resíduos biológicos como como sêmen pode ser observado durante o exame físico da vítima de violência sexual. É fundamental que durante o manejo do paciente ou da cena em que aconteceu o ato violento o enfermeiro atente para manutenção dos vestígios, para que não haja comprometimento do material coletado⁽²⁰⁾.

Sob a faceta da violência psicológica, impede frisar que é a tipificação de violência mais recorrente, porém a de maior dificuldade de identificação. A violência psicológica apresentou-se centralizada na ramificação “verde mint” com atributos indicados como “ameaçar”, “vergonha”, “medo”, “dormir” e “isolamento”, os trechos abaixo confirmam.

As ameaças, a questão da perseguição também mencionada pelo agressor, de que ele vai produzir essa perseguição, isso também causa sofrimento psíquico, o medo né, que ela relata também, e a questão de interromper a vida dela, convívio, as relações com as outras pessoas. (Enfermeiro 02)

Ele ameaçava e passava a noite sentado numa cadeira, ameaçando e ela com os filhos com medo de dormir, quando ele batia, ela sabia que ali ia acabar. (Enfermeiro 07)

A experiência de situações de violência psicológica na pessoa idosa pode acarretar danos significativos em sua qualidade de vida, como alterações no padrão de sono, como mencionado pelo “enfermeiro sete”, entretanto, inclui outras consequências dessa violência como fadiga, aumento da frequência cardíaca, dificuldade em seus relacionamentos pessoais e na atenção^(15-17,19).

A ocorrência de eventos como insultos, xingamentos, agressões gestuais que comprometam a imagem ou a autoestima da pessoa pode ser caracterizado como violência psicológica. Desfechos como depressão, ideação suicida e crise de identidade são característicos em pessoas idosas vítimas de atos violentos de caráter psicológico⁽²¹⁾.

Dessa forma, é importante considerar os aspectos comportamentais apresentados pelo idoso durante a consulta para detecção dessa tipologia de violência, o idoso pode se apresentar mais introspectivo e apresentar dificuldades em relacionar-se com pessoas do seu próprio seio de convívio diário, além de comportar-se de forma diferente na presença do perpetrador⁽⁵⁾.

No tocante a negligência e o abandono se interrelacionam na árvore máxima e reflete a aproximação teórica existente entre as duas tipificações. Faz necessário frisar que apesar de haver aproximação teórica o abandono é resultado do desamparo do idoso que carece de proteção por seus responsáveis legais (família, instituições ou sociedade), a negligência por sua vez, será resultado da ausência de cuidados fundamentais para saúde do idoso⁽¹⁹⁾.

Dessa forma, os indicativos mencionados pelos participantes que atendem a discussão de abandono são evidenciados pelos termos “solidão”, “depressão”, “tristeza” e “emocional” conforme pode ser observado nos discursos adiante.

A depressão a solidão no abandono, a meu ver o abandono traz sinais emocionais mais intensos, mas não que isso na negligência também não aconteça. (Enfermeiro 02)

O idoso também não se sente indesejado, rejeitado, ele se sente sozinho.
(Enfermeiro 04)

A família é o principal responsável juridicamente pela pessoa idosa nos aspectos de saúde, mas também no que tange ao domínio afetivo⁽²²⁾, essa premissa fica expressa na fala dos enfermeiros participantes da amostra que o abandono pode ser observado por meio aspectos afetivos e emocionais observados na pessoa idosa, como a ocorrência da depressão, sentimentos de solidão, sentir-se indesejado e/ou rejeitado.

Entretanto, o abandono pode ser perpetrado contra o idoso também a nível da assistência que lhe é ofertada por profissionais de diversas áreas de atendimento e também em dimensões macrossociais, como em casos de omissão ou deserção de instâncias governamentais no que tange a oferta de socorro, proteção e segurança^(17,22-23).

A negligência, por sua vez, foi mencionada pelos participantes com a presença de sinais característicos notabilizado pelos termos “falta”, “ausência”, “insumo” e “higiene”, esclarecido pelas falas adiante.

Então, toda vez que eu leio ou estudo alguma coisa sobre negligência até em especial ao idoso, ele é um termo muito amplo, se a gente for levar em consideração o conceito é justamente a falta, a ausência, a recusa. (Enfermeiro 03)

Da falta de cuidados, da omissão de cuidados de higiene. A gente vê, por exemplo, uma casa com condições que a família tem uma condição financeira relativamente boa e ver que o idoso tá de certa forma mal vestido, a aparência também, questões de higiene bucal e a higiene no geral precarizada eu acho que são indicativos. (Enfermeiro 01)

A negligência é um tipo de violência em que as necessidades básicas não são atendidas, tais como, alimentação adequada, abrigo digno, higiene e cuidados necessários aos idosos⁽²⁴⁾. Embora na literatura pareça difícil distingui-la da autonegligência, a negligência refere-se a algo sofrido pelo idoso perpetrado por um terceiro⁽²⁵⁾, na autonegligência o idoso é o próprio perpetrador da violência contra si.

Uma pesquisa realizada na província de Anhui na China com 281 idosos, 80,4% relataram que sofreram mais de três vezes violência do tipo negligência e 34,9% sofreram duas vezes a negligência, um dos motivos foi a falta de atenção, principalmente aos idosos que necessitavam de maiores cuidados⁽²⁶⁾. O idoso quando acometido por este tipo de violência, têm maior risco de perder capacidades cotidianas, como comer, ir ao banheiro, tomar remédio conforme prescrito, gerenciar finanças, tornando-o mais dependente⁽²⁵⁾.

Para combater tal prática, a equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, tem o papel crucial na violência vivenciada pelos idosos, possuindo a habilidade de identificar adequadamente o tipo de maus tratos e/ou negligência, garantir a manutenção de sua saúde, que na maioria das vezes já se encontram mais fragilizadas até pelo próprio processo do envelhecimento. Exatamente por apresentar algumas particularidades fisiológicas, o profissional precisa ter um olhar sagaz para conseguir avaliar e diferenciar os sinais e sintomas decorrentes de maus tratos ou não^(5,7).

A apresentação da ramificação vermelha da árvore máxima intermedia a violência financeira (azul) e a negligência e abandono acima mencionada, quando observado os termos como “dependência”, “autonomia”, “sozinho” e “cuidar”, quando observado em concomitante com o discurso dos participantes é possível perceber que se trata de condições de risco para ocorrência das duas tipologias de VCPI.

Eu acredito que se assemelha a dependência financeira a partir do momento em que por exemplo ele tem alguma dependência funcional por exemplo, e aí ele precisa de outros para prover os cuidados, essas outras pessoas podem se aproveitar da renda que ele tem para outras questões e não ajudar nessa dependência funcional. (Enfermeiro 01)

Tem ali um idoso que mora sozinho, até o agente comunitário de saúde consegue perceber, “poxa aquele idoso ali não tem um familiar junto”, ninguém aparece, mora sozinho, tem doenças crônicas, precisa de ajuda. (Enfermeiro 02)

Ainda sobre a violência financeira, na extremidade da árvore, na cor azul é percebido que os termos “saque”, “sustentar”, “dinheiro”, “banco” e “pagar” remetem-se a violência financeira, os discursos adiante indica a forma em que esses sinais se apresentam.

A gente se depara com situações não só como essa, mas que o idoso ele passa por golpes de pessoas realizando empréstimos em seu nome sem a sua autorização, então o idoso não consegue se locomover, então muitas vezes alguém fica responsável de fazer esse saque, por mais que ele tenha que estar atualizando, ir ao banco cadastrar a digital e atualizar isso. ((Enfermeiro 04)

O idoso diz que não tem condições de comprar medicação, e as vezes só enfermeiro deixa passar batido sem questionar o porquê que ele não tem condições, será que ele não tem condições apenas porque ele não tem dinheiro suficiente? Ou porque alguém tá se usurpando desse dinheiro dele, se ele está perdendo uma parcela do dinheiro dele porque ele está pagando empréstimo para outra pessoa, ou se ele está sustentando outra pessoa. (Enfermeiro 06).

O idoso apresenta grande vulnerabilidade e suscetibilidade à exploração financeira. O declínio cognitivo e déficit de tomadas de decisões, embora seja intrínseco ao envelhecimento, são fatores de risco para violência financeira. A violência financeira é definida quando há ocorrência do uso ilegal ou improprio dos bens, propriedade ou dinheiro de um idoso, incluindo roubo e fraude, ocasionado por alguém conhecido ou estranho⁽²⁷⁾.

A incidência deste tipo de violência está cada vez mais prevalente e perceptível aos idosos⁽²⁷⁾. Corroborando com esta afirmativa, um estudo realizado no Brasil, com 555 boletins de ocorrência revelou 58,9% de abuso financeiro⁽²⁸⁾. Este achado é similar a uma pesquisa com 510 vítimas em Portugal, na qual, foi evidenciado que 47,5% sofreram violência financeira⁽²⁹⁾.

Apesar da crescente incidência, notificar este abuso ainda é uma barreira, ainda mais se o perpetrador é alguém da família, amigo ou conhecido. As vítimas relutam em decorrência do medo de colocá-lo em apuros, a desacreditação das autoridades e de ter algum vínculo com o abusador. Pesquisadores americanos após oito anos de uma pesquisa, contactaram as vítimas e 87,5% daqueles que indicaram ter vivenciado eventos perpetrados por familiares/amigos não relataram o crime às autoridades⁽³⁰⁾.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Embora o objetivo da pesquisa tenha se relacionado a compreender o fenômeno da violência de forma ampla na perspectiva de profissionais da enfermagem a partir da análise do material empírico foi possível perceber a limitação de aprofundamento no que tange a cada tipificação de violência com os profissionais, gerando assim, perspectiva para futuros estudos que versem explorar a representação de cada um deles em busca de melhor desvela-los.

Em virtude do momento pandêmico, a coleta de dados aconteceu em ambiente virtual, que pode ter potencializado a limitação de aprofundamento no que tange a desvelar nuances do fenômeno do ponto de vista do profissional.

INOVAÇÕES PARA ENSINO, PESQUISA, GESTÃO E/OU ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM E SAÚDE.

Esta pesquisa engrandece e fortalece a Enfermagem enquanto ciência e profissão, principalmente na área da enfermagem forense ao explorar o olhar do enfermeiro sobre a violência contra a pessoa idosa, tema pouco discutido na literatura forense. A partir da percepção do enfermeiro, a operacionalização do processo de enfermagem torna-se mais fidedigno e aplicável para o cuidado frente a violência contra pessoa idosa.

É mister mencionar que as falas dos profissionais sinalizam a necessidade de construção de um instrumento que seja capaz de subsidiar o enfrentamento ao fenômeno da violência que contemple todos os tipos de violência para uso durante a consulta de enfermagem a fim de facilitar a identificação de potenciais riscos para violência e situações confirmadas para cada tipificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O material empírico proveniente da colaboração dos enfermeiros que participaram do estudo viabilizou identificar quais os principais sinais sugestivos observados para identificação de situações de violência contra pessoa idosa. Embora o aprofundamento de cada tipificação de violência seja extremamente amplo, os dados possibilitaram perceber quais os principais eixos e sinais de violência de forma genérica e de caráter mais específico para cada tipo de violência na perspectiva do profissional da enfermagem.

Por meio da árvore máxima foi possível perceber o núcleo central de identificação da violência, sendo este fortemente relacionado ao sofrimento psíquico, ciclo da violência e a confiança, sendo essas características que perpassam as demais formas de violência identificadas nas ramificações da árvore. Os profissionais conseguem identificar marcadores significativos no tocante à sugestão da ocorrência da violência contra pessoa idosa.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos todos os enfermeiros que se disponibilizaram conversar conosco sobre o olhar na perspectiva forense.

Agradecimentos, apoio financeiro ou técnico, declaração de conflito de interesse financeiro e/ou de afiliações:

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. The imperative of caring for the dependent elderly person. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. *Cien Saude Colet.* [Internet] 2019 [acesso em 11 jul 2022]; 24(1):247-252. Disponível em:10.1590/1413-81232018241.29912018.
2. BRASIL. Estatuto do Idoso. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde [Internet] 2013 [acesso em 11 jul 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf.
3. Pampolini G, Leite FMC. Neglect and psychological abuse of older adults in a Brazilian state: analysis of reports between 2011 and 2018. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2020 [acesso em 20 jul 2022];23(6):e190272. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190272>.
4. Moraes CL de, Marques ES, Ribeiro AP, Souza ER de. Contributions to address violence against older adults during the Covid-19 pandemic in Brazil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020 [acesso em 25 jul 2022];25:4177–84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.27662020>.
5. Oliveira KSM, Carvalho FPB de, Oliveira LC de, Simpson CA, Silva FTL da, Martins AGC. Violence against the elderly: the conceptions of nursing professionals regarding detection and prevention. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 30 jul 2022];39:e57462. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>.
6. Maia PHS, Ferreira EF e, Melo EM de, Vargas AMD. Occurrence of violence in the elderly and its associated factors. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [acesso em 31 jul 2022];72:64–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0014>.
7. Musse JO, Rios MHE. Atuação do enfermeiro frente à violência doméstica sofrida pelo idoso. *Estud. interdiscip. envelhec.* [Internet]. 2015 [acesso em 21 ago 2022];20(2). Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/26636>.
8. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet] 2007 [acesso em 21 ago 2022]; 19(6): 349–357. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
9. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM da, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2008 [acesso em 21 ago 2022];17(4):779–86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021>.
10. Salvador PTC de O, Alves KYA, Rodrigues CCFM, Oliveira LV. Online data collection strategies used in qualitative research of the health field: a scoping review. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020 [acesso em 21 ago 2022];41:e20190297. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190297>.

11. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temat. [Internet]. 2014 [acesso em 21 ago 2022];22(44):203-20. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>.
12. Sousa RCR, Araújo GKN, Souto RQ, Santos RC, Santos RC, Almeida LR. Factors associated with the risk of violence against older adult women: a cross-sectional study. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2021 [acesso em 10 de out de 2022];29:e3394. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4039.3394>.
13. Reis EM dos, Santos P costa dos, Pucci SHM. Ideação e tentativa de suicídio em idosos: fatores de risco associados. REASE [Internet]. 2021 [acesso em 21 out 2022];7(6):211-20. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i6.1364>.
14. Hohendorff JV, Paz AP, Freitas CPPF, Lawrenz P, Habigzang LF. Caracterização da violência contra o idoso a partir dos casos relatados por profissionais de saúde. Rev. SPAGESP [Internet]. 2018 [acesso em 30 out 2022]; 19(2): 64-80. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v19n2/v19n2a06.pdf>.
15. Mawar S, Koul P, Das S, Gupta S. Association of Physical Problems and Depression with Elder Abuse in an Urban Community of North India. Indian J Community Med [Internet]. 2018 [acesso em 21 out 2022];43(3):165-169. Disponível em: [10.4103/ijcm.IJCM_249_17](https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_249_17).
16. Joyce CM. Prevalence and nature of resident-to-resident abuse incidents in Australian residential aged care. Australas J Ageing [Internet]. 2020 [acesso em 30 out 2022];39(3):269–76. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajag.12752>.
17. Friedman L, Avila S, Friedman D, Meltzer W. Association between Type of Residence and Clinical Signs of Neglect in Older Adults. Gerontology [Internet]. 2019 [acesso em 30 set 2022];65(1):30–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000492029>.
18. Santos MAB dos, Moreira R da S, Faccio PF, Gomes GC, Silva V de L. Factors associated with elder abuse: a systematic review of the literature. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020 [acesso em 30 set 2022];25(6):2153–75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25112018>.
19. Souza ER de, Minayo MC de S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 [acesso em 05 nov 2022];15(6):2659–68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-8123201000600002>.
20. Ribeiro DAT, Costa AB, Mariano PP, Baldissera VDA, Bettioli SE, Carreira L. Vulnerability, family violence and institutionalization: narratives for elderly and professionals in social welcome center. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2021 [acesso em 05 nov 2022];42:e20200259. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200259>.
21. Machado DR, Kimura M, Duarte YA de O, Lebrão ML. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020 [acesso em 05 nov 2022];25(3):1119–28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.1923201>.
22. Freitas BMC, Silva JAC. A responsabilidade do estado diante da situação de abandono do idoso: enfrentando o abandono assistencial do estado. CGHS UNIT-AL [Internet]. 2021 [acesso em 10 nov 2022];6(3):22. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/9110>.

23. Santos AMR, Nolêto RDS, Rodrigues RAP, Andrade EMLR, Bonfim EG, Rodrigues TS. Economic-financial and patrimonial elder abuse: a documentary study. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2019 [acesso em 10 jan 20223];53:e03417. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017043803417>.
24. El-Khawaga G, Eladawi N, Abdel-Wahab F. Abuse of Rural Elders in Mansoura Districts, Dakahlia, Egypt: Prevalence, Types, Risk Factors, and Lifestyle. J Interpers Violence [Internet]. 2021 [acesso em 10 jan 20223];36(5-6):NP2868-NP2882. Disponível em: 10.1177/0886260518767900.
25. Howe MJK, Choi KW, Piedra LM, Zhong S, Pierce G, Cook SC, Ramirez R. Detecting Risk of Neglect in NSHAP Round 3 Using New Follow-Up Questions to Activities of Daily Living Measures. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci [Internet]. 2021 [acesso em 23 fev 20223];76(Suppl 3):S348-S362. doi: 10.1093/geronb/gbab186.
26. Su PY, Hao JH, Xiong LM, Yu DD, Cao YT, Fang Y, Jiang XL, Qian QX, Tao FB. The prevalence and influencing factors of abuse and negligence against elderly in rural areas of Anhui province. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi [Internet]. 20112021 [acesso em 17 abr 20223] Feb;32(2):110-5. Disponivel em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.ez15.periodicos.capes.gov.br/21518615/>.
27. Lichtenberg PA, Gross E, Ficker LJ. Quantifying Risk of Financial Incapacity and Financial Exploitation in Community-dwelling Older Adults: Utility of a Scoring System for the Lichtenberg Financial Decision-making Rating Scale. Clin Gerontol [Internet]. 202020112021 [acesso em 17 abr 20223];43(3):266-280. Disponível em:10.1080/07317115.2018.1485812.
28. Santos AMR, Silva FL, Rodrigues RAP, Sá GGM, Santos JDM, Andrade EMLR, et al. Financial-patrimonial elder abuse: an integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [acesso em 17 abr 20223];72(Suppl 2):328-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0703>.
29. Gil AP, Santos AJ, Kislaya I, Santos C, Mascoli L, Ferreira AI, et al.. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015 [acesso em 17 abr 20223];31(6):1234-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084614>.
30. Acierno R, Steedley M, Hernandez-Tejada MA, Frook G, Watkins J, Muzzy W. Relevance of Perpetrator Identity to Reporting Elder Financial and Emotional Mistreatment. J Appl Gerontol [Internet]. 2020 [acesso em 17 abr 20223];39(2):221-225. Disponível em:10.1177/0733464818771208.

4.5 ARTIGO 05 – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

CONSTRUÇÃO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE ESCALA PARA RASTREIO DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

RESUMO

Objetivo: construir e validar o conteúdo uma escala para rastreio de violência contra a pessoa idosa. **Método:** estudo metodológico desenvolvido por meio da triangulação de dados referentes a uma revisão de escopo, uma análise do conceito e uma coleta de dados com profissionais da área da enfermagem. Os resultados dos referidos estudos subsidiaram a construção a escala de rastreio e identificação de violência contra pessoa idosa que foi validada com juízes especialistas. A avaliação da concordância entre os juízes foi dada por meio do IVC e CVC, sendo adotado como válidos valores de concordância acima de 0,80 e o coeficiente de Kappa de Fleiss com corte mínimo de 0,70. A pesquisa só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa. **Resultados:** compôs a amostra nove juízes. O instrumento contém 65 questões dividido entre os seis tipos de violência identificados na literatura. Houve concordância entre os juízes entre os itens do instrumento no que tange a faceta de clareza, pertinência, relevância e concordância. O IVC global foi de 0,99 entre os quatro domínios. O CVC global também foi considerado excelente nas quatro facetas: $CVC_{clareza} = 0,96$, $CVC_{pertinência} = 0,98$, $CVC_{relevância} = 0,98$ e $CVC_{semântica} = 0,96$. E referente ao Fleiss, a avaliação da semântica deu o menor valor $KF_{semântica} = 0,82$, seguido da clareza $KF_{clareza} = 0,85$ e $KF_{pertinência} = 0,94$ e $KF_{relevância} = 0,94$. **Conclusões:** a escala apresenta evidências de validade de conteúdo confiáveis para uso em diversos contextos, entretanto se faz necessária a coleta de dados com a população afim de estimar a confiabilidade no tocante as evidências de validade com base na estrutura interna.

Descritores: Abuso contra idosos; violência; instrumentos; psicometria; validade de conteúdo

INTRODUÇÃO

A ocorrência de atos violentos consiste em um problema de saúde pública, com múltiplos desdobramentos. Para a vítima, podem ocorrer impactos de ordem física como diminuição na qualidade de vida, prejuízos de memória, dificuldades de relacionamento interpessoal, isolamento social, alterações de sono e de alimentação, e impactos de caráter psicológico/emocional como diminuição da autoestima, medo, alterações de humor, ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e até suicídio. Do ponto de vista macro dimensional, situações de violência causa desequilíbrio social no qual a comunidade passa a experimentar sentimentos de medo e insegurança (CARVALHO, et al., 2021).

As consequências mencionadas refletem-se em todos os grupos etários que vivenciam situações de violência, entretanto, a pessoa idosa é considera um grupo populacional vulnerável a vivenciar experiências violentas, uma vez que algumas características desse grupo etário podem potencializar o risco de sua ocorrência, como o sexo (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018; MEYER; LASATER; GARCIA-

MORENO, 2020) , idade avançada (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018; MEYER; LASATER; GARCIA-MORENO, 2020), baixa escolaridade MEYER; LASATER; GARCIA-MORENO, 2020), comprometimento mental (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018; YON, et al., 2019), dependência funcional ou financeira (MEYER; LASATER; GARCIA-MORENO, 2020).

As ações de caráter preventivo para a ocorrência da violência podem ser propiciada a nível primário, que busca de evitar a ocorrência do fenômeno, a secundária, que consiste em ações de versem minimizar as consequencias da violência que já ocorreu e a terciária que objetiva minimizar os danos a longo prazo e de reintegração dos indivíduos na sociedade (CARVALHO, et al., 2021), entretanto, será sempre necessário que a equipe de saúde dispunha de instrumentos eficazes para adequado rastreamento de casos confirmados ou suspeitos de violência contra pessoa idosa (VCPI).

