

Líliã Blima Schraiber^I

Maria do Rosário Dias O Latorre^{II}

Ivan França Jr^{III}

Neuber José Segri^{II}

Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira^I

Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher

Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women

RESUMO

OBJETIVO: Validar o instrumento do estudo *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW) sobre violência psicológica, física e sexual por parceiros íntimos contra mulheres.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado em vários países entre 2000 e 2003, inclusive Brasil. Selecionaram-se amostras aleatórias e representativas de mulheres de 15-49 anos com parceiros íntimos, residentes na cidade de São Paulo, SP, (n = 940) e na Zona da Mata de Pernambuco (n = 1.188). Realizou-se análise fatorial exploratória das perguntas sobre violências (quatro psicológicas, seis físicas e três sexuais), com rotação varimax e criação de três fatores. Calculou-se alfa de Cronbach para análise da consistência interna. Para a validação por grupos extremos, médias de escores (zero a 13 pontos) de violência foram testadas em relação aos desfechos: auto-avaliação de saúde, atividades diárias, presença de dor ou desconforto, ideação e tentativa de suicídio, grande consumo de álcool e presença de transtorno mental comum.

RESULTADOS: Foram definidos três fatores com variância acumulada semelhante (0,6092 em São Paulo e 0,6350 na Zona da Mata). 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. Coeficientes de alfa de Cronbach foram 0,88 em São Paulo e 0,89 na Zona da Mata. As médias dos escores de violência foram significativamente maiores para desfechos menos favoráveis, exceto tentativa de suicídio em São Paulo.

CONCLUSÕES: O instrumento mostrou-se adequado para estimar a violência de gênero contra a mulher perpetrada por seu parceiro íntimo e pode ser utilizado em estudos sobre o tema. Ele tem alta consistência interna e capacidade de discriminar as formas de violência psicológica, física e sexual, perpetrada em contextos sociais diversos. O instrumento também caracteriza a mulher agredida e sua relação com o agressor, facilitando análises de gênero.

DESCRITORES: Maus-tratos conjugais. Violência contra a Mulher. Violência Sexual. Violência Doméstica. Gênero e Saúde. Estudos Transversais. Estudos de Validação.

^I Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública (FSP). USP. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Departamento de Saúde Materno-Infantil. FSP-USP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Líliã Blima Schraiber
Depto. Medicina Preventiva
Av. Dr. Arnaldo, 455 2º andar
Sala 2170 – Cerqueira Cesar
01246-903 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: vavbr@usp.br

Recebido: 4/1/2010
Aprovado: 26/4/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To validate the instrument of the World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW) study on psychological, physical and sexual violence against women perpetrated by intimate partners.

METHODS: This was a cross-sectional study conducted in several countries between 2000 and 2003, including Brazil. Representative random samples of women aged 15-49 years with intimate partners were selected, living in the city of São Paulo (n = 940) and in the Zona da Mata, Pernambuco (n = 1,188), southeastern and northeastern regions, respectively. Exploratory factor analysis on questions relating to violence was performed (four psychological, six physical and three sexual questions), with varimax rotation and creation of three factors. Cronbach's alpha was calculated to analyze the internal consistency. To validate through extreme groups, mean scores (0 to 13 points) for violence were tested in relation to the following outcomes: self-rated health, daily activities, presence of discomfort or pain, suicidal ideation or attempts, heavy alcohol consumption and presence of common mental disorders.

RESULTS: Three factors were defined, with similar accumulated variance (0.6092 in São Paulo and 0.6350 in the Zona da Mata). For São Paulo, the first factor was determined by physical violence, the second by sexual violence and the third by psychological violence. For the Zona da Mata, the first factor was formed by psychological violence, the second by physical violence and the third by sexual violence. Cronbach's alpha coefficients were 0.88 in São Paulo and 0.89 in the Zona da Mata. The mean scores for violence were significantly higher for less favorable outcomes, with the exception of suicide attempts in São Paulo.

