

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO *WHO VAW* EM IDOSOS BRASILEIROS

Ana Luísa Patrão¹✉, Vicente Paulo Alves², & Tiago Neiva³

¹Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; Salvador, Brasil; ²Universidade Católica de Brasília; Brasília, Brasil

RESUMO: O presente trabalho analisa as propriedades psicométricas do Questionário do estudo *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW), numa amostra gerontológica brasileira. Participaram nesta investigação 144 idosos (M idade=69,34; DP =6,61), usuários/utentes da Unidade Básica de Saúde da Granja do Torto (Brasília). A análise fatorial em componentes principais resultou em três fatores: violência emocional, violência física e violência sexual. O WHO VAW apresentou elevados níveis de consistência interna nesta amostra (alfa de *Cronbach* de 0,91 para a escala total, 0,86 para a violência emocional, 0,90 para a violência física e 0,86 para a violência sexual). Em termos de validade convergente, o WHO VAW apresentou correlações estatisticamente significativas com instrumentos que avaliam variáveis psicossociais associadas, tais como a depressão ($r= 0,20$; $p < 0,005$) e a auto-eficácia geral ($r= -0,23$; $p < 0,001$). Assim, o WHO VAW apresenta-se como um importante instrumento no âmbito da avaliação psicológica e da promoção da saúde em idosos brasileiros.

Palavras-Chave: violência conjugal, WHO VAW, propriedades psicométricas, idosos

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF WHO VAW IN BRAZILIAN ELDERLY

ABSTRACT: This paper analyzes the psychometric properties of the *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW) questionnaire study, in a Brazilian gerontological sample. Participated in this study 144 elderly (M age=69.34; SD =6.61), patients of Basic Health Unit of Granja do Torto (Brasília). The exploratory principal components factor analysis yielded three factors: emotional violence, physical violence, and sexual violence. The WHO VAW scores presented high internal consistency in this sample (*Cronbach Alpha* 0.91 for total scale, 0.86 for emotional violence, 0.90 for physical violence and 0.86 for sexual violence). In terms of convergent validity, WHO VAW presented significant correlations with other instruments that evaluate associated psychosocial variables, such as depression ($r= 0.20$; $p < 0.005$) and general self-efficacy ($r= -0.23$; $p < 0.001$). So, the WHO VAW is an important instrument in terms of research and intervention within the framework of psychological assessment and the promotion of Brazilian elderly.

Keywords: conjugal violence, WHO VAW, psychometric properties, elderly

Recebido em 27 de Maio de 2015/ Aceite em 09 de Junho de 2016

✉ Rua Basílio da Gama, s/n – Canela, Salvador - BA, 40110-040, Brasil. E-mail: lisptrao@gmail.com

A violência conjugal é um fenómeno social grave que se expressa de várias formas: abuso psicológico/emocional, abuso físico e abuso sexual (Lamoglia & Minayo, 2009; Schraiber & Oliveira, 1999). Trata-se de uma violação dos direitos humanos, com importante repercussão sobre a saúde e a produtividade económica, o que tornou este tipo de violência vastamente discutido e investigado na área da saúde, em todo o mundo (Gomes & Erdmann, 2014). Tanto mulheres como homens são atingidos pela violência conjugal, no entanto, devido a especificidades de género, esta é vivida de forma diferenciada. Em situações de violência conjugal, os homens também são agredidos pelas mulheres, mas com frequência, crueldade e gravidade menor do que as mulheres (Organização Mundial de Saúde – OMS, 2002). Por isso é que, de um modo geral, existem muito poucos estudos que estimam as prevalências das diversas situações de violência não fatal sobre os homens (Schraiber, Barros, Couto, Figueiredo, & Albuquerque, 2012). A violência conjugal ocorre entre casais de todas as classes sociais, raças, idades, etnias e orientação sexual e, embora os motivos que a desencadeiam sejam os mais variados, a sua raiz está na desigualdade das relações de género (Lamoglia & Minayo, 2009).