Entretanto, considerando a magnitude que envolve o problema em discussão e a suas mutiplas facetas é escasso o número de instrumentos que ofereça sustentação teórica ampla que forneça a viabilidade de reastreamento da VCPI. Atualmente contamos com três ferramentas: 1) o instrumento recomendado Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) que foi elaborado para uso em Portugal e apresenta limitaçã do ponto de vista teórico e psicométrico, uma vez que não recebeu adaptação trasncultural para uso no Brasil; 2) A *Conflict Tactics Scale* (CTS-1) (STRAUS, 1979), que se propõe a dimensionar a resolução de conflitos no ceio familiar do ponto de vista físico e emocional; e 3) o *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST) (NEALE et al., 1991; REICHENHEIM; PAIXÃO JR.; MORAES, 2008), que contém 15 itens dicotômicos que determinam o risco para violência.

Escolher desenvolver um novo instrumento pode estar ancorado em diversas razões de escolha do pesquisador, entretanto, uma delas consiste na carência de ferramenta completa capaz de abracer todas as características do fenômeno estudado com qualidades de medidas psicométricas garantidas por meio de evidências de validade (BORSA; SIZE, 2017), é ancorado nesse pressuposto que o estudo encontra a necessidade para o desenvolvimento de uma escala de medida que seja capaz de identificar as seis tipificações de violência contra pessoa idosa, sendo este então o construto de interesse.

Durante o desenvolvimento de uma nova escala o pesquisador precisará contemplar etapas rigorosas para que ele seja válido e confiável, elas dividem-se em: procedimentos teóricos (construção dos itens do instrumento, assim como suas categorias, comportamento e sua representação), empíricos (experimentais) e analíticos (evidências

de validade interna) (PASQUALI, 1998).

O presente manuscrito consiste na consolidação da etapa dos procedimentos teóricos e se propõe a apresentar a validação de conteúdo da “Escala para rastreio e identificação de violência contra a pessoa idosa”, dessa forma objetivamos construir e validar o conteúdo uma escala para rastreio e identificação de violência contra a pessoa idosa.

MÉTODO

A escala foi elaborada versando identificar o traço latente da VCPI e suas respectivas tipificações, para tal, foi utilizando o modelo orientado pela American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA) e a *National Council on Measurement in Education* (NCME) (AERA, 2014).

O “*STANDARDS for Educational and Psychological Testing*” mais atual organiza a estrutura metodológica para proposição de evidências de validade composta por cinco categorias de evidências de validade: validade de conteúdo, validade baseada na estrutura interna, validade baseada nas relações com medidas externas (validade convergente, discriminante, critério, concorrente e preditiva), validade baseada no padrão de resposta aos itens e validade consequencial (AERA; APA; NCME, 2014). Dessa forma, o presente estudo apresenta a etapa de construção e a evidência de validade de conteúdo do instrumento.

A validade de conteúdo de um instrumento garante que foi construído com fidelidade ao traço teórico que o compõe (PASQUALI, 2019). Nessa etapa, se avalia questões gramaticais, semânticas e idiomáticas e a capacidade de cobertura teórica do instrumento para adequada mensuração do traço latente estudado.

Para construção dos itens é necessário identificar as definições constitutivas e as definições operacionais do fenômeno estudado. A definição constitutiva consiste na identificação de como o fenômeno é conceituado na literatura e determina seus limites e capacidade de extensão na literatura bem como as suas possíveis dimensões/fatores determinantes. A fase de definições constitutivas o construto estudado ainda se encontra na fase abstração teórica, apenas na definição operacional é que se torna tangível a observação empírica do traço latente, que deve fundamentalmente: ser operacional e o mais abrangente possível (PASQUALI, 2010).

No estudo as definições constitutivas e operacionais da ferramenta foram organizadas por meio da triangulação de métodos dos três métodos realizados anteriormente ao presente resultado, à saber: um revisão de escopo intitulada “Instrumentos para screening de situações de abuso contra pessoa idosa: *scoping review*”, uma análise do conceito “Análise conceitual da violência contra pessoa idosa de acordo com Walker e Avant” e coleta de dados com profissionais da enfermagem denominada “Marcadores de violência contra a pessoa idosa sob a perspectiva de enfermeiros”.

Dessa forma, os itens foram construídos com base na ancoragem teórica mencionada e atendeu aos critérios propostos por Pasquali (2010) para elaboração de itens de um instrumento: 1) comportamental: deve indicar a um comportamento; 2) objetividade: ele deve contemplar uma resposta desejável ou não de forma objetiva; 3) simplicidade: não deve abranger mais de uma interpretação ou afirmativa; 4) clareza: deve ser compreendido por todo o estrato da população alvo; 5) relevância: relacionado a covariância do item dentro do fator definido; 6) precisão: representado pela capacidade de discriminação e de dificuldade do item; 7) variedade: variação dos termos usados nas sentenças e questões favoráveis e desfavoráveis; 8) modalidade: não utilizar termos extremistas na elaboração do item como “extremamente feliz”; 9) tipicidade: os itens precisam ser típicas do atributo; 10) credibilidade: o item deve ser ponderado de forma que o respondente não sinta-se ofendido ou sinta-se infantilizado.

A versão preliminar da ferramenta foi intitulada “Instrumento para rastreio de violência contra a pessoa idosa”, composta por 65 itens, distribuídos em seis dimensões de violência conforme observada na literatura: violência psicológica (14 itens), violência financeira (15 itens), abandono (7 itens), negligência (8 itens), violência física (13 itens) e sexual (8 itens).

A evidência de validade de conteúdo foi realizada com juízes experts, composta por profissionais especialistas, mestres e/ou doutores nas áreas: de geriatria e gerontologia, enfermagem forense, violência contra pessoa idosa ou aqueles com pesquisa comprovada na área de psicometria, construção de instrumento de medidas e estudos de validação. O perfil esperado foi buscado por meio da plataforma Lattes e por meio da técnica de bola de neve.

Foram identificados 44 profissionais com o perfil esperado que foram convidados a participar da pesquisa via endereço eletrônico, destes 27 responderam aceitar participar como juiz, então, foi encaminhando um novo e-mail contendo o termo

de consentimento livre e esclarecido (TCLE) via formulário online, no qual receberam uma cópia assinada pelos pesquisadores do estudo e uma planilha eletrônica contendo os itens e os critérios de avaliação: clareza, pertinência, relevância a semântica e um espaço para sugestões de refinamento do item.

Foi recebida devolutiva de apenas nove especialistas que responderam o instrumento acima citado de acordo com o grau de concordância de cada item, sendo considerado que 1 é o menor nível de concordância e 5 é a concordância máxima.

Os dados obtidos foram tabulados e analisados de acordo com o nível de concordância por meio das análises do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), (HERNÁNDEZ-NIETO, 2002), o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (POLLIT; BECK, 2006) e o coeficiente de Kappa de Fleiss (KF) (FLEISS, 1981).

O CVC avalia a concordância entre os juízes por meio da média de cada indicador definido no estudo, a soma de todas as pontuações é dividida pelo número de juízes da pesquisa, de modo que almeja-se que o valor seja maior do que 0,80 de concordância (HERNÁNDEZ-NIETO, 2002). O IVC consiste na avaliação da proporção da concordância dos juízes sobre a relevância do item do ponto de vista teórico, o cálculo é feito com corte dicotômico e o índice aceitável é que seja maior do que 0,80 de concordância entre os especialistas (POLLIT; BECK, 2006).

A avaliação do Kappa de Fleiss viabiliza avaliar o grau de concordância entre três ou mais avaliadores, podendo variar entre -1 a +1 e a interpretação do coeficiente é estimado em: 0,40 a 0,60 concordância regular, entre 0,61 e 0,75 concordância boa e valores acima de 0,75 concordância excelente (FLEISS, 1981).

RESULTADOS

Compôs a amostra nove juízes, a maioria do sexo feminino (7; 77,8%), atuante na área da enfermagem forense (4; 44,5%) e com doutorado (6; 66,7%). A maioria dos especialistas atuam no Rio Grande do Norte (3; 33,3%), já desenvolveu pesquisa de validação (5; 55,5%), com pessoas idosas (7; 77,7%), relacionadas a enfermagem forense (5; 55,5%) e não utilizou nenhum instrumento de mensuração de violência contra pessoa idosa em pesquisas (6; 66,7%).

Tabela 1 – Caracterização dos Juízes participantes do estudo. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 2022.

Variável	N	%
Sexo		

Feminino	7	77,8
Masculino	2	22,2
Área de atuação		
Instrumentação	2	22,2
Enfermagem Forense	4	44,5
Enfermagem Gerontológica	3	33,3
Maior Titulação		
Mestrado	1	11,1
Doutorado	6	66,7
Pós-doutorado	2	22,2
Estado de atuação		
PB	2	22,2
RN	3	33,3
RJ	2	22,2
CE	1	11,1
PR	1	11,1
Desenvolve ou desenvolveu pesquisas de validação?		
Sim	5	55,5
Não	4	44,5
Desenvolve ou desenvolveu pesquisas relacionadas a pessoa idosa?		
Sim	7	77,7
Não	2	22,3
Desenvolve ou desenvolveu pesquisas relacionadas a enfermagem forense?		
Sim	5	55,5
Não	4	44,5
Utiliza ou já utilizou algum instrumento de mensuração de violência contra pessoa idosa?		
Sim	3	33,3
Não	6	66,7
Total		100

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

A versão final da escala manteve-se com os 65 itens distribuídos entre os domínios: 14 itens para violência psicológica, 15 na dimensão de violência financeira, 7 em abando, 8 na dimensão da negligência, 13 para violência física e 8 na sexual. A tabela 3 demonstra a concordância dos juízes de acordo com o IVC, CVC e Kappa de Fleiss dos itens do instrumento, na qual é possível observar que todos os itens atenderam aos critérios estabelecidos por cada indicador de concordância.

A avaliação global de todos os indicadores foi considerada aceitável. O IVC manteve-se quase perfeita, com $IVC = 0,99$ entre os quatro domínios (clareza, pertinência, relevância e semântica). O CVC global também foi considerado excelente nas quatro facetas: $CVC_{clareza} = 0,96$, $CVC_{pertinência} = 0,98$, $CVC_{relevância} = 0,98$ e $CVC_{semântica} = 0,96$. No

tocante ao Kappa de Fleiss, a avaliação da semântica deu o menor valor $KF_{semântica}=0,82$, seguido da clareza $KF_{clareza}=0,85$ e $KF_{pertinência}=0,94$ e $KF_{relevância}=0,94$.

Tabela 2 – Concordância dos juízes de acordo com o IVC, CVC e Kappa de Fleiss entre os itens do instrumento relacionados a clareza, pertinência, relevância e semântica. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 2022.

Tipo de Violência	Item	Clareza			Pertinência			Relevância			Semântica		
		IVC	CV	KF	IV	CVC	K	IVC	CVC	KF	IV	CV	KF
Psicológica	1.	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	0,97	
	2.	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	0,97	
	3.	1,00	0,97		1,00	1,00		1,00	0,97		1,00	1,00	
	4.	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	0,97	
	5.	1,00	0,93		1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	0,95	
	6.	1,00	0,93		1,00	0,95		1,00	0,95		1,00	0,93	
	7.	1,00	0,95	0,82	1,00	1,00	0,94	1,00	1,00	0,94	1,00	0,97	
	8.	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00	0,94	1,00	1,00	0,82
	9.	1,00	0,97		1,00	1,00		1,00	0,95		1,00	0,95	
	10.	1,00	0,95		1,00	0,95		1,00	0,95		1,00	0,95	
	11.	1,00	0,88		1,00	0,95		1,00	0,95		1,00	0,91	
	12.	1,00	0,91		1,00	0,95		1,00	0,95		1,00	0,91	
	13.	1,00	0,91		1,00	0,93		1,00	0,95		1,00	0,93	
	14.	1,00	0,97		1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	0,95	
Financeira	15.	1,00	0,97		1,00	0,97		1,00	1,00		1,00	0,95	
	16.	1,00	0,95		1,00	0,97		1,00	1,00		1,00	0,97	
	17.	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00	
	18.	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00	
	19.	1,00	0,97		1,00	0,97		1,00	0,97		1,00	0,97	
	20.	1,00	0,97		1,00	0,97		1,00	0,97		1,00	0,97	
	21.	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00	
	22.	1,00	1,00	0,85	1,00	1,00	0,91	1,00	1,00	0,91	1,00	1,00	0,87
	23.	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00	
	24.	1,00	0,93		1,00	0,97		1,00	0,97		1,00	0,95	
	25.	0,89	0,97		0,89	1,00		0,89	1,00		0,89	1,00	
	26.	1,00	0,95		1,00	0,97		0,89	0,97		1,00	0,97	
	27.	1,00	0,93		1,00	0,97		1,00	0,97		1,00	0,93	
	28.	1,00	0,93		1,00	0,97		1,00	0,97		1,00	0,93	
	29.	1,00	0,91		1,00	0,97		1,00	0,97		1,00	0,91	
Abandono	30.	1,00	0,97		1,00	0,97		1,00	0,97		1,00	0,93	
	31.	1,00	0,97		1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00	
	32.	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00	
	33.	1,00	1,00	0,89	1,00	1,00	0,93	1,00	1,00	0,93	1,00	1,00	0,94
	34.	1,00	0,97		1,00	0,97		1,00	0,97		1,00	1,00	
	35.	0,89	0,88		0,89	0,88		0,89	0,88		0,89	0,91	
	36.	1,00	0,97		1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00	

	37.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	38.	1,00	0,97	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	39.	0,89	0,91	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Negligênci a	40.	1,00	0,82	0,77	1,00	0,93	0,89	1,00	0,95	0,89
	41.	1,00	0,93	1,00	0,95	1,00	0,95	1,00	0,95	1,00
	42.	1,00	0,95	1,00	0,95	1,00	0,97	1,00	0,97	1,00
	43.	1,00	0,95	1,00	0,97	1,00	0,97	1,00	0,97	1,00
	44.	1,00	0,86	1,00	0,97	0,89	0,97	1,00	0,95	1,00
	45.	1,00	0,91	1,00	1,00	1,00	0,97	1,00	0,91	1,00
	46.	1,00	0,95	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,95	1,00
	47.	1,00	0,93	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,93	1,00
	48.	1,00	0,91	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,91	1,00
	49.	1,00	0,97	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,93	1,00
	50.	1,00	0,91	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,91	1,00
Física	51.	1,00	0,91	0,83	1,00	0,95	0,97	1,00	1,00	0,97
	52.	1,00	0,95	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,93	1,00
	53.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	54.	1,00	1,00	1,00	0,95	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	55.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	56.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	57.	1,00	0,97	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,95	1,00
	58.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	59.	1,00	0,95	1,00	0,95	1,00	0,95	1,00	0,95	1,00
	60.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Sexual	61.	1,00	1,00	0,96	1,00	1,00	0,96	1,00	1,00	0,96
	62.	0,89	1,00	0,89	1,00	0,89	1,00	0,89	0,97	0,89
	63.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	64.	1,00	0,97	1,00	0,97	1,00	1,00	1,00	0,97	1,00
	65.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Global		0,99	0,96	0,85	0,99	0,98	0,94	0,99	0,98	0,94
										0,99
										0,96
										0,82

* IVC – Índice de Validade de Conteúdo; ** CVC – Coeficiente de Validade de Conteúdo; *** KF - Kappa de Fleiss.

Embora a análise dos itens do instrumento tenha sido considerada aceitável do ponto de vista de todos os coeficientes analisados, algumas sugestões dos juízes foram acatadas visando melhor atender a completude de aprofundamento do fenômeno. Dessa forma, dos 65 itens da escala, 37 foram alterados, o quadro 1 adiante demonstra o instrumento em sua versão final e os itens que sofreram modificações.

Quadro 1 - Instrumento em sua versão final e as respectivas modificações após sugestões dos juízes. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 2022.

Itens avaliado pelos especialistas		Decisão
1	Sinto que minhas opiniões e decisões não são respeitadas	Modificado
2	Sinto que meus sentimentos não são respeitados	Mantido

3 Confio nas pessoas com quem moro	Modificado
4 Fico calado (a) para evitar brigas maiores	Mantido
5 Onde eu moro as brigas comigo são frequentes e com palavras ofensivas	Modificado
6 A forma que fui tratado fez eu me sentir envergonhado (a) ou intimidado (a)	Mantido
7 Já sofri ameaça por não concordar com uma opinião	Modificado
8 Tenho medo de algumas pessoas com quem convivo	Mantido
9 Já sofri ameaça por não concordar com uma opinião	Modificado
10 Receber gritos, xingamentos e insultos	Modificado
11 Ele(a) faz coisas para me irritar propositadamente	Mantido
12 Dizer que eu causei muitos problemas	Modificado
13 Ser obrigado(a) à ficar em casa ou na cama por muito tempo mesmo sem indicação	Modificado
14 Ele faz eu me sentir culpado(a) por tudo	Modificado
15 Preciso que outra pessoa administre meu dinheiro	Mantido
16 Me sinto independente na decisão sobre o uso do meu dinheiro	Modificado
17 Dependo financeiramente de outras pessoas	Modificado
18 Ajudo a sustentar financeiramente outras pessoas	Mantido
19 Não sei como meu dinheiro é usado	Mantido
20 Meu cartão de aposentadoria e/ou salário é usado por outra pessoa	Mantido
21 Já pegaram meu dinheiro sem minha autorização	Mantido
22 Já fizeram empréstimo no meu nome sem minha autorização	Mantido
23 Já compraram coisas no meu nome sem minha autorização	Mantido
24 Algumas pessoas me visitam apenas quando o meu pagamento é depositado na minha conta e eu recebo o dinheiro.	Modificado
25 Confio na pessoa que administra meu dinheiro	Mantido
26 Fui forçado a assinar papéis sem realizar a leitura ou saber o conteúdo do documento	Modificado
27 Meu dinheiro não foi suficiente para comprar remédios	Modificado
28 Meu dinheiro não foi suficiente para comprar alimentos	Modificado
29 Meu dinheiro não foi suficiente para comprar material de higiene ou roupas	Modificado
30 Me senti sozinho (a) ou solitário(a)	Modificado
31 Sinto que as pessoas não me querem por perto	Mantido
32 Fico sozinho(a) por muito tempo	Mantido
33 Sinto que sou um peso para a maioria das pessoas da minha convivência	Modificado
34 Sinto que sou um peso para a sociedade que vivo	Modificado
35 Não me sinto seguro no ambiente em que vivo	Modificado
36 Recebo visitas dos meus familiares e amigos	Mantido
37 Sinto que não recebo os cuidados que preciso	Mantido
38 Tenho pessoas para ajudar a cuidar de mim quando preciso	Mantido
39 Faço cinco (ou mais) refeições durante o dia	Modificado
40 Recebi medicação em horários diferentes dos recomendados para uso	Modificado
41 Não foi comprado coisas que eu precisava para o meu dia a dia	Modificado
42 Não foi feito meu curativo	Mantido
43 Fiquei sem trocar a minha fralda suja	Mantido

44 Não fui levado a consulta de saúde quando precisei	Modificado
45 Fui ameaçado com objetos/gestos	Modificado
46 Fiquei com o corpo doendo depois de uma briga	Mantido
47 Precisei ir ao serviço de saúde depois de uma briga	Modificado
48 Fui segurado ou empurrado	Modificado
49 Fiquei com marcas no corpo após uma briga	Modificado
50 Já usaram da força contra mim para conseguir o que queriam	Modificado
51 Já fui machucado	Modificado
52 Já precisei imobilizar um membro após uma briga	Modificado
53 Fui empurrado de propósito	Modificado
54 Fui chutado de propósito	Modificado
55 Fui queimado de propósito	Modificado
56 Levei um tapa	Modificado
57 Fui agredido fisicamente de forma grave comprometendo a minha saúde	Modificado
58 Já fui tocado em partes íntimas contra a minha vontade	Mantido
59 Já fiquei com vergonha ao ter que conversar sobre sexo contra a minha vontade	Mantido
60 Já fui beijado contra a minha vontade	Mantido
61 Já fiz sexo contra a minha vontade	Mantido
62 Já fui machucado(a) fazendo sexo contra a minha vontade	Modificado
63 Fui forçado a assistir filmes ou ver imagens de caráter sexual contra a minha vontade	Modificado
64 Fui ameaçado a fazer sexo (ou atividade sexual)	Modificado
65 Tive do meu corpo ser expostas contra a minha vontade	Modificado

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

DISCUSSÃO

A seleção de um instrumento para utilizar no ensino, pesquisa ou prática profissional merece um olhar criterioso sobre os aspectos pelos quais ele o dimensiona, assim como a sua amplitude literária para desvelar o fenômeno estudado. Considerando a inexistência de escalas construídas e validadas no território brasileiro, relacionado a temática da VCPI e suas modalidades de apresentação é que se ancora a necessidade de veiculação da presente escala com conteúdo validado “Escala de rastreio e identificação de violência contra a pessoa idosa”. O título inicialmente proposto consistia em “Instrumento para rastreio de violência contra pessoa idosa”, entretanto, foi considerada na necessidade de alteração no título em virtude de dois pressupostos.

Inicialmente discute-se a amplitude do termo instrumento, que na literatura inclui diversos produtos como protocolos, ferramentas digitais, manuais, instrumento de coleta de dados entre outros, entretanto o presente instrumento consiste especificamente na produção de uma escala de mensuração de ocorrência da VCPI. A utilização de escala é forma de mensuração mais utilizada para determinar a existência de um traço latente em

indivíduos do ponto de vista psicológico, que podem ser classificadas em escalas nominais, ordinais, intervalar e de razão (STEVENS 1946). A presente escala, apresenta perfil ordinal, na qual estabelece escores ordinais do tipo Likert (STEVENS 1946).

A segunda modificação considerável no título da escala refere-se paradoxalmente a inclusão do “rastreio” e a “identificação” de situações de violência, essa modificação foi acatada por uma reflexão apontada por um dos juízes, no qual, questionou que a resposta afirmativa para alguns itens não se configuraria por si só uma situação de violência e sim um possível indicador para risco de ocorrência do fenômeno, como os itens: “Fico calado (a) para evitar brigas maiores”, “Preciso que outra pessoa administre meu dinheiro”, “Me senti sozinho (a) ou solitário(a)” e “Já fiquei com vergonha ao ter que conversar sobre sexo contra a minha vontade”.

O sentimento se solidão na pessoa idosa não se associa exclusivamente a situações de violência, o surgimento de comorbidades físicas ou mentais que afetam a qualidade de vida da pessoa idosa, pode lhes trazer sentimentos de solidão. Oliveira et al. (2019) conclui em revisão realizada que o sintoma da solidão se encontra associado a depressão e a emoções negativas que o indivíduo apresenta de si mesma, que nos leva a reflexão que o idoso se sentir sozinho não pode ser observado apenas pela lente da negligência, mas um fator de risco para tal ocorrência.

O item 3 “Confio nas pessoas da minha casa” obteve bons resultados do ponto de vista de concordância entre os juízes e foi reescrito para “Confio nas pessoas com quem moro”, essa necessidade de modificação se deu porque a violência psicológica perpetrada contra pessoa idosa pode acontecer em qualquer local em que ele reside.

