

RIASE

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

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO
DO RISCO DE VIOLÊNCIA PARA IDOSOS (EARVI)¹**

**DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN
DEL RIESGO DE VIOLENCIA PARA LOS ANCIANOS (EARVI)**

**DEVELOPMENT AND VALIDATION OF THE SCALE FOR
VIOLENCE RISK ASSESSMENT IN ELDERLY SCALE (VRAES)**

Flávia Danielli Martins Lima Correio - Doutoranda em Enfermagem. Brasil

Manuel José Lopes - Doutor. Universidade de Évora. Portugal.

Tiago Jessé Souza Lima Correio - Doutor. Universidade Federal da Paraíba. Brasil

¹Financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Extraído da Tese de Doutorado em Enfermagem de autoria de Flávia Danielli Martins Lima, Universidade de Lisboa, 2018.

RESUMO

Objetivo: o presente estudo teve por objetivo o desenvolvimento e a obtenção de evidências de validade e precisão da Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos (EARVI).

Método: Trata-se de um estudo metodológico, de corte transversal, no qual participaram 228 idosos com 65 ou mais anos, residentes de três regiões de Portugal.

Resultado: Na análise fatorial, o instrumento apresentou evidências satisfatórias de validade e precisão, resultando na retenção de 21 itens que se agruparam em quatro fatores: confiança/segurança nas relações próximas, isolamento social, dependência funcional e segurança financeira. O alfa de Cronbach para a escala total foi de 0,74. A EARVI apresentou boa precisão, com índice de Youden de 0,77 e sensibilidade e especificidade de 88%.

Conclusão: A EARVI poderá ser uma ferramenta útil na identificação de idosos em risco de violência, auxiliando na tomada de decisão por profissionais de saúde. No entanto, se faz necessário que o instrumento seja replicado em amostras mais amplas de idosos, incluindo outros contextos e localidades, de modo a comprovar a estrutura fatorial obtida na escala.

Descritores: Maus-tratos ao idoso; questionários; validade dos testes.

ABSTRACT

Objective: the present study aimed to develop and obtain evidence of validity and reliability of the Violence Risk Assessment in Elderly Scale (VRAES).

Method: This is a methodological study with a cross-sectional sample composed by 228 elderly, aged 65 years or more, residents of three regions of Portugal.

Results: In the factor analysis, the instrument presented satisfactory evidence of validity and reliability, resulting in the retention of 21 items that were grouped into four factors: trust/security in close relationships, social isolation, functional dependency and financial security. The Cronbach's alpha for the total scale was 0.74. The VRAES showed good precision with Youden index of 0.77 and sensitivity and specificity of 88%.

Conclusion: The VRAES can be a useful tool in identifying older people at risk of violence, assisting the decision making of health professionals. However, it is necessary a further replication of this instrument on larger samples of elder persons of different environments and locations, in order to provide additional evidences for the factor structure obtained.

Descriptors: Elder abuse; questionnaires; validity of tests.

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio tuvo como objetivo el desarrollo y la obtención de evidencias de validez y precisión de la Escala de Evaluación del Riesgo de Violencia para los ancianos (EARVI).

Método: Se realizó un estudio metodológico, la sección transversal, asistió a 228 personas mayores de 65 años o más, que viven tres regiones de Portugal.

Resultado: En el análisis factorial, el instrumento presentó evidencias satisfactorias de validez y precisión, resultando en la retención de 21 ítems que se agruparon en cuatro factores: confianza/seguridad en las relaciones cercanas, aislamiento social, dependencia funcional y seguridad financiera. El alfa de Cronbach para la escala total fue de 0,74. La EARVI presentó buena precisión, con índice de Youden de 0,77 y sensibilidad y especificidad del 88%.

Conclusiones: La EARVI puede ser una herramienta útil en la identificación de ancianos en riesgo de violencia, ayudando en la toma de decisión por profesionales de salud. Sin embargo, se hace necesario que el instrumento sea replicado en muestras más amplias de ancianos, incluyendo otros contextos y localidades, para comprobar la estructura factorial obtenida en la escala.

Descriptores: Maus-tratos al anciano; cuestionarios; validez de las pruebas.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico mundial gera diversos fenômenos de grande relevância para a sociedade em geral. Dentre eles, surge a questão da violência contra os idosos, um tema que tem ganhado atenção por parte da saúde pública, profissionais de saúde, política e investigadores. Esta temática tem sido abordada por diversos estudos, que têm indicado que a maior parte das violências sofridas pelos idosos ocorre no ambiente familiar, sendo os principais agressores os filhos, noras, genros e cônjuges⁽¹⁻³⁾. Observa-se ainda forte associação entre a violência contra idosos com o uso, por parte dos familiares, de álcool e drogas, histórico de violência familiar, sofrimento mental e psiquiátrico^(4,5).

Muitos órgãos internacionais adotam o conceito mais amplo da violência, o qual muitas vezes é utilizado como sinónimo de abuso e maus-tratos. A Organização Mundial da Saúde⁽⁶⁾, por exemplo, define a violência contra o idoso como “um ato único ou repetido, ou a falta de medidas adequadas, ocorrendo dentro de qualquer relacionamento onde há

uma expectativa de confiança que cause dano ou sofrimento a uma pessoa idosa". Trata-se de um ato que tem graves consequências para a saúde e o bem-estar dos idosos e pode assumir várias formas: física, psicológica/emocional, sexual, financeira, ou simplesmente negligência intencional ou não intencional⁽⁶⁾.

A inserção da avaliação de suspeitas de violência contra os mais velhos em um ambiente geriátrico de avaliação interdisciplinar poderá proporcionar um maior suporte para os profissionais na prevenção e intervenção de casos⁽⁷⁾. No entanto, os poucos estudos na área de violência contra idosos têm como consequência o parco conhecimento sobre os fatores de risco correlatos e a pouca clareza sobre os marcadores de violência, que podem ser identificados através dos instrumentos de rastreamento e de avaliação⁽⁷⁾. Nesse contexto, devido à complexidade do fenômeno da violência e das dificuldades dos profissionais de saúde em detectar casos, alguns instrumentos têm sido desenvolvidos para facilitar a intervenção junto aos idosos⁽⁸⁻¹¹⁾, uma vez que a existência de ferramentas é fulcral na ajuda aos profissionais a remeter os casos para o acompanhamento adequado e investigações posteriores⁽¹²⁾.