A violência conjugal é um problema social e de saúde com contornos extensos e problemáticos, em todas as sociedades mundiais (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - APAV, 2006) e uma das maiores preocupações em termos de saúde pública (Schafer, Caetano, & Clarck, 1998). As pessoas que vivem experiências de violência apresentam mais problemas de saúde, que vão desde lesões físicas, como hematomas, até problemas psicoemocionais, tais como depressão e ideação suicida (Junior & Moraes, 2010; Miranda, Paula, & Bordin, 2010). Os estudos acerca das consequências da violência conjugal em geral, e na saúde especificamente, são, desde os primeiros estudos, mais abundantes no que se refere à mulher enquanto vítima, do que em relação ao homem (Giffin, 1994). Estes estudos revelam que, em termos de consequências fatais para a saúde, a violência de género pode terminar em homicídio ou suicídio; relativamente às consequências não fatais, as consequências podem revelar-se a curto, médio e longo prazo e vão desde doenças sexualmente transmissíveis (DST), a lesões, doença pélvica inflamatória, gravidez indesejada, aborto espontâneo, dor pélvica crónica, dor de cabeça, problemas ginecológicos, abuso de drogas/álcool, até comportamentos danosos à saúde como o tabagismo (Heise, 1994). O impacto da violência na saúde (da mulher) envolve ainda indicadores pouco específicos, tais como má saúde geral, má qualidade de vida e uso frequente dos serviços de saúde (Campbell, 2002; Langhinrichsen-Rohling, 2005).

No que se refere particularmente à violência conjugal entre idosos e às suas consequências na saúde, os estudos acerca deste tema ainda são muito escassos. Os poucos estudos existentes recaem, sobretudo e mais uma vez, sobre o problema da violência sobre a mulher enquanto vítima. Neste âmbito, um estudo de Stöckl e Penhale (2014) revela que, em comparação com um grupo de mulheres jovens (em idade reprodutiva), as mulheres idosas são igualmente vítimas de violência por parte do parceiro. Adicionalmente, os autores constataram que todas as formas de violência (emocional, física e sexual) associaram-se significativamente a sintomas de saúde, tais como mal-estar gastrointestinal, sintomas psicossomáticos e problemas pélvicos. Straka e Montminy (2006) são da opinião de que as mulheres vítimas de violência são um grupo invisível, porque caem no intervalo entre duas formas de violência: a violência contra o idoso (motivada pelo preconceito face ao envelhecimento) e a violência doméstica (devido a desigualdades de género). A verdade é que a primeira tem sido mais abordada do que a segunda e, nesse seguimento, as autoras são da opinião de que é necessário dar uma resposta colaborativa entre estas duas dimensões contra a violência na terceira idade. É necessário explorar mais a realidade da violência conjugal na terceira idade.

No Brasil ainda há uma grande escassez de estudos profundos e longitudinais acerca das consequências da violência na saúde (Miranda, Paula, & Bordin, 2010). Quando se trata de abordar a violência conjugal na população idosa especificamente, esses estudos são praticamente

PROPRIEDADES DO QUESTIONÁRIO WHO VAW EM IDOSOS

inexistentes. Assim, encoraja-se a realização de estudos consistentes nesta área. No entanto, para tal, primeiramente, é necessário possuir instrumentos adequados capazes de mensurar o fenómeno da violência de forma rigorosa. O questionário do estudo *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW) é um valioso instrumento nesse sentido, na medida em que avalia a violência entre parceiros de forma viável e fiável. Até ao momento não são conhecidos estudos sobre a validação do WHO VAW em amostras gerontológicas no Brasil. Neste seguimento e dada a importância da avaliação da violência e seu impacto na saúde na terceira idade, é objetivo do presente trabalho avaliar as propriedades psicométricas do questionário do estudo *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW) numa amostra de idosos brasileiros.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo possui um carácter consecutivo e contou com um total de 144 participantes idosos (com idade igual ou superior a 65 anos), usuários/utentes da Unidade Básica de Saúde da Granja do Torto (Brasília). No quadro 1 apresentam-se as principais características sociodemográficas da amostra.