CONCLUSIONS: The instrument was shown to be adequate for estimating gender-based violence against women perpetrated by intimate partners and can be used in studies on this subject. It has high internal consistency and a capacity to discriminate between different forms of violence (psychological, physical and sexual) perpetrated in different social contexts. The instrument also characterizes the female victim and her relationship with the aggressor, thereby facilitating gender analysis.

DESCRIPTORS: Spouse Abuse, Violence Against Women, Sexual Violence, Domestic Violence, Gender and Health, Cross-Sectional Studies. Validation Studies.

INTRODUÇÃO

O número de estudos acerca da violência contra a mulher tem crescido desde a última década do século XX. No início, as pesquisas sobre a violência buscaram estimar as magnitudes do problema^{10,25} e, mais recentemente, analisar fatores associados a sua ocorrência e explorar sua participação como fator relevante para vários desfechos em saúde.^{1,5,12,13}

Esses estudos apresentam uma multiplicidade de desenhos, amostras^{10,25} e instrumentos.^{2,3} Os instrumentos apresentam, via de regra, determinado rol de atos, discriminando-os como diferentes situações²⁴ nas relações interpessoais, conjugais e familiares. A depender de como tais relações estão discriminadas, o rol de atos pode abordar as situações, como conflitos de gênero,

isto é, como relações assimétricas e orientadas segundo a perspectiva da desigualdade de gênero. O rol pode ser mais amplo, como na *Conflict Tactic Scale* (CTS),^{22,24} validada no Brasil¹⁶ e que enumera detalhadamente desentendimentos verbais, agressões físicas e sexuais, ou pode restringir-se a alguns atos, como no *Abuse Assessment Screen* (AAS).¹⁵

Diversos autores^{2,4,11,17,24} discutem como abordar a violência contra a mulher, a mensuração da violência e as possibilidades comparativas ante contextos socioculturais diversos. Tendo em vista a polissemia do termo violência – também observada no Brasil –^{18,20} e as dificuldades comunicacionais decorrentes, há necessidade de os instrumentos discriminarem os atos de agressão

em questionários ou outras formas de se indagar sobre situações de violência. Esses cuidados metodológicos servem para evitar dificuldades no entendimento das perguntas de tal forma que possam levar a viés de informação sobre as agressões ou abusos sofridos por parte das mulheres em inquéritos, minimizando a subestimação das violências.

Outro elemento relevante é a identificação do agressor, discriminando-o de modo claro no instrumento. Essa identificação do autor das violências nem sempre é realizada e depende da perspectiva explicativa adotada em cada estudo acerca da violência. Isso porque tal identificação permite não apenas caracterizar o ato perpetrado e individualizar a vítima, mas mostrá-lo como o produto de um comportamento agressor.^{7,21,24,a} A literatura aponta a existência de três diferentes perspectivas explicativas como construções teóricas mais comuns na abordagem da violência contra a mulher (como fenômeno familiar, individual ou de gênero)²¹ e a adoção de cada uma delas redundará em instrumentos diferentes. No presente artigo, nosso interesse está nos estudos que se valem da perspectiva de gênero, pois entendem a violência como produto de conflitos que surgem nas relações de casal, em situações mais estáveis e mais duradouras, ou mesmo em namoros ou encontros afetivo-sexuais, podendo ocorrer entre homens e mulheres ou em pares de mesmo sexo.

Os conflitos são tidos como resultantes das desigualdades de valor e poder nessas relações. Essas situações não são estruturais de um indivíduo ou de uma dinâmica familiar, mas dependentes de aspectos processuais de como as relações são construídas e da cultura vigente, nas distintas atribuições sociais de homens e mulheres constituintes das relações de gênero em produção em cada sociedade. Isso permite desenvolver um modelo de explicação, tal como o ecológico,^{9,13} em que, mesmo partindo do comportamento individual, amplia-se a compreensão da violência como produto das relações conjugais, do contexto comunitário e das relações sociais mais amplas.