Relativamente aos instrumentos que avaliam diretamente a violência contra idosos, em uma revisão de 81 estudos sobre esse tema, foram identificados 17 instrumentos, sendo que 6 avaliam a violência também na perspectiva dos cuidadores⁽⁷⁾. Entre esses, destacam-se o *Hwalek Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS-EAST)* e o *Elder Abuse Suspicion Index (EASI)*. O EASI foi construído e validado em um ambiente de cuidados primários, para ser usado por médicos durante a triagem de pacientes sem déficit cognitivo⁽¹³⁾, tendo apresentado uma sensibilidade de 0,47 e uma especificidade de 0,75⁽¹¹⁾. No entanto, há evidências que o EASI apresenta níveis baixos de sensibilidade e especificidade por apresentarem itens com conteúdo muito variáveis, o que consiste em uma limitação desse instrumento⁽¹²⁾. Além disso, o fato de ser voltado apenas para o uso médico limita a utilização por outros profissionais que também possuem habilidades para avaliar casos de violência contra idosos⁽¹²⁾.

O HS-EAST, por sua vez, foi desenvolvido nos Estados Unidos com o objetivo de identificar tanto sinais de presença (diretos) quanto de suspeita (indiretos) de abuso em idosos^(9,15). Todavia, a maior parte dos estudos que utilizam instrumentos de avaliação de violência em idosos, se limitaram a apresentar as medidas, sem terem verificado adequadamente os seus parâmetros psicométricos, assim como sua validade preditiva em utilizações subsequentes⁽⁷⁾.

Dessa forma, apesar da ênfase dada à importância da utilização de instrumentos para a detecção de abuso em idosos^(16,17), não foram observados protocolos ou instrumentos que

tenham passado pelos procedimentos de adaptação e validação psicométrica, e que possam ser universalmente aceitos para a triagem ou avaliação da violência doméstica nessa população⁽¹⁸⁾. Como dito anteriormente, a pouca quantidade de medidas disponíveis e com parâmetros psicométricos adequados na área de violência contra idosos tem prejudicado a identificação dos fatores de risco relacionados⁽⁷⁾. No entanto, em Portugal, o estudo ABUEL (Abuse and health among elderly in Europe), que também envolveu outros 7 países, utilizou um instrumento que avalia a violência através de 52 itens que investigam junto aos idosos a frequência de exposição à violência física, psicológica, financeira, sexual e injúria (verbal). A negligência é medida por 13 itens os quais investigam situações nas quais os idosos necessitam de ajudar e a receberam. Tal instrumento foi utilizado neste estudo no processo de validação, uma vez que obteve bons resultados na população portuguesa.

Nesse contexto, considerando que a violência praticada contra os idosos merece atenção devia a sua influência na qualidade de vida desses, e diante da carência de ferramentas disponíveis em língua portuguesa para sua detecção e que podem ser utilizados por diversos profissionais de saúde, assim como a falta de uniformização nos estudos já realizados, este artigo se propõe ao desenvolvimento e a obtenção de evidências de validade e precisão de um instrumento de avaliação do risco de violência contra o idoso, denominado de Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos (EARVI).

MÉTODOS

Amostra

Participaram deste estudo 228 idosos de três cidades da região do Alentejo Central (Portugal), nomeadamente, Vendas Novas, Montemor-o-Novo e Évora. Os participantes apresentaram uma idade média de 75,7 anos ($DP = 6,95$), sendo a maior parte do sexo feminino (59,2%), casada (63,2%), com escolaridade básica (61%) e aposentada (82,9%). A maior parte (50%) relatou que convivia apenas com o(a) companheiro(a). Para o cálculo da amostra considerou-se uma amostra do tipo probabilística com um nível de confiança de 95% e erro amostral de 6,5%.

Instrumentos

Os participantes responderam a um questionário contendo o EARVI e outras duas escalas: o Mini Mental State Examination (MMSE), utilizado para avaliar a capacidade cognitiva dos idosos de modo que pudessem ser incluídos na pesquisa apenas os que não apre-

sentassem déficit cognitivo⁽¹⁹⁾ e o ABUEL, um instrumento de avaliação da violência praticada contra idosos⁽²⁰⁾. O desenvolvimento da EARVI fundamentou-se nos procedimentos preconizados por Pasquali⁽²¹⁾ para a construção de uma escala, composto por procedimentos teóricos, empíricos e analíticos, que são descritos a seguir.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsínquia e aprovada pela Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) com o número de parecer ENT-ACES/2013/1372.

Procedimentos Teóricos

O desenvolvimento do instrumento foi baseado numa revisão bibliográfica dos principais fatores de risco associados à violência contra o idoso, assim como em estudos que abordam o uso de ferramentas que avaliam o risco de violência⁽²²⁻²⁴⁾. A revisão foi realizada nas bases de dados CINAHL, IBECs, PsycInfo, Scielo e Lilacs. Após análise dos estudos que abordam os fatores de risco associados à violência contra o idoso^(1,25-27), fez-se uma busca e análise crítica de ferramentas utilizadas para identificar abuso e negligência nas pessoas mais velhas. Foram também avaliadas as recomendações da OMS⁽²⁸⁾ sobre o tema, procurando constatar os principais itens necessários para avaliação do risco de violência.

Relativamente aos fatores de risco para a violência encontrados nos estudos analisados, a limitação funcional, especificamente a dificuldade na realização das atividades da vida diária (AVD's) é um dos fatores mais descritos^(26,29-31). Os problemas comportamentais^(26,32,33), o estado de saúde do idoso^(29,34) e os problemas cognitivos, em específico, também são descritos como fatores de risco⁽³⁵⁾, assim como a depressão no idoso^(25,35), a solidão⁽²⁵⁾ e o histórico de violência⁽²⁷⁾ no ambiente familiar.

