

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

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

Michael Eduardo Reichenheim ¹
 Carlos Montes Paixão Jr. ^{1,2}
 Claudia Leite Moraes ¹

Abstract

This article describes the cross-cultural adaptation, for use in Brazil, of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST), used to identify risk of domestic violence against the elderly. Evaluating the conceptual and item equivalences, the article concludes that they are pertinent in the Brazilian context. Semantic equivalence covered the terms' correspondence in referential/denotative meaning and the items' general/connotative correspondence per se. Measurement equivalence was investigated by means of psychometric properties. As with the original instrument in English, the factor analysis revealed three dimensions. Six of the seven items loaded satisfactorily in factor 1 ("situation of potential abuse" scale). Internal consistency proved reasonable, with discreet intra-observer reproducibility. The second factor representing the dimension of "violation of personal rights or direct abuse" showed similar performance. Even so, the study identified an exchange of items between these scales and crossed loads. A third scale that was supposed to encompass the "characteristics of vulnerability" did not show the same performance. The conclusion was that even without demonstrating complete equivalence, the H-S/EAST could already be recommended, at least in part, in the Brazilian context.

Domestic Violence; Aged; Questionnaires

Introdução

A violência doméstica tem sido identificada como um importante problema social e de saúde pública em várias partes do mundo ¹. No Brasil, o conhecimento sobre o tema vem crescendo nos últimos anos e estudos recentes sugerem que o fenômeno tem grande expressividade ^{2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14}. No entanto, essa literatura brasileira é uma boa amostra do que tem sido enfocado até aqui, ou seja, uma produção contemplando especialmente a violência contra crianças, adolescentes e mulheres. O direcionamento ao grupo de idosos é mais recente ¹⁵, não surpreendendo, pois, uma concreta carência de informação. Contribui para isso a relativa falta de priorização do idoso na pauta da atenção à saúde ¹⁶, bem como a própria complexidade do fenômeno da violência doméstica contra o idoso e a decorrente dificuldade no seu reconhecimento ¹. É, portanto, fundamental que se invista no desenvolvimento de instrumentos que possam ser utilizados em serviços de saúde e pesquisas.

A literatura nacional sobre concepção e desenvolvimento de instrumentos para aferir violência doméstica contra idosos é praticamente nula. Da mesma forma, no melhor conhecimento dos autores, também inexistem instrumentos formalmente adaptados para uso no nosso meio. Dentre vários desenvolvidos no exterior, Paixão Jr. & Reichenheim ¹⁷ destacam o instrumento *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

M. E. Reichenheim
 Departamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
 Rua Francisco Xavier 524, 7º andar, Bloco D, sala 7018, Rio de Janeiro, RJ 20559-900, Brasil.
 michael@ims.uerj.br

(H-S/EAST), recomendando explicitamente a sua adaptação transcultural para uso no contexto brasileiro.

O H-S/EAST é um instrumento desenvolvido nos Estados Unidos, cujo objetivo é de identificar tanto sinais de presença (diretos) quanto de suspeita (indiretos) de abuso em idosos ^{18,19}. Assim sendo, a maioria dos itens componentes não focaliza somente sintomas específicos de violência, mas busca captar circunstâncias correlatas ^{18,19}. A idéia por trás dessa proposta é que a identificação precípua de eventos associados ao abuso pode ser vantajosa em um instrumento de rastreamento, uma vez que eles podem anteceder a violência em si. Efetivamente, os itens componentes do H-S/EAST abarcam aspectos como o risco de abuso psicológico e físico, violação de direitos pessoais, isolamento ou abuso financeiro por terceiros ¹⁹. Do ponto de vista operacional, há relato de que o H-S/EAST é bem aceito pelos idosos e de fácil aplicação, podendo ser utilizado por um observador/afetador com pouco treinamento em violência doméstica ¹⁹. O instrumento é composto de 15 itens dicotômicos que foram selecionados de mais de mil perguntas oriundas de diversos protocolos de identificação de violência doméstica contra idosos utilizados nos Estados Unidos. Atribui-se um ponto para cada resposta afirmativa, à exceção dos itens 1, 6, 12 e 14, em que o ponto é dado para a resposta negativa. Estudos prévios sugerem que, no contexto clínico, um escore de três ou mais pode indicar risco aumentado de algum tipo de violência presente ¹⁹. Uma análise fatorial dos 15 itens do H-S/EAST identificou três dimensões, a saber, *violação aberta dos direitos pessoais ou abuso direto; características do idoso que o tornam mais vulnerável ao abuso; e características de uma situação de abuso potencial* ¹⁹. Além das questões concernentes à violência, o H-S/EAST pode ser utilizado para a identificação de serviços de que os respondentes possam necessitar, tais como transporte, cuidados pessoais, ou aconselhamento referente ao mau uso de substâncias. O instrumento também serve para se decidir sobre um aprofundamento na investigação ou encaminhamento do relato de violência a uma agência especializada ¹⁹.

Considerando-se que a violência doméstica contra idosos é uma importante manifestação da violência íntima em nosso meio e diante da carência de ferramentas disponíveis em português para sua detecção, parece oportuno e relevante tornar disponíveis versões em português de instrumentos provenientes de programas de investigação robustos. Para isso, torna-se fundamental que esses instrumentos sejam alvo de processos de adaptações formais antes de serem utilizados no Brasil ²⁰. Neste sentido é objetivo do presente

estudo descrever o processo de adaptação transcultural do H-S/EAST ²¹.

Métodos

Avaliação da equivalência conceitual e de itens

A equivalência conceitual envolve a exploração do construto de interesse e dos pesos dados aos seus domínios constituintes no país de origem e na cultura em que o instrumento pretende ser utilizado. A equivalência de itens se baseia na apreciação da pertinência dos itens utilizados para a captação dos domínios abarcados pelo instrumento original nessa cultura alvo ²¹. Do ponto de vista operacional, as duas equivalências foram avaliadas simultaneamente por um grupo de expertos composto por cinco profissionais que atuam nas áreas de violência doméstica, geriatria e epidemiologia ²². Como substrato para as discussões, utilizou-se a classificação proposta pelo Ministério da Saúde ²³, comparando-se esta aos conceitos das diversas formas de violência encontradas nos Estados Unidos ¹⁸. Municiado da bibliografia temática, o grupo de expertos também procurou explorar se as diferentes dimensões contempladas no instrumento original na definição e apreensão da violência doméstica contra idosos seriam relevantes em nosso meio. No processo, observou-se a capacidade dos itens em abarcar as dimensões descritas no artigo original e a pertinência destes em captar tais dimensões no contexto brasileiro. Adicionalmente, o grupo discutiu a possibilidade de acrescentar itens que identificassem outras dimensões não contempladas pelo instrumento.

