



Evidências psicométricas da adaptação transcultural do *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS) para detecção de violência contra idosos

Psychometric evidence of the transcultural adaptation of the Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) for the detection of violence against the elderly

Rodrigo da Silva Maia¹
Eulália Maria Chaves Maia²

Resumo

Objetivo: Apresentar evidências psicométricas preliminares da adaptação transcultural da *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS). **Método:** Estudo transversal e analítico. Os passos para adaptação transcultural verificaram a equivalência conceitual e de itens, a semântica e a de mensuração. Para a verificação de equivalência de mensuração e dos dados psicométricos do estudo participou uma amostra de 30 e 66 idosos, respectivamente. Para as análises dos resultados foi utilizada estatística descritiva e inferencial (KR-20, Teste *t* de Student, correlação de Pearson, ANOVA univariada e o índice Kappa de Fleiss). **Resultados:** Verificou-se que a idade dos participantes variou entre 60 e 84 anos, prevalecendo respondentes idosos (n=38). O valor do KR-20 para o *score* geral do instrumento foi de 0,688. Os valores encontrados para as quatro dimensões propostas pelos autores do estudo foram 0,528, 0,289, 0,552 e 0,303, respectivamente. Apenas os valores das subescalas Vulnerabilidade e Coerção mostraram-se aproximados aos do estudo original (0,550 e 0,390). **Conclusão:** Ressalta-se que os valores de consistência interna encontrados no presente estudo variaram de moderados a bons, indicando que os resultados são satisfatórios ainda que iniciais.

Palavras-chave: Violência. Idoso. Maus-Tratos ao Idoso. Questionário. Psicometria.

Abstract

Objective: to present preliminary psychometric evidence of the cross-cultural adaptation of the Vulnerability Abuse Screening Scale. **Method:** A study transversal and analytical. The steps of cultural adaptation verified conceptual, item, semantic and measurement equivalence. For measurement equivalence and verification of the psychometric data of the study samples of 30 and 66 elderly persons, respectively, were used. Descriptive and inferential statistics (KR-20, T-Student Test, Pearson correlation, univariate ANOVA and the Fleiss' Kappa Index) were used for analysis of results. **Results:** It was found that the age of the participants ranged between 60 and 84 years, with a majority of older women participants (n=38). The KR-20 value for the overall score of the instrument was 0.688.

Keywords: Violence. Elderly. Elder Abuse. Questionnaire. Psychometrics.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro Universitário FACEX – UNIFACEX. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programas de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCSA) e Psicologia (PPGPSI). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

The values for the four dimensions proposed by the authors of the instrument were 0.528, 0.289, 0.552 and 0.303, respectively. Only the values of the subscales Vulnerability and Coercion proved to be close to those of the original study (0.550 and 0.390). *Conclusion:* The internal consistency values found in the present study ranged from moderate to good, indicating that the results were satisfactory, despite being initial findings.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno vivenciado mundialmente. Associado a esse crescente envelhecimento populacional existe, em contrapartida, a necessidade de garantir oportunidades de saúde, participação social e segurança de modo continuado ao longo da vida, com o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à atenção integral ao idoso. Essas devem vir a assisti-los no âmbito da seguridade social, previdência, saúde, educação e todos os outros direitos fundamentais prezados pelas legislações pertinentes¹. No entanto, sabe-se que a atenção integral à pessoa idosa não vem sendo garantida, especialmente em decorrência de contextos de maus-tratos e violências contra essa população.

A violência é crescente mundialmente, permeando, de modo expressivo, as relações interpessoais e entre grupos. Enquanto constructo socialmente construído, sistêmico, subjetivo e deflagrador das contradições sociais, a violência necessita ser compreendida em sua expressão e impactos sobre quem por ela é acometido. A Organização Mundial de Saúde (OMS) promulgou a classificação que vem sendo amplamente utilizada pelos serviços de atenção à pessoa idosa^{2,3}, segundo a qual a violência contra a pessoa idosa pode ser classificada como violência física, psicológica ou emocional – dentre as quais se inclui a violência verbal – sexual, econômica ou financeira, negligência e autonegligência⁴.

Ademais, apesar de ser um fenômeno em ascensão, que ganha visibilidade social e na mídia, ainda se tem encontrado dificuldades no rastreamento, na identificação e na prevenção da violência. Os motivos que se relacionam à dificuldade no rastreamento, interdição da informação e problemas na denúncia e que são elencados na literatura como principais agentes que geram a subnotificação da violência, destacam-se o grau de proximidade e/ou parentesco do agressor com a vítima ou as relações de dependência afetivo-

emocional, de cuidado ou financeira, que existem na relação vítima-agressor, por exemplo^{3,5}.