A institucionalização de pessoas idosas é uma realidade comum no cenário nacional e internacional, sendo este o local que a pessoa passa a residir, esses espaços são destinados a cuidados de qualidade que seja respeitado a dignidade da pessoa na qual recebe cuidado (HENRIQUES et al., 2021). Entretanto, estima-se que um a cada seis idosos que sofrem violência habitam em ambientes comunitários e em instituições de longa permanência o abuso contra pessoa idosa atinge cerca de 33,4%, a violência física 14,1%, violência financeira aproximadamente 13,8%, 11,6% de negligência e a violência sexual 1,9% (YON et al., 2019).

O CVC do item 12 dentro do domínio da violência psicológica, apresentou valor abaixo entre a clareza, pertinência, relevância e semântica, de forma que houve modificação o item, na versão enviada aos especialistas estava redigido “Ele(a) diz que eu causo muitos problemas” para “Dizer que eu causo muitos problemas”.

A mudanças do perfil etário resulta em múltiplos desdobramentos para a sociedade, observando essas modificações sobre o ângulo mais interpessoal, a pessoa idosa pode perceber-se como um peso para seus familiares e cuidadores imediatos e/ou ser visto como uma sobrecarga também para seus familiares e cuidadores. As relações de cuidado, percebidas principalmente no espaço intrafamiliar é produto de uma construção social de estigmas que precisam ser ancorados com representatividade de respeito, apoio e união para melhor compreensão do processo de envelhecimento (ARAÚJO; CASTRO; SANTOS, 2018).

Considerando ainda o estudo de Araújo, Castro e Santos (2018), que se propôs a compreender a representação social da família na perspectiva da pessoa idosa, observou em uma das classes do material empírico o relato de alguns idosos sobre o familiar acreditar que eles não o deixam fazer mais atividades sozinho e que devem repousar, mesmo que ele tenha capacidade funcional para tal. Esse achado recebe ancoragem no item 13 do instrumento no qual foi reescrito para “Ser obrigado(a) a ficar em casa ou na cama por muito tempo mesmo sem indicação”, pois passa a considerar a independência funcional da pessoa idosa.

No tocante a violência financeira todos os IVCs foram considerados aceitáveis, porém o valor mais baixo foi destinado ao item 25 que afirma: “Confio na pessoa que administra meu dinheiro”. A recomendação dos juízes foi direcionada especialmente para adicionar o termo negativo no enunciado da afirmativa, entretanto, a recomendação não foi acatada considerando atender o pressuposto de variabilidade na construção do instrumento segundo a proposição de Pasquali (2010). A variabilidade resulta da construção de itens que contenham sentenças ou questões que apresentem enunciados favoráveis e desfavoráveis do mesmo ponto de vista teórico do fenômeno (PASQUALI, 2010).

O item 24 apresentou CVC excelente, no entanto, optou-se por acatar a recomendação de reescrita proposta pelos juízes, na qual, estava redigida “Recebo visita de algumas pessoas apenas quando o meu pagamento é efetuado” e passou a ser “Algumas pessoas me visitam apenas quando o meu pagamento é depositado na minha conta e eu recebo o dinheiro”.

Conforme indicado a discussão anteriormente, o envelhecimento resulta em modificações nas relações humanas entre os indivíduos que compõe aquela sociedade, desse sentido, essa mudança de relações pode ser resultado de inversão de papéis que impactam perdas e ganhos como no caso da aposentadoria. Nesse contexto, 80% dos

idosos são responsáveis por parte da renda da família, por sentirem-se obrigados a oferecer suporte financeiro ao ambiente familiar como forma de gratidão pelos cuidados recebidos, essa conformação social acaba gerando relações de dependência vinculada a outros desdobramentos sociais como desemprego, baixa renda, gravidez indesejada de filhos e netos, tornando a renda proveniente da aposentadoria da pessoa idosa essencial para manutenção da casa (COLUSSI, *et al.*, 2019).

Ainda sobre a dimensão da violência financeira o item 26 também sofreu alterações após recomendações dos juízes, no qual estava redigido “Fui forçado a assinar papéis contra minha vontade” para “Fui forçado a assinar papéis sem realizar a leitura ou saber o conteúdo do documento”. A modificação foi acatada para melhor atender a compreensão sobre a dimensão da violência financeira no tocante a exploração de bens do idoso.

Na abordagem da exploração financeira deve-se considerar o uso de seus recursos financeiros de firma indevida e sem o seu consentimento (MARIA, *et al.*, 2019; MAHMOUDIAN, *et al.*, 2018; SANTOS, *et al.*, 2019). No tocante a assinatura de papéis sem o seu consentimento, também foi um item observado como mau comportamento financeiro por parte de cuidadores de idosos em uso de hemodiálise em pesquisa desenvolvida no Irã (2018), com a finalidade de avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento para identificação de VCPI por cuidadores.

A discussão do abandono do ponto de vista social ainda é pouco difundido na literatura e de baixa visibilidade social, por essa razão, alguns itens foram reescritos para melhor compreensão como o caso dos itens 33, 34 e 35, que estavam escritos “Sinto que sou um peso para maioria das pessoas da minha convivência”, “Sinto que sou um peso para sociedade que vivo” e “Não me sinto seguro na sociedade em que vivo” e passou a ser redigido “Sinto que sou um peso para a maioria das pessoas da minha convivência”, “Sinto que sou um peso para a sociedade que vivo” e “Não me sinto seguro no ambiente em que vivo”.

O abandono perpetrado contra a pessoa idosa está relacionado a omissão no atendimento as responsabilidades legais (FREITAS; SILVAS, 2021) e afetivas do idoso seja por parte da família, que consiste no seu principal cuidador, seja por parte da comunidade e esferas governamentais. Algumas características podem ser observadas em situações de abandono como o não atendimento as demandas emocionais e afetivas do idoso (MARIA, *et al.*, 2019; MAWAR, *et al.*, 2018), falta de assistência governamental e de proteção a pessoa idosa (RODRIGUES, *et al.*, 2019; FRIEDMAN, *et al.*, 2019),

insegurança social (RODRIGUES, *et al.*, 2019) e corte de verbas destinadas a assistência de saúde do idoso (MARIA, *et al.*, 2019).

A lei 10.741 de 1º de outubro de 2003 estabelece o Estatuto do Idoso, no qual, assegura os direitos da pessoa idosa, em seu artigo 3º determina que é de responsabilidade da família, comunidade e do poder público garantir a pessoa idosa a efetivação de “direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.”. No mesmo documento estabelece que em casos de abandono ou de impossibilidade da família em assistir ao idoso o Ministério Público deverá assumir a responsabilidade integral a esse idoso incluindo habitação/moradia (BRASIL, 2003).

Os aspectos teóricos que envolve a diferença tipologia da violência do tipo abandono e negligência é ainda ponto de confusão entre manuscritos e profissionais da área da saúde, entretanto, o abandono consiste na deserção de responsabilidades afetivas e legais da pessoa idosa, enquanto a negligência refere-se a omissão de cuidados físicos a pessoa idosa, que possa resultar em danos ou prejuízos a curto, médio ou longo prazo para sua saúde (SOUZA; MINAYO, 2010).

Referente a negligência o item 39 do instrumento do domínio de negligência apresentou o menor IVC (0,89) e CVC (0,91) entre o domínio e o menor Kappa de Fleiss (0,77) de toda a escala no tocante a clareza, embora tenham sido considerados aceitáveis do ponto de vista de concordância o item foi modificado de “Faço todas as refeições durante o dia” para “Faço cinco (ou mais) refeições durante o dia”.

A compreensão da pessoa idosa sobre a suficiência do número de refeições durante o dia pode ser afetada a depender das condições educacionais, sociais e econômicas em que ele se encontra inserido, por essa razão o item acima foi alterado conforme sugestão dos juízes. A baixa oferta de nutrientes a pessoa idosa pode se configurar negligência, em que o idoso estará exposto ao risco de desnutrição (DIAS, *et al.*, 2020).

O item 40 “Receber medicação em horários diferentes” apresentou CVC=0,82 no tocante a clareza, CVC=0,93 para pertinência e semântica e CVC = 0,95 para relevância, entretanto, após leitura das sugestões os especialistas foi ponderado o possível uso de polifarmácia pela pessoa idosa e com isso haver múltiplas variações de horários de administração dos fármacos. Dessa forma, não se configuraria uma provável negligência, e sim necessidade para o esquema medicamentoso, dessa forma o item foi reescrito para “Recebi medicação em horários diferentes dos recomendados para uso”.

A não realização de cuidados necessários para manutenção da saúde da pessoa idosa de forma somatizada pode se configurar violência do tipo negligência, nesse ínterim, soma-se a adesão de medicamentos no horário adequado (ALARCON, et al., 2020), troca de curativos ou fraldas de acordo com a necessidade autopercebida ou não do idoso, oferta de líquidos e alimentos conforme necessidade do indivíduo (ALARCON, et al., 2020; MARIA, et al., 2019; MAWAR, et al., 2019).

Pesquisa desenvolvida com notificações do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) do estado do Espírito Santo entre 2011 e 2018 identificou a prevalência de 296 (18,1%) de negligência, sendo mais prevalente em idosos mais longevos (maiores de 80 anos), pretos, com alguma deficiência e com relacionamento conjugal, essa tipologia de violência é comumente perpetrada por filhos (PAMPOLIM; LEITE, 2020). Embora seja um agravio de notificação compulsória ainda é bastante comum a subnotificação de casos, tornando-o bastante velada (PAMPOLIM; LEITE, 2020), entretanto, a notificação é um instrumento bastante importante para fomento de políticas públicas de prevenção da ocorrência da VCPI.

Dos itens 54 ao 56 foi solicitado que houvesse modificação do verbo “ser” para “fui” e de “levar” para “levei”, essas recomendações podem justificar o Kappa de Fleiss mais baixo para o domínio clareza e semântica entre o grupo de violência física. O item 47 estava redigido: “Já precisei ir ao médico depois de uma briga” e passou a ser “Precisei ir ao serviço de saúde depois de uma briga”

Essa modificação foi acatada já que a pessoa idosa vitimada por violência pode procurar diversos serviços de saúde e os indicadores podem ser observados por toda equipe multiprofissional durante a consulta ou assistência ao idoso sobre o seu encaminhamento dentro da rede de proteção. A necessidade de cuidado longitudinal e integral a pessoa idosa em situação de violência demandará uma abordagem multidisciplinar e de interação entre vários sujeitos até que seja possível identificar um plano de cuidados acessível (CÂMARA, et al., 2021).

Nesse contexto, cabe mencionar ainda o destaque da Enfermagem Forense na assistência a pessoa idosa em situação de violência, que não são exclusivos da especialidade e podem ser executados por enfermeiros generalistas como: utilizar medidas de prevenção da violência, utilizar recursos para identificação de casos, intervir em casos confirmados, encaminhar e notificar casos de VCPI (SANTOS et al., 2021).

A violência sexual perpetrada contra pessoa idosa ainda consiste em uma temática pouco explorada em pesquisas científicas e por profissionais (GOMES et al., 2020), casos

de abuso sexual contra pessoa idosa resultam em lesões graves e comumente perpetrada por estranhos.

Ainda no tocante a discussão sobre a violência sexual homens e mulheres idosas são vítimas dessa tipificação de violência, entretanto as questões de gênero merecem destaque, uma vez que a mulher é mais vulnerável a experenciar o fenômeno (VIEIRA; TOLEDO, 2022). Por essa razão foram incluídos itens relacionados a realização de práticas sexuais contra a vontade da pessoa idosa, como “beijar”, “fazer sexo” ou “conversar sobre sexo”, pois as imposições sociais mais antigas, o papel da mulher consistia em atender aos desejos sexuais do homem mesmo contra sua vontade, que hoje são considerados atos de violência sexual, posto isto, o item "Já fui machucado(a) fazendo sexo contra a minha vontade" é válido e pertinente para o rastreio da VCPI.

É importante mencionar que embora a pessoa idosa tenha direito de não conversar ou discutir aspectos relacionados a atividade sexual, é fundamental que profissionais da saúde saibam discutir a temática dentro dos serviços de saúde, versando lhes esclarecer dúvidas sobre atividade sexual e sobre a sexualidade em sua dimensão mais ampla (SOARES; MENEGHEL, 2021).

CONCLUSÕES

O instrumento construído contém 65 itens distribuídos entre seis tipologias de VCPI, os especialistas avaliaram cada um deles e a escala apresentou resultados satisfatórios do ponto de vista do coeficiente de Kappa de Fleiss, índice de validade de conteúdo e o coeficiente de validade de conteúdo, entre os nove juízes que compuseram a amostra. Embora o resultado tenha sido considerado válido do ponto de vista de conteúdo, a fim de melhorar a compreensão e a semântica do instrumento algumas sugestões conferidas pelos juízes foram acatadas.

Dessa forma, recomenda-se a aplicação com pessoas idosas com a finalidade de refinar melhor os itens do instrumento de acordo com a compreensão teórica da população-alvo para qual ele foi elaborado e em seguida ser realizada coleta em larga escala a fim de obter evidências de validade com base a estrutura interna do instrumento e possível reorganização dos itens de acordo com a análise fatorial. Mesmo sinalizando as perspectivas futuras para continuidade do estudo, o referido manuscrito não apresenta limitações do ponto de vista teórico e metodológico, podendo já ser utilizado em pesquisas e na prática profissional.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.F.; CERQUEIRA, C.J.L.; OLIVEIRA, S.J.V. A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. **Revista Psicologia em Pesquisa**. v. 12, n. 2, 2018. doi: 10.24879/2018001200200130

AERA, A. P. A. NCME. Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: American Educational Research Association, 2014.

ALARCON, M.F.S. et al. Percepção do idoso acerca da violência vivida. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020.

BRASIL. Estatuto do Idoso. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BORSA, J.C.; SEIZE, M.M. Construção e Adaptação de instrumentos psicológicos: dois caminhos possíveis. In: DAMÁSIO, B.F.; BORSA, J.C. (org). **Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos**. São Paulo: Votor, 2017. p. 14-37

CARVALHO, Jô de; GOMES, Vitória Cândido. O PREÇO DA VIOLÊNCIA URBANA: a responsabilidade estatal e a consequência social da violência. **Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas**, v. 1, n. 4, 2021.

CASTRO, V.C.; RISSARDO, L.K.; CARREIRA, L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Rev Bras Enferm**. v.71, p.777-85. 2018. doi: [10.1590/0034-7167-2017-0139](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139)

COLUSSI, E.L.; KUYAWA, A.; MARCHI, A.C.B.; PICHLER, N.A. Perceptions of the elderly on aging and violence in intrafamily relationships. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 22, n. 4, p.1-8, 2019. doi: 10.1590/1981-22562019022.190034

GOMES, J.M.A., et al. Abuso sexual sofrido por mulheres idosas: relatos de vivências. **Revista Kairós-Gerontologia**. v. 23, n. 1, p. 323-339, 2020. doi: 10.23925/2176-901X.2020v23i1p323-339

HERNÁNDEZ-NIETO, R. A. **Contributions to Statistical Analysis: the Coefficients of Proportional Variance, Content Validity and Kappa**. Mérida: Universidad de Los Andes, 2002, p. 119.

HENRIQUES, H.R., et al. Bem-estar em idosos institucionalizados durante a pandemia: uma revisão integrativa. **New Trends in Qualitative Research**. v.8, p. 284-94. 2021. doi: 10.36367/ntqr.8.2021.284-294

FRIEDMAN L.; AVILA S.; FRIEDMAN D.; MELTZER W. Association between Type of Residence and Clinical Signs of Neglect in Older Adults. **Gerontology**. v.65, n.1, p. 30-90, 2019.

FLEISS, J.L. (1981). **Statistical methods for rates and proportions**. New York: John Wiley and Sons

FREITAS, B.M.C.; SILVA, J.A.C. A responsabilidade do estado diante da situação de abandono do idoso: enfrentando o abandono assistencial do **estado.Caderno de graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-Alagoas**. v.6, n. 3, p. 22-36. 2021.

DIAS, D. V. O., et al. Avaliação qualitativa das preparações do cardápio em um serviço de alimentação e nutrição hospitalar—método AQPC. **Revista Ciência (In) Cena**. n. 12, p. 10-18, 2020.

MAHMOUDIAN A., et al. The design and evaluation of psychometric properties for a questionnaire on elderly abuse by family caregivers among older adults on hemodialysis. **Clinical Interventions in Aging**. v.13, p. 555-63.
doi:10.2147/CIA.S149338

MEYER, S.R.; LASATER, M.E.; GARCIA-MORENO, C. Violence against older women: A systematic review of qualitative literature. **PLoS ONE**. v.15, p. 1–43. 2020.
doi: 10.1371/journal.pone.0239560

MAWAR, S.; KOUL, P.; DAS, S.; GUPTA, S. Association of Physical Problems and Depression with Elder Abuse in an Urban Community of North India. **Indian J Community Med**. v.43, n.3, p.165-69. 2018. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_249_17.

MARIA A., et al. Violência econômico-financeira e patrimonial contra o idoso : estudo documental. **Rev esc enferm USP**. v.53, p.1-9. 2019.

NEALE, A.V., et al. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. **Journal of Applied Gerontology**. v.10, n.4, p.406-18.
doi:10.1177/073346489101000403

OLIVEIRA, K.S.M. et al. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Rev Gaúcha Enferm**. v.38, p. 1-9. 2018. doi: 10.1590/1983-1447.2018.57462.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206- 13, 1998.

_____. **Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação.** 5^a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.

_____. Psychometrics. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe, p.992-999, 2009.

PAMPOLIM, G., LEITE, F. M. C. Neglect and psychological abuse of older adults in a Brazilian state: analysis of reports between 2011 and 2018. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 6, p.e190272, 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**. v.29, n.5, p. 489–97. doi:10.1002/nur.20147

REICHENHEIM, M. E.; PAIXÃO J.R.C.M.; MORAES, C. L. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. **Cadernos de Saúde Pública**. v.24, n.8, p.1801–13. 2008.

RODRIGUES, R.A.P., et al. Report of multiple abuse against older adults in three Brazilian cities. **PLoS One**. v.14, n. 2, p. 1-11. 2019

SANTOS, J.S., et al. Cuidado de enfermagem forense ao idoso em situações de violência: revisão de escopo. **Acta Paul Enferm.** v.32,p.1-10. 2021. doi:10.37689/actaape/2021AR02425

SANTOS, A.M.R., et al. Financial-patrimonial elder abuse: na integrative review. **Rev Bras Enferm**. v.24, p. 328-36. 2019. doi:10.1590/0034-7167-2018-0703

STRAUS, M. A. Measuring intrafamily conflict violence. **Journal of Marriage and Family**, v. 41, n.1, p.75–88. 1979.

SOARES, K.G.; MENEGEL, S.N. O silêncio da sexualidade em idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva** , v. 26, p. 129-136, 2021. doi: 10.1590/1413-81232020261.30772020

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. DE S.. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2659–2668, set. 2010.

VIEIRA, T.B.; TOLEDO, R.F. Violência Sexual em Idosos no Brasil: Por Que Precisamos Falar Nesse Assunto?. **DESAFIOS-Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**. v. 9, n. 1, p. 15-29, 2022. doi: 10.20873/uftv8-8591

YON Y., et al. The prevalence of elder abuse in institutional settings: A systematic review and meta-analysis. **Eur J Public Health**. v.29, n. 1, p. 58-67. 2019. doi: 10.1093/eurpub/cky093

4.6 ARTIGO 06 - PILOTO

ESCALA PARA ESCALA DE RASTREIO DE VIOLENCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: ESTUDO PILOTO

Objetivo: avaliar a aplicabilidade da escala para rastreio da violência contra a pessoa idosa em um grupo piloto. **Método:** pesquisa de caráter metodológico, desenvolvida entre os meses de julho de 2022 e março de 2023, no Hospital Universitário Lauro Wanderley, com pessoas idosas internadas ou em atendimento ambulatorial no referido serviço. O instrumento foi aplicado após consentimento da pessoa idosa e assinatura do termo. Os idosos que apresentaram capacidade cognitiva para responder as questões compuseram a amostra. O estudo foi sob parecer de nº 3.709.600. **Resultados:** a amostra foi composta por 30 idosos. A dimensão psicológica apresentou $M_d = 18,00$, no domínio de violência financeira $M_d = 23,00$ pontos, no abandono $M_d = 12,50$ pontos, para negligência $M_d = 13,00$ pontos, M_d violência física $M_d = 13,00$ pontos e o abuso sexual $M_d = 8,00$ pontos. Para o instrumento completo a $M_d = 91,50$ pontos, amplitude de 81,00 e $\alpha = 0,89$, sendo considerado excelente. **Conclusões:** o instrumento está apto a ser aplicado com maior quantitativo amostral com a finalidade de obter as propriedades psicométricas mais fidedignas referente ao traço latente das tipificações da violência contra pessoa idosa.

Descritores: Idoso; Abuso de Idosos; Dados preliminares.

INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento decorre de uma série de mudanças do contexto social do país, incluindo um aumento expressivo de pessoas idosas (transição demográfica), seja no perfil de adoecimento do público em questão (transição epidemiológica). Por se tratar de um processo fisiológico, ele também é dinâmico e ocorre de forma gradativa, que demandará do indivíduo a aceitação das mudanças físicas e psicológicas advindas do envelhecimento, como maior vulnerabilidade ao surgimento de doenças, redução da capacidade cognitiva, autonomia e fragilização entre suas relações sociais. Dessa forma, é de suma importância a implementação de medidas governamentais que garantam um envelhecimento ativo e livre de exposição a situações de violência (MACHADO *et al.*, 2020).

A Violência Contra a Pessoa Idosa (VCPI) é um problema de saúde pública, pois reduz a qualidade do envelhecimento populacional além de implicar em desdobramentos para sociedade como um todo. A ocorrência da VCPI pode ser expressa de múltiplas

formas, porém a presença de três principais características determinará se houve ou não a exposição ao ato violento: 1) quebra de expectativa e confiança da pessoa idosa em seus familiares ou rede de parentesco; 2) o surgimento do dano ou o risco para o dano para o idoso; e 3) intencionalidade ou não de causar o ato violento (GUIMARÃES *et al.*, 2016).

Para a classificação da tipificação da violência é considerado o contexto em que ocorre o ato violento e o perpetrador da violência. Relacionado a pessoa idosa, os tipos mais comumente incidentes são: violência física, psicológica, financeira, abandono, negligência e sexual. Segundo a Política Nacional de Redução da Mortalidade e Violência do Ministério da Saúde (2017), acrescenta que a VCPI esta relacionada a desigualdades sociais, relações sociais e não execução de políticas públicas sociais e de saúde, e seus impactos podem impactar o idoso nas esferas estrutura, interpessoal e institucional.

Considerando ser um problema de saúde pública, é fundamental que os profissionais da área da saúde consigam identificar casos confirmados ou sugestivos de VCPI, o enfermeiro insere-se nesse contexto com papel essencial no combate ao fenômeno principalmente na sua identificação, entretanto, ainda se observa expressiva dificuldade para identificação dos sinais (MAIA *et al.*, 2019).