Avaliação da equivalência semântica

A avaliação de equivalência semântica envolveu cinco etapas. Primeiro, obtiveram-se duas traduções independentes do instrumento original em inglês para o português (T1 e T2), realizadas por profissionais nascidos no Brasil e atuantes como tradutores juramentados. Na segunda etapa, T1 e T2 foram retraduzidas por outros dois tradutores juramentados (R1 e R2), sendo o inglês a língua materna de um deles. As retraduições ocorreram de forma independente e cega em relação ao perfil profissional dos que atuaram na primeira etapa.

Uma subseqüente avaliação formal foi realizada por um quinto profissional proficiente nos dois idiomas e também ligado à área de Saúde Coletiva (terceira etapa). Na última avaliação, R1 e R2 foram comparadas ao instrumento original

sob duas óticas distintas^{21,22}. Primeiro, avaliou-se a equivalência entre o original e cada uma das retraduições sob a perspectiva do significado referencial (denotativo) dos termos/palavras constituintes. Se há o mesmo significado referencial de uma palavra no original e na respectiva tradução, presume-se que exista uma correspondência literal entre estas. O segundo aspecto apreciado envolveu o significado geral (conotativo) de cada item. Essa correspondência transcende a literalidade das palavras, englobando também aspectos mais sutis, como o impacto que um termo tem no contexto cultural da população-alvo. A apreciação é necessária porque a correspondência literal de um termo não implica que a mesma reação emocional ou afetiva seja evocada em diferentes culturas. É indispensável uma sintonia fina que alcance também uma correspondência de percepção e impacto no respondente.

Na terceira etapa, foram usados dois formulários específicos, desenhados de forma a dissimular a origem dos itens sob escrutínio, isto é, se do original ou retradução. No formulário usado para apreciar o significado referencial, optou-se por escalas analógicas visuais (*visual analogue scales*)²⁴, os escores indo de 0% a 100%. No formulário usado para a avaliação de significado geral, utilizou-se uma qualificação em quatro níveis, a saber, inalterado, pouco alterado, muito alterado ou completamente alterado.

A quarta etapa da avaliação semântica envolveu o mesmo grupo de especialistas que participou da avaliação da equivalência conceitual e itens, adicionado do avaliador independente referido envolvido na terceira etapa. As situações de divergência entre as avaliações de significado referencial e geral foram explicitamente debatidas, bem como identificados e encaminhados outros problemas observados em cada uma das etapas progressas. Mediante tais discussões, propôs-se uma versão-síntese, ora incorporando itens oriundos de uma das duas versões trabalhadas, ora optando-se por certas modificações para melhor atender aos critérios expostos acima.

A quinta e última etapa do processo de equivalência semântica envolveu o pré-teste da versão-síntese proposta. O objetivo foi testar a aceitabilidade e compreensão da versão brasileira do H-S/EAST em uma população ambulatorial de idosos adscritos a um serviço geriátrico. Foram selecionados aleatoriamente quarenta idosos atendidos em um ambulatório de geriatria de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Cada pergunta (item) da versão era lida e se solicitava ao respondente que a parafrazeasse²⁵. Acrescentou-se uma opção de resposta para que os entrevistados pudessem anotar se as questões eram ou não compreendidas. As não compreendidas

por uma parte do grupo, que para efeitos práticos arbitrou-se em 15% dos idosos entrevistados, voltariam a ser discutidas pelo grupo de expertos. Uma vez implementadas as alterações devidas, a nova versão-síntese seria reaplicada integralmente em uma seqüência de lotes de quarenta indivíduos idosos até que todos os itens passassem pelos critérios de adequação estipulados.

Avaliação da equivalência de mensuração

A equivalência de mensuração se alicerçou na investigação de dois enfoques psicométricos do instrumento vertido, primeiro avaliando-se a estrutura dimensional via análise fatorial e, subsequentemente, a confiabilidade das escalas via consistência interna e reprodutibilidade intra-observador.

O trabalho de campo realizou-se de maio de 2005 a janeiro de 2006 em dois serviços ambulatoriais de geriatria (A e B) e um Programa Saúde da Família (PSF; identificado como C). Foram elegíveis todos os idosos de 65 anos ou mais, exceto os incapazes de se comunicar com os entrevistadores em razão de deficiências auditivas ou de fala importantes, e aqueles com distúrbios cognitivos graves – escore no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)^{26,27} igual ou inferior a 10²⁸. Após as exclusões, o tamanho da amostra efetiva foi de 644 idosos (450 do sexo feminino e 194 do masculino).

Para realização de análise fatorial, utilizou-se o método de fatores principais iterativos com rotação *varimax*^{29,30} (Stata, release 9. Stata Corp., College Station, Estados Unidos) valendo-se de matrizes de correlação tetracóricas utilizadas para lidar apropriadamente com a forma dicotômica (0/1) dos itens³¹ (Stata, release 9: tetrachoric correlations for binary variables. Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Foram admitidos somente os fatores com autovalores acima de cerca de 1^{32,33} e, seguindo Nunnally & Bernstein³³, os que permitissem uma interpretação substantiva.

Em se tratando de itens dicotomos, a análise de consistência interna foi realizada pelo coeficiente de confiabilidade de Kuder-Richardson, fórmula 20 (kr20)³³. Limites inferiores do intervalo de 95% de confiança (IC95%) foram obtidos segundo a proposta de Feldt^{34,35}. Adicionalmente, foram calculadas as correlações ponto-bisseriais entre cada item e o escore formado pelos outros da escala (r_{pb}) e os coeficientes kr20 obtidos ao se excluir seqüencialmente cada item da análise (kr20_(k-1))³³.