Destaca-se que a violência contra o idoso, comumente, só é verificada quando a denúncia é efetivada, constatando-se o ocorrido através de exames que aferem, em demasia, apenas sinais e indícios físicos de maus-tratos. Não contemplam-se, por sua vez, elementos que sugiram indícios de violências de outros tipos, tais como psicológica, financeira e/ou abandono e negligência, por exemplo.

Uma vez que é perceptível a insuficiência de instrumentos disponibilizados em português para a detecção de violência doméstica contra os idosos, parece oportuno e proeminente disponibilizar e adaptar versões lusófonas de ferramentas advindas de programas de investigação consistentes⁶. Um dos programas notadamente reconhecido pela elaboração de um instrumento de rastreamento da violência⁷⁻⁹ gerou a *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS), a partir dos estudos desenvolvidos por Schofield et al.¹⁰ e por Schofield e Mishra¹¹, na realidade da Austrália, e que será objeto da proposta aqui estruturada.

O instrumento VASS foi elaborado a partir de modificações do *Hwalek-Sengstock Abuse Screening Test Elder*. A VASS contém 12 itens dicotômicos que, através do autorrelato do idoso, constata o risco à violência doméstica. A obtenção dos dados toma como referência a percepção que o idoso tem sobre situações do cotidiano que pode indicar que o mesmo pode estar sendo vítima de violência. A pontuação da escala é obtida com o somatório dos valores atribuídos a cada uma das respostas afirmativas, exceto para os itens 4, 5 e 6, que pontuam em caso de resposta negativa.

Os itens buscam identificar o fenômeno a partir de quatro domínios, a saber: vulnerabilidade (itens nº 01 ao nº 03), dependência (nº 04 ao nº 06), desânimo (nº 07 ao nº 09) e coerção (item nº 10 ao nº 12). Esses, por sua vez, tentam explicar quatro

das seis classificações da OMS: as violências física, psicológica, financeira e a negligência. Sendo assim, a VASS trata-se de um instrumento de rastreio breve de abuso contra a pessoa idosa, que pode ser utilizado em contextos clínicos e domiciliares, objetivando a constatação do risco de violência.

Os estudos das evidências psicométricas, de validade e precisão, foram examinadas em um processo de pesquisa longitudinal¹¹. Os achados psicométricos do instrumento em questão mostraram-se satisfatórios e adequados para sua adaptabilidade a outros contextos culturais⁶.

Diante disto, o presente trabalho teve como objetivo apresentar evidências psicométricas preliminares da adaptação transcultural da *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS), que investiga risco de violência doméstica contra o idoso. Enquanto objetivos específicos objetivou-se iniciar a equivalência de mensuração da versão brasileira, investigando: a) evidências de validade baseada na estrutura interna da versão brasileira do instrumento, por meio da análise da consistência interna desta versão comparando com o instrumento original; b) evidências de validade aparente ou de face, utilizando-se da mensuração de concordância estatística na avaliação de juízes; c) fazer uma avaliação inicial de aspectos relacionados às evidências de validade baseadas nas correlações (padrões de convergência) e diferenciações (padrões discriminantes) com variáveis estudadas.

MÉTODO

Estudo com delineamento metodológico, transversal e analítico. Os passos para adaptação transcultural seguiram referência proposta por Herdman et al.^{12,13}, bem como se utilizou de proposições metodológicas de outros autores quanto à adaptação, como Beaton et al.¹⁴ e Guillemin et al.¹⁵ Esse modelo é baseado na apreciação de diferentes tipos de equivalência, a saber: equivalência conceitual e de itens, semântica, operacional e de mensuração e tem sido amplamente difundido pelo país, em especial, na pesquisa com idosos¹⁶. Dados acerca das subetapas de equivalência conceitual e de itens e equivalência semântica podem ser vistas em publicação recente¹⁷.

Equivalência operacional

Com relação à subetapa da equivalência operacional, que diz respeito à realização de um pré-teste da versão síntese proposta, buscou-se avaliar o grau de compreensão e aceitabilidade da versão brasileira do instrumento para o grupo de juízes expertises participante das etapas anteriores, formados por pós-graduandos em Psicologia, conhecedores do método de adaptação transcultural, bem como versados em temáticas da gerontologia, desenvolvimento humano e estudos de validação de instrumentos, bem como com um grupo de idosos. Buscando o cumprimento dessa etapa, foi escolhida uma população de idosos com diferentes características sociais, econômicas e educacionais para participar, de modo que pudesse ser confirmada uma versão-síntese final ou revista e, assim, se alcançasse a formatação final do instrumento adaptado.