Quadro 1.

Caracterização Sociodemográfica da Amostra (n=144)

Variável	N	%
Idade (Média)	69,34	
<hr/>		
Sexo		
Masculino	60	41,7
Feminino	84	58,3
<hr/>		
Grau Escolaridade		
Nenhum	17	11,8
1-3 Anos	31	21,5
4-7 Anos	35	24,3
8 ou + Anos	61	42,4
<hr/>		
Estado Conjugal		
Solteiro	6	4,2
Casado ou União	100	69,4
Divorciado/Separado	11	7,6
Viúvo	27	18,8
<hr/>		
Situação Profissional		
Empregado	16	11,1
Não Empregado	128	88,9

Material

O WHO VAW foi criado pela equipe Multi-Países da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo o Brasil, na figura da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, também participado nesta produção (OMS, 2000). Trata-se de um instrumento de treze itens, que avalia a violência conjugal de forma global, mas também de forma específica: violência emocional (quatro itens), violência física (seis itens), e violência sexual (três itens) (OMS, 2000; Schraiber et al., 2010). Embora o instrumento continue a ser alusivo à população feminina, este questionário tem sido amplamente utilizado em população masculina e mista e a sua utilização em homens tem-se revelado altamente pertinente e adequada, como se apresentará de seguida. No estudo de validação internacional do instrumento, o Brasil participou com amostras aleatórias e representativas de mulheres de duas zonas do país. Neste estudo de Schraiber et al. (2010) participaram mulheres com idades compreendidas entre os 15-49 anos, com parceiros íntimos, residentes na cidade de São Paulo ($n=940$) e na Zona da Mata de Pernambuco ($n=1188$). Realizou-se análise fatorial exploratória das perguntas sobre os diferentes tipos de violência (quatro psicológicas, seis físicas e três sexuais), com rotação *varimax* e criação de três fatores. Calculou-se o alfa de *Cronbach* para análise da consistência interna. Os resultados deste estudo confirmaram a solução fatorial de três fatores, no entanto, variaram de ordem de uma zona para a outra. Para São Paulo, o primeiro fator foi determinado pela violência física, o segundo pela sexual e o terceiro pela psicológica. Para a Zona da Mata, o primeiro fator foi composto pela violência psicológica, o segundo pela física e o terceiro pela sexual. Os coeficientes alfa de *Cronbach* foram de 0,88 em São Paulo e 0,89 na Zona da Mata. Neste estudo não foram analisados os alfa de *Cronbach* das subescalas do instrumento. Em suma, o WHO VAW apresentou características psicométricas adequadas no estudo de validação brasileiro, com uma amostra feminina muito alargada e heterogênea. Este fato encoraja a sua utilização em outros contextos nacionais. Na Suécia, Nybergh, Taft e Krantz (2013) avaliaram o questionário com uma amostra de 624 mulheres, sendo os valores alfa de *Cronbach* os seguintes: 0,79 para a escala de violência emocional, 0,80 para a escala de violência física, 0,72 para a escala de violência sexual, e 0,88 para o valor total da escala. Através de outro estudo, os mesmos autores (Nybergh, Taft & Krantz, 2012) analisaram as propriedades psicométricas do WHO VAW numa amostra exclusivamente masculina ($n=458$), tendo os resultados revelado valores alfa de *Cronbach* de 0,74 para a escala emocional, 0,86 para a física, 0,82 para a sexual, e 0,88 para o total da escala. Em ambos os estudos confirmou-se a multifatorialidade (três fatores) do instrumento. Quer a escala total, quer as suas sub-escalas revelaram valores de validade e de fidelidade adequados para a utilização da escala tanto em mulheres como em homens. No que se refere a estudos de validação, não foram encontradas investigações brasileiras com população masculina ou mista, no entanto, o instrumento tem sido utilizado também em homens, quer enquanto vítimas, quer enquanto perpetradores (Albuquerque, Barros & Schraiber, 2013; Schraiber et al., 2012), revelando resultados relevantes numa área pouco explorada. Em termos de validade convergente, os estudos de validação do WHO VAW encontrados e analisados até então não revelam dados a esse nível. No entanto, vários estudos apontam para uma forte associação entre a violência e outros problemas de saúde, nomeadamente mentais, tais como sofrimento mental e uso de drogas (Albuquerque et al., 2013) e ainda depressão e ideação suicida (Junior & Moraes, 2010; Miranda et al., 2010).