A validade dimensional e a consistência interna também foram avaliadas em estratos populacionais com vistas a identificar uma possível

dependência dos achados para diferentes níveis de cognição. Lembrando que os dados se restringem aos idosos com escores do MEEM acima de 10, os pontos de corte de 15 e 26 do MEEM definiram três subgrupos de interesse. Essas demarcações baseiam-se na proposta de avaliação de estágio de demência apresentada por Feldman & Woodward²⁸.

Na avaliação da confiabilidade intra-observador, foram utilizadas somente as informações de 127 sujeitos para os quais havia replicação da entrevista duas semanas após o primeiro encontro. Seguindo a proposta encontrada nas referências originais¹⁸, avaliou-se a confiabilidade intra-observador da escala baseada no escore composto pelo somatório de todos os itens. Adicionalmente foram calculadas as estimativas de confiabilidade dos escores de cada dimensão identificada pela análise fatorial. Nessas análises, usou-se o estimador kappa com ponderação quadrática (κ_p)^{36,37} e os intervalos de confiança foram obtidos pelo método de *bootstrap*^{38,39}. A interpretação do kappa seguiu a proposta de Shrout⁴⁰ que classifica a confiabilidade em cinco níveis, a saber, virtualmente ausente ($\kappa \leq 0,1$); fraca ($\kappa \geq 0,1-0,4$); discreta ($\kappa \geq 0,4-0,6$); moderada ($\kappa \geq 0,6-0,8$) e substancial ($\kappa \geq 0,8-1,0$).

Foram seguidos os critérios definidos pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa sobre pesquisa envolvendo seres humanos, baseado na *Resolução nº. 196/96* do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelos comitês de ética dos serviços onde os dados foram coletados, bem como o da instituição dos autores. Aos indivíduos foi garantida a participação anônima e voluntária. Um consentimento informado, assinado pelo respondente, foi uma exigência para a participação.

Resultados

Equivalência conceitual e de itens

As discussões do grupo de especialistas sugeriram que os conceitos relacionados à violência doméstica contra idosos utilizados para a elaboração do instrumento original eram pertinentes ao contexto cultural brasileiro, sobretudo no âmbito de populações urbanas. Entretanto, o grupo notou que o instrumento deixava de avaliar algumas dimensões importantes como autonegligência, abandono e violência sexual. Mesmo assim, concluiu-se que o H-S/EAST ainda seria de valia para o propósito de aferir risco de violência em idosos.

Equivalência semântica

Como mostra a Tabela 1, evidenciou-se uma boa equivalência entre os itens oriundos das traduções e os do instrumento original. Ainda que, grosso modo, na terceira etapa se tenha endossado ambas as traduções, optou-se mais pelos itens oriundos de T1 (9 itens) para a elaboração da versão-síntese, seja incorporando-os de forma integral ou parcialmente após ligeiras modificações pontuais. Os demais itens (4) foram aproveitados de T2, exceção feita aos itens 14 e 15. O item 14 foi fruto de uma composição entre as duas traduções. Já o item 15 teve que ser redigido inteiramente, uma vez que as duas traduções se mostraram problemáticas. A expressão *close*, que significa “próximo”, não é o mesmo que *next*, que significa “estar próximo”. Tampouco a expressão *harm*, cujo significado é “prejudicar”, equivale às expressões *wound* ou *injure*, que possuem conotação de injúria física.

Na Tabela 2 são apresentados os itens que foram modificados durante as etapas 4 e 5. Na primeira coluna encontram-se as traduções dos 15 itens do H-S/EAST, destacando-se sua origem (T1 ou T2). Na segunda coluna observam-se os itens já modificados e incorporados na versão-síntese final do instrumento, com o objetivo de tornar a versão em português mais coloquial e aceitável para a população-alvo.

Na quinta e última etapa da avaliação semântica (pré-teste), verificou-se que o instrumento teve plena aceitação pelo grupo de idosos. Entretanto, dificuldades foram identificadas na testagem de campo. Foram necessárias quatro jornadas de entrevistas com lotes de quarenta idosos cada para que todos os itens do H-S/EAST fossem compreendidos por mais de 15% dos entrevistados. Em cada uma das jornadas sem sucesso, o grupo de expertos se reuniu com o avaliador envolvido na terceira etapa para dirimir problemas semânticos encontrados.

Três itens (4, 5 e 14) foram os que mais necessitaram atenção. O item 4 deixou de ser compreendido por 7 idosos (17,5%) em uma das rodadas de pré-teste. A falta de compreensão do texto revelou ser independente da presença de distúrbios cognitivos. A impressão que se teve durante a entrevista foi que o texto era demasiado longo e que o respondente perdia a seqüência da frase. Decidiu-se encurtar a redação do item. Em relação ao item 5, tendo-se identificado que o problema era a incompreensão da expressão “pouco à vontade” vindo de T1, decidiu-se pela redação de T2 que usou o termo “desconfortável”. O item 14 apresentou problemas em duas jornadas de pré-teste. O entrave originava-se do termo “privacidade” que se constatou ser um an-

Tabela 1

Comparação entre o original em inglês e as retraduações do instrumento *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)*.

Original	T1 → R1	R	G	T2 → R2	R	G
1) Do you have anyone who spends time with you, taking you shopping or to the doctor?	1) Does anyone spend time with you, take you shopping or to the doctor?	100	IN	1) Do you have anyone who keeps you company taking you for shopping or to the doctor?	100	100
2) Are you helping to support someone?	2) Are you helping to support anyone?	100	IN	2) Do you help anybody financially?	100	100
3) Are you sad or lonely often?	3) Do you often feel sad or lonely?	100	IN	3) Do you often fell sad or lonely?	100	100
4) Does someone else make decisions about your life – like how you should live or where you should live?	4) Does another person take decisions regarding your life – such as how or where you should live?	100	IN	4) Does any other person take decisions about your life – such as where or how you are to live?	85	85
5) Do you feel uncomfortable with anyone in your family?	5) Is there anyone in your family around whom you feel uncomfortable?	85	IN	5) Do you feel uncomfortable towards any family member?	85	85
6) Can you take your own medication and get around by yourself?	6) Are you able to take your medication and get around on your own?	100	IN	6) Are you able to take your medicines and take care of yourself?	90	90
7) Do you feel that nobody wants you around?	7) Do you feel that no one wants you around?	100	IN	7) Do you feel that people do not want you around?	100	100
8) Does anyone in your family drink a lot?	8) Is there anyone in your family who drinks a lot?	100	IN	8) Is there anybody in your family who drinks too much?	85	85
9) Does someone in your family make you stay in bed or tell you you're sick when you know you're not?	9) Does someone in your family force you to stay in bed or tell you that you are sick even though you know you're not?	100	IN	9) Does any family member force you to remain in bed or tell you that you are ill when you know you are not?	100	100
10) Has anyone forced you to do things you didn't want to do?	10) Has anyone ever forced you to do things you didn't want to do?	100	IN	10) Has anybody ever forced you to do things you did not want to?	95	95
11) Has anyone taken things that belong to you without your O.K.?	11) Has anyone taken things that belong to you without your consent?	100	IN	11) Has anyone taken things that belong to you without your consent?	100	100
12) Do you trust most of the people in your family?	12) Do you trust most of the people in your family?	100	IN	12) Do you trust most family members?	100	100
13) Does anyone tell you that you give them too much trouble?	13) Does anyone tell you that you are too much work?	100	IN	13) Does anybody tell you that you cost him/her a lot of work?	100	100
14) Do you have enough privacy at home?	14) Do you have enough privacy at home?	100	IN	14) Do you enjoy enough privacy at home?	100	100
15) Has anyone close to you tried to hurt you or harm you recently?	15) Has anyone close to you ever tried to hurt or wound you?	70	MA	15) Has anyone next to you tried to hurt you or injure you lately?	70	70