Equivalência de mensuração

Em seguida, foi dado início à equivalência de mensuração, ainda que parcial do instrumento. Nessa etapa, investigou-se em uma população maior de idosos evidências psicométricas preliminares do instrumento, verificando evidências de validade deste, de modo que fossem verificadas, estatisticamente, a consistência interna e evidências de validade preliminares.

Amostra

As amostras de idosos das duas etapas foram independentes, ou seja, os idosos participantes da etapa de equivalência operacional foram diferentes dos idosos participantes da etapa de mensuração. Esses foram selecionados por conveniência em serviços de saúde, assistência social e da sociedade civil organizada. Todos localizados na região metropolitana do município de Natal, RN. Para a definição dos participantes que compuseram a amostra das etapas anteriores, destaca-se que, para a etapa do pré-teste, considerou-se a sugestão de autores de referência da proposta de Adaptação Transcultural, sendo essa de 30 a 40 participantes¹⁴,

para delimitar a amostra participante da etapa de equivalência operacional do estudo. Diante disto, 30 idosos participaram deste estudo.

Já para a etapa da equivalência de mensuração, seguiu-se a proposta de cinco respondentes, em média, por item¹⁸. No caso do estudo aqui empreendido, a amostra dessa etapa totalizaria 60 sujeitos. Em termos práticos, pesquisou-se um total de 66 idosos, adicionando 10% do valor acima sugerido. Em ambas as etapas supracitadas, foram incluídos na amostra aqueles idosos com 60 anos ou mais de idade que consentissem, livre e de maneira esclarecida, participar desta investigação e que apresentassem suas funções mentais preservadas. Foram excluídos das etapas do estudo aqueles idosos que não atendessem aos critérios anteriormente elencados e que eventualmente interrompessem a entrevista por mostrarem-se mobilizados emocionalmente pela temática estudada.

Coleta dos dados, protocolos e instrumentos

Os dados foram coletados mediante entrevista. Para tanto, participaram do processo dois entrevistadores previamente treinados, com formação de nível superior em Psicologia. Os dados da etapa de equivalência operacional foram coletados no período de novembro a dezembro de 2014. Já os dados obtidos à equivalência de mensuração foram obtidos nos meses de janeiro e fevereiro de 2015. O estudo foi realizado em Unidades de Saúde, da Assistência Social e da Sociedade Civil Organizada, localizados na Região Metropolitana do município de Natal, RN.

Foram utilizados como protocolos os seguintes instrumentos: a) Questionário sociodemográfico, que investigou dados como idade, sexo, naturalidade, escolaridade/tempo de estudo, estado civil, religião, além de características clínicas de saúde, bem como a autoavaliação da percepção dos relacionamentos interpessoais; b) O Miniexame do Estado Mental (MEEM), para rastreamento de comprometimento cognitivo, já que esse instrumento é projetado para uma avaliação clínica rápida e prática do estado cognitivo de pacientes geriátricos, exclusivo para aplicação dos critérios de inclusão no estudo; c) VASS.

Análise dos dados

No que tange a análise dos dados, para a avaliação dos juízes do painel de especialistas, bem como os idosos, quanto a compreensão e aceitabilidade dos itens, para além do consenso, utilizou-se a mensuração do Kappa de Fleiss (k), que avalia a confiabilidade do acordo na avaliação entre juízes e mensuram a validade aparente ou de face do instrumento. A interpretação do coeficiente Kappa pode ser classificada como: a) concordância quase perfeita, quando os valores estão entre 0,81 e 1,00; b) concordância substancial, quando estão entre 0,61 e 0,80; c) concordância moderada entre 0,41 e 0,60; d) concordância fraca ou pequena entre 0,21 e 0,40; e) concordância leve entre 0,0 e 0,20; d) nenhuma correlação quando forem menores do que zero (0), indicando ausência de acordo¹⁹.