No que se refere às características do cuidador, a sobrecarga é um dos fatores de risco mais associado à violência contra o idoso⁽³²⁾, uma vez que o fato dos cuidadores/familiares se sentirem com um maior encargo relativamente à prestação de cuidados ao idoso pode torná-los potencialmente abusivos. Além disso, a dependência e/ou dificuldade financeira do cuidador⁽³⁴⁾ assim como o abuso de álcool e/ou drogas pelo cuidador^(29,34) também podem estar associados ao risco de violência praticada contra os idosos.

Dessa forma, foi com base numa busca teórica e nos instrumentos "Elder Abuse Screening Test"⁽¹⁵⁾ e Elder Abuse Suspicion Index (EASI)⁽¹¹⁾ que se procedeu a construção de um novo instrumento. Este especifica os principais indicadores que podem ser usados por profissionais de saúde na identificação de idosos em risco de violência ou que tenham sofrido abusos e, dessa forma, facilitar a intervenção. O instrumento aqui proposto foi de-

nominado Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos (EARVI), composta por 21 itens (por exemplo: Já alguém lhe tirou algo que lhe pertença sem o seu consentimento?), sendo os participantes solicitados a informar com que frequência vivenciam as situações descritas, utilizando uma escala de resposta de 4 pontos, variando de “nunca” a “sempre”.

Procedimentos empíricos

Para avaliação do conteúdo, o instrumento inicial foi avaliado por três expertos para uma análise qualitativa e semântica dos itens. Os participantes avaliaram os itens através de uma escala de Likert com respostas que variam do “não compreensível” ao “compreensível”. Uma concordância mínima de 80% dos especialistas, apontando o item como compreensível, foi o critério adotado para retenção do item⁽³⁶⁾. Os itens que apresentaram a resposta “compreensível, mas precisa de alterações” foi considerado e discutido com os expertos e, dessa forma, obteve-se 21 itens.

No seguimento, realizou-se um pré-teste a 25 participantes com idade igual ou superior a 65 anos de modo a verificar a adequação cultural do instrumento e realizar uma análise semântica, ou seja, verificar a percepção e compreensão dos idosos relativamente a cada item. Nesse contexto, verificou-se que todos os itens eram compreensíveis por pessoas com idade maior ou igual a 65 anos e que não possuem défice cognitivo (analisado através do *Mini Mental State Examination*⁽¹⁹⁾). Discutiu-se com os participantes possíveis dúvidas suscitadas e/ou expressões confusas ou ambíguas. Todos os participantes afirmaram compreender os itens e responderam ao questionário em 10 a 15 minutos.

Procedimentos analíticos

Os dados obtidos na fase anterior foram submetidos a análises estatísticas com a finalidade de encontrar evidências de validade fatorial do instrumento. Utilizou-se a análise fatorial exploratória para identificar os principais componentes da Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos. Para avaliar a adequação da amostra para a análise fatorial utilizou-se os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o de esfericidade de Bartlett. O método de extração utilizado foi o dos componentes principais.

Como critério para a retenção dos componentes, adotou-se o valor próprio igual ou maior que 1 (critério de Kaiser), a análise paralela de Horn⁽³⁷⁾ e a interpretabilidade dos componentes extraídos⁽³⁸⁾. O método de rotação utilizado foi o *varimax*. Foi adotado um valor igual ou superior a 0,30 como ponto de corte para a carga fatorial⁽³⁷⁾. Para avaliar a consistência interna da medida, foram utilizados o α de Cronbach, sendo adequados os valores acima de 0,74⁽⁴⁰⁾, e o índice de homogeneidade (correlação média interitens), admitindo valores iguais ou superiores a 0,20⁽⁴¹⁾.

Além disso, as propriedades métricas da escala foram avaliadas através da sensibilidade e da especificidade da escala para vários pontos de corte possíveis, através de pares de sensibilidade e especificidade para cada ponto de corte. Fez-se uma análise dos dados através da comparação com os resultados obtidos na aplicação, nos mesmos participantes, do instrumento *Elder Abuse: A multinational prevalence survey* (ABUEL) que identifica os idosos que efetivamente sofreram ou sofrem violência, possibilitando detectar a relação entre os fatores de risco e a violência sofrida. Para definir o melhor ponto de corte foi utilizada a *receiver operator curve* (ROC), avaliando a eficácia do instrumento através da área abaixo da curva (AUC) ROC e através do *Índice de Youden*, com intervalo de confiança de 95%. Considera-se que a AUC possui um intervalo entre 0,5 e 1,0 e possui maior ajuste quanto maior o seu valor. O *índice de Youden* (J) é igual à sensibilidade mais a especificidade menos um. Este índice tem uma variação entre 0 e 1, com os valores próximos de 1 a indicar a precisão perfeita e o valor 0 a precisão obtida por mero acaso⁽⁴²⁾.

RESULTADOS

As estatísticas iniciais para a adequação da análise fatorial, $KMO= 0,74$ e teste de esfericidade de Bartlett, $\chi^2 (210)= 1049,54$ $p < 0,001$, foram consideradas satisfatórias, permitindo prosseguir com as análises. Uma análise inicial indicou a extração de seis componentes com valores próprios maiores que 1, explicando 55,91% da variância. Todavia, a análise paralela de Horn indicou a extração de quatro componentes que apresentaram valores próprios maiores do que aqueles gerados aleatoriamente. Foi então realizada uma nova análise fatorial fixando a extração de quatro componentes que explicaram conjuntamente 44,84% da variância. Os valores próprios e a variância explicada por cada componente são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Variação total explicada e coeficiente de confiabilidade para cada componente.

Componentes*	Autovalor	Percentual de Variância total explicada	Percentual de Variância explicada acumulada	Alpha (α)
1	3,87	18,45	18,45	0,79
2	2,47	11,77	30,22	0,70
3	1,62	7,69	37,91	0,536
4	1,46	6,93	44,84	0,46

*Componente: 1-Confiança/Segurança nas relações próximas. 2- Isolamento social; 3- Dependência funcional; 4- Segurança financeira.