Buscando aprofundar o conhecimento sobre a violência de gênero e permitir comparações transculturais, em 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um estudo multipaíses: o *WHO Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence*.^{7,8} Baseado em inquéritos domiciliares, o estudo objetivou estimar a prevalência das diferentes formas de violência contra mulheres e fatores associados à violência por parceiro entre os dez países inicialmente participantes (Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Samoa, Sérvia e Montenegro, Tailândia e Tanzânia). Foram, ainda, exploradas as associações dessa violência com questões de saúde e as estratégias ou serviços

que as mulheres usam para lidar com a violência de seus parceiros. Em conformidade com sua perspectiva de gênero, foi estudada a violência física, sexual ou psicológica perpetrada pelos parceiros íntimos das mulheres ao longo de sua vida ou nos 12 meses anteriores à aplicação do questionário. Outras formas de violência foram investigadas,^{7,8} mas vão além do escopo do presente estudo. Para garantir qualidade e comparabilidade em contextos socioculturais diversos, valeu-se de uma extensa padronização de definições, desenho, metodologia e ética da pesquisa.^{6,7,19}

O propósito do presente artigo é analisar a validade das perguntas, em português, sobre violência (psicológica, física e sexual) por parceiros íntimos das mulheres.

MÉTODOS

O estudo da OMS foi realizado entre 2000 e 2003. Cada país participante selecionou dois sítios de pesquisa: uma grande cidade e uma região de características urbano-rurais; no Brasil, a cidade de São Paulo (SP) e a região da Zona da Mata de Pernambuco (ZMP), respectivamente, totalizando 15 municípios. São Paulo é uma cidade cosmopolita, com cerca de 11 milhões de habitantes e características de grande metrópole. A ZMP é uma região urbano-rural, com produção de cana de açúcar e turismo, e com cerca de um milhão de habitantes, dos quais 60% em zona urbana.

Para inquérito domiciliar, realizado no Brasil em 2000-2001, foi constituída uma amostra aleatória e representativa em cada sítio, entrevistando-se em SP e na ZMP, respectivamente, 1.172 e 1.473 mulheres de 15 a 49 anos. Destas, 940 (SP) e 1.188 (ZMP) tiveram alguma vez na vida parceiros íntimos (parceria afetivo-sexual), sendo consideradas elegíveis para a presente análise. A montagem de equipes de pesquisadores responsáveis e de campo, os treinamentos, as supervisões e os controles de qualidade foram padronizados para todos os países participantes, pela equipe de coordenação do estudo multipaíses pertencente à OMS. Devido a especiais cuidados éticos que o tema exige, as equipes eram mistas e compostas de pesquisadores universitários com experiência em estudos epidemiológicos e de pesquisadores de organizações não-governamentais (ONG) feministas.^{6,8,19}

O questionário foi composto por um núcleo comum de perguntas sobre violências.^{8,19} A formulação desse núcleo comum foi precedida de pesquisa qualitativa, realizada em SP e na ZMP, e concebida como etapa formativa do questionário.⁷ Foram realizados 16 grupos focais sobre violência doméstica com homens e mulheres de diferentes idades e procedência rural/urbana dos municípios estudados. Os participantes de

^a Walby S. Improving the statistics on violence against women. In: Expert Group Meeting; 2005 Apr 11-14; Geneva, CH. Geneva: UN Division for the Advancement of Women; 2005.

cada grupo foram sempre indivíduos do mesmo sexo, quatro deles com homens e quatro com mulheres. Foram também estratificados por renda (≤ 5 e > 5 salários mínimos) e escolaridade ($\leq 8^a$ e $> 8^a$ série), realizando-se dois grupos com indivíduos de renda e escolaridade mais baixas e dois com indivíduos de renda e escolaridade mais altas. O objetivo foi estudar as representações de gênero nas camadas populares e nas camadas mais escolarizadas e ricas, bem como seu efeito sobre a violência doméstica e por parceiro íntimo contra mulheres. Buscou-se também alcançar termos e modos de uso corrente na linguagem sobre violência, como formas mais adequadas de nomear e perguntar a seu respeito. Além disso, foi observado como esses grupos lidam com a violência e qual relação estabelecem entre sua ocorrência e questões de saúde ou de seu cuidado. Dentro desses mesmos propósitos foram realizadas 12 entrevistas em profundidade com mulheres que haviam sofrido violência por seu parceiro íntimo (5 em ZMP e 7 em SP). Foram realizadas mais 39 entrevistas com informantes-chave de serviços especializados nesse tipo de atendimento em SP e na ZMP para abordar como profissionais envolvidos em assistência a casos de violência doméstica a representam e lidam com a situação.^{7,19}