O relato verbal da vítima para uma situação de violência é o indicador extremamente significativo na identificação do abuso, entretanto, a utilização de instrumentos fornecerá ao profissional suporte no reconhecimento de sinais e sintomas não verbalizados pelo paciente (SANTOS-RODRIGUES *et al.*, 2022).

Em revisão de escopo desenvolvida por Santos-Rodrigues *et al.* (2022) com a finalidade de mapear os instrumentos que mensuram a VCPI identificaram a existência de 17 instrumentos na literatura nacional e internacional que determinam a ocorrência ou o risco do fenômeno, entretanto, os autores recomendam a utilização de mais de um dos instrumentos identificados na prática, a fim de explorá-lo com exatidão, tendo em vista que nenhum deles contempla todas as facetas que envolve o abuso contra idosos.

Dessa forma, o presente estudo é subsequente a confirmação das evidências de validade de conteúdo do instrumento intitulado “Escala para rastreio da violência contra a pessoa idosa”, dessa forma, o presente estudo teve por objetivo avaliar a aplicabilidade da escala para rastreio da violência contra a pessoa idosa em um grupo piloto.

MÉTODO

Trata-se de um estudo piloto de abordagem metodológica e caráter quantitativo. Faz parte da tese de doutorado intitulada. “Evidências de validade de escala para rastreio da violência contra pessoa idosa”.

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário Lauro Wanderlei situado em João Pessoa, Paraíba. O serviço é referência no estado para assistência geral e ao desenvolvimento de ensino e pesquisa na região.

A condição de pesquisas piloto é relevante considerando a necessidade de testes nos instrumentos que deverão ser aplicados em larga escala com o público no qual se pretende investigar diversos fenômenos (CONN *et al.*, 2010).

A população da pesquisa foi composta por pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, que estivesse sendo assistida no referido serviço e com capacidade cognitiva para responder as questões do instrumento. Foram excluídos aqueles em que não foi possível realizar a coleta de forma privativa ou que havia presença de acompanhante no momento da coleta de dados.

Para determinação da avaliação da cognição da pessoa idosa foi aplicado do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), a pontuação do instrumento varia entre 0 e 30 pontos, determina-se presença de declínio cognitivo idosos não alfabetizados com escores menores de 13 pontos e para idosos alfabetizados 26 pontos (MELO; BARBOSA, 2015).

O planejamento do estudo piloto iniciou-se com um treinamento e alinhamento dos itens do instrumento, versão 0.5 (APENDICE E) por parte do pesquisador principal com uma equipe de mais três colaboradores. Na ocasião, alguns itens foram revisitados e realizadas pequenas alterações gramaticais e de concordância, gerando a versão 0.6 (APENDICE F).

Após conclusão da coleta com 31 participantes, foi realizada nova reunião de alinhamento e discussão dos itens que não tiveram clareza para pessoa idosa ou no momento da coleta não ficou esclarecido para o idoso, sendo então realizados novos ajustes no instrumento, gerando então, a versão 0.7 do instrumento (APENDICE G). **Cabe mencionar que houve muita discrepância e inconsistências entre as respostas entre os colaboradores, o que acabou invalidando a análise descritiva desse primeiro piloto, tendo em vista a incerteza dos valores identificados.**

Após reanálise das discussões, o instrumento foi novamente analisado e ajustado conforme sugestão da equipe de coletadores e foi realizada uma nova rodada de coleta piloto com pessoas idosas no mesmo serviço, porém, nos meses de fevereiro e março de 2023 com 30 idosos por um único pesquisador, a fim de minimizar ou erradicar discrepâncias entre membros da equipe.

Foi então aplicado a versão 0.7 do instrumento composta por 65 itens com pontuação mínima de 1 ponto e máxima de 4 pontos, sendo então o instrumento do tipo Likert. Os itens foram distribuídos entre domínios classificados de acordo com os tipos de violência do estudo, conforme quadro 1 adiante:

Quadro 1 – Distribuição dos números de itens por dimensão, seu valor mínimo e máximo em cada faceta. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 2023.

Dimensões	Numero de itens	Valor mínimo	Valor Máximo
Violência psicológica	14	14	56
Violência financeira	15	15	60
Abandono	7	7	28
Negligência	8	8	32
Violência Física	13	13	52
Violência Sexual	8	8	32
Instrumento completo	65	65	260

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Os dados foram analisados por em software estatístico por meio de análise descritiva dos dados da mediana e amplitude de cada item e de suas respectivas dimensões e a frequência relativa e absoluta. Foi realizando o Teste Qui-quadrado de proporção, a fim de determinar discrepâncias entre as frequências das variáveis entre os itens.

A pesquisa atendeu as exigências da Resolução 466/2012 que regulamenta o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos e foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa sob parecer 3.709.600.

RESULTADOS

Compõe a amostra 30 idosos e por meio dos dados descritivos da coleta é possível observar na tabela 1 a distribuição das respostas em cada tipificação de violência na qual o instrumento se propõe a dimensionar. O teste de proporção (Qui-quadrado) indica que o atributo observado é distribuído proporcionalmente entre os indivíduos da amostra (p-valor < 0,05).

Concernente a violência psicológica algumas questões merecem destaque como o idoso mencionar predominantemente que sente que suas opiniões (n=22; 73,3%) e sentimentos (n=20; 66,7%) são respeitados, porém, 36,7% (n=11) menciona permanecer calado para evitar brigas maiores.

Na violência financeira foi possível observar que a maioria dos idosos indicaram que se sentem autonomos na administração dos seus recursos (n=22; 73,3%), que não dependem de outras pessoas financeiramente (n=21; 70,0%), mas em contrapartida, ajuda a sustentar outras pessoas financeiramente (n=13; 43,3%) e que seu cartão de aposentadoria é utilizado por outra pessoa.

Sentir-se sozinho foi afirmado por maior parte da amostra do piloto com a frequencia de sempre ter o sentimento (n=3; 23,3%) e as vezes (n=9; 30,0%), embora esse dado tenha sido representativo, maior parte dos idosos indicaram nunca ficar sozinho (n=17; 56,7%).

Entre a faceta negligência, a maioria dos participantes responderam que sente que recebe os cuidados que precisam (n=23; 76,7%), que tem pessoas para ajudar quando necessário (n=26; 86,7%), que faz as cinco refeições ou mais (n=27; 90,0%) e que é comprado as coisas que precisa para seu dia a dia (n=26; 86,7%).

A violência física foi mencionada por um idoso da amostra (n=1; 3,3%), no qual, indicou ter sofrido ameaça com objeto ou gestos, ter ficado com o corpo doendo após uma briga, precisar ir ao serviço de saúde após uma briga, indicou ainda ter sido empurrado, ficar com marcas no corpo após briga, ser chutado, queimado e ter sua saúde gravemente comprometida em virtude de atos de abuso físico.

A mesma caracterização do abuso físico foi apresentado na violência sexual, em que um idoso (n=1; 3,3%) relatou ter sido tocado em partes íntimas contra a vontade, ter tido diálogo sobre sexo contra seu desejo, recebeu beijo forçado, fez sexo contra vontade e teve partes do corpo expostas contra a vontade.

Tabela 1 – Distribuição da amostra piloto relacionada as dimensões da escala de rastreio de violência contra a pessoa idosa: estudo piloto. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 2023.

ITENS E DIMENSÃO	Totalmente Verdadeiro	Verdadeiro	Falso	Totalmente Falso	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA					
1. Sinto que minhas opiniões e decisões são respeitadas	22 (73,3)	2 (6,7)	4 (13,3)	2 (6,7)	0,00
2. Sinto que meus sentimentos são respeitados	20 (66,7)	4 (13,3)	4 (13,3)	2 (6,7)	0,00
3. Confio nas pessoas com quem moro	21 (70,0)	2 (6,7)	2 (6,7)	5 (16,7)	0,00
4. Fico calado (a) para evitar brigas maiores	11 (36,7)	4 (13,3)	3 (10,0)	12 (40,0)	0,03
5. Onde eu moro as brigas são frequentes e com palavras ofensivas comigo	1 (3,3)	2 (6,7)	2 (6,7)	25 (83,3)	0,00
6. A forma que fui tratado fez eu me sentir envergonhado (a) ou intimidado (a)	6 (20,0)	2 (6,7)	0 (0,0)	22 (73,3)	0,00
7. Já sofri ameaça por não concordar com uma opinião	1 (3,3)	2 (6,7)	1 (3,3)	26 (86,7)	0,00
8. Tenho medo de algumas pessoas com quem convivo	1 (3,3)	2 (6,7)	0 (0,0)	27 (90,0)	0,00
9. Já fui proibido(a) de sair mesmo com condições de andar	3 (10,0)	2 (6,7)	3 (10,0)	22 (73,3)	0,00
	Nunca	Quase Nunca	As vezes	Sempre	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
10. Receber gritos, xingamentos e insultos	24 (80,0%)	1 (3,3)	4 (13,3)	1 (3,3)	0,00
11. Alguém fazer coisas para me irritar propositalmente	23 (76,78)	3 (10,0)	0 (0,0)	4 (13,3)	0,00
12. Alguém dizer que causa muitos problemas	27 (90,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (10,0)	0,00
13. Alguém me obrigar a ficar na cama por muito tempo mesmo sem indicação	28 (93,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,7)	0,00
14. Alguém fazer eu me sentir culpado por tudo	27 (90,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	2 (6,7)	0,00

VIOLÊNCIA FINANCEIRA	Totalmente Verdadeiro	Verdadeiro	Falso	Totalmente Falso	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
15. Preciso que outra pessoa administre meu dinheiro	7 (23,3)	0 (0,0)	1 (3,3)	22 (73,3)	0,00
16. Me sinto autônomo na decisão sobre uso do meu dinheiro	22 (73,3)	0 (0,0)	1 (3,3)	7 (23,3)	0,00
17. Dependendo financeiramente de outras pessoas	5 (16,7)	2 (6,7)	2 (6,7)	21 (70,0)	0,00
18. Ajudo a sustentar financeiramente outras pessoas	13 (43,3)	7 (23,3)	0 (0,0)	10 (33,3)	0,42
19. Não sei como meu dinheiro é usado	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	29 (96,7)	0,00
20. Meu cartão de aposentadoria e/ou salário é usado por outra pessoa	8 (26,7)	1 (3,3)	0 (0,0)	21 (70,0)	0,00
21. Já pegaram meu dinheiro sem minha autorização	2 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	28 (93,3)	0,00
22. Já fizeram empréstimo no meu nome sem minha autorização	2 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	28 (93,3)	0,00
23. Já compraram coisas no meu nome sem minha autorização	2 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	28 (93,3)	0,00
24. Algumas pessoas me visitam apenas quando recebo dinheiro.	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	29 (96,7)	0,00
25. Confio na pessoa que administra meu dinheiro, caso eu precise de ajuda	25 (83,3)	2 (6,7)	0 (0,0)	3 (10,0)	0,00
26. Fui forçado a assinar papéis sem realizar a leitura ou saber o conteúdo do documento	3 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	27 (90,0)	0,00
	Nunca	Quase Nunca	As vezes	Sempre	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
27. Meu dinheiro é suficiente para comprar remédios	5 (16,7)	6 (20,0)	3 (10,0)	16 (53,3)	0,00
28. Meu dinheiro é suficiente para comprar alimentos	2 (6,7)	5 (16,7)	5 (16,7)	18 (60,0)	0,00

29. Meu dinheiro é suficiente para comprar material de higiene ou roupas	2 (6,7)	5 (16,7)	5 (16,7)	18 (60,0)	0,00
ABANDONO	Nunca n (%)	Quase Nunca n (%)	As vezes n (%)	Sempre n (%)	p- valor
30. Me senti sozinho (a) ou solitário(a)	14 (46,7)	0 (0,0)	9 (30,0)	7 (23,3)	0,31
31. Sinto que as pessoas não me querem por perto	27 (90,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	2 (6,7)	0,00
32. Ficar sozinho (a) por muito tempo	17 (56,7)	1 (3,3)	5 (16,7)	7 (23,3)	0,00
33. Sinto que sou um peso/fardo para a maioria das pessoas da minha convivência	26 (86,7)	1 (3,3)	1 (3,3)	2 (6,7)	0,00
34. Sinto que sou um peso/fardo para a sociedade que vivo	24 (80,0)	1 (3,3)	1 (3,3)	4 (13,3)	0,00
35. Não me sinto seguro no ambiente em que vivo	7 (23,3)	0 (0,0)	2 (6,7)	21 (70,0)	0,00
36. Recebo visitas dos meus familiares e amigos	3 (10,0)	2 (6,7)	2 (6,7)	23 (76,7)	0,00
NEGIGÊNCIA	Totalmen- te Verdadeir- o n (%)	Verdadeir- o n (%)	Falso n (%)	Totalme- nte Falso n (%)	p- valor
37. Sinto que recebo os cuidados que preciso	23 (76,7)	2 (6,7)	3 (10,0)	2 (6,7)	0,00
38. Tenho pessoas para ajudar a cuidar de mim quando preciso	26 (86,7)	0 (0,0)	2 (6,7)	2 (6,7)	0,00
39. Faço cinco (ou mais) refeições durante o dia	27 (90,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (10,0)	0,00
40. Tenho pessoas para me ajudar a receber medicações, caso eu precise	27 (90,0)	0 (0,0)	2 (6,7)	1 (3,3)	0,00
41. Tenho pessoas para me ajudar a trocar curativo, caso eu precise	26 (86,7)	0 (0,0)	3 (10,0)	1 (10,0)	0,00
42. Tenho pessoas para me ajudar a trocar fralda, caso eu precise	24 (80,0)	0 (0,0)	3 (10,0)	3 (10,0)	0,00
43. Não foi comprado coisas que eu precisava para o meu dia-a-dia	2 (6,7)	2 (6,7)	0 (0,0)	26 (86,7)	0,00
44. Não fui levado a consulta de saúde quando precisei	4 (13,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	26 (86,7)	0,00

VIOLÊNCIA FÍSICA	Totalmente Verdadeiro	Verdadeiro	Falso	Totalmente Falso	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
45. Fui ameaçado com objetos/gestos	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	29 (96,7)	0,00
46. Fiquei com o corpo doendo depois de uma briga	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	29 (96,7)	0,00
47. Precisei ir ao serviço de saúde depois de uma briga	0 (0,0)	2 (6,7)	0 (0,0)	28 (93,3)	0,00
48. Fui segurado ou empurrado	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	29 (96,7)	0,00
49. Fiquei com marcas no corpo após uma briga	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	29 (96,7)	0,00
50. Já usaram da força contra mim para conseguir o que queriam	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	29 (96,7)	0,00
51. Já fui machucado	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	29 (96,7)	0,00
52. Já precisei imobilizar um membro após uma briga	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	29 (96,7)	0,00
VIOLÊNCIA SEXUAL	Nunca	Quase Nunca	As vezes	Sempre	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
53. Fui empurrado de propósito	29 (96,7)	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0,00
54. Fui chutado de propósito	29 (96,7)	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0,00
55. Fui queimado de propósito	29 (96,7)	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0,00
56. Levei um tapa	29 (96,7)	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0,00
57. Fui agredido fisicamente de forma grave comprometendo a minha saúde	29 (96,7)	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0,00
VIOLÊNCIA SEXUAL	Totalmente Verdadeiro	Verdadeiro	Falso	Totalmente Falso	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
58. Já fui tocado em partes íntimas contra a minha vontade	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (3,3)	28 (93,3)	0,00
59. Já fiquei com vergonha ao ter que conversar sobre sexo contra a minha vontade	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (3,3)	28 (93,3)	0,00

60. Já fui beijado contra a minha vontade	0 (0,0)	1 (3,3)	¹ (3,3)	28 (93,3)	0,00
61. Já fiz sexo contra a minha vontade	0 (0,0)	1 (3,3)	¹ (3,3)	28 (93,3)	0,00
62. Já fui machucado(a) fazendo sexo contra a minha vontade	0 (0,0)	1 (3,3)	¹ (3,3)	28 (93,3)	0,00
	Nunca n (%)	Quase Nunca n (%)	As vezes n (%)	Sempre n (%)	p- valor
63. Fui forçado a assistir filmes ou ver imagens de caráter sexual contra a minha vontade	29 (96,7)	0 (0,0)	¹ (3,3)	0 (0,0)	0,00
64. Fui ameaçado a fazer sexo (ou atividade sexual)	29 (96,7)	0 (0,0)	¹ (3,3)	0 (0,0)	0,00
65. Ter partes do meu corpo expostas contra a minha vontade	29 (96,7)	0 (0,0)	¹ (3,3)	0 (0,0)	0,00

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

O domínio de violência psicológica apresentou $M_d = 18,00$ pontos, $AT = 32,00$ e $\alpha = 0,84$, no domínio de violência financeira a $M_d = 23,00$ pontos, $AT = 26,00$ e $\alpha = 0,59$, no abuso **a** $M_d = 12,50$ pontos, $AT = 18,00$ e $\alpha = 0,68$, para negligência $M_d = 13,00$ pontos, $AT = 13,00$ e $\alpha = 0,44$, violência física $M_d = 13,00$ pontos, $AT = 26,00$ e $\alpha = 0,99$ e o abuso sexual $M_d = 8,00$ pontos, $AT = 16,00$ e $\alpha = 0,99$. No que tange ao instrumento completo a mediana foi de $M_d = 91,50$ pontos, a amplitude de $AT = 81,00$ e $\alpha = 0,89$, sendo considerado excelente.

Tabela 2 - Distribuição dos itens quanto a mediana, amplitude e o coeficiente de coeficiente de *cronbach*. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Variável		Mediana	Amplitude	α^{\ddagger}
1. Sinto que minhas opiniões e decisões são respeitadas		1,00	3,00	
2. Sinto que meus sentimentos são respeitados		1,00	3,00	
3. Confio nas pessoas com quem moro		1,00	3,00	
4. Fico calado (a) para evitar brigas maiores		2,50	3,00	
5. Onde eu moro as brigas são frequentes e com palavras ofensivas comigo		1,00	3,00	
6. A forma que fui tratado fez eu me sentir envergonhado (a) ou intimidado (a)		1,00	3,00	
7. Já sofri ameaça por não concordar com uma opinião		1,00	3,00	

8. Tenho medo de algumas pessoas com quem convivo	1,00	3,00	
9. Já fui proibido(a) de sair mesmo com condições de andar	1,00	3,00	
10. Receber gritos, xingamentos e insultos	1,00	3,00	
11. Alguém fazer coisas para me irritar propositalmente	1,00	3,00	
12. Alguém dizer que causei muitos problemas	1,00	3,00	
13. Alguém me obrigar a ficar na cama por muito tempo mesmo sem indicação	1,00	3,00	
14. Alguém fazer eu me sentir culpado por tudo	1,00	3,00	
Domínio da Violência Psicológica	18,00	32,00	0,84
15. Preciso que outra pessoa administre meu dinheiro	1,00	3,00	
16. Me sinto autônomo na decisão sobre uso do meu dinheiro	1,00	3,00	
17. Dependendo financeiramente de outras pessoas	1,00	3,00	
18. Ajudo a sustentar financeiramente outras pessoas	3,00	3,00	
19. Não sei como meu dinheiro é usado	1,00	3,00	
20. Meu cartão de aposentadoria e/ou salário é usado por outra pessoa	1,00	3,00	
21. Já pegaram meu dinheiro sem minha autorização	1,00	3,00	
22. Já fizeram empréstimo no meu nome sem minha autorização	1,00	3,00	
23. Já compraram coisas no meu nome sem minha autorização	1,00	3,00	
24. Algumas pessoas me visitam apenas quando recebo dinheiro.	1,00	3,00	
25. Confio na pessoa que administra meu dinheiro, caso eu precise de ajuda	1,00	3,00	
26. Fui forçado a assinar papéis sem realizar a leitura ou saber o conteúdo do documento	1,00	3,00	
27. Meu dinheiro é suficiente para comprar remédios	1,00	3,00	
28. Meu dinheiro é suficiente para comprar alimentos	1,00	3,00	
29. Meu dinheiro é suficiente para comprar material de higiene ou roupas	1,00	3,00	
Domínio da Violência Financeira	23,00	26,00	0,59
30. Me senti sozinho (a) ou solitário(a)	3,00	3,00	
31. Sinto que as pessoas não me querem por perto	1,00	3,00	
32. Ficar sozinho (a) por muito tempo	1,00	3,00	
33. Sinto que sou um peso/fardo para a maioria das pessoas da minha convivência	1,00	3,00	
34. Sinto que sou um peso/fardo para a sociedade que vivo	1,00	3,00	
35. Não me sinto seguro no ambiente em que vivo	4,00	3,00	
36. Recebo visitas dos meus familiares e amigos	1,00	3,00	
Domínio do Abandono	12,50	18,00	0,68
37. Sinto que recebo os cuidados que preciso	1,00	3,00	
38. Tenho pessoas para ajudar a cuidar de mim quando preciso	1,00	3,00	
39. Faço cinco (ou mais) refeições durante o dia	1,00	1,00	

40. Tenho pessoas para me ajudar a receber medicações, caso eu precise	1,00	3,00	
41. Tenho pessoas para me ajudar a trocar curativo, caso eu precise	1,00	3,00	
42. Tenho pessoas para me ajudar a trocar fralda, caso eu precise	1,00	3,00	
43. Não foi comprado coisas que eu precisava para o meu dia-a-dia	4,00	3,00	
44. Não fui levado a consulta de saúde quando precisei	4,00	3,00	
Domínio da Negligência	13,00	13,00	0,44
45. Fui ameaçado com objetos/gestos	1,00	2,00	
46. Fiquei com o corpo doendo depois de uma briga	1,00	2,00	
47. Precisei ir ao serviço de saúde depois de uma briga	1,00	2,00	
48. Fui segurado ou empurrado	1,00	2,00	
49. Fiquei com marcas no corpo após uma briga	1,00	2,00	
50. Já usaram da força contra mim para conseguir o que queriam	1,00	2,00	
51. Já fui machucado	1,00	2,00	
52. Já precisei imobilizar um membro após uma briga	1,00	2,00	
53. Fui empurrado de propósito	1,00	2,00	
54. Fui chutado de propósito	1,00	2,00	
55. Fui queimado de propósito	1,00	2,00	
56. Levei um tapa	1,00	2,00	
57. Fui agredido fisicamente de forma grave comprometendo a minha saúde	1,00	2,00	
Domínio da Violência Física	13,00	26,00	0,99
58. Já fui tocado em partes íntimas contra a minha vontade	1,00	2,00	
59. Já fiquei com vergonha ao ter que conversar sobre sexo contra a minha vontade	1,00	2,00	
60. Já fui beijado contra a minha vontade	1,00	2,00	
61. Já fiz sexo contra a minha vontade	1,00	2,00	
62. Já fui machucado(a) fazendo sexo contra a minha vontade	1,00	2,00	
63. Fui forçado a assistir filmes ou ver imagens de caráter sexual contra a minha vontade	1,00	2,00	
64. Fui ameaçado a fazer sexo (ou atividade sexual)	1,00	2,00	
65. Ter partes do meu corpo expostas contra a minha vontade	1,00	2,00	
Domínio da Violência Sexual	8,00	16,00	0,99
Escala completa	91,50	81,00	0,89

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

DISCUSSÃO

A análise dos dados do estudo piloto indica confiabilidade na sua validade de conteúdo, estando apto a ter suas propriedades psicométricas testadas em larga escala, com a finalidade de confirmar os itens que compõe e respondem com precisão do traço

latente de cada faceta (dimensão) da VCPI no qual ele se propõe a dimensionar em todo seu planejamento.