T1: primeira tradução do inglês para o português; R1: primeira retradução; T2: segunda tradução do inglês para o português; R2: segunda retradução; R: significado referencial (porcentagem de semelhança); G: significado geral; IN: inalterado; PA: pouco alterado; MA: muito alterado; CA: completamente alterado.

Tabela 2

Alterações após as etapas de equivalência semântica da versão-síntese do instrumento *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)*.

Itens traduzidos segundo origem (T1 ou T2)	Versão-síntese (submetida à avaliação de equivalência de mensuração)
1) O sr/sra tem alguém que lhe faz companhia, levando-o/a a fazer compras ou ao médico? (T2)	1) V/S tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico?
2) Você está ajudando a sustentar alguém? (T1)	2) V/S está ajudando a sustentar alguém?
3) Você muitas vezes se sente triste ou só? (T1)	3) V/S muitas vezes se sente triste ou só?
4) Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo onde o sr/sra deve morar ou de que modo deve viver? (T2)	4) Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como V/S deve viver ou onde deve morar?
5) Você se sente pouco à vontade com alguém da sua família? (T1)	5) V/S se sente desconfortável com alguém da sua família?
6) Você é capaz de tomar seus remédios e circular por conta própria? (T1)	6) V/S é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?
7) Você sente que ninguém quer você por perto? (T1)	7) V/S sente que ninguém quer V/S por perto?
8) Alguém da sua família bebe muito? (T1)	8) Alguém da sua família bebe muito?
9) Alguém da sua família obriga você a ficar na cama ou lhe diz que você está doente quando você sabe que não está? (T1)	9) Alguém da sua família obriga V/S a ficar na cama ou lhe diz que V/S está doente quando V/S sabe que não está?
10) Alguém já obrigou você a fazer coisas que você não queria fazer? (T1)	10) Alguém já obrigou V/S a fazer coisas que V/S não queria fazer?
11) Alguém já pegou coisas que lhe pertencem sem o seu consentimento? (T2)	11) Alguém já pegou coisas que pertencem a V/S sem o seu consentimento?
12) Você confia na maioria das pessoas da sua família? (T1)	12) V/S confia na maioria das pessoas da sua família?
13) Alguém lhe diz que você dá trabalho demais? (T1)	13) Alguém lhe diz que V/S causa muitos problemas?
14) Você tem bastante privacidade em casa? (T1)/ O sr/sra goza de suficiente privacidade em casa? (T2)	14) Em casa, V/S tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer?
15) Alguém próximo do sr/sra recentemente tentou machucá-lo/a ou machucá-lo/a? (T2)	15) Alguém próximo a V/S tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?

T1: primeira tradução do inglês para o português; T2: segunda tradução do inglês para o português.

glicismo de empréstimo recente à língua portuguesa, introduzido na década de 1970 (Instituto Antônio Houaiss/Editora Objetiva. Dicionário eletrônico Houaiss, versão 1.0.5. <http://www.dicionariohouaiss.com.br>) e pouco familiar àquelas com idade superior a setenta anos. O termo foi substituído por “liberdade suficiente para ficar sossegado(a)”. A versão-síntese apresentada na Tabela 2 foi aquela efetivamente submetida à avaliação psicométrica.

Equivalência de mensuração

A idade média da população estudada era de 75,4 anos (IC95%: 74,4-76,4), com idade máxima de 92 anos para os homens e 102 anos para mulheres. A escolaridade média do grupo era baixa, na faixa entre 0 e 4 anos de estudo formal. O escore médio do MEEM foi de 20,8 (IC95%: 19,9-21,8) para os homens e 20,0 (IC95%: 19,4-20,6) para as mulheres. A distribuição dos escores de MEEM

cobria todo o espectro (11 a 29) entre os idosos com menos de cinco anos de escolaridade, porquanto se concentrou entre os escores de 25 e 30 nos mais escolarizados. A média de idade daqueles com MEEM de 11 a 15 e acima de 15 foi de 80 e 74,5 anos, respectivamente ($p = 0,0003$). O MEEM no PSF foi mais alto que nos dois outros sítios (23,1 *vs.* 21,7; $p = 0,002$).

• Validade dimensional via análise fatorial

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise fatorial da versão do H-S/EAST. Exatamente como no estudo original, três fatores são identificados. Observando uma demarcação de 0,45 para caracterizar uma carga (*loading*) “admissível”^{20,29}, de forma geral, há concordância entre a versão e o estudo original quanto à localização fatorial dos itens¹⁹. Estes fatores foram identificados pelas autoras como situações de abuso potencial; violação de direitos pessoais ou abuso direto e características de vulnerabilidade. Nove dos 15 itens (1, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12 e 13) possuem exclusivamente cargas em fatores coincidentes com as dimensões propostas no original sem cargas cruzadas. O item 14 tem carga limítrofe de 0,43 e poderia ser adicionado à lista. Assim também o item 9 que, mesmo apresentando carga cruzada com o fator 1, carrega no fator original (fator 2).