A versão do WHO VAW utilizada neste estudo é a brasileira de Schraiber et al. (2010). Em termos de procedimentos de resposta, ao contrário da versão brasileira de validação, que questiona acerca da frequência dos atos de violência, no presente trabalho foi questionado apenas se os acontecimentos ocorreram (sim/não) com o parceiro atual. Esta alteração deveu-se ao fato de se

PROPRIEDADES DO QUESTIONÁRIO WHO VAW EM IDOSOS

considerar que uma versão mais simples da escala se tornaria mais compreensível e adequada para a amostra gerontológica em estudo. É possível obter o valor total de violência conjugal, que resulta da soma dos valores de todos os itens, mas também o valor específico de cada sub-escala, através da soma dos itens relativos a cada uma. Quanto maior é o valor obtido, maior é o nível de violência vivida. São exemplos de itens da escala aqueles que se seguem: “depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas” “deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você” e “forçou-o (a) a uma prática sexual degradante ou humilhante”. Com o objetivo de avaliar a validade convergente do WHO VAW, correlacionou-se o valor do mesmo com a escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (Randloff, 1977) (alfa de *Cronbach* = 0,87), e a escala de auto-eficácia geral (Schwarzer & Jerusalem, 2000) (alfa de *Cronbach* = 0,91), dado tratar-se de variáveis psicológicas relevantes no âmbito do estudo da violência conjugal.

Procedimentos

O presente trabalho, relativo à análise das propriedades psicométricas do WHO VAW, é parte de um estudo mais amplo que teve como objetivo identificar os preditores psicológicos e sociais associados aos comportamentos de saúde em idosos.

A amostra foi recrutada através dos registos médicos da Unidade Básica de Saúde da Granja do Torto (Brasília), de acordo com os seguintes critérios de inclusão: (1) ter idade igual ou superior a 65 anos, e (2) estar psicologicamente capaz de responder ao questionário por entrevista. O questionário foi aplicado por entrevistadores devidamente treinados (estudantes de medicina da Universidade Católica de Brasília) no próprio domicílio dos participantes, após serem abordados na Unidade Básica de Saúde pelo médico responsável e terem concordado participar no estudo. Todos os participantes tiveram conhecimento da finalidade da investigação e a questão da confidencialidade dos dados foi devidamente esclarecida, bem como o caráter voluntário da participação. Aos idosos que concordaram participar na investigação, foi dado a ler e a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Adicionalmente, o estudo foi devidamente autorizado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília e pela Prefeitura da Granja do Torto.

Os dados da investigação foram analisados com o auxílio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0. Primeiramente, realizaram-se cálculos de estatística descritiva com todos os itens do questionário. Posteriormente, foi verificada a estrutura dimensional do instrumento por meio da análise fatorial exploratória e cálculo dos índices de confiabilidade alfa de *Cronbach* para os itens da escala. Por fim, com a finalidade de avaliar a validade do instrumento, realizaram-se procedimentos de correlação de *Spearman* entre o WHO VAW e variáveis psicossociais associadas como é a sintomatologia depressiva e a auto-eficácia geral.

RESULTADOS

Fidelidade

A consistência interna do questionário foi avaliada através do calculado do alfa de *Cronbach* para os valores totais e das suas sub-escalas, tal como se pode verificar nos quadros 2 e 3.