Há de se considerar que foi realizada análise da consistência interna por meio do coeficiente de cronbach, sendo esta, uma medida psicométrica de confiabilidade interna, é útil para definir a estabilidade e a fidedignidade de escalas estatísticas e é uma medida largamente utilizada na área da saúde (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; VILADRICH; ANGULO-BRUNET; DOVAL, 2017).

Embora a amostra de participantes tenha sido baixa o instrumento apresentou variabilidade entre o coeficiente de cronbach considerando a classificação de Cheng et al. (2016). Entre a dimensão de negligência ($\alpha = 0,44$), baixa entre as dimensões de violência financeira ($\alpha = 0,59$) e abandono ($\alpha = 0,68$), alto na dimensão violência psicológica ($\alpha = 0,84$), e muito alto nas dimensões de violência sexual e física ($\alpha = 0,99$). A heterogeneidade observada entre os coeficientes dos domínios do instrumento pode ser justificada pelo baixo quantitativo amostra e pela característica do fenômeno ser multifacetado com vários pontos de vista e indicativos de traços latentes.

Embora a divergência entre dimensões o coeficiente do instrumento global foi considerado alto ($\alpha = 0,89$), corroborando que ele se encontra apto do ponto de vista de consistência interna para ser aplicado com populações maiores e com a finalidade de melhor investigar as evidências dos traços latentes dos quais a escala se propõe a dimensionar.

A literatura aponta que a violência psicológica é a tipologia de abuso mais prevalente entre pessoas idosas (FREITAS; SILVA, 2021), entretanto, é a tipificação mais difícil de ser identificada (BOLSONI *et al.*, 2016; MOURA *et al.*, 2018). Essa dificuldade pode ser explicada pelas relações interpessoais e emocionais do idoso no ambiente doméstico, sendo este o espaço em que mais comumente ocorre casos de abuso com pessoas idosas (FRIEDMAN *et al.*, 2019).

As relações pessoais e o cenário social na qual o indivíduo se encontra inserido pode explicar a normalização de atos violentos (FERNANDES, 2022) de caráter psicológico como foi observado na resposta dos participantes da pesquisa, no qual, a maioria dos idosos relataram sentirem que suas opiniões e sentimentos são respeitados, mas ao mesmo tempo mencionaram que permanecem calados para evitar brigas maiores e sentirem-se envergonhados pela forma que foi tratado.

Discordâncias como essa precisam de reflexões importantes no que tange a representatividade do abuso na perspectiva da vítima. A estrutura social do abuso no

ambiente intrafamiliar é resultado de uma construção social na qual é reflexo de relações difíceis em que há quebra de expectativas e idealizações na relação, por conseguinte a vítima tende a ocultar o ato violento, experienciando assim sofrimento e dor (NÓBREGA *et al.*, 2019), naturalizando assim, atos de violência psicológica e até outras tipificações de abuso.

Assim como a violência psicológica, a violência financeira ocorre com frequência em concomitante com outras formas de abuso, sendo então a pessoa idosa revitimada de múltiplas formas. O abuso financeiro é definido como “exploração imprópria, ilegal ou não, consentida dos bens financeiros e patrimoniais do idoso” (SOUZA; MINAYO, 2010, p. 2).

Os idosos participantes da pesquisa indicaram em sua maioria que se sentem autônomo nas decisões que são tomadas sobre uso do seu dinheiro, assim como mencionaram que confiam na pessoa que administra o seu dinheiro, porém, expressiva quantidade de participantes indicou que ajuda a sustentar financeiramente outras pessoas (43,3%) e que seu cartão de aposentadoria é usado por outra pessoa (26,7%). Essas inconsistências e exigem novamente que haja melhor reflexão sobre a trivialidade na qual o idoso vivencia atos violentos sem que ao menos entenda a sua exata dimensão.

Ajudar a sustentar outras pessoas financeiramente se enquadra em uma característica de violação dos direitos pessoais, em pesquisa desenvolvida por Diniz, Santos e Ribeiro (2021) em Manaus identificou que 95,3% (2173) da amostra respondeu afirmativamente para essa quebra de direito, sendo também identificado nesse estudo que o abuso financeiro é o mais prevalente (98,4%).

A aposentadoria da pessoa idosa é um direito que lhe é garantido de forma constitucional por meio da Lei 8.213 de 1991 (BRASIL, 1991), entretanto, conforme observado no presente estudo, a pessoa idosa afirma ajudar a sustentar outros corroborando com pesquisa de Barros *et al.*, (2019) que indica que 60,9% dos idosos são responsáveis financeiros da casa

A literatura discute com bastante frequência a negligência e o abandono como termos ou tipos de violência intercambiáveis, entretanto não o são, o abandono é caracterizado pelo sentimento de desproteção legal por parte de familiares ou responsáveis legais, como instituições e governo, isso inclui responsabilidades afetivas e emocionais. Já a negligência refere-se predominantemente na omissão de cuidados essenciais à pessoa idosa por parte dos responsáveis imediatos pelo seu cuidado, seja familiar, cuidador ou alguma instituição (SOUZA; MINAYO, 2010).

Os idosos respondentes do piloto indicaram sentir-se sempre (23,3%) sozinhos e 30,0% as vezes, também mencionaram ficar sozinho por muito tempo, sendo essas, questões relacionadas diretamente ao abandono, que pode ser refletido em caráter emocional e afetivo com relação a sua rede de apoio proximal. No tocante ao abandono mais relacionado à seguridade social 23,3% mencionaram nunca se sentir seguros no ambiente em que vivem.

Algumas características podem ser acrescentadas para caracterização do abandono ao idoso como o pouco contato com o idoso por parte da família (MARIA *et al.*, 2019; GERINO *et al.*, 2018), não atendimento às expectativas emocionais e afetivas dele (MARIA *et al.*, 2019), sentimento de ser indesejado no ambiente ou por pessoas (GERINO *et al.*, 2018), insegurança ou desproteção do ambiente social em que vive (MAHMOUDIAN *et al.*, 2018; FRIEDMAN *et al.*, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2019).

A negligência é uma tipificação de abuso comum entre pessoas idosas (DINIZ; SANTO; RIBEIRO, 2021) e o ambiente no qual ela é mais comumente perpetrada é em momento de institucionalização da pessoa idosa (BOTNGÅRD *et al.*, 2020; COOPER *et al.*, 2018; MILESKI *et al.*, 2019). O resultado favorável entre as questões da faceta da negligência pode ser explicado do ponto de vista do quantitativo baixo da amostra, mas também pelo cenário da pesquisa ser o espaço hospitalar e não institucionalização.

Tem predominantemente como atributos a omissão de cuidados (ALARCON *et al.*, 2020; MARIA *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2019), como troca de fraldas, curativos ou roupas sujas, carência ou inobservância no momento da oferta de alimentos, nutrientes (WINCK; ALVAREZ, 2018; BURNES; ACIERNO; HERNANDEZ-TEJADA, 2019). ou medicamentos (HOHENDORFF *et al.*, 2018; WINCK; ALVAREZ, 2018)

Verbalizar a experiência de um ato violento de caráter físico e/ou sexual é difícil para a vítima (MOTA; AGUIAR, 2020), uma vez que relembrar do ato violento pode levá-la a memórias desagradáveis e que possam levar a desestabilização emocional (HABIGZANG; PETERSEN; MACIEL, 2019), além de requerer da formação de vínculo de confiança para que a vítima consiga relatar a experiência violenta em boa parte dos casos (COLUSSI *et al.*, 2019; SILVA; VIEIRA, 2021).

A argumentação acima mencionada pode justificar a maioria das respostas positivas, para não ocorrência de violência física e/ou sexual por parte dos participantes do estudo piloto. Entretanto, apesar do quantitativo baixo e característica do tipo de estudo, ainda houve um participante que indicou já ter recebido empurrões, ter sido chutado, queimado e ter sido agredido de forma grave fisicamente, sendo essas

características definidoras encontradas na literatura para ocorrência do fenômeno (OLIVEIRA *et al.*, 2018; ALARCON *et al.*, 2020; FRIEDMAN *et al.*, 2019).

Conforme mencionado, os respondentes para violência sexual foi semelhante a apresentação da violência física e apenas um participante indicou apresentar atributos como toque em partes íntimas conta seu desejo (MAWAR; KOUL; DAS, 2018; ALARCON; DAMACENO; CARDOSO, 2020), diálogo sobre a temática (ALARCON; DAMACENO; CARDOSO, 2020), praticar sexo contra vontade (MAHMOUDIAN *et al.*, 2018; FRIEDMAN *et al.*, 2019), receber ameaças para fazer sexo e ter partes do corpo expostas contra a vontade (ALARCON; DAMACENO; CARDOSO, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

Por meio do presente estudo pode-se concluir que o instrumento intitulado “Escala para rastreio de violência contra a pessoa idosa” está apto a ser aplicado com maior quantitativo amostral com a finalidade de obter dados que confirmem a análise fatorial confirmatória referente as dimensões do instrumento.

É importante frisar que o quantitativo baixo de amostra limitou as inferências no que tange a estrutura interna para a definição dos fatores, mas não para observar que suas covariâncias apresentam consistência interna do ponto de vista de confiabilidade por meio do coeficiente de cronbach. Esse dado por sua vez, também precisa ser aplicado em populações maiores em busca de confirmar seu potencial de consistência.

REFERÊNCIAS

ALARCON, M.F.S. et al. Percepção do idoso acerca da violência vivida. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020.

ALEXA, I.D.; ILIE, A.C; PISLARU, A.I.; DRONIC, A.; GAVRILOVICI, O.; ALEXA-STRATULAT T, et al. Elder abuse and associated factors in eastern romania. **Psychogeriatrics**. v.20, n.2, p.96-205. 2020. doi: 10.1111/psyg.12488

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Anexo VII: **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOVII

_____, Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1991.

BARROS, R. L. M, LEAL, M.C.C.; MARQUES, A.P.O.; LINS M.E.M. Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 793-804, 2019. Doi: 10.1590/0103-1104201912211

BOTNGÅRD A, et al. Resident-to-resident aggression in Norwegian nursing homes: A cross-sectional exploratory study. **BMC Geriatr.** v.20, n.1, p. 1-12. 2020.

BOLSONI, Carolina Carvalho et al. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 4, p. 671-682, 2016.

BEZERRA, P.C.L; SAMPAIO, C.A. Prevalence of violence and factors associated in elderly health units in a capital of the western Amazon. **REAS**. 2020 Mai 29; v.12, n.8, e3434. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e3434.2020>

BURNES, D.; ACIERNO, R.; HERNANDEZ-TEJADA, M. Help-seeking among victims of elder abuse: Findings from the national elder mistreatment study. **Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci**. v.74, n.5, p. 891–6. 2019.

CHENG A, et al. Reporting guidelines for health care simulation research: extensions to the CONSORT and STROBE statements. **Simul Healthcare**. v.11, n.4,p.238-48. doi: 10.1186/s41077-016-0025-y

CONN V.S. et al., Publishing pilot intervention work. **West J Nurs Res.** v. 32, n. 8, p. 994-1010, 2010. doi: 10.1177/0193945910367229

COOPER C., et al. Do care homes deliver person-centred care? A cross-sectional survey of staff-reported abusive and positive behaviours towards residents from the MARQUE (Managing Agitation and Raising Quality of Life) English national care home survey. **PLoS One**. v.13, n.3, p. 1-13. 2018. doi: 10.1590/1981-22562020024.210097

COLUSSI, E.L.; KUYAWA, A.; MARCHI, A.C.B.; PICHLER, N.A. Perceptions of the elderly on aging and violence in intrafamily relationships. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 22, n. 4, p.1-8, 2019. doi: 10.1590/1981-22562019022.190034

DINIZ, C. X.; SANTO, F. H. E.; RIBEIRO, M. N. S. Analysis of the direct and indirect risk of intrafamily violence against older people. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 2021. doi: 10.1590/1981-22562020024.210097

FERNANDES, L.A. **GRUPOS REFLEXIVOS: Debatendo alternativa para o enfrentamento à violência contra a mulher.** 2022. f. 150 Dissertação (Mestrado em segurança pública) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Belém, Universidade Federal do Pará, 2022. Disponível em:
https://www.ppgsp.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/teses_e_dissertacoes/dissertacoes/2020/202014%20-%20LEANDRO%20FERNANDES.pdf.pdf

FREITAS B.M.C.; SILVA J.A.C. A responsabilidade do estado diante da situação de abandono do idoso: enfrentando o abandono assistencial do estado. **Caderno de graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-Alagoas**. v.6, n.3, p. 22-36, 2016.

FRIEDMAN L.; AVILA S.; FRIEDMAN D.; MELTZER W. Association between Type of Residence and Clinical Signs of Neglect in Older Adults. **Gerontology**. v.65, n.1, p. 30-90, 2019.

GERINO E. et al. Intimate partner violence in the golden age: Systematic review of risk and protective factors. **Front Psychol.** v.9 p. 1-14. 2018.

GUIMARÃES, D. B. O. et al. Caracterização da pessoa idosa vítima de violência. **Rev Enferm UFPE**, v. 10, n. Supl 3, p. 1343-50, 2016.

HABIGZANG, L.F.; PETERSEN, M.G.F.; MACIEL, L.Z. Terapia Cognitivo-Comportamental para mulheres que sofreram violência por seus parceiros íntimos: Estudos de casos múltiplos. **Cienc.Psicol.** v.13, n.2, p. 1-19, 2019. doi: 10.22235/cp.v13i2.1882

HOHENDORFF, J.V., et al. Caracterização da violência contra idosos a partir de casos notificados por profissionais da saúde. **Revista da SPAGESP**. v.19, n. 2, p.64-80.

MACHADO, D. R.; KIMURA, M.; DUARTE, Y.A.O.; LEBRAO, M.L. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1119-1128, 2020.

MAIA P.H.S., FERREIRA E.F.; MELO, E.M.; VARGAS A.M.D. Occurrence of violence in the elderly and its associated factors. **Rev Bras Enferm.** v.72, .sppl2, p. 64-70, 2019. doi: [10.1590/0034-7167-2018-0014](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0014)

MAHMOUDIAN A., et al. The design and evaluation of psychometric properties for a questionnaire on elderly abuse by family caregivers among older adults on hemodialysis. **Clinical Inverventions in Aging.** v.13, p. 555-63. doi:10.2147/CIA.S149338

MARIA A., et al. Violência econômico-financeira e patrimonial contra o idoso : estudo documental. **Rev esc enferm USP.** v.53, n. e03417, p. 1-9, 2019

MILESKI M.; et al.. Preventing the abuse of residents with dementia or alzheimer's disease in the long-term care setting: A systematic review. **Clin Interv Aging.** v.14, p. 1797-815, 2019.

MELO D.M.; BARBOSA A.J.G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Cien Saude Colet.** V.20, n.12, p.3865-76. 2015. doi: 10.1590/1413-812320152012.06032015

MOTA, J.A.; AGUIAR, R.S. Percepções de enfermeiros da atenção primária no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. **Nursing (São Paulo),** v. 23, n. 262, p. 3648-3651, 2020.

NEUBERG, M.; MEŠTROVIĆ, T; RIBIĆ, R.; ŠUBARIĆ, M.; CANJUGA, I.; KOZIN, G. Contrasting Vantage Points between Caregivers and Residents on the Perception of Elder Abuse and Neglect During Long-Term Care. **Psychiatr Danub.** v. 31, Suppl3:345-353. 2019. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31488751/>

RODRIGUES, R.A.P., et al. Report of multiple abuse against older adults in three Brazilian cities. **PLoS One.** v.14, n. 2, p. 1-11. 2019

SANTOS-RODRIGUES, R. C. et al.. Assessment tools for elder abuse: scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v. 56, p. e20220115, 2022.

SANTOS A.M.R.; et al. Financial-patrimonial elder abuse: na integrative review. **Rev Bras Enferm.** v.72, p. 328-36. 2019. doi:10.1590/0034-7167-2018-0703

SILVA, P. T.; VIEIRA, R.P. Violência Contra o Idoso: Percepções e desafios enfrentados por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. v. 15, n. 56, p. 88-109, 2021.

SOUZA, A.C.; ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.26, n.3, p.649-59. 2017. doi: 10.5123/s1679-49742017000300022.

MAWAR, S.; KOUL, P.; DAS S.; GUPTA. S. Association of Physical Problems and Depression with Elder Abuse in an Urban Community of North India. **Indian J Community Med**. v.43, n.3, p.165-69. 2018. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_249_17.

NÓBREGA, V.K.M.; JÚNIOR-PESSOA, J.M.; NASCIMENTO, E.G.C.; MIRANDA, F.A.N. Renúncia, violência e denúncia: representações sociais do homem agressor sob a ótica da mulher agredida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2659–2666, jul. 2019

OLIVEIRA, K.S.M. et al. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Rev Gaúcha Enferm**. v.38, p. 1-9. 2018. doi: 10.1590/1983-1447.2018.57462.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. DE S.. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2659–2668, set. 2010.

VILADRICH, C.; ANGULO-BRUNET, A.; DOVAL, E. Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. **Anal. Psicol.** v.33, n.3, p.755-82. 2017. doi: 10.6018/analesps.33.3.268401

WINCK DR, ALVAREZ AM. Perceptions of Family Health Strategy nurses about the causes of violence against the elderly. **Rev. APS**. v. 21, n.1, p. 93-103., 2018

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados apontados no presente estudo, é possível perceber que seu objetivo geral de construir e verificar as evidências de validade para escala de rastreio da violência contra pessoa idosa foi atendido, tornando a hipótese alternativa verdadeira, na qual a escala proposta apresenta evidências de validade de conteúdo e evidências com base na estrutura interna para rastrear a VCPI.

O fenômeno da violência é multifacetado e de grande complexidade, por essa razão foi necessário a execução de múltiplos métodos em busca de desvelar com clareza e precisão itens para compor a escala que desse sustentação para construção da versão final da “Escala para Rastreio da Violência Contra a Pessoa Idosa”.

A revisão de escopo possibilitou o alcance de um número expressivo de instrumentos já construídos relacionados a temática, porém com incompletudes no que tange as propriedades psicométricas ou a abordagem completa das tipificações que mais comumente acometem pessoas idosas, o que evidencia a originalidade científica do instrumento supracitado caracterizando-se como pioneiro nos moldes o qual foi construído.

A análise do conceito esclareceu sinais que podem ser sugestivos de riscos ao idoso estar vitimado por situações de violência, seus atributos concretos do ato violento e as consequências do seu acometimento. Em conjunto com os achados da análise do conceito a compreensão do ponto de vista dos profissionais de saúde sobre como ocorre o rastreamento foi fonte solida para elaboração da versão preliminar da escala.

Após triangulação de todos os dados coletados nas etapas mencionadas, criou-se o instrumento com 65 itens, que foram considerados válidos do ponto de vista de conteúdo pelos especialistas, algumas alterações foram feitas com base na sugestão dos juízes, mas não impactaram no cálculo da validade de conteúdo considerando os coeficientes de validade de conteúdo, o que demonstra, que a escala no aspecto de conteúdo encontra-se apta e válida para ser aplicada em larga escala.

Após validado conteúdo com os especialistas, o instrumento passou por dois pilotos. A última versão aplicada como piloto entre os idosos foi eficaz do ponto de vista de compreender, descritivamente, como os itens se comportam dentro de cada dimensão e o instrumento como um todo apresentou evidência de validade interna alta, corroborando a hipótese alternativa de que o instrumento tem validade interna para ser utilizado em grandes populações.

Embora esteja concluída a fase do presente estudo é importante mencionar que a pandemia pela COVID-19, limitou a aceleração do processo de construção da escala e sua aplicação em amostra maior, a fim de obter dados mais consistentes do ponto de vista psicométrico e de cada tipificação da violência, sendo essa meta para pesquisas futuras.

Contudo, destaca-se que a escala confere sustentação para otimização do trabalho da equipe de enfermagem no tocante a compor a dimensão de instrumentos para subsídio a Sistematização da Assistência da Enfermagem. Assim, se aplicado em conjunto com outros instrumentos destinados a pessoa idosa fornecerá suporte sólido para compreensão da situação de saúde do idoso em caráter multidimensional. Diversos desfechos como declínio cognitivo, fragilização, sintomas depressivos, entre outros, podem potencializar a ocorrência da VCPI e vice e versa, sendo em sua totalidade problemas de saúde pública que afetam diretamente a qualidade de vida da pessoa idosa.

Portanto, recomenda-se o uso da presente escala para identificação e rastreamento da violência contra a pessoa idosa em serviços de saúde de atenção primária, secundária e terciária sendo ferramenta essencial ao enfermeiro na abordagem ao idoso vitimizado ou em suspeita de vitimização garantindo uma atuação segura e direcionada as necessidades do idoso.

Ademais, futuros estudos devem ser realizados com a aplicação da escala de rastreio de violência contra a pessoa idosa a fim de corroborar com a robustez do instrumento e sua aplicabilidade científica.

REFERÊNCIAS

- AERA, A. P. A. NCME. **Standards for educational and psychological testing.** Washington, DC: American Educational Research Association, 2014.
- _____. NCME. Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: American Educational Research Association, 1966.
- AMBIEL, R.A.; CARVALHO, L.F. Definições e papel das evidências de validade baseada na estrutura interna em psicologia. In: DAMÁSIO, B.F.; BORSA, J.C. (org). **Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos.** São Paulo: Votor, 2017. p. 85-100.
- BARROS, R. L. M. *et al.* Domestic violence against elderly people assisted in primary care. **Saúde em Debate**, v.43, n. 122, p. 793–804, 2019.
- BERTOLA, L. **Psicometria e estatística aplicadas à neuropsicologia clínica.** São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2019.
- BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-psiquiat.** v.52, p. 1-7, 1994.
- BRASIL. Estatuto do Idoso. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BORSA, J.C.; SEIZE, M.M. Construção e Adaptação de instrumentos psicológicos: dois caminhos possíveis. In: DAMÁSIO, B.F.; BORSA, J.C. (org). **Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos.** São Paulo: Votor, 2017. p. 14-37
- COOPER, C. *et al.* The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse. **International Psychogeriatrics**, v.21, n. 4, p. 774–778, 2009.
- DAMÁSIO, B.F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica**, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012.
- FILGUEIRAS, A. *et al.* Tradução e adaptação semântica do Questionário de Controle Atencional para o Contexto Brasileiro. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v.32, n.2, p.173–185, 2015.