A presença dos itens 1 e 6 em um fator comum é coincidente com a descrição original, mas, a despeito das cargas altas, os dois possuem correlação contrária à que se esperaria.

Discrepâncias flagrantes só são notadas em relação a quatro itens. Com carga acima de 0,45, os itens 2 e 15 são exclusivos de um fator, mas diferem das respectivas dimensões propostas originalmente, havendo inversão entre fator 1 e fator 2. O item 3 poderia ser visto como pertencendo ao primeiro fator, mas sua carga é bastante fraca mesmo aí. O item 8 é o mais dissonante, não alcançando carga satisfatória em qualquer fator. De toda sorte, considerando-se também o item 9, a concordância com a análise fatorial no estudo original chega a aproximadamente 75%¹⁹. É necessário, entretanto, salientar que as autoras não descrevem os pormenores da análise fatorial realizada à época^{18,19}, inviabilizando qualquer outro aprofundamento.

A estratificação dos sujeitos por grupos de escore do MEEM não apresentou diferenças importantes na carga dos fatores, à exceção do item 3 que, no grupo com MEEM acima de 26 carregou no fator 2. A análise estratificada por sítios (A + B *vs.* C) tampouco apresentou diferenças.

Tabela 3

Análise fatorial da versão em português do instrumento *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST).

Escala	Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Uniqueness
Abuso potencial	2	-0,0318	0,4775	-0,1632	0,7400
	5	0,7359	0,4119	-0,1430	0,2644
	7	0,8822	0,0934	0,1059	0,1941
	8	0,2805	0,2537	-0,0540	0,8523
	12	0,7024	-0,0232	-0,1526	0,4922
	13	0,7084	0,3557	0,2030	0,3340
Violação dos direitos pessoais ou abuso direto	14	0,4313	0,3322	-0,0807	0,6972
	4	0,1948	0,6317	0,3679	0,4319
	9	0,4993	0,4576	0,3226	0,4374
	10	0,4257	0,6468	0,0275	0,4077
	11	0,2853	0,4712	-0,1467	0,6642
Características de vulnerabilidade	15	0,5827	0,3820	-0,1162	0,5012
	1	0,4171	-0,0852	-0,6257	0,4247
	3	0,4080	0,2942	0,2287	0,6926
	6	0,1217	0,0173	0,8705	0,2648
Autovalor		5,205	1,677	0,943	
Proporção da variância total explicada		0,555	0,179	0,073	

• **Confiabilidade: consistência interna e reprodutibilidade intra-observador**

O valor de κ_{20} para o escore geral, aqui apresentado para fins de comparabilidade externa, foi de 0,64 (IC95%: 0,61). Na Tabela 4 encontram-se os resultados de consistência interna do instrumento por escala, consolidadas conforme o perfil do artigo original. Os valores encontrados para as três dimensões propostas são 0,53, 0,49 e 0,26, respectivamente. A retirada da maioria dos itens das escalas de abuso potencial e violação dos direitos pessoais ou abuso direto reduz a consistência interna em mais de 10%. Ainda que de forma limítrofe, o item 2 poderia ser considerado a exceção, pois sua retirada de abuso potencial provoca um aumento de 9,3% na consistência interna. A maior parte das correlações item-resto está acima de 0,25, exceção feita aos itens 2 de abuso potencial e 1 e 3 de características de vulnerabilidade.

O κ ponderado foi de 0,70 (IC95%: 0,61-0,80) ao se considerar o conjunto de itens do

H-S/EAST. A retirada do item 8 que se mostrou insatisfatório à análise fatorial não afetou substancialmente o índice ($\kappa = 0,71$; IC95%: 0,62-0,80). As confiabilidades intra-observador específicas por escala encontram-se na última coluna da Tabela 4.

De forma semelhante ao encontrado na análise fatorial, a estratificação por escore MEEM ou por sítios pouco mudou o perfil de confiabilidade encontrado.

Discussão

A escolha do H-S/EAST se calçou em uma revisão bibliográfica prévia dos conceitos de violência doméstica e instrumentos de captação correlatos¹⁷. A proposta original de um instrumento que captasse risco também se ajustaria ao interesse para o ambiente não especializado em violência doméstica. A validade de conteúdo identificada no instrumento se mostrou interessante, candidatando-o a uma adaptação transcultural¹⁹.

Tabela 4

Confiabilidade: consistência interna e reprodutibilidade intra-observador da versão brasileira do instrumento *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST).

Escala	Item	Consistência interna			Reprodutibilidade κ ponderado
		κ_{20} *	$\kappa_{20(k-1)}$ **	d ***	
Abuso potencial (n = 636)		0,53 (0,49)			0,43 (0,28-0,55)
	2		0,58	9,3	0,11
	5		0,42	-22,1	0,43
	7		0,48	-10,9	0,32
	8		0,52	-1,8	0,21
	12		0,48	-10,4	0,30
	13		0,47	-12,5	0,35
Violação dos direitos pessoais ou abuso direto (n = 637)	14		0,52	-3,4	0,21
		0,49 (0,44)			0,41 (0,23-0,56)
	4		0,44	-10,5	0,26
	9		0,46	-6,8	0,24
	10		0,40	-19,3	0,34
Características de vulnerabilidade (n = 640)	11		0,44	-11,3	0,29
	15		0,45	-9,3	0,25
		0,26 (0,17)			0,23 (0,11-0,36)
	1		0,26	0,0	0,11
	3		0,38	46,2	0,06
	6		0,12	-53,9	0,28

* Em parênteses: limite de confiança inferior de 95% calculado de acordo com Woodward & Bentler⁵³;

** Estimativa do coeficiente ao excluir o item do escore total;

*** Percentual de mudança no κ_{20} ao se excluir o item; calculado por $[-(\kappa_{20} - \kappa_{20(k-1)})/\kappa_{20}]$. O sinal do valor obtido indica a direção de mudança (positivo \rightarrow percentual aumenta; negativo \rightarrow percentual diminui);

Correlação ponto-biserial item-resto.

Embora o grupo de expertos tenha ponderado sobre a limitação do H-S/EAST ao não avaliar autonegligência, abandono e violência sexual, não houve dentre os instrumentos escrutinados outro que preenchesse essa lacuna sem oferecer outros problemas, tais como a necessidade de treinamento prévio em violência para interpretar as respostas, propriedades psicométricas inadequadas ou menor aceitabilidade.