Quadro 2.*Resultados da análise de consistência interna do total do WHO VAW- 13 Itens (n=144)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach α se o item for eliminado
1. Insultou-a (o) ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma (o).	0,56	0,92
2. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas.	0,70	0,91
3. Fez coisas para assustá-la (o) ou intimidá-la (o) de propósito (ex: a forma como ele (a) olha, como grita, como quebra coisas).	0,75	0,91
4. Ameaçou machucá-la (o) ou alguém de quem você gosta.	0,75	0,91
5. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la (o).	0,80	0,90
6. Empurrou-a (o) ou deu-lhe um tranco/chacoalhão.	0,73	0,91
7. Machucou-a (o) com um soco ou com algum objeto.	0,82	0,90
8. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você.	0,73	0,91
9. Estrangulou ou queimou você de propósito.	0,43	0,92
10. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de	0,66	0,91

PROPRIEDADES DO QUESTIONÁRIO WHO VAW EM IDOSOS

arma contra você.		
11. Forçou-a (o) fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria.	0,61	0,91
12. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele/ela pudesse fazer.	0,69	0,91
13. Forçou-a (o) a uma prática sexual degradante ou humilhante.	0,46	0,92
Alfa total da escala = 0,91		

A análise da consistência interna para o WHO VAW demonstra que este possui um coeficiente alfa elevado (0,91), com a correlação dos itens a variar entre 0,43 e 0,82.

Quadro 3.

Resultados da análise de consistência interna das Sub-Escalas do WHO VAW (n=144)

Itens	Correlação do item com o total da escala	Cronbach α se o item for eliminado
Violência Emocional		
1. Insultou-a (o) ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma (o).	0,68	0,84
2. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas.	0,79	0,78
3. Fez coisas para assustá-la (o) ou intimidá-la (o) de propósito (ex: a forma como ele (a) olha, como grita, como quebra coisas).	0,72	0,81
4. Ameaçou machucá-la (o) ou alguém de quem você	0,67	0,84

gosta.		
Alfa Total da Sub-Escala		0,86
Violência Física		
5. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la (o).	0,77	0,88
6. Empurrou-a (o) ou deu-lhe um tranco/chacoalhão.	0,77	0,88
7. Machucou-a (o) com um soco ou com algum objeto.	0,88	0,85
8. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você.	0,81	0,87
9. Estrangulou ou queimou você de propósito.	0,47	0,91
10. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você.	0,73	0,89
Alfa Total da Sub-Escala		0,90
Violência Sexual		
11. Forçou-a (o) fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria.	0,88	0,71
12. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele/ela pudesse fazer.	0,72	0,86
13. Forçou-a (o) a uma prática sexual degradante ou humilhante.	0,70	0,88
Alfa Total da Sub-Escala		0,86

PROPRIEDADES DO QUESTIONÁRIO WHO VAW EM IDOSOS

Pela análise dos coeficientes de consistência interna de *Cronbach* dos valores das sub-escalas do WHO VAW, é possível constatar que os coeficientes alfa encontrados são todos elevados: 0,86 para a escala de violência emocional; 0,90 para a escala de violência física; e 0,86 para a escala de violência sexual.

Estudo Psicométrico

Os resultados da análise fatorial encontram-se descritos no quadro 4.

Quadro 4.

Estrutura fatorial do WHO VAW- 13 Itens (n=144)

Fator	Carga Fatorial
I	
Violência Emocional	
Eigenvalue: 3,7	
Variância explicada: 28,5%	
1. Insultou-a (o) ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma (o).	0,82
2. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas.	0,85
3. Fez coisas para assustá-la (o) ou intimidá-la (o) de propósito (ex: a forma como ele (a) olha, como grita, como quebra coisas).	0,76
4. Ameaçou machucá-la (o) ou alguém de quem você gosta.	0,66
II	
Violência Física	
Eigenvalue: 3,6	
Variância explicada: 27,5%	
5. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la (o).	0,55
6. Empurrou-a (o) ou deu-lhe um tranco/chacoalhão.	0,63
7. Machucou-a (o) com um soco ou com algum objeto.	0,70
8. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você.	0,80

9. Estrangulou ou queimou você de propósito.	0,68
10. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você.	0,85

III

Violência Sexual

Eigenvalue: 2,4

Variância explicada: 19%

11. Forçou-a (o) fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria.	0,89
12. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele/ela pudesse fazer.	0,70
13. Forçou-a (o) a uma prática sexual degradante ou humilhante.	0,87

Neste trabalho confirmou-se a solução fatorial de três fatores, que explica um total de 75% da variância, com o fator 1 a contribuir com 28,5%, o fator 2 a contribuir com 27,5%, e o fator 3 a contribuir com 19%.