FOLSTEIN, M.F. et al. Mini Mental State. **J Psychiat. Res.** v.12, p. 189-98, 1975

HERNÁNDEZ-NIETO, R. A. **Contributions to Statistical Analysis: the Coefficients of Proportional Variance, Content Validity and Kappa.** Mérida: Universidad de Los Andes, 2002, p. 119.

HUTCHESON, G.; SOFRONIOU, N. **The multivariate social scientist.** London: Sage, 1999.

LORENZO-SEVA, U.; TIMMERMAN, M.E.; KIERS, H.A.L. The Hull method for selecting the number of common factors. **Multivariate behavioral research**, v. 46, n. 2, p. 340-364, 2011.

MAIA, P. H. S.; FERREIRA, E. F.; MELO, E. M.; VARGAS, A. M. D. A ocorrência da violência em idosos e seus fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 72, p. 64-70, 2019

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008.

MINAYO, M. C. S. The imperative of caring for the dependent elderly person. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 247–252, 2019.

MORAES, C. L.; MARQUES, E. S.; RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 25, n. 2, p. 4177-4184, 2020

MUSSE, J. O.; RIOS, M. H. E. Atuação do enfermeiro frente à violência doméstica sofrida pelo idoso. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Rio Grande do Sul**, v. 20, n. 2, p. 365-379, 2015.

NEALE, A.V. et al. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. **Journal of Applied Gerontology**, v.10, n.4, p. 406-418, 1991.

OLIVEIRA, K. S. M.; CARVALHO, F. P. B.; OLIVEIRA, L. C.; SIMPSON, C. A.; SILVA, F. T. L.; MARTINS, A. G. C. Violência contra idosos: concepções dos

profissionais de enfermagem cerca da detecção e prevenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 39, p. 1-9, 2018.

PACICO, J.C. *et al.* Validade. In: HUTZ, C.S.; BANDEIRA, D.R.; TRENTINI, C.M. (org). **Psicometria**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 71-84.

HAUCK-FILHO, N.; ZANON, C. Questões básicas sobre mensuração. In: C. S., Hutz, D. R., Bandeira, C. M., Trentini. (org). **Psicometria** (pp. 23-44). Porto Alegre: Artmed. p. 23-44

PARAIBA, P. M. F; SILVA, M. C. M. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 295-306, 2015.

PAMPOLIM, G., LEITE, F. M. C. Neglect and psychological abuse of older adults in a Brazilian state: analysis of reports between 2011 and 2018. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 6, p.e190272, 2020.

PASQUALI, L. Psychometrics. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe, p.992-999, 2009.

_____. **Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5^a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.

_____. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206- 13, 1998.

PETERS, M. D. J. *et al.* Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Eds). **JBI Manual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020.

PILLEMER, K. *et al.* Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. **The Gerontologist**, v. 56, n. suppl 2, p. S194-S205, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
REICHENHEIM, M. E.; PAIXÃO-Jr, C. M.; MORAES, C. L. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1801-1813, 2008.

RESSEL, LB. *et al.* O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n.4, p. 779-786, 2008.

SALVADOR, P. T. C. O. *et al.* Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, e20190297, 2020.

SANTOS, M. A. B. *et al.* Factors associated with elder abuse: a systematic review of the literature. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.25, n.6, p. 2153-2175, 2020.

SANTOS, R.C. *et al.* Frailty Syndrome: A Risk Factor Associated With Violence in Older Adults. **Journal Forensic Nursing**, v. 16, n. 3, p. 130-137, 2020.

STOREY, J.E. Risk factors for elder abuse and neglect: a review of the literature. **Aggression and violent behavior**, v. 50, 101339, 2020.

STRAUS, M. A. Measuring intrafamily conflict violence. **Journal of Marriage and Family**, v. 41, n.1, p.75–88, 1979.

TABACHNICK, B.G.; FIDELL, L.S. **Using Multivariate Statistics**. 5th Edition. London: Pearson Education, 2007.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

XAVIER, A. C.S.; MATOS, C. T. S.; MACEDO, H. S.; NERY, F. S. Considerações sobre a Enfermagem no Contexto da Violência contra o Idoso. In: Congresso Internacional De Enfermagem, 1., 2017, **Tiradentes. International Nursing Congress**. Tiradentes: Unit, 2017. p. 1-3

ZAGONEL, I. P. S. Análise de conceito: um exercício intelectual em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 10-14, 1996.

WALKER, L.O.; AVANT, K.C. **Strategies for Theory Construction in Nursing**. 6ed. Person, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Violence and Health**. Geneve: Who; 2002.

ANEXO A - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS	CÓDIGO
B1	Que dia é hoje?	(0) Errado (1) Certo	
B2	Em que mês estamos?	(0) Errado (1) Certo	
B3	Em que ano estamos?	(0) Errado (1) Certo	
B4	Em que dia da semana estamos?	(0) Errado (1) Certo	
B5	Que horas são agora aproximadamente?	(0) Errado (1) Certo	
B6	Em que local nós estamos?	(0) Errado (1) Certo	
B7	Que local é este aqui?	(0) Errado (1) Certo	
B8	Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	(0) Errado (1) Certo	
B9	Em que cidade nós estamos?	(0) Errado (1) Certo	
B10	Em que estado nós estamos?	(0) Errado (1) Certo	

Vou dizer 3 palavras, e o (a) senhor (a) irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO.

B11	Carro	(0) Errado (1) Certo	
B12	Vaso	(0) Errado (1) Certo	
B13	Tijolo	(0) Errado (1) Certo	

Gostaria que o (a) senhor (a) me dissesse quanto é:

B14	100-7	(0) Errado (1) Certo	
B15	93-7	(0) Errado (1) Certo	
B16	86-7	(0) Errado (1) Certo	
B17	79-7	(0) Errado (1) Certo	

O/a senhor/a consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco?

B18	Carro	(0) Errado (1) Certo	
B19	Vaso	(0) Errado (1) Certo	
B20	Tijolo	(0) Errado (1) Certo	
B21	Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome.	(0) Errado (1) Certo	

B22	Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome.	(0) Errado (1) Certo	
B23	Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.	(0) Errado (1) Certo	

Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão. (Falar os comandos de uma vez só).

B24	Pega a folha com a mão correta	(0) Errado (1) Certo	
B25	Dobre corretamente	(0) Errado (1) Certo	
B26	Coloque no chão	(0) Errado (1) Certo	
B27	Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: FECHE OS OLHOS	(0) Errado (1) Certo	
B28	Gostaria que o/a senhor/a escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande.	(0) Errado (1) Certo	

Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o (a) senhor (a) copiasse, tentando fazer o melhor possível.

B29	Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos. 	(0) Errado (1) Certo	
TOTAL			

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HULW/UFPB



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: INSTRUMENTALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM FORENSE DIANTE DO CUIDADO AO IDOSO HOSPITALIZADO

Pesquisador: Rafaella Queiroga Souto

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 10179719.9.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.709.600

Apresentação do Projeto:

Quinta versão (emenda 3) de projeto aprovado através de parecer nº 3.445.490. Projeto vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Forense e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, tendo como pesquisadora responsável a Profª Drª. Rafaella Queiroga Souto, e como equipe de pesquisa: Gleicy Karine Nascimento de Araújo, Rafael da Costa Santo, Neyce de Matos Nascimento, Neyce de Matos Nascimento, Sandra Aparecida de Almeida, Anna Luiza Castro Gomes, Fábio de Araújo Leite Medeiros, Selena Cordeiro Vasconcelos, Weglânia de Mendonça Faustino, Lúcia

Continuação do Parecer: 3.709.600

Investigador	projeto.pdf	22/03/2019 21:20:24	Rafaella Queiroga Souto	Aceito
--------------	-------------	------------------------	-------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 18 de Novembro de 2019

Assinado por:

MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
(Coordenador(a))

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HUAC/UFCG

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INSTRUMENTALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM FORENSE DIANTE DO CUIDADO AO IDOSO HOSPITALIZADO

Pesquisador: Rafaella Queiroga Souto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10179719.9.3001.5182

Instituição Proponente: Hospital Universitário Alcides Carneiro - Campina Grande/PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.594.339

Apresentação do Projeto:

Segundo o pesquisador a Enfermagem Forense é uma especialidade recentemente reconhecida no Brasil, deste modo, precisa ser instrumentalizada. Uma de suas competências é atuar na prevenção, detecção precoce e cuidado ao idoso em situação de violência. Objetivar-se á instrumentalizar o enfermeiro que atua na rede hospitalar na perspectiva da enfermagem forense. O estudo ocorrerá nos hospitais universitários dos municípios de Campina Grande e de João Pessoa.

Continuação do Parecer: 3.594.339

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 24 de Setembro de 2019

Assinado por:

Andréia Oliveira Barros Sousa
(Coordenador(a))

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado** e está sendo desenvolvida sob responsabilidade da Prof.^a Dr.^a Rafaella Queiroga Souto, docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

O objetivo desse estudo é instrumentalizar a enfermagem hospitalar sob a perspectiva da enfermagem forense e subsidiar a elaboração de políticas públicas locais, regionais e nacionais que regulamentem e normatizem a prática profissional. A finalidade deste trabalho é contribuir na prática da enfermagem no contexto hospitalar, contribuindo para detecção de idosos em situação de violência, além de fornecer subsídios para tomada de decisões em casos confirmados. Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário de pesquisa que irá durar em média 45 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa oferecerá riscos mínimos aos seus participantes, principalmente relacionados ao desconforto que podem sentir ao responder aos questionários, as entrevistas e/ou participar das intervenções. Você pode se sentir constrangidos. No intuito de minimizar qualquer possível constrangimento, explicaremos detalhadamente todas as ações que serão realizadas, durante a aplicação do questionário.

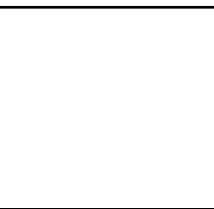
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal



Assinatura
datiloscópica

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Rafaella Queiroga Souto Telefone: 3216-7229 ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br Campus I – Fone: 3216-7964 ou Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP/ HUAC). Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, S/N, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA JUÍZES

Validação do instrumento: "Instrumento para rastreio da Violência Contra Pessoa Idosa"

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como juiz da pesquisa Construção e validação de escala para rastreio de violência contra pessoa idosa. Trata-se de uma tese de doutorado, sob a responsabilidade da pesquisadora Renata Clemente dos Santos, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, e orientação da pesquisadora Dra. Rafaella Queiroga Souto.

Esta pesquisa tem como objetivo geral construir e validar uma escala de rastreio de violência contra pessoa idosa.

O desenvolvimento da pesquisa se justifica pela carência de instrumentos para rastreio de situações de violência com propriedades psicométricas válidas e confiáveis para uso no Brasil. Portanto, se trata de um estudo de caráter metodológico para construção e medida psicométrica por meio da execução das etapas: 1) Procedimentos teóricos; 2) Procedimentos empíricos (experimentais); e 3) Procedimentos analíticos. A sua participação corresponde a procedimentos empíricos de validação de conteúdo dos itens do instrumento já construído na etapa de procedimentos teóricos.

Todo o percurso do estudo acontecerá na modalidade remota enviado ao endereço eletrônico e/ou via telefone de contato do participante. Sublinha-se que o referido envio será realizado de forma individualizada contendo apenas um remetente e um destinatário. Após concordar em participar do estudo será encaminhado um formulário do Google no qual o (a) senhor (a) será convidado (a) a assinar o campo “concordo em participar do estudo”.

Após a sua anuência, o (a) senhor (a) receberá o instrumento no formato Microsoft Excel Para fins de validação, os itens devem ser avaliado de acordo com a concordância do item, em que 1 é a menor concordância e 5 é o valor máximo de concordância com o item. Haverá também um espaço específico para propor sugestões e alterações no referido instrumento.

Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em veículos científicos, não havendo identificação dos voluntários, assegurando o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão armazenados em pastas de arquivo sob a responsabilidade da pesquisadora, pelo período mínimo de cinco anos. No caso de dúvidas, o comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), encontra-se disponível para esclarecimentos sobre esta pesquisa:

Campus I, Cidade Universitária – 1º andar – Bairro Castelo Branco – CEP 58051-900 – João Pessoa - PB. Telefone: (83) 3216-7791

Contatos das pesquisadoras:

Renata Clemente dos Santos

E-mail: renata.clemente@hotmail.com

Telefone: (83) 987614226

Rafaella Queiroga Souto

E-mail: rqs@academico.ufpb.br

Telefone: (83) 99849-3634

Atenciosamente,

Aceito participar da pesquisa

Não aceito participar da pesquisa

APÊNDICE C – DEFINIÇÕES OPERACIONAIS E CONSTITUTIVAS DO INSTRUMENTO PARA RASTREIO DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA

DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS
<p>Violência Psicológica</p> <p>Se refere a atos ou jogos sexuais de caráter homo ou heterorrelacional que utilizam pessoas idosas visando obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças</p>	<p>1. Sinto que minhas decisões não são respeitadas</p> <p>2. Sinto que meus sentimentos não são respeitados</p> <p>3. Confio nas pessoas da minha casa</p> <p>4. Fico calado (a) para evitar brigas maiores</p> <p>5. Onde eu moro as brigas são frequentes com palavreado inapropriado</p> <p>6. A forma que fui tratado fez eu me sentir envergonhado(a) ou intimidado (a)</p> <p>7. Já fui ameaçado(a) por não acatar uma opinião diferente</p> <p>8. Tenho medo de algumas pessoas com quem convivo</p> <p>9. Já fui proibido(a) de sair</p> <p>10. Recebo gritos, xingamentos e insultos</p> <p>11. Ele(a) faz coisas para me irritar propositalmente</p> <p>12. Ele(a) diz que eu causei muitos problemas</p> <p>13. Sou obrigado a ficar em casa ou na cama</p>
<p>Violência Financeira</p> <p>Consiste na exploração imprópria, ilegal ou não, consentida dos bens financeiros e patrimoniais do idoso.</p>	<p>14. Preciso que outra pessoa administre meu dinheiro</p> <p>15. Me sinto autônomo na decisão sobre uso do meu dinheiro</p> <p>16. Dependendo de outros financeiramente</p> <p>17. Ajudo a sustentar financeiramente outras pessoas</p> <p>18. Não sei como meu dinheiro é usado</p> <p>19. Meu cartão de aposentadoria e/ou salário é usado por outra pessoa</p> <p>20. Já pegaram meu dinheiro sem minha autorização</p> <p>21. Já fizeram empréstimo no meu nome sem minha autorização</p>

	22. Já compraram coisas no meu nome sem minha autorização
	23. Recebo visita de algumas pessoas apenas quando o meu pagamento é efetuado
	24. Confio na pessoa que administra meu dinheiro
	25. Fui forçado a assinar papéis contra minha vontade
	26. Meu dinheiro não ser suficiente para comprar remédios
	27. Meu dinheiro não ser suficiente para comprar alimentos
	28. Meu dinheiro não ser suficiente para comprar material de higiene ou roupas
Abandono Abandono consiste na ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a um idoso que necessite de proteção	29. Me sentir sozinho (a) ou solitário(a)
	30. Sinto que as pessoas não me querem por perto
	31. Fico sozinho por muito tempo
	32. Sinto que sou um peso para maioria das pessoas da minha convivência
	33. Sinto que sou um peso para sociedade que vivo
	34. Não me sinto seguro na sociedade em que vivo
	35. Recebo visitas dos meus familiares e amigos
Negligência Se refere à recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários ao idoso, por parte de responsáveis familiares ou institucionais. Geralmente, as negligências apresentam-se associadas a outros tipos de violência que geram lesões e traumas, sobretudo nos idosos com mais dependências	36. Sinto que não recebo os cuidados que preciso
	37. Tenho pessoas para ajudar a cuidar de mim quando preciso
	38. Faço todas as refeições durante o dia
	39. Receber medicação em horários diferentes
	40. Não foi comprado coisas que eu precisava
	41. Não foi feito meu curativo
	42. Fiquei sem trocar a minha fralda suja
	43. Não ser levado a consulta de saúde
Violência Física Se refere ao uso da força física para ferir, provocar dor, incapacidade ou morte ou para compelir o idoso a fazer o que não deseja.	44. Fui ameaçado (a) por ele (a) com objetos
	45. Fiquei com o corpo doendo depois de uma briga
	46. Já precisei ir ao médico depois de uma briga

	47. Fui segurado ou empurrado por ele(a)
	48. Já fiquei com arranhado ou com hematoma após uma briga
	49. Ele(a) já usou da força para conseguir o que queria
	50. Já fui machucado por ele
	51. Já precisei colocar gesso depois de uma briga
	52. Ser empurrado de propósito
	53. Ser chutado de propósito
	54. Ser queimado de propósito
	55. Levar um tapa
	56. Levar uma surra
Violência Sexual Se refere a atos ou jogos sexuais de caráter homo ou heterorrelacional que utilizam pessoas idosas visando obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças	57. Já fui tocado em partes íntimas contra a minha vontade
	58. Já fiquei com vergonha ao ter que conversar sobre sexo contra a minha vontade
	59. Já fui beijado contra a minha vontade
	60. Já fiz sexo contra a minha vontade
	61. Já me machuquei fazendo sexo contra a minha vontade
	62. Ser forçado a assistir filmes ou ver imagens de caráter sexual contra a minha vontade
	63. Ser ameaçado para fazer sexo (ou atividade sexual)
	64. Partes do meu corpo ser expostas contra a minha vontade

APÊNDICE C – VERSÃO 01

INSTRUMENTO PARA RASTREIO DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA

Em nossas relações, há alguns momentos em que duas pessoas se desentendem por vários motivos, normalmente porque querem coisas diferentes. Eu vou apresentar ao Sr./Sr^a algumas afirmações que podem acontecer no momento de um desentendimento com outra pessoa. Por isso gostaria que o Sr./Sr^a pensasse nas pessoas com quem mais convive diariamente e refletisse sobre alguns acontecimentos entre os últimos 90 dias.

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA				
As seguintes afirmativas indicam quão verdadeiro o acontecimento delas com o/a Sr./Sr ^a . nos últimos 90 dias.				
ITEM	V	PV	F	TF
1. Sinto que minhas decisões não são respeitadas	4	3	2	1
2. Sinto que meus sentimentos não são respeitados	4	3	2	1
3. Confio nas pessoas da minha casa	4	3	2	1
4. Fico calado (a) para evitar brigas maiores	4	3	2	1
5. Onde eu moro as brigas são frequentes com palavreado inapropriado	4	3	2	1
6. A forma que fui tratado fez eu me sentir envergonhado (a) ou intimidado (a)	4	3	2	1
7. Já fui ameaçado (a) por não acatar uma opinião diferente	4	3	2	1
8. Tenho medo de algumas pessoas com quem convivo	4	3	2	1
9. Já fui proibido(a) de sair	4	3	2	1
As seguintes afirmativas indicam quanto aconteceu a situação com o/a Sr./Sr ^a . nos últimos 90 dias.				
(Considere: A – Aconteceu; AV – Aconteceu Algumas Vezes; QN – Quase Nunca Aconteceu; NA – Nunca Aconteceu)				
ITEM	A	AV	QN	NA
10. Recebo gritos, xingamentos e insultos	4	3	2	1
11. Ele(a) faz coisas para me irritar proposadamente	4	3	2	1
12. Ele(a) diz que eu causei muitos problemas	4	3	2	1
13. Sou obrigado a ficar em casa ou na cama	4	3	2	1
VIOLÊNCIA FINANCEIRA				

As seguintes afirmativas indicam **quão verdadeiro** o acontecimento dela com o/a Sr./Sr^a. nos últimos 90 dias.

(Considere: V – Verdadeiro; PV – Parcialmente Verdadeiro; F – Falso; TF – Totalmente Falso)

ITEM	V	PV	F	TF
14. Preciso que outra pessoa administre meu dinheiro	4	3	2	1
15. Me sinto autônomo na decisão sobre uso do meu dinheiro	4	3	2	1
16. Dependoo de outros financeiramente	4	3	2	1
17. Ajudo a sustentar financeiramente outras pessoas	4	3	2	1
18. Não sei como meu dinheiro é usado	4	3	2	1
19. Meu cartão de aposentadoria e/ou salário é usado por outra pessoa	4	3	2	1
20. Já pegaram meu dinheiro sem minha autorização	4	3	2	1
21. Já fizeram empréstimo no meu nome sem minha autorização	4	3	2	1
22. Já compraram coisas no meu nome sem minha autorização	4	3	2	1
23. Recebo visita de algumas pessoas apenas quando o meu pagamento é efetuado	4	3	2	1
24. Confio na pessoa que administra meu dinheiro	4	3	2	1
25. Fui forçado a assinar papéis contra minha vontade	4	3	2	1

As seguintes afirmativas indicam **quanto aconteceu** a situação com o/a Sr./Sr^a. nos últimos 90 dias.

(Considere: A – Aconteceu; AV – Aconteceu Algumas Vezes; QN – Quase Nunca Aconteceu; NA – Nunca Aconteceu)

ITEM	A	AV	QN	NA
26. Meu dinheiro não ser suficiente para comprar remédios	4	3	2	1
27. Meu dinheiro não ser suficiente para comprar alimentos	4	3	2	1
28. Meu dinheiro não ser suficiente para comprar material de higiene ou roupas	4	3	2	1

ABANDONO

As seguintes afirmativas indicam **quanto aconteceu** a situação com o/a Sr./Sr^a. nos últimos 90 dias.

(Considere: A – Aconteceu; AV – Aconteceu Algumas Vezes; QN – Quase Nunca Aconteceu; NA – Nunca Aconteceu)

ITEM	A	AV	QN	NA
29. Me sentir sozinho (a) ou solitário(a)	4	3	2	1
30. Sinto que as pessoas não me querem por perto	4	3	2	1
31. Fico sozinho(a) por muito tempo	4	3	2	1
32. Sinto que sou um peso para maioria das pessoas da minha convivência	4	3	2	1
33. Sinto que sou um peso para sociedade que vivo	4	3	2	1
34. Não me sinto seguro na sociedade em que vivo	4	3	2	1
35. Recebo visitas dos meus familiares e amigos	4	3	2	1

NEGLIGÊNCIA

As seguintes afirmativas indicam **quão verdadeiro** o acontecimento dela com o/a Sr./Sr^a. nos últimos 90 dias.

(Considere: V – Verdadeiro; PV – Parcialmente Verdadeiro; F – Falso; TF – Totalmente Falso)

ITEM	V	PV	F	TF
36. Sinto que não recebo os cuidados que preciso	4	3	2	1
37. Tenho pessoas para ajudar a cuidar de mim quando preciso	4	3	2	1
38. Faço todas as refeições durante o dia	4	3	2	1

As seguintes afirmativas indicam **quanto aconteceu** a situação com o/a Sr./Sr^a. nos últimos 90 dias.

(Considere: A – Aconteceu; AV – Aconteceu Algumas Vezes; QN – Quase Nunca Aconteceu; NA – Nunca Aconteceu)

ITEM	A	AV	QN	NA
39. Receber medicação em horários diferentes	4	3	2	1
40. Não foi comprado coisas que eu precisava	4	3	2	1
41. Não foi feito meu curativo	4	3	2	1
42. Fiquei sem trocar a minha fralda suja				
43. Não ser levado a consulta de saúde	4	3	2	1

VIOLÊNCIA FÍSICA

As seguintes afirmativas indicam **quão verdadeiro** o acontecimento dela com o/a Sr./Sr^a. nos últimos 90 dias.