A presença de mais de uma tradução facilitou pequenas correções de significado referencial e geral para a versão-síntese. A quarta etapa de avaliação semântica serviu para melhorar a aceitabilidade e compreensão do instrumento, não impedindo, contudo, que problemas importantes fossem detectados na quinta etapa (pré-teste). Ao todo, 160 idosos foram entrevistados para que se decidisse pela equivalência semântica da versão-síntese do H-S/EAST a ser subseqüentemente submetida à avaliação psicométrica. Streiner & Norman²⁴ advertem sobre a formulação de perguntas longas que tendem a diminuir a sua compreensão. No estudo de Schofield et al.⁴¹, o item 4 foi retirado na análise fatorial exploratória por apresentar alta proporção de dados ausentes em relação a outros itens. A extensão da pergunta pode ter influenciado esse resultado, o que nem chegou a ser possível no presente estudo uma vez que o item foi reduzido antes da avaliação psicométrica.

A quinta etapa de avaliação semântica também detectou problemas no item 14 por conta da palavra “privacidade”, ressaltando a importância de um pré-teste e de avaliações qualitativas interdisciplinares no processo de adaptação transcultural de instrumentos^{21,22,24,42}. Termos de introdução vernacular recente podem não ser compreendidos por grupos etários mais velhos. Um aprofundamento desses detalhes semânticos é ainda mais relevante em situações como o do contexto do presente estudo no qual indivíduos dessa faixa também tendem a ser menos escolarizados e menos aptos a incorporar inovações lingüísticas.

Como um todo, a avaliação da equivalência de mensuração corroborou alguns achados do estudo original¹⁹. A análise dimensional revelou três fatores, o mesmo número encontrado no estudo original. Onze itens (1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 e 14) foram bem consistentes. Apesar de terem apresentado problemas na avaliação de equivalência semântica, os itens 4 e 14 também se comportaram bem nesta fase da avaliação, indicando que as soluções encontradas na anterior foram satisfatórias. O item 9 apresentou carga cruzada. Dado que a estrita participação unidimensional de um item é questionada por uns⁴³, ainda que defendida por outros⁴⁴, a retirada do item não

parece, em princípio, uma boa opção até que uma análise de fatores confirmatória possa ser implementada para corroborar ou refutar esse achado⁴⁵. Vale reparar que o estudo australiano não mostrou esse comportamento, discrepância que claramente pede mais estudos⁴⁶.

Os itens 2 (“ajuda a sustentar alguém”) e 15 (“tentou machucar ou prejudicar”) se portaram de forma curiosa. Na versão brasileira, o item 2 possui carga em fator diferente da versão original e *uniqueness* alta, fato que indica que há uma boa parte de variância comum do item não associada ao fator alocado. Substantivamente, valeria questionar se um item relacionado a questões financeiras (participação em sustento de outros) não estaria caracterizando melhor uma situação de risco de violação de direitos pessoais em vez de um abuso potencial. Em contrapartida, o posicionamento do item 15 que mapeia tentativas de machucar ou prejudicar ao lado de itens captando um “mal-estar” *vis-à-vis* outros familiares, seja por rejeição explícita, desconfiança ou cerceamento de movimentos, parece confluir para uma dimensão que não só capta risco de abuso potencial, mas possivelmente de instalado também. Estudos adicionais poderão elucidar tais achados, avaliando inclusive se a inversão desses dois itens tem realmente substrato teórico ou se é oriunda de algum problema no processo de adaptação transcultural.

O item 3 (“sente-se triste ou só”) também mereceria aprofundamento. Se de um lado sua sintonia com o fator originalmente postulado é precária, de outro há um indício de que sua locação tende à escala de abuso potencial. Mesmo considerando a carga relativamente baixa, os achados podem estar indicando que a presença de tristeza ande junto com outras características de risco de abuso.

O item 8 (“alguém da família bebe muito”) parece estar completamente desajustado ao modelo proposto, o que se desprende de cargas baixas nos três fatores e da *uniqueness* bastante elevada. A inadequação se explicaria se o mau uso de álcool por alguém da família do idoso não fizesse parte de uma dimensão compondo um construto de risco prévio ou concomitante ao de violência, no entanto isso parece ser refutado pela literatura sobre o tema^{47,48,49,50}. Se, ao contrário, o mau uso de álcool faz parte do construto buscado no H-S/EAST, o fraco sinal apresentado pelo item 8 na análise pode ter decorrido da falta de outros itens para compor uma dimensão à parte. O mesmo problema pode ter acontecido no estudo australiano de concepção do *Vulnerability to Abuse Screening Scale* (VASS), um instrumento derivado do H-S/EAST⁴⁶, ten-

do lá se manifestado pela carga cruzada em dois fatores, o que motivou sua exclusão da proposta final. Isso parece indicar que o percalço do item 8 encontrado aqui não tem origem no processo de adaptação transcultural, mas se reporta ao item em si ou à falta de outros para compor uma dimensão informativa.

A despeito de algumas incongruências, o perfil dimensional das escalas captando “situação de abuso potencial” e “violação de direitos pessoais ou abuso direto” postulada originalmente pôde ser corroborado. Contudo, o fator 3 representando “vulnerabilidade”¹⁹ evidenciou problemas. Com o claro desacordo do item 3, o fator perdeu conteúdo e se reduziu aos itens 1 (“tem companhia para ajudar nas compras e ir ao médico”) e 6 (“capaz de tomar remédios e ir para os lugares”). Além disso, o item 1 apresentou correlação negativa com o fator e carga de sinal inverso ao do item 6. Estritamente, não há como se identificar a direção das correlações originais, pois não há descrição dos detalhes da análise fatorial nas respectivas publicações^{18,19}. O artigo propondo o VASS⁴¹ também não ajuda, porque o item 1 é excluído na análise exploratória por possuir carga cruzada.