Nesta investigação também foi avaliada a validade convergente/discriminante do WHO VAW com outras medidas associadas, tais como a auto-eficácia geral e a depressão. As correlações observadas revelam que o WHO VAW se correlaciona positiva e significativamente com a depressão ($r= 0,20$; $p< 0,005$) e negativa e significativamente com a auto-eficácia geral ($r= -0,23$; $p< 0,001$).

DISCUSSÃO

O objetivo do presente trabalho foi avaliar as propriedades psicométricas do WHO VAW numa amostra de população gerontológica brasileira. Os dados observados permitem-nos concluir que os resultados são muito satisfatórios e que o questionário se comporta de forma adequada em idosos.

A consistência interna do total do questionário e das suas sub-escalas é elevada, com alfas de *Cronbach* superiores a 0,85 (alfa de *Cronbach* de 0,91 para a escala total, 0,86 para a violência emocional, 0,90 para a violência física e 0,86 para a violência sexual). Quando os itens são dicotómicos, como é o caso desta versão da escala, a subestimação do alfa de *Cronbach* pode ser severa (Maroco & Garcia-Marques, 2006). No entanto, utilizando-se a fórmula Kuder-Richardson (KR-20), tecnicamente, os resultados não foram diferentes, pelo que se optou por dar continuidade aos procedimentos utilizados nos estudos anteriores acerca da escala. Os valores do total da escala são superiores (embora muito próximos) às amostras de São Paulo (alfa de *Cronbach* de 0,88) e da Zona da Mata (alfa de *Cronbach* de 0,89), do estudo de validação de Schraiber et al. (2010). Relativamente às subescalas, os valores nesta amostra também são elevados e superiores aos

PROPRIEDADES DO QUESTIONÁRIO WHO VAW EM IDOSOS

encontrados em outros estudos com amostras femininas (Nybergh, Taft & Krantz, 2013) e masculinas (Nybergh, Taft & Krantz, 2012).

Quanto aos resultados da análise fatorial, confirmou-se, mais uma vez, a multidimensionalidade da escala, com três fatores. Esta solução fatorial é semelhante à encontrada em outros estudos (Nybergh et al., 2012; 2013; Schraiber et al., 2010). No entanto, a ordem dos três fatores tem diferido de umas investigações para outras e a encontrada nesta amostra é consistente com os resultados da amostra da Zona da Mata do estudo de Schraiber et al. (2010), em que o primeiro fator é composto pela violência emocional/psicológica, o segundo pela física e o terceiro pela sexual.

Relativamente aos aspetos de convergência, analisou-se a correlação entre o WHO VAW e outros instrumentos que avaliam dimensões psicossociais teoricamente associadas. Os resultados vão de encontro ao esperado: quanto maior é o nível de violência vivido, maior é o nível de sintomatologia depressiva e menor a auto-eficácia geral. Estes resultados são consistentes com a literatura científica que alerta para o fato da violência estar fortemente associada a problemas de saúde mental e *handicaps* psicológicos (Junior & Moraes, 2010; Miranda, et al., 2010).

Na essência, os resultados obtidos no presente estudo confirmam as boas propriedades psicométricas WHO VAW, reveladas no estudo de validação brasileiro (Schraiber et al., 2010). Não obstante, o estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, (1) o fato de não ter sido possível avaliar a estabilidade temporal do instrumento, dado ter havido apenas um momento de avaliação, e (2) o número limitado de participantes (embora suficientes para os 13 itens da escala), que não permitiu avaliar comparativamente o questionário em termos de género. Assim, encorajamos que estudos futuros repliquem a avaliação do WHO VAW em vários momentos e utilizem amostras maiores de homens e mulheres idosos. Será importante realçar que embora não se trate de um estudo de validação do instrumento, apenas pretende avaliar as características psicométricas na amostra em estudo, trata-se do primeiro estudo de análise do questionário em população idosa, no contexto brasileiro. Além disso, também é dos poucos estudos existentes acerca do WHO VAW que inclui população masculina na amostra.