Todos os itens apresentaram cargas fatoriais acima do ponto de corte, variando entre 0,37 (Componente 4) e 0,82 (Componente 1). Os itens 6, 14 e 18 apresentaram carga fatorial superior a 0,30 em mais de um fator, contudo optamos por manter estes itens, pois eles apresentaram cargas fatoriais consideravelmente mais elevadas nos fatores nos quais foram retidos.

O componente 1 reuniu 8 itens, com cargas fatoriais variando entre 0,82 e 0,44, com conteúdo que diz respeito a relação de confiança e segurança dos idosos com as pessoas mais próximas, sendo denominado de Confiança/Segurança nas relações próximas. O componente 2 reuniu 5 itens, com cargas variando entre 0,76 e 0,61, que estão relacionados com o isolamento, tendo sido denominado de Isolamento social. O componente 3 reuniu 4 itens, com cargas variando entre 0,79 e 0,42, relacionados com a necessidade de ajuda e cuidado, tendo sido denominado de Dependência funcional. Por fim, o componente 4 reuniu 4 itens, com cargas fatoriais variando entre 0,73 e 0,37, que compreende aspectos do relacionamento familiar disfuncional relativamente à situação financeira, sendo denominado de Segurança Financeira. As cargas fatoriais e os respectivos índices de confiabilidade são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Itens retidos em cada componente extraída após rotação varimax.

Itens	Componentes			
	1	2	3	4
20. Sente medo de alguém da sua família? Com que frequência?	0,82	-0,03	0,01	-0,05
21. Tem andado aborrecido (a) porque alguém próximo chamou-lhe nomes ou falou para si de uma forma que o(a) fez sentir envergonhado(a) ou ameaçado(a)? com que frequência?	0,68	0,13	-0,01	-0,08
15. Tem mau relacionamento com alguém da sua família? Com que frequência?	0,66	-0,07	0,06	0,22
3. Sente-se incomodado (a) com alguém da sua família? Com que frequência?	0,65	-0,03	0,08	0,25
14. Houve alguém próximo de si que tenha tentado magoá-la/o ou fazer-lhe mal recentemente? Com que frequência?	0,64	0,10	-0,02	0,34
11. Já alguém a/o forçou a ter relações sexuais contra a sua vontade? Com que frequência?	0,55	0,17	-0,16	-0,24
18. Já alguém o/a esbofeteou ou empurrou? Com que frequência?	0,46	0,14	-0,14	0,35
4. Confia na maioria das pessoas da sua família? Com que frequência?	-0,44	-0,06	-0,10	-0,29
2. Sente-se sozinho(a) com que frequência?	0,03	0,76	0,25	-0,08
17. Tem alguém que se preocupe consigo? Com que frequência?	-0,13	-0,68	0,13	-0,22
10. Tem alguém que o/a ajude quando precisa? Com que frequência?	-0,06	-0,63	0,18	-0,14
6. Sente-se triste com que frequência?	0,11	0,62	0,33	0,05
7. Sente que ninguém quer estar consigo? Com que frequência?	-0,01	0,61	0,11	-0,19
1. Com que frequência precisa de ajuda para realizar suas atividades da vida diária (por exemplo, tomar medicação, preparar refeições, fazer compras)?	-0,01	0,19	0,79	0,09
12. Sente que dá demasiado trabalho a alguém? Com que frequência?	-0,02	0,16	0,75	0,09
16. Há alguém na sua família que a/o obrigue a estar na cama ou que lhe diga que está doente, mesmo quando você sabe que não está? Com que frequência?	-0,01	0,01	0,44	-0,07
9. Há alguém que lhe diga que dá demasiado trabalho? Com que frequência?	0,02	-0,09	0,42	-0,06
19. Alguém próximo de si tentou que o senhor (a) lhe desse dinheiro ou bens materiais? Com que frequência?	0,04	0,10	0,08	0,73
5. Há alguém na sua família que beba muito? Com que frequência?	0,10	0,04	-0,13	0,60
8. Está a ajudar financeiramente alguém? Com que frequência?	0,08	-0,14	0,04	0,45
13. Já alguém lhe tirou algo que lhe pertença sem o seu consentimento? Com que frequência?	0,28	0,22	-0,14	0,37
Alfa de Cronbach	0,79	0,70	0,53	0,46
Correlação média inter-item	0,32	0,32	0,22	0,17

Nota: *1-Confiança/Segurança nas relações próximas. 2- Isolamento social; 3- Dependência funcional; 4- Segurança financeira. As cargas fatoriais em negrito representam os itens que foram retidos em cada componente.

Os componentes 1, 2 e 3 apresentaram ao menos um dos índices de confiabilidade (alfa de Cronbach e correlação média interitem) dentro daqueles recomendados na literatura, embora os componentes 3 e 4 tenham apresentado um alfa abaixo de 0,70. O componente quatro apresentou um valor de alfa abaixo do recomendado, contudo a correlação média inter-item está próxima do ponto de corte de 0,20. Foi ainda calculado um índice de confiabilidade para a escala como um todo, tendo sido obtidos um alfa de Cronbach de 0,74.

Posteriormente, foi realizada uma análise da curva ROC, que indicou o valor crítico maior que 8 como ponto de corte para avaliação do risco de violência contra o idoso (Figura 1) utilizando como padrão-ouro a aplicação de um instrumento de avaliação da violência sofrida por idosos, o *Elder Abuse: A multinational prevalence survey (ABUEL)*.