De toda a sorte, no presente estudo, os dois itens não parecem estar apontando para uma dimensão precedente à violência que conote falta de companhia e isolamento e que as autoras rotularam de “características de vulnerabilidade”. Se este fosse o caso, as duas respostas teriam de convergir, já que um aumento de vulnerabilidade pressuporia tanto uma resposta negativa à pergunta sobre a presença de companhia para ir às compras ou tomar medicamentos, quanto à capacidade de realizar essas atividades de forma autônoma. Como visto, não é este o padrão encontrado, ocorrendo cargas com sinais invertidos. Essa inversão pode ser interpretada como advinda, de um lado, de uma resposta (por exemplo: negativa) a um item sobre a “necessidade de companhia” e, por outro, de uma resposta oposta (por exemplo: positiva) e congruente a outro item sobre a “capacidade de fazer coisas por conta própria”. Se esta perspectiva é sustentável, considerando a ausência de carga importante no item sobre “tristeza” (item 3) neste fator, pode-se sugerir que os dois itens remanescentes estejam captando uma dimensão relacionada à competência funcional do idoso. Resta saber, todavia, se esta dimensão efetivamente faz parte do conteúdo do construto “risco de violência” que o H-S/EAST pretende captar e que, seguindo Johnson⁵¹, deve envolver tanto uma situação preditiva de ocorrência do evento, quanto um estado de crise presente. Mais estudos também são necessários para dirimir essa questão.

A consistência interna do H-S/EAST é relativamente boa quando se usa o escore composto pelo somatório de todos os itens ($\alpha = 0,64$), valor certamente bem melhor do que o encontrado por Neale et al.¹⁹ ($\alpha = 0,29$). Resta saber se este coeficiente tem sentido teórico em um instrumento multidimensional ou se, por isso, seria melhor se ater à confiabilidade de cada escala. Assim sendo, na perspectiva de que as escalas estão efetivamente captando o *continuum* de variáveis latentes subjacentes, esperar-se-iam consistências internas melhores. O item 3 parece ser claramente divergente da escala de características de vulnerabilidade, diminuindo consideravelmente sua consistência interna. Para melhorar as consistências internas das escalas, valeria pensar-se em aumentar o número de itens²⁴, ainda que isso levasse a um instrumento mais longo e possivelmente menos interessante para ambientes como o de avaliação geriátrica funcional. Uma outra possibilidade que não deve ser descartada é a de buscar itens com melhores propriedades psicométricas.

Segundo os critérios de Shrout⁴⁰, a confiabilidade intra-observador do instrumento como um todo é moderada. Os valores de kappa nas escalas de abuso potencial e violação dos direitos pessoais ou abuso direto podem ser qualificados como discretos. Vale apontar que a perspectiva da avaliação de adequação do processo de adaptação transcultural está prejudicada em razão da inexistência de comparações externas, uma vez que nem os artigos originais do H-S/EAST, nem o de apresentação do VASS contemplam este critério psicométrico. Seja como for, a estabilidade temporal requer alguma atenção. A incorporação de mais itens para tornar as escalas mais longas ou a sugerida procura de itens com melhores propriedades psicométricas para aumentar a consistência interna seriam benéficas aqui também.

Em suma, o H-S/EAST se comportou de forma aceitável na avaliação da validade dimensional no processo de adaptação transcultural, demonstrando dimensionalidade relativamente coerente com a proposta original. Ainda assim, uma das escalas (características de vulnerabilidade) mostrou problemas, da mesma forma que alguns itens em particular (2, 3, 8 e 15), conforme comentado anteriormente. Estudos futuros são necessários para dirimir essas questões, bem como para averiguar se a equivalência funcional do instrumento está ou não afetada²¹. Seria auspicioso, por exemplo, replicar o estudo psicométrico em outras localidades e contextos (inclusive brasileiros) para verificar se o padrão de cargas fatoriais persiste. A reconstatação de que o item 2 carrega primordialmente no fator 2 e os itens 3 e 15 preferencialmente no fator 1,

certamente daria um subsídio robusto para que se desafiasse a proposta original dos autores e se propusesse uma reorientação dimensional. Nesta mesma linha, mas agora envolvendo todos os itens do H-S/EAST, valeria também investigar se o ponto de corte de 3 originalmente proposto por Neale et al.¹⁹ efetivamente se sustenta na versão em português ou se um outro seria mais discriminativo. Aproveitar todos os itens na ferramenta de rastreamento pode ser vantajoso para aumentar sua acurácia na identificação de riscos de violência e, com isso, promover a antecipação ao agravo. Uma questão adicional que mereceria ser focada concerne à avaliação de compreensão do instrumento vertido nos moldes do estudo de Daly & Jogerst⁵². Ainda que os autores tenham mostrado que o H-S/EAST não necessita de alta

escolaridade da população ao qual é aplicado, valeria replicar este estudo no contexto brasileiro, dado que aqui ainda se pode esperar um percentual importante de idosos com muito baixa escolaridade.

Fica evidente que o instrumento ainda merece ser mais bem explorado e que mais precisa ser feito. Mesmo assim, o H-S/EAST já poderia ser recomendado para uso no contexto brasileiro, pelo menos em relação a duas das três escalas componentes. O comportamento homogêneo do instrumento em subgrupos com diferenciados níveis de cognição e idades, bem como em diferentes contextos de serviços de saúde, também são características positivas que endossam seu uso e, sobretudo, um investimento futuro.

Resumo

Este artigo descreve a adaptação transcultural para uso no Brasil do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência doméstica em idosos. Avaliando-se as equivalências conceitual e de itens, concluiu-se pela pertinência delas no contexto brasileiro. A equivalência semântica contemplou a correspondência de significado referencial/denotativo de termos e a geral/conotativa dos itens em si. A equivalência de mensuração foi investigada por intermédio de propriedades psicométricas. Semelhante ao encontrado no instrumento original em inglês, a análise fatorial revelou três dimensões. Seis dos sete itens carregaram satisfatoriamente no fator 1 (escala de "situação de abuso potencial"). A consistência interna mostrou-se razoável e reprodutibilidade intra-observador discreta. O segundo fator representando a dimensão de "violação de direitos pessoais ou abuso direto" teve desempenho semelhante. Ainda assim, identificou-se troca de itens entre estas escalas e cargas cruzadas. Uma terceira escala que deveria abarcar as "características de vulnerabilidade" não teve o mesmo desempenho. Conclui-se que mesmo sem mostrar equivalência completa, o H-S/EAST já poderia ser recomendado para uso no contexto brasileiro, pelo menos em parte.