(Considere: V – Verdadeiro; PV – Parcialmente Verdadeiro; F – Falso; TF – Totalmente Falso)

ITEM	V	PV	F	TF
44. Fui ameaçado (a) por ele (a) com objetos	4	3	2	1

45. Fiquei com o corpo doendo depois de uma briga	4	3	2	1
46. Já precisei ir ao médico depois de uma briga	4	3	2	1
47. Fui segurado ou empurrado por ele(a)	4	3	2	1
48. Já fiquei com arranhado ou com hematoma após uma briga	4	3	2	1
49. Ele(a) já usou da força para conseguir o que queria	4	3	2	1
50. Já fui machucado por ele(a)	4	3	2	1
51. Já precisei colocar gesso depois de uma briga	4	3	2	1

As seguintes afirmativas indicam **quanto aconteceu** a situação com o/a Sr./Sr^a. nos últimos 90 dias.

(Considere: A – Aconteceu; AV – Aconteceu Algumas Vezes; QN – Quase Nunca Aconteceu; NA – Nunca Aconteceu)

ITEM	A	AV	QN	NA
52. Ser empurrado de propósito	4	3	2	1
53. Ser chutado de propósito	4	3	2	1
54. Ser queimado de propósito	4	3	2	1
55. Levar um tapa	4	3	2	1
56. Levar uma surra	4	3	2	1

SEXUAL

As seguintes afirmativas indicam **quão verdadeiro** o acontecimento dela com o/a Sr./Sr^a. nos últimos 90 dias.

(Considere: V – Verdadeiro; PV – Parcialmente Verdadeiro; F – Falso; TF – Totalmente Falso)

ITEM	V	PV	F	TF
57. Já fui tocado em partes íntimas contra a minha vontade	4	3	2	1
58. Já fiquei com vergonha ao ter que conversar sobre sexo contra a minha vontade	4	3	2	1
59. Já fui beijado contra a minha vontade				
60. Já fiz sexo contra a minha vontade	4	3	2	1
61. Já me machuquei fazendo sexo contra a minha vontade	4	3	2	1

As seguintes afirmativas indicam **quanto aconteceu** a situação com o/a Sr./Sr^a. nos últimos 90 dias.

(Considere: A – Aconteceu; AV – Aconteceu Algumas Vezes; QN – Quase Nunca Aconteceu; NA – Nunca Aconteceu)

ITEM	A	AV	QN	NA
62. Ser forçado a assistir filmes ou ver imagens de caráter sexual contra a minha vontade	4	3	2	1
63. Ser ameaçado para fazer sexo (ou atividade sexual)	4	3	2	1
64. Partes do meu corpo ser expostas contra a minha vontade	4	3	2	1

APÊNDICE E – INSTRUMENTO ORIGINAL E AS RESPECTIVAS MODIFICAÇÕES APÓS SUGESTÕES DOS ESPECIALISTAS

INSTRUMENTO ORIGINAL	INSTRUMENTO APÓS CONSIDERAÇÕES DOS JUÍZES
INSTRUMENTO PARA RASTREIO DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA	ESCALA PARA RASTREIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA
Em nossas relações, há alguns momentos em que duas pessoas se desentendem por vários motivos, normalmente porque querem coisas diferentes. Eu vou apresentar ao Sr./Sr ^a algumas afirmações que podem acontecer no momento de um desentendimento com outra pessoa. Por isso gostaria que o Sr./Sr ^a pensasse nas pessoas com quem mais convive diariamente e refletisse sobre alguns acontecimentos entre os últimos 90 dias.	Em alguns momentos das relações, duas pessoas podem se desentender por vários motivos. Isso pode acontecer, principalmente, porque querem coisas diferentes. Eu vou apresentar ao Sr./Sr ^a algumas afirmações que podem acontecer no momento de um desentendimento com outra pessoa. Por isso gostaria que o Sr./Sr ^a pensasse nas pessoas com quem mais convive diariamente e sobre alguns acontecimentos entre os últimos 90 dias.
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA
As seguintes afirmativas indicam quão verdadeiro o acontecimento delas com o/a Sr./Sr ^a . nos últimos 90 dias. (Considere: V – Verdadeiro; PV – Parcialmente Verdadeiro; F – Falso; TF – Totalmente Falso)	Indique o quão verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias. (Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)
1 Sinto que minhas decisões não são respeitadas	Sinto que minhas opiniões e decisões não são respeitadas
2 Sinto que meus sentimentos não são respeitados	
3 Confio nas pessoas da minha casa	Confio nas pessoas com quem moro
4 Fico calado (a) para evitar brigas maiores	
5 Onde eu moro as brigas são frequentes com palavreado inapropriado	Onde eu moro as brigas comigo são frequentes e com palavras ofensivas
6 A forma que fui tratado fez eu me sentir envergonhado (a) ou intimidado (a)	
7 Já fui ameaçado (a) por não acatar uma opinião diferente	Já sofri ameaça por não concordar com uma opinião
8 Tenho medo de algumas pessoas com quem convivo	

9	Já fui proibido(a) de sair	Já fui proibido(a) de sair mesmo com condições de me locomover Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias. (Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)
	As seguintes afirmativas indicam quanto aconteceu a situação com o/a Sr./Sr ^a . nos últimos 90 dias. (Considere: A – Aconteceu; AV – Aconteceu Algumas Vezes; QN – Quase Nunca Aconteceu; NA – Nunca Aconteceu)	
10	Recebo gritos, xingamentos e insultos	Receber gritos, xingamentos e insultos
11	Ele(a) faz coisas para me irritar proposadamente	
12	Ele(a) diz que eu causei muitos problemas	Dizer que eu causei muitos problemas
13	Sou obrigado a ficar em casa ou na cama	Ser obrigado(a) à ficar em casa ou na cama por muito tempo mesmo sem indicação
14	Ele faz eu me sentir culpado por tudo	Ele faz eu me sentir culpado(a) por tudo
VIOLÊNCIA FINANCEIRA		VIOLÊNCIA FINANCEIRA
	As seguintes afirmativas indicam quão verdadeiro o acontecimento dela com o/a Sr./Sr ^a . nos últimos 90 dias. (Considere: V – Verdadeiro; PV – Parcialmente Verdadeiro; F – Falso; TF – Totalmente Falso)	Indique o quão verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias. (Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)
15	Preciso que outra pessoa administre meu dinheiro	
16	Me sinto autônomo na decisão sobre uso do meu dinheiro	Me sinto independente na decisão sobre o uso do meu dinheiro
17	Dependo de outros financeiramente	Dependo financeiramente de outras pessoas
18	Ajudo a sustentar financeiramente outras pessoas	
19	Não sei como meu dinheiro é usado	
20	Meu cartão de aposentadoria e/ou salário é usado por outra pessoa	
21	Já pegaram meu dinheiro sem minha autorização	
22	Já fizeram empréstimo no meu nome sem minha autorização	
23	Já compraram coisas no meu nome sem minha autorização	
24	Recebo visita de algumas pessoas apenas quando o meu pagamento é efetuado	Algumas pessoas me visitam apenas quando o meu pagamento é depositado na minha conta e eu recebo o dinheiro.
25	Confio na pessoa que administra meu dinheiro	
26	Fui forçado a assinar papéis contra minha vontade	Fui forçado a assinar papéis sem realizar a leitura ou saber o conteúdo do documento

As seguintes afirmativas indicam quanto aconteceu a situação com o/a Sr./Sr ^a . nos últimos 90 dias. (Considere: A – Aconteceu; AV – Aconteceu Algumas Vezes; QN – Quase Nunca Aconteceu; NA – Nunca Aconteceu)		Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias. (Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)
27	Meu dinheiro não ser suficiente para comprar remédios	Meu dinheiro não foi suficiente para comprar remédios
28	Meu dinheiro não ser suficiente para comprar alimentos	Meu dinheiro não foi suficiente para comprar alimentos
29	Meu dinheiro não ser suficiente para comprar material de higiene ou roupas	Meu dinheiro não foi suficiente para comprar material de higiene ou roupas
ABANDONO		ABANDONO
As seguintes afirmativas indicam quanto aconteceu a situação com o/a Sr./Sr ^a . nos últimos 90 dias. (Considere: A – Aconteceu; AV – Aconteceu Algumas Vezes; QN – Quase Nunca Aconteceu; NA – Nunca Aconteceu)		Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias. (Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)
30	Me sentir sozinho (a) ou solitário(a)	Me senti sozinho (a) ou solitário(a)
31	Sinto que as pessoas não me querem por perto	
32	Fico sozinho(a) por muito tempo	
33	Sinto que sou um peso para maioria das pessoas da minha convivência	Sinto que sou um peso para a maioria das pessoas da minha convivência
34	Sinto que sou um peso para sociedade que vivo	Sinto que sou um peso para a sociedade que vivo
35	Não me sinto seguro na sociedade em que vivo	Não me sinto seguro no ambiente em que vivo
36	Recebo visitas dos meus familiares e amigos	
NEGLIGÊNCIA		NEGLIGÊNCIA
As seguintes afirmativas indicam quão verdadeiro o acontecimento dela com o/a Sr./Sr ^a . nos últimos 90 dias. (Considere: V – Verdadeiro; PV – Parcialmente Verdadeiro; F – Falso; TF – Totalmente Falso)		Indique o quão verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias. (Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)
37	Sinto que não recebo os cuidados que preciso	
38	Tenho pessoas para ajudar a cuidar de mim quando preciso	
39	Faço todas as refeições durante o dia	Faço cinco (ou mais) refeições durante o dia

As seguintes afirmativas indicam quanto aconteceu a situação com o/a Sr./Sr ^a . nos últimos 90 dias. (Considere: A – Aconteceu; AV – Aconteceu Algumas Vezes; QN – Quase Nunca Aconteceu; NA – Nunca Aconteceu)		Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias. (Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)
40	Receber medicação em horários diferentes	Recebi medicação em horários diferentes dos recomendados para uso
41	Não foi comprado coisas que eu precisava	Não foi comprado coisas que eu precisava para o meu dia-a-dia
42	Não foi feito meu curativo	
43	Fiquei sem trocar a minha fralda suja	
44	Não ser levado a consulta de saúde	Não fui levado a consulta de saúde quando precisei
VIOLÊNCIA FÍSICA		VIOLÊNCIA FÍSICA
As seguintes afirmativas indicam quão verdadeiro o acontecimento dela com o/a Sr./Sr ^a . nos últimos 90 dias. (Considere: V – Verdadeiro; PV – Parcialmente Verdadeiro; F – Falso; TF – Totalmente Falso)		Indique o quão verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias. (Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)
45	Fui ameaçado (a) por ele (a) com objetos	Fui ameaçado com objetos/gestos
46	Fiquei com o corpo doendo depois de uma briga	
47	Já precisei ir ao médico depois de uma briga	Precisei ir ao serviço de saúde depois de uma briga
48	Fui segurado ou empurrado por ele(a)	Fui segurado ou empurrado
49	Já fiquei com arranhado ou com hematoma após uma briga	Fiquei com marcas no corpo após uma briga
50	Ele(a) já usou da força para conseguir o que queria	Já usaram da força contra mim para conseguir o que queriam
51	Já fui machucado por ele(a)	Já fui machucado
52	Já precisei colocar gesso depois de uma briga	Já precisei imobilizar um membro após uma briga
As seguintes afirmativas indicam quanto aconteceu a situação com o/a Sr./Sr ^a . nos últimos 90 dias. (Considere: A – Aconteceu; AV – Aconteceu Algumas Vezes; QN – Quase Nunca Aconteceu; NA – Nunca Aconteceu)		Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias. (Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)
53	Ser empurrado de propósito	Fui empurrado de propósito
54	Ser chutado de propósito	Fui chutado de propósito
55	Ser queimado de propósito	Fui queimado de propósito
56	Levar um tapa	Levei um tapa

57	Levar uma surra	Fui agredido fisicamente de forma grave comprometendo a minha saúde
	VIOLÊNCIA SEXUAL	VIOLÊNCIA SEXUAL
	As seguintes afirmativas indicam quão verdadeiro o acontecimento dela com o/a Sr./Sr ^a . nos últimos 90 dias. (Considere: V – Verdadeiro; PV – Parcialmente Verdadeiro; F – Falso; TF – Totalmente Falso)	Indique o quão verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias. (Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)
58	Já fui tocado em partes íntimas contra a minha vontade	
59	Já fiquei com vergonha ao ter que conversar sobre sexo contra a minha vontade	
60	Já fui beijado contra a minha vontade	
61	Já fiz sexo contra a minha vontade	
62	Já me machuquei fazendo sexo contra a minha vontade	Já fui machucado(a) fazendo sexo contra a minha vontade
	As seguintes afirmativas indicam quanto aconteceu a situação com o/a Sr./Sr ^a . nos últimos 90 dias. (Considere: A – Aconteceu; AV – Aconteceu Algumas Vezes; QN – Quase Nunca Aconteceu; NA – Nunca Aconteceu)	Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias. (Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)
63	Ser forçado a assistir filmes ou ver imagens de caráter sexual contra a minha vontade	Fui forçado a assistir filmes ou ver imagens de caráter sexual contra a minha vontade
64	Ser ameaçado para fazer sexo (ou atividade sexual)	Fui ameaçado a fazer sexo (ou atividade sexual)
65	Partes do meu corpo ser expostas contra a minha vontade	Tive do meu corpo ser expostas contra a minha vontade

APÊNDICE F – VERSÃO 02 APÓS PONDERAÇÕES DOS JUÍZES

ESCALA PARA RASTREIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Em alguns momentos das relações, duas pessoas podem se desentender por vários motivos. Isso pode acontecer, principalmente, porque querem coisas diferentes. Eu vou apresentar ao Sr./Sr^a algumas afirmações que podem acontecer no momento de um desentendimento com outra pessoa. Por isso gostaria que o Sr./Sr^a pensasse nas pessoas com quem mais convive diariamente e sobre alguns acontecimentos entre os últimos 90 dias.

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA				
Indique o quanto verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias.				
ITEM	TV	V	F	TF
1. Sinto que minhas opiniões e decisões não são respeitadas	4	3	2	1
2. Sinto que meus sentimentos não são respeitados	4	3	2	1
3. Confio nas pessoas com quem moro	1	2	3	4
4. Fico calado (a) para evitar brigas maiores	4	3	2	1
5. Onde eu moro as brigas comigo são frequentes e com palavras ofensivas	4	3	2	1
6. A forma que fui tratado fez eu me sentir envergonhado (a) ou intimidado (a)	4	3	2	1
7. Já sofri ameaça por não concordar com uma opinião	4	3	2	1
8. Tenho medo de algumas pessoas com quem convivo	4	3	2	1
9. Já fui proibido(a) de sair mesmo com condições de me locomover	4	3	2	1
Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias.				
(Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)				
ITEM	S	AV	QN	N
10. Receber gritos, xingamentos e insultos	4	3	2	1
11. Ele(a) faz coisas para me irritar propositadamente	4	3	2	1
12. Dizer que eu causei muitos problemas	4	3	2	1
13. Ser obrigado(a) à ficar em casa ou na cama por muito tempo mesmo sem indicação	4	3	2	1
14. Ele(a) faz eu me sentir culpado(a) por tudo	4	3	2	1
VIOLÊNCIA FINANCEIRA				

Indique o quanto verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias.

(Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)

ITEM	TV	V	F	TF
15. Preciso que outra pessoa administre meu dinheiro	4	3	2	1
16. Me sinto autônomo na decisão sobre uso do meu dinheiro	1	2	3	4
17. Me sinto independente na decisão sobre o uso do meu dinheiro	1	2	3	4
18. Dependendo financeiramente de outras pessoas	4	3	2	1
19. Não sei como meu dinheiro é usado	4	3	2	1
20. Meu cartão de aposentadoria e/ou salário é usado por outra pessoa	4	3	2	1
21. Já pegaram meu dinheiro sem minha autorização	4	3	2	1
22. Já fizeram empréstimo no meu nome sem minha autorização	4	3	2	1
23. Já compraram coisas no meu nome sem minha autorização	4	3	2	1
24. Algumas pessoas me visitam apenas quando o meu pagamento é depositado na minha conta e eu recebo o dinheiro.	4	3	2	1
25. Confio na pessoa que administra meu dinheiro	1	2	3	4
26. Fui forçado a assinar papéis sem realizar a leitura ou saber o conteúdo do documento	4	3	2	1

Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias.

(Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)

ITEM	S	AV	QN	N
27. Meu dinheiro não foi suficiente para comprar remédios	4	3	2	1
28. Meu dinheiro não foi suficiente para comprar alimentos	4	3	2	1
29. Meu dinheiro não foi suficiente para comprar material de higiene ou roupas	4	3	2	1

ABANDONO

Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias.

(Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)

ITEM	S	AV	QN	N
30. Me senti sozinho (a) ou solitário(a)	4	3	2	1
31. Sinto que as pessoas não me querem por perto	4	3	2	1

32. Fico sozinho(a) por muito tempo	4	3	2	1
33. Sinto que sou um peso para maioria das pessoas da minha convivência	4	3	2	1
34. Sinto que sou um peso para a maioria das pessoas da minha convivência	4	3	2	1
35. Sinto que sou um peso para a sociedade que vivo	4	3	2	1
36. Não me sinto seguro no ambiente em que vivo	4	3	2	1

NEGLIGÊNCIA

Indique o quão verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias.

(Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)

ITEM	TV	V	F	TF
37. Sinto que não recebo os cuidados que preciso	4	3	2	1
38. Tenho pessoas para ajudar a cuidar de mim quando preciso	1	2	3	4
39. Faço cinco (ou mais) refeições durante o dia	1	2	3	4

Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias.

(Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)

ITEM	S	AV	QN	N
40. Recebi medicação em horários diferentes dos recomendados para uso	4	3	2	1
41. Não foi comprado coisas que eu precisava para o meu dia-a-dia	4	3	2	1
42. Não foi feito meu curativo	4	3	2	1
43. Fiquei sem trocar a minha fralda suja				
44. Não fui levado a consulta de saúde quando precisei	4	3	2	1

VIOLÊNCIA FÍSICA

Indique o quão verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias.

(Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)

ITEM	TV	V	F	TF
45. Fui ameaçado com objetos/gestos	4	3	2	1
46. Fiquei com o corpo doendo depois de uma briga	4	3	2	1
47. Precisei ir ao serviço de saúde depois de uma briga	4	3	2	1
48. Fui segurado ou empurrado	4	3	2	1
49. Fiquei com marcas no corpo após uma briga	4	3	2	1
50. Já usaram da força contra mim para conseguir o que queriam	4	3	2	1

51. Já fui machucado	4	3	2	1
52. Já precisei imobilizar um membro após uma briga	4	3	2	1
Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias. (Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)				
ITEM	S	AV	QN	N
53. Fui empurrado de propósito	4	3	2	1
54. Fui chutado de propósito	4	3	2	1
55. Fui queimado de propósito	4	3	2	1
56. Levei um tapa	4	3	2	1
57. Fui agredido fisicamente de forma grave comprometendo a minha saúde	4	3	2	1
SEXUAL				
Indique o quanto verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias. (Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)				
ITEM	TV	V	F	TF
58. Já fui tocado em partes íntimas contra a minha vontade	4	3	2	1
59. Já fiquei com vergonha ao ter que conversar sobre sexo contra a minha vontade	4	3	2	1
60. Já fui beijado contra a minha vontade				
61. Já fiz sexo contra a minha vontade	4	3	2	1
62. Já fui machucado(a) fazendo sexo contra a minha vontade	4	3	2	1
Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias. (Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)				
ITEM	S	AV	QN	N
63. Fui forçado a assistir filmes ou ver imagens de caráter sexual contra a minha vontade	4	3	2	1
64. Fui ameaçado a fazer sexo (ou atividade sexual)	4	3	2	1
65. Tive do meu corpo ser expostas contra a minha vontade	4	3	2	1

APÊNDICE G – VERSÃO 03 – INSTRUMENTO APLICADO NO PILOTO COM PESSOAS IDOSAS

ESCALA PARA RASTREIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Em alguns momentos das relações, duas pessoas podem se desentender por vários motivos. Isso pode acontecer, principalmente, porque querem coisas diferentes. Eu vou apresentar ao Sr./Sr^a algumas afirmações que podem acontecer no momento de um desentendimento com outra pessoa. Por isso gostaria que o Sr./Sr^a pensasse nas pessoas com quem mais convive diariamente e sobre alguns acontecimentos entre os últimos 90 dias.