Os dados obtidos nas entrevistas foram categorizados e analisados através de estatística descritiva, especialmente no que tange a medidas de frequência, porcentagens, tendência central e dispersão, objetivando a caracterização da amostra participante e os demais resultados quantitativos. Executou-se, em se tratando de itens dicotômicos, a análise da consistência interna através do coeficiente de confiabilidade de Kuder-Richardson (KR-20), para avaliar consistência interna do instrumento. Aplicou-se ainda a estatística inferencial, para verificar padrões discriminantes e de convergência dos dados estudados entre si fazendo-se uso, respectivamente, do teste t de Student, a ANOVA univariada e a correlação de Pearson, os quais foram escolhidos a partir da verificação da normalidade dos dados, com auxílio do Teste de Shapiro-Wilk. Para efetuar as análises aqui empreendidas, contou-se com o auxílio de *softwares* informatizados para tratamento estatístico. O valor da significância estatística adotado foi igual ou menor que 0,05 ($p \leq 0,05$).

Aspectos éticos

O estudo foi realizado após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) (nº 97.186/2012; CAAE: 05563712.8.0000.5537), sendo solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A equivalência operacional mostrou-se satisfatória, com verificação de uma aceitabilidade de 92,5% pela população idosa estudada, um total de 30 idosos, com idade entre 60 e 81 [Média (M): 68,07; desvio-padrão (dp): 5,687] anos. A confiabilidade da concordância entre os juízes das etapas foi de 0,625 (juízes expertises não idosos) e 0,585 (juízes idosos), respectivamente. Em geral, os resultados apresentados mostraram-se aceitáveis, com valores que variaram de moderados a altos e sugerem de validade aparente ou de face do instrumento.

Quanto à etapa da equivalência de mensuração, verificou-se que a idade dos participantes variou

entre 60 e 84 anos, prevalecendo respondentes idosas (n=38), representando 57,6% da amostra estudada. O número de pessoas que compartilhavam a residência com o idoso variou de uma a sete pessoas (M: 4,32; dp: 1,511). Os domicílios que os idosos residiam tinham, em média, de quatro a nove cômodos (M: 5,80; dp: 0,980). Os demais dados sociodemográficos podem ser visualizados na Tabela 1. Quanto aos dados de saúde, sobre os aspectos relacionados à internação, quedas e incapacidades da população de idosos estudada podem ser vistos na Tabela 2. Dados referentes a avaliação da percepção do relacionamento com diferentes pessoas do seu entorno social, podem ser visualizados na Tabela 3.

Tabela 1. Dados sociodemográficos da população de idosos pesquisados. Natal, RN, 2015.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	28	(57,6)
Feminino	38	(42,4)
Faixa etária		
60 a 64	18	(27,3)
65 a 69	14	(21,2)
70 a 74	8	(12,1)
75 a 79	15	(22,7)
≥80	11	(16,7)
Distrito		
Norte	15	(22,7)
Leste	19	(28,8)
Oeste	9	(13,6)
Sul	9	(13,6)
Interior	14	(21,2)
Estado civil		
Solteiro	1	(1,5)
Casado	45	(68,2)
Viúvo	18	(27,3)
Divorciado	2	(3,0)
Nível de escolarização		
Nunca estudou	13	(19,7)
Fundamental (Completo ou não)	33	(50,0)
Médio (Completo ou não)	14	(21,2)
Superior (Completo ou não)	6	(9,1)

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	n	%
Fica sozinho(a) a maior parte do dia?		
Sim	14	(21,2)
Não	52	(78,8)
Recebe aposentadoria, benefício e/ou pensão?		
Sim	54	(81,8)
Não	12	(18,2)
Renda familiar (salário mínimo)		
Até 1	3	(4,5)
Entre 1 e 6	39	(59,1)
Mais de 6	24	(36,4)

Elaborado pelos autores.

Tabela 2. Aspectos relacionados à internação, quedas e incapacidades da população de idosos estudada. Natal, RN, 2015.

Aspectos	n	%
Esteve internado(a) nos últimos 12 meses?		
Sim	6	(9,1)
Não	60	(90,9)
Sofreu quedas nos últimos 12 meses?		
Sim	10	(15,2)
Não	56	(84,8)
Deixou de realizar atividades habituais nos últimos 15 dias por motivo de saúde?		
Sim	9	(13,6)
Não	57	(86,4)
Permaneceu acamado(a) nos últimos 15 dias?		
Sim	9	(13,6)
Não	57	(86,4)
Motivo da internação, de ter ficado acamado e/ou deixado de realizar alguma atividade por motivo de saúde.		
Não se aplica	50	(75,8)
Problemas respiratórios	11	(16,7)
Doenças e/ou problemas osteomusculares, cardiovasculares e/ou causas externas	5	(7,6)

Elaborado pelos autores.

Tabela 3. Avaliação da percepção do relacionamento com diferentes pessoas do seu entorno social. Natal, RN, 2015.