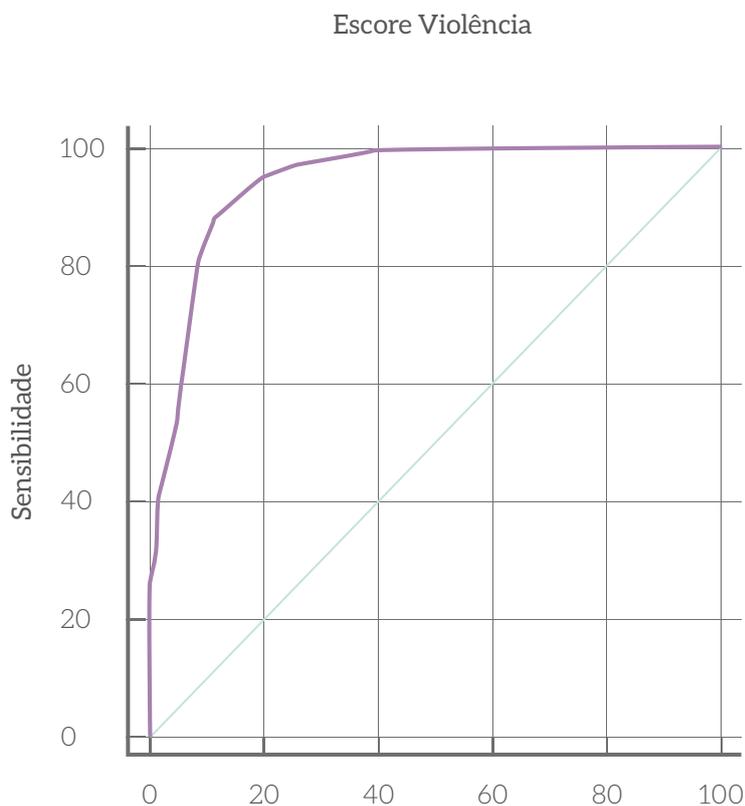


Figura 1 – Elder Abuse: A multinational prevalence survey (ABUEL).

A área sobre a curva foi de 0,944 ($p < 0,001$) com sensibilidade de 88% e especificidade de 88% para o ponto de corte maior que 8 (Tabela 3). O índice de Youden possui valor de 0,77 o que demonstra uma boa precisão do instrumento. Os valores de sensibilidade, especificidade e índice de Youden são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Estimativa de sensibilidade, especificidade e índice de Youden para diferentes pontos de corte para o questionário de avaliação do risco de violência contra o idoso.

Escore	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	Índice de Youden
>5	100,00	59,46	0,59
>6	99,67	74,05	0,74
>7	95,35	80,00	0,75
>8	88,37	88,65	0,77
>9	81,40	91,35	0,73
>10	65,12	93,51	0,59
>11	51,16	95,68	0,46

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos apontam que a EARVI apresenta evidências iniciais satisfatórias de validade fatorial e confiabilidade, podendo ser utilizada por profissionais da área da saúde e assistência social na identificação de fatores de risco relacionados à violência contra idosos.

Em relação ao número de fatores obtidos, optamos por seguir o método da análise paralela de Horn⁽³⁷⁾, o qual se tem mostrado mais recomendado na literatura⁽³⁸⁾, resultando na extração de quatro componentes. Os resultados apontaram que os quatro componentes extraídos puderam ser adequadamente interpretados. Os componentes encontrados estão relacionados a circunstâncias consideradas correlatas da presença de maus-tratos, a exemplo do isolamento social. Como encontrado em outro estudo, a identificação dos correlatos de abuso deve ser o maior interesse no desenvolvimento de um instrumento, uma vez que estes podem estar presentes antes do abuso ocorrer⁽¹⁵⁾. Dessa forma, as componentes obtidas foram denominadas como: Confiança/Segurança nas relações próximas (Componente 1), Isolamento social (Componente 2), Dependência funcional (Componente 3) e Segurança financeira (Componente 4).

Quanto ao primeiro componente, Confiança/Segurança nas relações próximas, o sentimento de confiança e segurança dos idosos relativamente àqueles que lhes são próximos é resultante do tipo de relação existente entre o idoso e aqueles com os quais convive. Um estudo coreano, por exemplo, constatou que as pessoas mais velhas que afirmam ter uma relação "muito ruim" com os membros da família são mais propensas a serem abusadas, em comparação com aqueles que informaram ter uma boa relação⁽⁴³⁾. Dessa forma, é possível que as relações conflituosas entre idosos e familiares ocorram em função da coabitação, já que viver num mesmo domicílio pode tanto proporcionar maior troca nas relações entre os membros da família, estimulando a solidariedade e ajuda, como também gerar conflitos, levando a maus-tratos domésticos⁽⁴⁴⁾.

Nesse contexto, as formas de violência contra o idoso podem advir do conflito de interesses intergeracional. O fato de o idoso ser considerado, na sociedade, um sujeito improdutivo, dependente sob vários aspectos (econômico, familiar, de saúde), e obsoleto do ponto de vista cultural (aquele que não acompanha as novas formas de atitude e de visão de mundo), torna-o um ser marginalizado, excluído dos acontecimentos despertando nos mais jovens um posicionamento negativo em relação a esse⁽⁴⁵⁾.

No que concerne às características de dependência funcional, encontradas no segundo componente, várias investigações anteriores constataram sua relação com a violência contra os idosos^(46,47). Uma explicação para esta associação é que o declínio físico do idoso pode diminuir sua capacidade de defender-se ou escapar de uma situação potencialmente abusiva⁽⁴⁸⁾. Como encontrado no segundo componente, itens relacionados à dependência do idoso em relação a outras pessoas para a realização de atividades da vida diária mostrou-se importante na avaliação da violência. Neste âmbito, as pessoas mais velhas que sofrem de algum processo patológico que os deixam com alguma dependência funcional tornam-se vulneráveis a situações de maus-tratos praticados por membros da família, cuidadores ou pessoas próximas.

O terceiro componente agrupou itens relacionados ao isolamento social. Esse, em conjunto com sentimentos de solidão, podem refletir ainda mais a vulnerabilidade e dependência dos mais velhos, o que pode dar origem a condições que contribuem significativamente para o risco de maus-tratos⁽⁴⁹⁾. Como encontrado na literatura, o isolamento social pode estar associado especificamente ao abuso psicológico e à negligência, demonstrando que a falta de apoio, principalmente de uma pessoa de confiança, é um fator de risco para a violência contra os idosos⁽³⁵⁾. Nesse contexto, os idosos que não socializam regularmente são mais propensos a serem vítimas de violência do que aqueles que se socializam de forma consistente com amigos e/ou familiares⁽⁵⁰⁾.