Concluindo, os resultados da presente investigação revelam que a WHO VAW é um instrumento adequado para avaliar a experiência de violência em idosos. Este fato é especialmente relevante no âmbito da saúde na terceira idade, na medida em que a experiência de violência se associa a queixas sintomáticas e a mais problemas de saúde efetivamente. Perante os resultados observados, encoraja-se a sua utilização em estudos semelhantes em contexto brasileiro e considera-se que este se traduz num importante instrumento no âmbito da avaliação psicológica e da promoção da saúde na terceira idade.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, F. P., Barros, C. R. S., & Schraiber, L. B. (2013). Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 47, 531-539. doi:org/10.1590/S0034-8910.2013047004324

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2006). Relatório APAV 2006. Retirado a 18 de Dezembro de 2010 da World Wide Web do site: http://www.apav.pt/pdf/totais_nacionais_2006.pdf.

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-1336. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8

Giffin, K. (1994). Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10, 146-155.

Gomes, N. P., & Erdmann, A. L. (2014). Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22, 1-9. doi:http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3062.2397

Heise, L. (1994). *Violence against women: the hidden health burden*. Washington D.C: World Bank.

Junior P. C. A., & Moraes C. L. (2010). The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 983-995. doi:org/10.1590/S1413-81232010000600037

Lamoglia, C. V. A., & Minayo, M. C. S. (2009). Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 595-604. doi:org/10.1590/S1413-81232009000200028

Langhinrichsen-Rohling, J. (2005). Top 10 greatest “hits”: important findings and future directions for intimate partner violence research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 108–18. doi:10.1177/0886260504268602

Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 1, 65-90.

Miranda, M. P. M., Paula, C. S., & Bordin I. A. (2010). Life-long domestic violence against women: prevalence and immediate impact on health, work, and family. *Rev Panamericana de Salud Pública*, 27, 300-308. doi: org/10.1590/S1020-49892010000400009

Nybergh, L., Taft, C., & Krantz G. (2013). Psychometric properties of the WHO Violence Against Women instrument in a female population-based sample in Sweden: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 3, doi:10.1136/bmjopen-2012-002053.

Nybergh, L., Taft, C., & Krantz G. (2012). Psychometric properties of the WHO Violence Against Women instrument in a male population-based sample in Sweden. *BMJ Open*, 2, doi:10.1136/bmjopen-2012-002055.

Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/Opas.

Organização Mundial de Saúde (2000). *Estudo multi-países sobre saúde da mulher e violência doméstica*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Schafer, J., Caetano, R., & Clark, C. L. (1998). Rates of intimate partner violence in the United States. *American Journal of Public Health*, 88, 1702-1704.

Schraiber, L. B., & Oliveira, A. F. L. P. (1999). Violence against women: interfaces with health care. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 3, 11-26. doi: org/10.1590/S1414-32831999000200003

Schraiber, L. B., Barros, C. R., Couto, M. T., Figueiredo, W.S., & Albuquerque, F. P. (2012). Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15, 790-803. doi:org/10.1590/S1415-790X2012000400011

Schraiber, L. B., Latorre, M. R. D. O., França Jr, I., Segri, N. J., Lucas, & D'Oliveira, A. F. P. L. (2010). Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender based violence against women. *Revista de Saúde Pública*, 4, 658-666. doi: org/10.1590/S0034-89102010000400009

Stöckl, H., & Penhale, B. (2014). Intimate partner violence and its association with physical and mental health symptoms among older women in Germany. *Journal of Interpersonal Violence*, 11. doi: 10.1177/0886260514554427.

Straka, S. M., & Montminy, L. (2006). Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. *Violence Against Women*, 12, 251-267. doi: 10.1177/1077801206286221