Variáveis	n	%
Relacionamento com companheiro		
Não tem	21	(31,8)
Ruim	8	(12,1)
Regular	21	(31,8)
Bom	16	(24,2)
Relacionamento com filhos		
Não tem	1	(1,5)
Ruim	27	(40,9)
Regular	29	(43,9)
Bom	9	(13,6)
Relacionamento com netos		
Não tem	3	(4,5)
Ruim	13	(19,7)
Regular	32	(48,5)
Bom	18	(27,3)
Relacionamento com demais pessoas que residem no domicílio		
Não tem	28	(42,4)
Ruim	26	(39,4)
Regular	10	(15,2)
Bom	2	(3,0)

Elaborado pelos autores.

Observou-se uma variância mínima de zero e máxima de 10 pontos (M: 3,71; dp: 2,404) no valor do *escore* total da VASS. Ao tomar-se como referência os valores do *escore* conforme os estudos internacionais, verifica-se uma prevalência de 13,6% de idosos com *escores* que podem indicar risco a violência.

O valor do KR-20 para o *escore* geral do instrumento foi de 0,688 (Tabela 4). Os valores do KR-20 encontrados para as quatro subescalas propostas pelos autores foram 0,528, 0,289, 0,552 e 0,303, respectivamente. Apenas os valores de consistência interna das subescalas Vulnerabilidade e Coerção mostraram-se aproximados aos encontrados no estudo original, a saber, 0,550 e 0,390, respectivamente.

Verificou-se que com a retirada dos itens nº 04, nº 06 e nº 10, houve aumento do índice de consistência interna da escala total. Já quanto aos valores da consistência interna das subescalas, percebeu-se que

apenas com a retirada dos itens nº 09, referente à escala que dimensiona o *desânimo*, e nº 12, item da subescala *coerção*, é que houve acréscimo nesses valores.

No que tange a verificação de propriedades psicométricas, verificou-se padrões discriminante dos itens e de variáveis externas com relação aos valores do *escore* total da VASS, com auxílio do Teste *t* de Student para verificar se há diferença no *escore* total da VASS entre algumas variáveis demográficas e sociais, dentre as quais destacam-se o sexo, permanecer sozinho durante a maior parte do dia, ocorrência de internação hospitalar, entre outras variáveis. Variáveis como sexo, ficar sozinho(a) a maior parte do dia, receber aposentadoria, benefício e/ou pensão, internações nos últimos 12 meses, ter estado acamado nos últimos 15 dias, assim como os itens nº 01, 03, 06, 07 e 09 não demonstraram diferenças significativas no *escore* total da escala. Já as demais foram significativas, conforme mostra a Tabela 5.

Tabela 4. Confiabilidade: consistência interna da versão brasileira do instrumento *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS). Natal, RN, 2015.

Escala	Item	Consistência interna		Subescalas	Item	Consistência interna	
		KR-20 (IC 95%)	KR-20 (k-1)			KR-20 (IC 95%)	KR-20 (k-1)
Total		0,688 (0,670)		Vulnerabilidade		0,548 (0,526)	
Do item nº 01 ao 06	01		0,632	Dependência	01		0,536
	02		0,647		02		0,335
	03		0,641		03		0,417
							0,289 (0,252)
	04		0,707 ^s		04		0,161
	05		0,667		05		0,104
Do item nº 07 ao 12	06		0,698 ^s	Desânimo	06		0,244
		0,518					0,552 (0,538)
	07		0,673		07		0,305
	08		0,647		08		0,252
	09		0,638		09		0,694
							0,303 (0,288)
Do item nº 10 ao 12	10		0,696 ^s	Coerção	10		0,035
	11		0,681		11		0,061
	12		0,682		12		0,509
		0,485					

Elaborado pelos autores.

Tabela 5. Média da *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS) e significância da sua diferença entre as variáveis estudadas. Natal, RN, 2015.

Variável	n	%	Média VASS (dp)	t (p)
Sofreu quedas nos últimos 12 meses?				3,010 (p=0,004)
Sim	10	(15,2)	5,70 (±2,983)	
Não	56	(84,8)	3,36 (±2,127)	
Deixou de realizar atividades habituais nos últimos 15 dias por motivo de saúde?				2,244 (p=0,028)
Sim	9	(13,6)	5,33 (±3,122)	
Não	57	(86,4)	3,46 (±2,196)	
Item nº 02				6,003 (p=0,000)
Sim	10	(15,2)	7,10 (±1,729)	
Não	56	(84,8)	3,11 (±1,970)	
Item nº 04				2,271 (p=0,026)
Sim	47	(71,2)	4,74 (±2,023)	
Não	19	(28,8)	3,30 (±2,440)	
Item nº 05				4,589 (p=0,000)
Sim	19	(28,8)	5,58 (±2,090)	
Não	47	(71,2)	2,96 (±2,105)	