Relativamente ao último componente, alguns estudos têm indicado que a exploração fi-

nanceira é uma das formas mais comuns de maus-tratos praticados contra os mais velhos, estando relacionada com outras formas de violência⁽⁵¹⁾. Trata-se de uma experiência perturbadora que pode trazer para o idoso um cotidiano caracterizado pelo medo, falta de confiança e, no início, ansiedade aguda e crônica⁽⁵²⁾. Dessa forma, o quarto componente encontrado possui itens relacionados à exploração financeira que muitas vezes é praticada por familiares que dependem economicamente dos idosos e coabitam com esses.

Além disso, chamou-nos atenção o fato do item que aborda a dependência do álcool por parte do agressor encontrar-se nesse componente. No entanto, alguns estudos demonstram que certas características do agressor podem contribuir para a exploração financeira, a exemplo do abuso de álcool e/ou drogas, saúde mental, vícios em jogos de aposta e problemas financeiros⁽⁵³⁾. Logo, detectar a exploração financeira precoce apresenta uma oportunidade para intervenção, protegendo os ativos financeiros da vítima e possivelmente prevenindo danos físicos e perda de independência⁽⁵⁴⁾.

No que se refere à confiabilidade da escala, todos os fatores apresentaram valores iguais ou acima do recomendado ao menos em um dos indicadores, o alfa de Cronbach ou a correlação média interitem. No entanto, dois fatores apresentaram valores de alfa abaixo daqueles recomendados. Apesar da ampla literatura científica a respeito das aplicações do coeficiente alfa de Cronbach nas diversas áreas do conhecimento, ainda não existe um consenso entre os pesquisadores acerca do valor deste coeficiente na interpretação da confiabilidade de um questionário⁽⁵⁵⁾. Ou seja, não há um limite mínimo definido; um limite inferior geralmente aceito para o α é de 0,70, apesar de poder diminuir para 0,60 em pesquisas exploratórias^(56,57). Dessa forma, a confiabilidade calculada a partir do alfa de Cronbach ($\alpha=0,74$) para o instrumento composto por 21 itens está dentro dos limites propostos como critério para estudos de natureza exploratória. Ademais, o alfa de Cronbach tende a ser um estimador conservador da confiabilidade de uma medida, pelo que, a verdadeira estimativa de confiabilidade tem baixa probabilidade de ser menor e elevada probabilidade de ser maior do que o valor reportado⁽⁵⁸⁾. Além disso, as características do construto e da amostra empregadas também podem afetá-lo, pois fenômenos que apresentam pouca variabilidade de resposta tendem a apresentar valores abaixo dos comumente recomendados⁽⁵⁹⁾.

Ademais, ao compararmos a estrutura fatorial da escala proposta nesse trabalho (EARVI) com outras já adaptadas para o português, a exemplo do HS-EAST⁽⁵⁸⁾, observamos que a EARVI apresenta fatores com melhores indicadores de consistência interna. A escala HS-EAST ao ser adaptada para o Brasil, foram identificados três fatores (abuso potencial, violação dos direitos pessoais e características de vulnerabilidade) que obtiveram, alfas de Cronbach de 0,53, 0,49 e 0,26, respectivamente⁽⁶⁰⁾. Para a escala total, o alfa obtido foi

de 0,64⁽⁶⁰⁾. A EARVI apresentou indicadores de consistência interna, tanto para a escala como um todo, quanto para os fatores, superiores aos índices de confiabilidade encontrados em estudos que utilizaram o HS-EAST^(9,60) e dentro do limite considerado aceitável para a análise da confiabilidade de uma medida.

A aplicação simultânea da EARVI, que avalia situações de risco de violência, com o ABUEL, que identifica os idosos que sofrem violência, possibilitou a análise da capacidade discriminante da EARVI, permitindo identificar um ponto de corte na pontuação da escala que indique maior propensão dos idosos a sofrerem violência. A área abaixo da curva ROC tem sido um dos índices mais utilizados para sumariar a "qualidade" da curva^(61,62). Ou seja, a área sobre a curva ROC é uma medida do desempenho do instrumento e o valor obtido na análise (0,934; $p < 0,001$) indica um desempenho satisfatório. Nesse contexto, os valores da sensibilidade e especificidade demonstram que 88% dos indivíduos serão identificados como verdadeiros positivos (estão em risco de sofrer violência) e 88% serão identificados como verdadeiros negativos (não possuem risco de sofrer violência). Em comparação com o Elder Abuse Suspicion Index (EASI), que apresentou uma sensibilidade de 0,47 e uma especificidade de 0,7514, obteve-se um melhor resultado. Portanto, esses dados indicam que a EARVI também apresenta validade de critério positiva⁽⁶³⁾, à medida que, ao identificar os fatores de risco de violência contra idosos, ela consegue prever com alto grau de precisão (88%) os idosos que sofrem ou não violência.

A maioria das ferramentas de rastreio existente tem sensibilidade adequada, mas especificidade baixa^(10,11,64). Em caso de baixa especificidade, existe um risco substancial para a identificação de falsos positivos de abuso⁽²³⁾; ou seja, a análise poderá destacar um número considerável de indivíduos suspeitos de sofrerem abuso e considerados de alto risco que, na verdade, não estão enfrentando qualquer abuso. Como consequência, pode-se ter um desconforto e estresse para os profissionais, para os serviços de proteção e para os idosos e familiares no acompanhamento dos casos mal classificados. Por outro lado, nos instrumentos que têm mostrado sensibilidade razoável, o risco de um falso negativo em não identificar uma pessoa que realmente sofre violência também é possível. Isso pode resultar em uma falha do profissional em não considerar a possibilidade de violência em encontros posteriores⁽²³⁾.

A Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos (EARVI) mostrou uma boa sensibilidade e especificidade o que facilita uma boa classificação dos indivíduos que sofrem ou não risco de abuso. No entanto, de forma complementar os profissionais devem trabalhar numa equipe multiprofissional de modo a ter informações mais aprofundadas do idoso, afim de que se tenha uma melhor identificação dos indivíduos que necessitam de acompanhamento e intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos (EARVI) apresentou evidências psicométricas iniciais de validade fatorial, de critério e consistência interna satisfatórias, uma vez que apresentou índice de confiabilidade dentro do valor esperado e 4 fatores com itens apresentando cargas fatoriais aceitáveis. Além disso, apresentou boa sensibilidade e especificidade, facilitando a classificação de forma correta dos indivíduos que sofrem ou não risco de abuso, indicando que a escala apresenta validade de critério. Apesar dos resultados obtidos, se faz necessário que a estrutura fatorial obtida seja testada em amostras mais amplas de idosos, buscando replicar os resultados aqui observados, através de uma abordagem confirmatória, com amostras de contextos e localidades com maior diversidade de participantes de modo a verificar se o padrão de cargas fatoriais e número de fatores persistem. Outros estudos que avaliem de forma mais extensa os parâmetros de validade e precisão da escala também se fazem necessários testando, por exemplo, sua validade convergente e discriminante com outras medidas relacionadas a esse tema.

Todavia, em virtude dos valores obtidos, a versão ora apresenta do instrumento para a avaliação do risco de violência contra o idoso, pode ser empregada em idosos que não tenha déficit cognitivo. Seu uso também é facilitado por se tratar de um instrumento curto e de fácil aplicação. Além disso, devido à clareza e/ou objetividade dos itens, é pertinente que seja utilizado em idosos com os mais variados níveis de escolaridade.

REFERÊNCIAS

1. Wang JJ, Lin MF, Tseng HF, Chang WY. Caregiver factors contributing to psychological elder abuse behavior in long-term care facilities: a structural equation model approach. *Int Psychogeriatr* 2009 Apr; 21(2):314-20.
2. Cadmus EO, Owoaje ET. Prevalence and Correlates of Elder Abuse Among Older Women in Rural and Urban Communities in South Western Nigeria. *Health Care for Women International* 2012; 33:973-984.
3. Rosen AL. Where Mental Health and Elder Abuse Intersect. *Journal of the American Society on Aging* 2014; 38(3): 75-79.

4. Collins KA. Elder Maltreatment: a review. *Archives of pathology & Laboratory Medicine* [Internet]. 2006 [acesso em 20 de nov 2015]; 130:1290-96. Disponível em: <http://www.archivesofpathology.org/doi/pdf/10.1043/1543-2165%282006%29130%5B1290%3AEMAR%5D2.0.CO%3B2>
5. Minayo MCS. Violência contra a pessoa idosa: o direito pelo avesso. In M. Papaléo Netto (Ed.), *Tratado de gerontologia* (2ed, pp 99-210). 2007; São Paulo: Atheneu.
6. Organização Mundial de Saúde. A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf
7. Paixão JR CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 [acesso em 25 out 2015]; 22 (6): 1137-1149. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600003.
8. Fulmer T, Street S, Carr K. Abuse of the elderly: Screening and detection. *Journal of Emergency Nursing*. 1984; 10(3): 131-140.
9. Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, *et al.* Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. *J Appl Gerontol* 1991;10:406-15.
10. Reis M, Nahmiash D. Validation of the caregiver abuse screen (CASE). *Can J Aging*. 1995; 14: 45-60.
11. Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. 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*. 2008; 20(3): 276-300.
12. Florêncio MVL, Grossi PK. Instrumentos quantitativos validados para identificação/rastreamento de violência contra a pessoa idosa. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 687-704, 2014.
13. Ejaz FK, Bass DM, Anetzberger GJ, Nagpaul K. Evaluating the Ohio elder abuse and domestic violence in late life screening tools and referral protocol. *J Elder Abuse Negl* [internet]. 2001 [acesso em 15 dez 2015]; 13: 39-57. Disponível em: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J084v13n02_04
14. Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician*. 2012; 58(12):1336-1340.

15. 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.
16. Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 1990; 322:1207-14.
17. Bass DM, Anetzberger GJ, Ejaz FK, Nagpaul K. Screening tools and referral protocol for stopping abuse against older Ohioans: a guide for service providers. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2001; 13:23-8.
18. Lachs MS. Preaching to the unconverted: educating physicians about elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 1995; 4:1-12.
19. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research* [Internet]. 1975 [acesso em 19 dez 2015]; 12: 189-198. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>
20. Soares JJF, Barros H, Torres-Gonzales F, Ioannidi-Kapolou E, Lamura G, Lindert J *et al*. Abuse and Health: among elderly in Europe. Kaunas, 2010 [acesso em 02 de jan 2016]. Disponível em: <http://www.hig.se/download/18.3984f2ed12e6a7b4c3580003555/ABUEL.pdf>
21. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes; 2003.
22. Fulmer T, Wetle T. Elder abuse screening and intervention. *Nurse Practitioner*. 1986; 11(5): 33-8.
23. Cohen M. Screening Tools for the Identification of Elder Abuse. *JCOM* 2011 June; 18 (6): 261-270.
24. Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *Am Fam Physician* 2014 Mar; 89(6):453-460.
25. Dong X, Simon MA. Health and aging in a Chinese population: Urban and rural disparities. *Gerontology and Geriatrics International* [Internet]. 2010 [acesso em 20 out 2015]; 10: 85-93. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20102387>.
26. Post L, Page C, Conner T, Prokhorov A, Fang Y, Biroscak BJ. Elder Abuse in Long-Term Care: Types, Patterns, and Risk Factors. *Research on Aging* May [Internet]. 2010 [acesso em 22 de nov 2015]; 32: 323-348. Disponível em: <http://roa.sagepub.com/content/32/3/323.abstract>