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA				
Indique o quanto verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias. (Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)				
ITEM	TV	V	F	TF
1. Sinto que minhas opiniões e decisões não são respeitadas	4	3	2	1
2. Sinto que meus sentimentos não são respeitados	4	3	2	1
3. Confio nas pessoas com quem moro	1	2	3	4
4. Fico calado (a) para evitar brigas maiores	4	3	2	1
5. Onde eu moro as brigas comigo são frequentes e com palavras ofensivas	4	3	2	1
6. A forma que fui tratado fez eu me sentir envergonhado (a) ou intimidado (a)	4	3	2	1
7. Já sofri ameaça por não concordar com uma opinião	4	3	2	1
8. Tenho medo de algumas pessoas com quem convivo	4	3	2	1
9. Já fui proibido(a) de sair mesmo com condições de me locomover	4	3	2	1
Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias. (Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)				
ITEM	S	AV	QN	N
10. Receber gritos, xingamentos e insultos	4	3	2	1
11. Ele(a) faz coisas para me irritar propositalmente	4	3	2	1
12. Dizer que eu causei muitos problemas	4	3	2	1
13. Ser obrigado(a) à ficar em casa ou na cama por muito tempo mesmo sem indicação	4	3	2	1
14. Ele(a) faz eu me sentir culpado(a) por tudo	4	3	2	1
VIOLÊNCIA FINANCEIRA				
Indique o quanto verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias. (Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)				
ITEM	TV	V	F	TF
15. Preciso que outra pessoa administre meu dinheiro	4	3	2	1
16. Me sinto autônomo na decisão sobre uso do meu dinheiro	1	2	3	4

17. Me sinto independente na decisão sobre o uso do meu dinheiro	1	2	3	4
18. Dependendo financeiramente de outras pessoas	4	3	2	1
19. Não sei como meu dinheiro é usado	4	3	2	1
20. Meu cartão de aposentadoria e/ou salário é usado por outra pessoa	4	3	2	1
21. Já pegaram meu dinheiro sem minha autorização	4	3	2	1
22. Já fizeram empréstimo no meu nome sem minha autorização	4	3	2	1
23. Já compraram coisas no meu nome sem minha autorização	4	3	2	1
24. Algumas pessoas me visitam apenas quando o meu pagamento é depositado na minha conta e eu recebo o dinheiro.	4	3	2	1
25. Confio na pessoa que administra meu dinheiro	1	2	3	4
26. Fui forçado a assinar papéis sem realizar a leitura ou saber o conteúdo do documento	4	3	2	1

Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias.
(Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)

ITEM	S	AV	QN	N
27. Meu dinheiro não foi suficiente para comprar remédios	4	3	2	1
28. Meu dinheiro não foi suficiente para comprar alimentos	4	3	2	1
29. Meu dinheiro não foi suficiente para comprar material de higiene ou roupas	4	3	2	1

ABANDONO

Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias.
(Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)

ITEM	S	AV	QN	N
30. Me senti sozinho(a) ou solitário(a)	4	3	2	1
31. Sinto que as pessoas não me querem por perto	4	3	2	1
32. Fico sozinho(a) por muito tempo	4	3	2	1
33. Sinto que sou um peso para a maioria das pessoas da minha convivência	4	3	2	1
34. Sinto que sou um peso para a sociedade que vivo	4	3	2	1
35. Não me sinto seguro no ambiente em que vivo	4	3	2	1
36. Recebo visitas dos meus familiares e amigos	4	3	2	1

NEGLIGÊNCIA

Indique o quanto verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias.
(Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)

ITEM	TV	V	F	TF
37. Sinto que não recebo os cuidados que preciso	4	3	2	1

38. Tenho pessoas para ajudar a cuidar de mim quando preciso	1	2	3	4
--	---	---	---	---

39. Faço cinco (ou mais) refeições durante o dia	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias.
(Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)

ITEM	S	AV	QN	N
40. Recebi medicação em horários diferentes dos recomendados para uso	4	3	2	1
41. Não foi comprado coisas que eu precisava para o meu dia-a-dia	4	3	2	1
42. Não foi feito meu curativo	4	3	2	1
43. Fiquei sem trocar a minha fralda suja				
44. Não fui levado a consulta de saúde quando precisei	4	3	2	1

VIOLÊNCIA FÍSICA

Indique o quanto verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias.
(Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)

ITEM	TV	V	F	TF
45. Fui ameaçado com objetos/gestos	4	3	2	1
46. Fiquei com o corpo doendo depois de uma briga	4	3	2	1
47. Precisei ir ao serviço de saúde depois de uma briga	4	3	2	1
48. Fui segurado ou empurrado	4	3	2	1
49. Fiquei com marcas no corpo após uma briga	4	3	2	1
50. Já usaram da força contra mim para conseguir o que queriam	4	3	2	1
51. Já fui machucado	4	3	2	1
52. Já precisei imobilizar um membro após uma briga	4	3	2	1

Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias.
(Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)

ITEM	S	AV	QN	N
53. Fui empurrado de propósito	4	3	2	1
54. Fui chutado de propósito	4	3	2	1
55. Fui queimado de propósito	4	3	2	1
56. Levei um tapa	4	3	2	1
57. Fui agredido fisicamente de forma grave comprometendo a minha saúde	4	3	2	1

SEXUAL

Indique o quanto verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias.
(Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)

ITEM	TV	V	F	TF
58. Já fui tocado em partes íntimas contra a minha vontade	4	3	2	1
59. Já fiquei com vergonha ao ter que conversar sobre sexo contra a minha vontade	4	3	2	1
60. Já fui beijado contra a minha vontade	4	3	2	1
61. Já fiz sexo contra a minha vontade	4	3	2	1

62. Já fui machucado(a) fazendo sexo contra a minha vontade	4	3	2	1
Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram nos últimos 90 dias. (Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)				
ITEM				
63. Fui forçado a assistir filmes ou ver imagens de caráter sexual contra a minha vontade	4	3	2	1
64. Fui ameaçado a fazer sexo (ou atividade sexual)	4	3	2	1
65. Tive do meu corpo ser expostas contra a minha vontade	4	3	2	1

APÊNDICE H – VERSÕES DO INSTRUMENTO APÓS APLICADO O 1º PILOTO COM PESSOAS IDOSAS

ESCALA PARA RASTREIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Em alguns momentos das relações, duas pessoas podem se desentender por vários motivos. Isso pode acontecer, principalmente, porque querem coisas diferentes. Eu vou apresentar ao Sr./Sr^a algumas afirmações que podem acontecer no momento de um desentendimento com outra pessoa. Por isso gostaria que pensasse nas pessoas com quem mais convive diariamente e sobre alguns acontecimentos **após o senhor tornar-se idoso (60 anos)**.

Item	Decisão	Itens avaliado pelos especialistas	Itens validados	Itens após coleta do piloto 1
		Indique o quão verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias . (Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)	Indique o quão verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida nos últimos 90 dias . (Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)	Indique o quão verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida após tornar-se idoso(a) (Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)
1	Modificado	Sinto que minhas decisões não são respeitadas	Sinto que minhas opiniões e decisões não são respeitadas	Sinto que minhas opiniões e decisões são respeitadas
2	Mantido	Sinto que meus sentimentos não são respeitados	Sinto que meus sentimentos não são respeitados	Sinto que meus sentimentos são respeitados
3	Modificado	Confio nas pessoas da minha casa	Confio nas pessoas com quem moro	Confio nas pessoas com quem moro
4	Mantido	Fico calado (a) para evitar brigas maiores	Fico calado (a) para evitar brigas maiores	Fico calado (a) para evitar brigas maiores
5	Modificado	Onde eu moro as brigas são frequentes com palavreado inapropriado	Onde eu moro as brigas comigo são frequentes e com palavras ofensivas comigo	Onde eu moro as brigas são frequentes e com palavras ofensivas comigo
6	Mantido	A forma que fui tratado fez eu me sentir envergonhado (a) ou intimidado (a)	A forma que fui tratado fez eu me sentir envergonhado (a) ou intimidado (a)	A forma que fui tratado fez eu me sentir envergonhado (a) ou intimidado (a)
7	Modificado	Já fui ameaçado (a) por não acatar uma opinião diferente	Já sofri ameaça por não concordar com uma opinião	Já sofri ameaça por não concordar com uma opinião

8	Mantido	Tenho medo de algumas pessoas com quem convivo	Tenho medo de algumas pessoas com quem convivo	Tenho medo de algumas pessoas com quem convivo
9	Modificado	Já fui proibido(a) de sair	Já fui proibido(a) de sair mesmo com condições de me locomover	Já fui proibido(a) de sair mesmo com condições de andar
10	Modificado	Recebo gritos, xingamentos e insultos	Receber gritos, xingamentos e insultos	Receber gritos, xingamentos e insultos
11	Mantido	Ele(a) faz coisas para me irritar propositalmente	Ele(a) faz coisas para me irritar propositalmente	Alguém fazer coisas para me irritar propositalmente
12	Modificado	Ele(a) diz que eu causo muitos problemas	Dizer que eu causo muitos problemas	Alguém dizer que causo muitos problemas
13	Modificado	Sou obrigado a ficar em casa ou na cama	Ser obrigado(a) à ficar em casa ou na cama por muito tempo mesmo sem indicação	Alguém me obrigar a ficar na cama por muito tempo mesmo sem indicação
14	Modificado	Ele(a) faz eu me sentir culpado por tudo	Ele(a) faz eu me sentir culpado(a) por tudo	Alguém fazer eu me sentir culpado por tudo
15	Mantido	Preciso que outra pessoa administre meu dinheiro	Preciso que outra pessoa administre meu dinheiro	Preciso que outra pessoa administre meu dinheiro
16	Modificado	Me sinto autônomo na decisão sobre uso do meu dinheiro	Me sinto autônomo na decisão sobre uso do meu dinheiro	Me sinto autônomo na decisão sobre uso do meu dinheiro
17	Modificado	Dependo de outros financeiramente	Dependo financeiramente de outras pessoas	Dependo financeiramente de outras pessoas
18	Mantido	Ajudo a sustentar financeiramente outras pessoas	Ajudo a sustentar financeiramente outras pessoas	Ajudo a sustentar financeiramente outras pessoas
19	Mantido	Não sei como meu dinheiro é usado	Não sei como meu dinheiro é usado	Não sei como meu dinheiro é usado
20	Mantido	Meu cartão de aposentadoria e/ou salário é usado por outra pessoa	Meu cartão de aposentadoria e/ou salário é usado por outra pessoa	Meu cartão de aposentadoria e/ou salário é usado por outra pessoa
21	Mantido	Já pegaram meu dinheiro sem minha autorização	Já pegaram meu dinheiro sem minha autorização	Já pegaram meu dinheiro sem minha autorização
22	Mantido	Já fizeram empréstimo no meu nome sem minha autorização	Já fizeram empréstimo no meu nome sem minha autorização	Já fizeram empréstimo no meu nome sem minha autorização
23	Mantido	Já compraram coisas no meu nome sem minha autorização	Já compraram coisas no meu nome sem minha autorização	Já compraram coisas no meu nome sem minha autorização

24	Modificado	Recebo visita de algumas pessoas apenas quando o meu pagamento é efetuado	Algumas pessoas me visitam apenas quando o meu pagamento é depositado na minha conta e eu recebo o dinheiro.	Algumas pessoas me visitam apenas quando recebo dinheiro.
25	Mantido	Confio na pessoa que administra meu dinheiro	Confio na pessoa que administra meu dinheiro	Confio na pessoa que administra meu dinheiro, caso eu precise de ajuda
26	Modificado	Fui forçado a assinar papéis contra minha vontade	Fui forçado a assinar papéis sem realizar a leitura ou saber o conteúdo do documento	Fui forçado a assinar papéis sem realizar a leitura ou saber o conteúdo do documento
27	Modificado	Meu dinheiro não ser suficiente para comprar remédios	Meu dinheiro não foi suficiente para comprar remédios	Meu dinheiro ser suficiente para comprar remédios
28	Modificado	Meu dinheiro não ser suficiente para comprar alimentos	Meu dinheiro não foi suficiente para comprar alimentos	Meu dinheiro ser suficiente para comprar alimentos
29	Modificado	Meu dinheiro não ser suficiente para comprar material de higiene ou roupas	Meu dinheiro não foi suficiente para comprar material de higiene ou roupas	Meu dinheiro ser suficiente para comprar material de higiene ou roupas
30	Modificado	Me sentir sozinho(a) ou solitário(a)	Me senti sozinho(a) ou solitário(a)	Me senti sozinho(a) ou solitário(a)
31	Mantido	Sinto que as pessoas não me querem por perto	Sinto que as pessoas não me querem por perto	Sentir que as pessoas não me querem por perto
32	Mantido	Fico sozinho(a) por muito tempo	Fico sozinho(a) por muito tempo	Ficar sozinho(a) por muito tempo
33	Modificado	Sinto que sou um peso para maioria das pessoas da minha convivência	Sinto que sou um peso para a maioria das pessoas da minha convivência	Sinto que sou um peso/fardo para a maioria das pessoas da minha convivência
34	Modificado	Sinto que sou um peso para sociedade que vivo	Sinto que sou um peso para a sociedade que vivo	Sinto que sou um peso/fardo para a sociedade que vivo
35	Modificado	Não me sinto seguro na sociedade em que vivo	Não me sinto seguro no ambiente em que vivo	Não me sinto seguro no ambiente em que vivo
36	Mantido	Recebo visitas dos meus familiares e amigos	Recebo visitas dos meus familiares e amigos	Recebo visitas dos meus familiares e amigos
37	Mantido	Sinto que não recebo os cuidados que preciso	Sinto que não recebo os cuidados que preciso	Sinto que recebo os cuidados que preciso
38	Mantido	Tenho pessoas para ajudar a cuidar de mim quando preciso	Tenho pessoas para ajudar a cuidar de mim quando preciso	Tenho pessoas para ajudar a cuidar de mim quando preciso

39	Modificado	Faço todas as refeições durante o dia	Faço cinco (ou mais) refeições durante o dia	Faço cinco (ou mais) refeições durante o dia
40	Modificado	Receber medicação em horários diferentes	Recebi medicação em horários diferentes dos recomendados para uso	Tenho pessoas para me ajudar a receber medicações caso eu preciso
41	Modificado	Não foi comprado coisas que eu precisava	Não foi comprado coisas que eu precisava para o meu dia-a-dia	Não foi comprado coisas que eu precisava para o meu dia-a-dia
42	Mantido	Não foi feito meu curativo	Não foi feito meu curativo	Tenho pessoas para me ajudar a trocar curativo caso eu preciso
43	Mantido	Fiquei sem trocar a minha fralda suja	Fiquei sem trocar a minha fralda suja	Tenho pessoas para me ajudar a trocar fralda caso eu precise
44	Modificado	Não ser levado a consulta de saúde	Não fui levado a consulta de saúde quando precisei	Não fui levado a consulta de saúde quando precisei
45	Modificado	Fui ameaçado (a) por ele (a) com objetos	Fui ameaçado com objetos/gestos	Fui ameaçado com objetos/gestos
46	Mantido	Fiquei com o corpo doendo depois de uma briga	Fiquei com o corpo doendo depois de uma briga	Fiquei com o corpo doendo depois de uma briga
47	Modificado	Já precisei ir ao médico depois de uma briga	Precisei ir ao serviço de saúde depois de uma briga	Precisei ir ao serviço de saúde depois de uma briga
48	Modificado	Fui segurado ou empurrado por ele(a)	Fui segurado ou empurrado	Fui segurado ou empurrado
49	Modificado	Já fiquei com arranhado ou com hematoma após uma briga	Fiquei com marcas no corpo após uma briga	Fiquei com marcas no corpo após uma briga
50	Modificado	Ele(a) já usou da força para conseguir o que queria	Já usaram da força contra mim para conseguir o que queriam	Já usaram da força contra mim para conseguir o que queriam
51	Modificado	Já fui machucado por ele(a)	Já fui machucado	Já fui machucado
52	Modificado	Já precisei colocar gesso depois de uma briga	Já precisei imobilizar um membro após uma briga	Já precisei imobilizar um membro após uma briga
53	Modificado	Ser empurrado de propósito	Fui empurrado de propósito	Fui empurrado de propósito
54	Modificado	Ser chutado de propósito	Fui chutado de propósito	Fui chutado de propósito
55	Modificado	Ser queimado de propósito	Fui queimado de propósito	Fui queimado de propósito
56	Modificado	Levar um tapa	Levei um tapa	Levei um tapa

57	Modificado	Levar uma surra	Fui agredido fisicamente de forma grave comprometendo a minha saúde	Fui agredido fisicamente de forma grave comprometendo a minha saúde
58	Mantido	Já fui tocado em partes íntimas contra a minha vontade	Já fui tocado em partes íntimas contra a minha vontade	Já fui tocado em partes íntimas contra a minha vontade
59	Mantido	Já fiquei com vergonha ao ter que conversar sobre sexo contra a minha vontade	Já fiquei com vergonha ao ter que conversar sobre sexo contra a minha vontade	Já fiquei com vergonha ao ter que conversar sobre sexo contra a minha vontade
60	Mantido	Já fui beijado contra a minha vontade	Já fui beijado contra a minha vontade	Já fui beijado contra a minha vontade
61	Mantido	Já fiz sexo contra a minha vontade	Já fiz sexo contra a minha vontade	Já fiz sexo contra a minha vontade
62	Modificado	Já me machuquei fazendo sexo contra a minha vontade	Já fui machucado(a) fazendo sexo contra a minha vontade	Já fui machucado(a) fazendo sexo contra a minha vontade
63	Modificado	Ser forçado a assistir filmes ou ver imagens de caráter sexual contra a minha vontade	Fui forçado a assistir filmes ou ver imagens de caráter sexual contra a minha vontade	Fui forçado a assistir filmes ou ver imagens de caráter sexual contra a minha vontade
64	Modificado	Ser ameaçado para fazer sexo (ou atividade sexual)	Fui ameaçado a fazer sexo (ou atividade sexual)	Fui ameaçado a fazer sexo (ou atividade sexual)
65	Modificado	Partes do meu corpo ser expostas contra a minha vontade	Tive do meu corpo ser expostas contra a minha vontade	Ter partes do meu corpo expostas contra a minha vontade

APÊNDICE I – VERSÃO FINAL

ESCALA PARA RASTREIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Em alguns momentos das relações, duas pessoas podem se desentender por vários motivos. Isso pode acontecer, principalmente, porque querem coisas diferentes. Eu vou apresentar ao Sr./Sr^a algumas afirmações que podem acontecer no momento de um desentendimento com outra pessoa. Por isso gostaria que pensasse nas pessoas com quem mais convive diariamente e sobre alguns acontecimentos **após o senhor tornar-se idoso (60 anos)**.

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA				
Indique o quanto verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida após tornar-se idoso (a).				
(Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)				
ITEM	TV	V	F	TF
1. Sinto que minhas opiniões e decisões são respeitadas	1	2	3	4
2. Sinto que meus sentimentos são respeitados	1	2	3	4
3. Confio nas pessoas com quem moro	1	2	3	4
4. Fico calado (a) para evitar brigas maiores	4	3	2	1
5. Onde eu moro as brigas são frequentes e com palavras ofensivas comigo	4	3	2	1
6. A forma que fui tratado fez eu me sentir envergonhado (a) ou intimidado (a)	4	3	2	1
7. Já sofri ameaça por não concordar com uma opinião	4	3	2	1
8. Tenho medo de algumas pessoas com quem convivo	4	3	2	1
9. Já fui proibido(a) de sair mesmo com condições de andar	4	3	2	1
Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram depois que se tornou idoso				
(Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)				
ITEM	S	AV	QN	N
10. Receber gritos, xingamentos e insultos	4	3	2	1
11. Alguém fazer coisas para me irritar propositalmente	4	3	2	1
12. Alguém dizer que causei muitos problemas	4	3	2	1
13. Alguém me obrigar a ficar na cama por muito tempo mesmo sem indicação	4	3	2	1
14. Alguém fazer eu me sentir culpado por tudo	4	3	2	1
VIOLÊNCIA FINANCEIRA				
Indique o quanto verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida após tornar-se idoso (a).				
(Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)				
ITEM	TV	V	F	TF
15. Preciso que outra pessoa administre meu dinheiro	4	3	2	1

16. Me sinto autônomo na decisão sobre uso do meu dinheiro	1	2	3	4
17. Dependendo financeiramente de outras pessoas	4	3	2	1
18. Ajudo a sustentar financeiramente outras pessoas	4	3	2	1
19. Não sei como meu dinheiro é usado	4	3	2	1
20. Meu cartão de aposentadoria e/ou salário é usado por outra pessoa	4	3	2	1
21. Já pegaram meu dinheiro sem minha autorização	4	3	2	1
22. Já fizeram empréstimo no meu nome sem minha autorização	4	3	2	1
23. Já compraram coisas no meu nome sem minha autorização	4	3	2	1
24. Algumas pessoas me visitam apenas quando recebo dinheiro.	4	3	2	1
25. Confio na pessoa que administra meu dinheiro, caso eu precise de ajuda	1	2	3	4
26. Fui forçado a assinar papéis sem realizar a leitura ou saber o conteúdo do documento	4	3	2	1

Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram após tornar-se idoso(a).

(Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)

ITEM	S	AV	QN	N
27. Meu dinheiro é suficiente para comprar remédios	1	2	3	4
28. Meu dinheiro é suficiente para comprar alimentos	1	2	3	4
29. Meu dinheiro é suficiente para comprar material de higiene ou roupas	1	2	3	4

ABANDONO

Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram após tornar-se idoso (a).

(Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)

ITEM	S	AV	QN	N
30. Me senti sozinho (a) ou solitário(a)	4	3	2	1
31. Sinto que as pessoas não me querem por perto	4	3	2	1
32. Ficar sozinho (a) por muito tempo	4	3	2	1
33. Sinto que sou um peso/fardo para a maioria das pessoas da minha convivência	4	3	2	1
34. Sinto que sou um peso/fardo para a sociedade que vivo	4	3	2	1
35. Não me sinto seguro no ambiente em que vivo	4	3	2	1
36. Recebo visitas dos meus familiares e amigos	1	2	3	4

NEGLIGÊNCIA

Indique o quanto verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida após tornar-se idoso (a)

(Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)

ITEM	TV	V	F	TF
37. Sinto que recebo os cuidados que preciso	1	2	3	4

38. Tenho pessoas para ajudar a cuidar de mim quando preciso	1	2	3	4
39. Faço cinco (ou mais) refeições durante o dia	1	2	3	4
40. Tenho pessoas para me ajudar a receber medicações caso eu precise	1	2	3	4
41. Tenho pessoas para me ajudar a trocar curativo caso eu precise	1	2	3	4
42. Tenho pessoas para me ajudar a trocar fralda caso eu precise	1	2	3	4
43. Não foi comprado coisas que eu precisava para o meu dia-a-dia	1	2	3	4
44. Não fui levado a consulta de saúde quando precisei	1	2	3	4

VIOLÊNCIA FÍSICA

Indique o quanto verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida após tornar-se idoso (a)

(Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)

ITEM	TV	V	F	TF
45. Fui ameaçado com objetos/gestos	4	3	2	1
46. Fiquei com o corpo doendo depois de uma briga	4	3	2	1
47. Precisei ir ao serviço de saúde depois de uma briga	4	3	2	1
48. Fui segurado ou empurrado	4	3	2	1
49. Fiquei com marcas no corpo após uma briga	4	3	2	1
50. Já usaram da força contra mim para conseguir o que queriam	4	3	2	1
51. Já fui machucado	4	3	2	1
52. Já precisei imobilizar um membro após uma briga	4	3	2	1

Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram após tornar-se idoso (a).

(Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)

ITEM	S	AV	QN	N
53. Fui empurrado de propósito	4	3	2	1
54. Fui chutado de propósito	4	3	2	1
55. Fui queimado de propósito	4	3	2	1
56. Levei um tapa	4	3	2	1
57. Fui agredido fisicamente de forma grave comprometendo a minha saúde	4	3	2	1

SEXUAL

Indique o quanto verdadeiro são os acontecimentos abaixo na sua vida após tornar-se idoso (a)

(Considere: TV - Totalmente verdadeiro; V – Verdadeiro; F – Falso; TF - Totalmente Falso)

ITEM	TV	V	F	TF
58. Já fui tocado em partes íntimas contra a minha vontade	4	3	2	1

59. Já fiquei com vergonha ao ter que conversar sobre sexo contra a minha vontade	4	3	2	1
60. Já fui beijado contra a minha vontade	4	3	2	1
61. Já fiz sexo contra a minha vontade	4	3	2	1
62. Já fui machucado(a) fazendo sexo contra a minha vontade	4	3	2	1
Indique com que frequência os acontecimentos abaixo ocorreram após tornar-se idoso(a).				
(Considere: S – Sempre; AV – Às vezes; QN – Quase Nunca; N – Nunca)				
ITEM	S	AV	QN	N
63. Fui forçado a assistir filmes ou ver imagens de caráter sexual contra a minha vontade	4	3	2	1
64. Fui ameaçado a fazer sexo (ou atividade sexual)	4	3	2	1
65. Ter partes do meu corpo expostas contra a minha vontade	4	3	2	1