continua

Continuação da Tabela 5

Variável	n	%	Média VASS (dp)	t (p)
Item nº 08				5,990 (p=0,000)
Sim	11	(16,7)	6,91 (±1,814)	
Não	55	(83,3)	3,07 (±1,961)	
Item nº 10				2,704 (p=0,009)
Sim	16	(24,2)	5,06 (±2,594)	
Não	50	(75,8)	3,28 (±2,195)	
Item nº 11				3,441 (p=0,001)
Sim	13	(19,7)	5,62 (±2,534)	
Não	53	(80,3)	3,25 (±2,147)	
Item nº 12				3,264 (p=0,002)
Sim	11	(16,7)	5,73 (±2,573)	
Não	55	(83,3)	3,31 (±2,176)	

Elaborado pelos autores.

Verificou-se ainda evidências de validade convergente dos itens e variáveis externas com relação ao *escore* total da escala, que podem ser visualizadas na Tabela 5. Foram ainda empreendidas correlações de Pearson, para verificar a covariância dos dados de cada um dos itens do instrumento

com o *escore* total da VASS. Como esperado, à medida que se pontua positivamente nos itens da escala há uma tendência no aumento significativo do *escore* total da mesma ($p < 0,05$), com exceção ao item nº 06, que não apresentou esse comportamento (Tabela 6).

Tabela 6. Resultado das correlações significativas entre variáveis sociodemográficas, as subescalas e os itens do instrumento com o *escore* total da *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS). Natal, RN, 2015.

Correlação	<i>Escore</i> total da VASS	
	Coefficiente	p
Faixa etária	0,259	0,036
Escolaridade	-0,366	0,003
Sofreu quedas nos últimos 12 meses?	-0,281	0,022
Item nº 01	0,704	0,000
Item nº 02	0,543	0,000
Item nº 03	0,635	0,000
Item nº 04	0,298	0,015
Item nº 05	0,489	0,000
Item nº 07	0,459	0,000
Item nº 08	0,538	0,000
Item nº 09	0,689	0,000
Item nº 10	0,298	0,015
Item nº 11	0,359	0,003
Item nº 12	0,349	0,004
Vulnerabilidade	0,883	0,000
Dependência	0,573	0,000
Desânimo	0,777	0,000
Coerção	0,532	0,000

Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

A concordância das avaliações empreendidas durante a etapa da equivalência semântica, verificada com o auxílio do Kappa de Fleiss foi de 0,625 e 0,585, o que indica concordância substancial e moderada, respectivamente, entre os juízes¹⁹. Os resultados apresentados da adaptação transcultural da VASS mostraram-se satisfatórios, indicando validade aparente do instrumento, que nos sinaliza que aparentemente o instrumento é satisfatório para mensurar o que ele propõe²⁰.

Na etapa de equivalência de mensuração, observou-se uma variância mínima de 0 e máxima de 10 pontos (média=3,71; dp=2,404) no valor do *score* total da VASS. Ao tomar-se como referência os valores do *score* conforme os estudos internacionais, verifica-se uma prevalência de 13,6% de idosos com *scores* que podem indicar risco a violência. A prevalência aqui encontrada é baixa se comparada aos estudos internacionais citados, que variam de 15% a 35%²¹⁻²⁵. Essa prevalência está na média encontrada em estudos nacionais, que variam de 10% a 21%²⁶⁻²⁸.

Como destacam Streiner e Norman, valores de consistência interna da grandeza dos encontrados neste estudo, que evidenciam consistência interna de moderada a boa, são corriqueiros em se tratando de instrumentos de rastreio breve. Valores superiores aos mensurados no presente estudo apenas seriam obtidos com o acréscimo de itens ao instrumento²⁹. Já Urbina assinala que estimativas abaixo de 0,70 podem sugerir que o *score* derivado do teste pode não ser muito confiável³⁰. Diante disso, pode-se inferir que o aumento dos índices de consistência interna em função da retirada de um item pode indicar que o mesmo pode não ser preciso para mensurar o constructo pretendido.

O resultado apresentado anteriormente (Tabela 3) parece indicar que os itens com resultados significativos (nº 02, 04, 05, 08, 10, 11 e 12) apresentam maior sensibilidade para a apreensão do fenômeno. Por outro lado, a não significância da diferença dos *scores* com relação aos cinco outros itens (nº 01, 03, 06, 07 e 09) pode indicar o inverso (Tabela 1).