Violência Doméstica; Idoso; Questionários

Colaboradores

M. E. Reichenheim auxiliou na organização do trabalho de campo, conduziu o desenvolvimento teórico, a análise de dados e participou integralmente da elaboração da redação do artigo. C. M. Paixão Jr. foi coordenador e organizador do trabalho de campo, conduziu o processamento dos dados, participou integralmente da análise e da elaboração da redação do artigo. C. L. Moraes participou do desenvolvimento teórico e colaborou nas últimas versões da redação do artigo.

Agradecimentos

Evandro S. F. Coutinho e Renato P. Veras (Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IMS/UERJ) tiveram participação importante no grupo de expertos. Este estudo foi apoiado por recurso financeiro obtido pelo Edital MCT/CNPq/CT-Saúde nº. 024/2004 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Carlos Montes Paixão Jr. foi parcialmente apoiado pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), processo nº. E-26/150.727/2002. Michael E. Reichenheim foi parcialmente apoiado pelo CNPq, processos nº. 300234/94-5, nº. 306939/2003-7 e nº. 306909/2006-5. Os autores são gratos às equipes de entrevistadores e ao *staff* do Setor de Geriatria do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ), do Cuidado Integral à Pessoa Idosa (CIPI) da UERJ e ao PSF-Lapa da Universidade Estácio de Sá por terem colaborado e possibilitado a realização deste trabalho.

Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Diniz SG, d'Oliveira AF. Gender violence and reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63 Suppl 1:333-42.
3. Deslandes S. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4:81-94.
4. Gomes R, Deslandes SF, Veiga MM, Bhering C, Santos JFC. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:707-14.
5. Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública* 2000; 34: 659-65.
6. Schraiber LB, d'Oliveira AF, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:470-7.
7. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 79:269-77.
8. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003 Suppl 2; 19:S263-72.
9. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25:309-16.
10. Ferriani MG, Pelegrino FM. A trajetória da violência doméstica no município de Ribeirão Preto. *Rev Bras Enferm* 2004; 57:350-3.
11. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1124-33.
12. Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RV. Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:702-8.
13. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:425-37.
14. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2567-73.
15. Machado L, Queiroz ZV. Negligência e maus-tratos. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002. p. 791-7.
16. Minayo MC. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:783-91.
17. Paixão Jr. CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1137-49.
18. Hwalek MA, Sengstock MC. Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument. *J Appl Gerontol* 1986; 5:153-73.
19. Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Sengstock MC, et al. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *J Appl Gerontol* 1991; 10:406-18.
20. Reichenheim ME, Moraes CL. Desenvolvimento de instrumentos de aferição epidemiológicos. In: Kac G, Schieri R, Gigante D, organizadores. *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 227-43.
21. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7:323-35.
22. Reichenheim ME, Moraes CL. Adaptação transcultural de instrumentos de aferição epidemiológicos: uma proposta de operacionalização. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:665-73.
23. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
24. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press; 2003.
25. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46:1417-32.
26. Folstein ME, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-98.
27. Lourenço RA. Validação do Mini-Exame do Estado Mental em uma unidade ambulatorial de saúde [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
28. Feldman HH, Woodward M. The staging and assessment of moderate to severe Alzheimer disease. *Neurology* 2005; 65:S10-7.
29. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis: the use of factor analysis for instrument development in health care research. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003.
30. Rummel RJ. Applied factor analysis. Evanston: Northwest University Press; 1988.
31. Divgi DR. Calculation of the tetrachoric correlation coefficient. *Psychometrika* 1979; 44:169-72.
32. Kaiser HF. Varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika* 1958; 23:187-200.
33. Nunnally J, Bernstein I. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1995.
34. Feldt LJ. The approximate sampling distribution of Kuder-Richardson reliability coefficient twenty. *Psychometrika* 1965; 30:357-71.
35. Bleda M-J, Tobias A. Cronbach's alpha one-sided confidence interval (insert sg143). *Stata Technical Bulletin* 2000; 56:26-7.
36. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. New York: John Wiley and Sons; 1981.

37. Cohen J. Weighted kappa: nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychol Bull* 1968; 70:213-20.
38. Efron B, Tibshirani R. An introduction to the bootstrap. London: Chapman & Hall; 1993.
39. Reichenheim ME. Confidence intervals for the kappa statistic (st0076). *Stata Journal* 2004; 4: 421-8.
40. Shrout PE. Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Stat Methods Med Res* 1998; 7: 301-17.
41. Schofield MJ, Reynolds R, Mishra GD, Powers JR, Dobson AJ. Screening for vulnerability to abuse among older women: Women's Health Australia Study. *J Appl Gerontol* 2002; 21:24-39.
42. Bowling A. Research methods in health: investigating health and health services. Buckingham: Open University Press; 1997.
43. Cattell RB. The scientific use of factor analysis in behavioral and life sciences. New York: Plenum Press; 1998.
44. Anderson JC, Gerbing DW. Structural equation model in practice: a review and recommended two-step approach. *Psychol Bull* 1988; 103:411-23.
45. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. London: Guilford Press; 2005.
46. Schofield MJ, Mishra GD. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *Gerontologist* 2003; 43:110-20.
47. Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-year observational cohort study. *Gerontologist* 1997; 37:469-74.
48. Gordon RM, Brill D. The abuse and neglect of the elderly. *Int J Law Psychiatry* 2001; 24:183-97.
49. Kosberg JI, Nahmiash D. Characteristics of victims and perpetrators and milieus of abuse and neglect. In: Baumhover LA, Beall SC, editors. Abuse, neglect, and exploitation of older persons: strategies for assessment and intervention. Baltimore: Health Professions Press; 1996. p. 31-50.
50. Gorbien MJ, Eisenstein AR. Elder abuse and neglect: an overview. *Clin Geriatr Med* 2005; 21:279-92.
51. Johnson TF. Distinguishing among mistreatment measures. In: Johnson TF, editor. Elder mistreatment: deciding who is at risk. Westport: Greenwood Press; 1991. p. 71-84.
52. Daly JM, Jogerst GJ. Readability and content of elder abuse instruments. *J Elder Abuse Negl* 2006; 17:31-52.
53. Woodward JA, Bentler PM. A statistical lower bound to population reliability. *Psychol Bull* 1978; 85:1323-6.

Recebido em 12/Abr/2007

Versão final rerepresentada em 10/Dez/2007

Aprovado em 27/Dez/2007