27. Yan E, Chan KL. Prevalence and correlates of intimate partner violence among older Chinese couples in Hong Kong. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2012 Sep [acesso em 2 nov 2015]; 24(9): 1437-46. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22452872>.
28. Organização Mundial de Saúde. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf
29. Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereniguez JE, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; 49: 132-37.
30. Schiamberg LB, Oehmke J, Zhang Z, Barboza GE, Griffore R, Von Heydrich L, Post LA, Weatherill RP, Mastin T. Physical Abuse of Older Adults in Nursing Homes: A Random Sample Survey of Adults With an Elderly Family Member in a Nursing Home. *Journal of Elder Abuse & Neglect* [Internet]. 2012 [acesso em 29 de nov 2015]; 24(1): 65-83. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22206513>.
31. Dong X, Simon MA, Evans D. Decline in physical function and risk of elder abuse reported to social services in a community-dwelling population of older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012; 60: 1922-28.
32. Yan E, Kwok T. Abuse of older Chinese with dementia by family caregivers: an inquiry into the role of caregiver burden. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011 May; 26(5):527-35.
33. Schiamberg LB, Barboza GG, Oehmke J, Zhang Z, Griffore RJ, Weatherill RP, Von Heydrich L, Post LA. Elder abuse in Nursing Homes: an Ecological Perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect* [Internet]. 2011 [acesso em 13 nov 2015]; 23(2): 190-211. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21462050>
34. Von Heydrich L, Schiamberg L.B, Chee G. Social-relational risk factors for predicting elder physical abuse: an ecological bi-focal model. *Int J Aging Hum Dev* [Internet]. 2012 [acesso em 21 dez 2015]; 75(1):71-94. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23115914>
35. Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, Lopez-Pousa S, Juvunya D, Vila A, Vilalta-Franch J. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of the American Geriatrics Society* [Internet]. 2009 [acesso 14 dez 2015]; 57: 815-22.
36. Pasquali L. *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. 1ª ed. Brasília: LabPAM/IBAPP; 1999.

37. Horn J L. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika* [Internet]. 1965 [acesso em 12 out 2015]; 30: 179-185. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02289447>.
38. Garson, G. D. *Factor Analysis*. Asheboro: Statistical Publishing Associates; 2013.
39. Matsunaga, M. How to factor-analyze your data right: Do's, don't's, and how-to's. *International Journal of Psychology Research*. 2010; 3: 97-110.
40. Nunnally JC. *Teoría psicométrica*. México, DF: Trillas; 1991.
41. Clark LA, Watson D. Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*. 1995; 7: 309-319.
42. Schisterman EF, Perkins NJ, Liu A, Bondell H. Optimal cut-point and its corresponding Youden Index to discriminate individuals using pooled blood samples. *Epidemiology*. 2005; 16 (1):73-81.
43. Oh J, Kim H, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2006 [acesso em 13 nov 2015]; 43(2): 203-214. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15913631>
44. Camarano AA, Ghaouri SKE. *Famílias com idosos: ninhos vazios? Texto para discussão 950*. Rio de Janeiro: IPEA; 2003.
45. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet], 2003 jun [acesso em 10 dez 2015]; 19:783-791. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15881.pdf>
46. Podnieks, E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect* [Internet]. 1993 [acesso em 18 nov 2015]; 4(1/2): 5-58. Disponível em: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J084v04n01_02
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. *The Gerontologist* [Internet]. 1997 [acesso 20 out 2015]; 37(4): 469-474. Disponível em: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/37/4/469.full.pdf>
48. Lachs MS, Pillemer K. Elder Abuse. *Lancet* [Internet], 2004 Oct 2-8 [acesso 12 nov 2015]; 364 (9441): 1263-72. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15464188>.
49. Dong X, Simon MA, Gorbien M. Elder abuse and neglect in an urban Chinese population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2007; 19(3-4): 79-96

50. Vandecar-Burdin T, Payne BK. Risk factors for victimization of younger and older persons: Assessing differences in isolation, intra-individual characteristics, and health factors. *Journal of Criminal Justice*. 2010; 38(2): 160-65.
51. Price T, King PS, Dillard RL, Bulot JJ. Elder Financial Exploitation: Implications for Future Policy and Research in Elder Mistreatment. *West J Emerg Med*. 2011 Jul; 12(3): 354-356.
52. Graycar A, James M. Crime and Older Australians: understanding and responding to crime and older people in: *Family Futures: Issues in Research and Policy*, 7th Australian Institute of Family Studies Conference. 2000 24-26 July; Sydney, Canberra ACT: Australian Institute of Criminology.
53. Bagshaw D, Wendt S, Zannettino L, Adams V. Financial Abuse of Older People by Family Members: Views and Experiences of Older Australians and their Family Members. *Australian Social Work*. 2013; 66(1): 86-103.
54. Conrad KJ, Iris M, Ridings JW. Conceptualizing and Measuring Financial Exploitation and Psychological Abuse of Elderly Individuals. National Criminal Justice Reference Service [Internet]. 2009. [acesso em 19 nov 2015]. Disponível em: <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/228632.pdf>
55. Hora HRM, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*. 2010; 11(2):85-103.
56. Hair Junior F, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman, 2005. 600p.
57. Santos JRA. Cronbach's Alpha: A Tool for Assessing the Reliability of Scales. *Journal of Extension* [Internet]. 1999 [acesso em 18 de out 2015]; 37(2). Disponível em: <http://www.joe.org/joe/1999april/tt3.php?ref>.
58. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? *Questões antigas e soluções modernas*. *Laboratório de Psicologia*. 2006; 4: 65-90.
59. Rodriguez CR, Maeda Y. Meta-analysis of coefficient alpha. *Psychological Methods*. 2006; 11: 306-322.
60. Reichenheim ME, Paixão Jr CM, Moraes CL. 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. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em 11 de out 2015]; 24(8): 1801-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000800009&script=sci_abstract&tlng=es

61. Hanley JA, McNeil BJ. The Meaning and Use of the Area under a Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve. *Radiology*. 1982; 143 :29-36.
62. Swets, J. A. *Signal Detection Theory and ROC Analysis in Psychology and Diagnostics: Collected Papers*. New Jersey: LEA; 1996.
63. Pasquali, L. Validade dos Testes Psicológicos: Será Possível Reencontrar o Caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2007; 23:99-107.
64. Cohen M, Halevi-Levin S, Gagin R, Friedman G. Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *J Aging Health*. 2006; 18:660-85.

Correspondência: fdmlima@gmail.com