Para Cohen, esses resultados fazem ressaltar o cuidado do entrevistador com os falsos resultados negativos ou positivos que pode haver dentre os

respondentes a escala de triagem em questão, em especial, devido ao número de itens da escala. O autor conclui que esse tipo de ferramenta deve ser utilizada com parcimônia e apenas como um passo preliminar na triagem e identificação de casos que mereçam uma investigação aprofundada^{7,8}.

Como esperado, à medida que se pontua positivamente nos itens da escala há uma tendência no aumento significativo do *score* total da mesma, com exceção ao item nº 06, que não apresentou esse comportamento. Com relação às subescalas e o *score* total, verifica-se o mesmo comportamento. Esse comportamento de covariância é lógico e esperado. Contudo, os baixos valores das correlações ou a inexistência desta, exceto entre os itens nº 01, 03 e 09, ressalta a preocupação que se deve dar aos resultados da escala quanto à possibilidade de falsos resultados negativos e/ou positivos^{7,8}.

Destaca-se que as quedas mostraram-se correlacionadas, ainda que de forma bastante fraca, negativamente com o *score*. Tal comportamento destoa do que sugere a literatura, uma vez que as quedas têm se mostrado relacionadas com o fenômeno da violência e/ou maus-tratos contra idosos³¹.

A principal limitação do estudo é a falta de um instrumento padrão-ouro para testar a fidedignidade, sensibilidade e especificidade do instrumento em questão. Apesar dessa limitação, a adaptação transcultural e a verificação de propriedades psicométricas preliminares do instrumento de uma medida de autorrelato que afere indicativo de violência doméstica contra o idoso tem sua relevância e foi satisfatória.

CONCLUSÃO

Destaca-se que esses são resultados preliminares, uma vez que após a verificação da adequabilidade e de padrões psicométricos iniciais acerca do uso do instrumento para a população idosa, ainda há de se dar continuidade à etapa concernente à verificação de propriedades psicométricas robustas do instrumento^{32,33}, que indiquem, por exemplo, evidências de fidedignidade em situação de teste-reteste, validade de constructo e de critério. Ressalta-se que os valores de consistência interna encontrados no presente estudo variaram de

moderados a bons, indicando que os resultados são satisfatórios ainda que iniciais. Por fim, destaca-se que, quando o instrumento em questão for futuramente disponibilizado para uso na prática, este não deve ser utilizado por si só na investigação

da violência contra o idoso. É necessário que ele esteja contextualizado e componha um protocolo de avaliação, que reúna diversos procedimentos, instrumentos e tecnologias para auxiliar na detecção da violência contra a pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* [Internet] 2009 [acesso em 20 mai 2015];43(3):548-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009005000025&script=sci_arttext
2. Correia TMP, Leal MCC, Marques APO, Salgado APO, Melo HMA. Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet] 2012 [acesso em 25 mai 2015];15(3):529-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000300013&script=sci_arttext
3. Gaioli CCLO, Rodrigues RAP. Ocorrência de maus tratos em idosos no domicílio. *Rev Latinoam Enferm* [Internet] 2008 [acesso em 25 mai 2015]; 16(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_21.pdf
4. Organização Mundial de Saúde. Missing voices: views of older persons on elder abuse. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/missing_voices/en/
5. Sanches APRA, Lebrão ML, Duarte YAO. Violência contra idosos: uma questão nova? *Saúde Soc* [Internet] 2008 [acesso em 20 mai 2015];17(3):90-100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000300010&script=sci_arttext
6. 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 mai 2015];22(6):1137-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600003
7. Cohen M. Screening Tools for the Identification of Elder Abuse. *J Clin Outcomes Manag* [Internet] 2011 [acesso em 26 mai 2015];18(6):1-11. Disponível em: http://turner-white.com/pdf/jcom_jun11_abuse.pdf
8. Cohen M. The process of validation of a three-dimensional model for the identification of abuse in older adults. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet] 2013 [acesso em 26 mai 2015];57(3):243-49. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494313001064>
9. Florência MVDL, Grossi PK. Instrumentos quantitativos validados para a identificação/rastreamento de violência contra a pessoa idosa. *Estud Interdiscip Envelhec* [Internet] 2014 [acesso em 26 mai 2015];19(3):1-18. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/46195/33293>
10. Schofield MJ, Reynolds R, Mishra SD, Pawers JR, Dobson AJ. Screening for vulnerability to abuse among older women: women's health Australia study. *J Appl Gerontol* [Internet] 2002 [acesso em 20 mai 2015];21(1):24-39. Disponível em: <http://jag.sagepub.com/content/21/1/24.short>
11. Schofield MJ, Mishra GD. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *Gerontologist* [Internet] 2003 [acesso em 20 mai 2015];43(1):110-20. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12604752>
12. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res* [Internet] 1997 [acesso em 25 mai 2015];6(3):24-39. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1026410721664>
13. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* [Internet] 1998 [acesso em 25 mai 2015];7(4):323-35. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1024985930536>
14. Beaton DE, Bombadier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* [Internet] 2000 [acesso em 27 mai 2015];25(24):3186-91. Disponível em: <http://www.emgo.nl/kc/preparation/research%20design/vragenlijsten/Beaton.pdf>
15. Guillemin F, Bombadier C, Beaton DE. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* [Internet] 2003 [acesso em 25 mai 2015];46(12):1417-32. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8263569

16. Maia RSM, Torres RA, Oliveira JGA, Maia EMC. Adaptação transcultural de instrumentos para idosos no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Estud Interdiscip Envelhec* [Internet] 2014 [acesso em 26 mai 2015];19(2):359-76. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/43903/32751>
17. Maia RSM, Maia EMC. Adaptação transcultural para o português (Brasil) da Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) para rastreamento da violência contra idosos. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2014 [acesso em 26 mai 2015]; 30(7):1379-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701379&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
18. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise Multivariada de Dados*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
19. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* [Internet] 1977 [acesso em 25 mai 2015];33(1):159-74. Disponível em: http://www.jstor.org/stable/2529310?seq=1#page_scan_tab_contents
20. Pasquali L. *Psicometria*. *Rev Esc Enferm USP* [Internet] 2009 [acesso em 25 mai 2015];43(n. Esp):992-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>
21. Dong XQ, Simon MA. Is Greater Social Support a Protective Factor against Elder Mistreatment? *Gerontology* [Internet] 2008 [acesso em 25 mai 2015];54(6):361-8. Disponível em: <http://www.karger.com/Article/Pdf/143228>
22. Dong XQ, Simon MA. Gender Variations in the levels of Social Support and Risk of Elder Mistreatment in a chinese community population. *J Appl Gerontol* [Internet] 2010 [acesso em 25 mai 2015];29(6):720-39. Disponível em: <http://jag.sagepub.com/content/29/6/720.full.pdf+html>
23. Dong XQ, Simon MA. Is Impairment in Physical Function Associated with Increased Risk of Elder Mistreatment? Findings from a Community-Dwelling Chinese Population. *Public Health Rep* [Internet] 2010 [acesso em 25 mai 2015];125(5):743-53. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2925012/>
24. Dong XQ, Beck T, Simon MA. The associations of gender, depression and elder mistreatment in a community-dwelling Chinese population: the modifying effect of social support. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet] 2010 [acesso em 25 mai 2015];50(2):202-8. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016749430900082X#>
25. Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and Disability Outcomes of Self-Reported Elder Abuse: A 12-Year Prospective Investigation. *J Am Geriatr Soc* [Internet] 2013 [acesso em 20 mai 2015];61(5):679-85. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23590291>
26. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, Eskinazi FMV, Duque AM. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2012 [acesso em 25 mai 2015];17(8):2199-2208. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800030
27. Apratto Jr PC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2010 [acesso em 27 mai 2015];15(6):2983-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600037&script=sci_arttext
28. Moraes CL, Apratto Jr PC, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2008 [acesso em 25 mai 2015];24(10):2289-2300. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001000010&script=sci_arttext
29. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 2 ed. Oxford: Oxford University Press; 1995.
30. Urbina S. *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
31. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2008 [acesso em 20 mai 2015];13(4):1265-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000400023&script=sci_arttext
32. Almeida ST, Stobäus CD, Resende TL. Adaptação transcultural do Selection, Optimization and Compensation questionnaire (SOC) para aplicação a idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet] 2013 [acesso em 12 jun 2015];16(2):221-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000200003&lng=pt
33. Ramos LMBC, Rocha M, Gomes I, Schwanke CHA. Tradução e adaptação cultural do APQ - Aging Perceptions Questionnaire para a língua portuguesa brasileira. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet] 2012 [acesso em 12 jun 2015];15(2):233-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000200006&lng=pt

Recebido: 18/06/2015

Revisado: 28/01/2016

Aprovado: 11/11/2016