A elaboração final do núcleo comum, em inglês, efetivada pelo comitê internacional do estudo, contou com a participação dos pesquisadores dos países. Os dados da pesquisa qualitativa também guiaram a tradução e adaptação local do questionário, bem como subsidiaram melhores análises e interpretações dos resultados do inquérito em cada país. Tradutores oficialmente habilitados e com experiência no campo da saúde realizaram a tradução do núcleo comum. Adicionalmente, comitês consultivos (com 25 membros para SP e 22 para ZMP) participaram da adaptação cultural e melhor modo de formular as perguntas. Esses comitês eram compostos por pesquisadores em violência, gestores e profissionais de serviços de saúde, além de representantes de movimentos sociais feministas e de redes de serviços ou ONG especializadas no tema. Finalmente, o questionário foi retraduzido para o inglês (*back translation*) e pré-testado, avaliando-se a facilidade e duração de sua aplicação na fase de piloto da pesquisa.⁷

Nas análises, pelo delineamento complexo da amostragem, usou-se o software Stata, versão 9 com comandos svy, considerando o desenho da amostra.

Na validação dessas perguntas sobre violência, apresenta-se primeiro uma análise descritiva das variáveis relativas à mulher, violência psicológica, física e sexual. A comparação entre as médias de idade e número de filhos das duas áreas foi feita pelos respectivos intervalos com 95% de confiança. A comparação entre estado marital e escolaridade foi feita por meio do teste de associação pelo qui-quadrado.

Para análise de constructo, foi realizada análise fatorial exploratória considerando as perguntas relacionadas às violências (quatro psicológicas, seis físicas e três sexuais) separadamente para cada área (SP e ZMP). Isso porque, em se tratando da primeira apreciação desse instrumento quanto à sua validade, foi importante considerar contextos socioculturalmente diversos. Na análise fatorial foram selecionados três fatores cujo *eigenvalue* foi maior que um. Foi aplicada a rotação varimax, por tratar os domínios como independentes, considerando somente as cargas superiores a 0,5. Adicionalmente, para a análise da consistência interna, foi utilizado o alfa de Cronbach.

Após a análise fatorial, foram criados escores de violência para SP e ZMP para validação por grupos extremos (validade discriminativo).²³ Para a montagem desse escore considerou-se que respostas positivas em cada uma das 13 questões relacionadas às violências representaria 1 ponto na contagem desse escore. Quanto maior o escore, maior a diversidade de atos de violência contra a mulher.

Foi feita uma comparação entre as médias dos escores de SP e ZMP, utilizando a comparação por IC 95% das duas áreas. Em seguida, para cada área em separado, foram comparadas as médias do escore das diferentes categorias de auto-avaliação de saúde (excelente/boa vs. regular/fraca/muito fraca), atividades diárias (sem problemas vs. alguns/muitos problemas), presença de dor ou desconforto (sem dor/dor leve vs. alguma/muita dor), se alguma vez pensou em se matar (sim ou não), se já tentou se matar (sim ou não) e grande consumo de álcool (sim [consumir quase todos os dias] vs. não [consumir uma ou duas vezes por semana, uma a três vezes no mês, ocasionalmente pelo menos uma vez no mês ou nunca]).

Também foi utilizado *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para avaliar a presença de transtorno mental comum. Foram comparadas as médias das categorias sem transtorno (0 a 7 pontos) vs. com transtorno (8 a 20 pontos), como em outra publicação dessa pesquisa multipaíses.¹⁴

Em todas as análises foi considerado significativo quando $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP e Hospital das Clínicas (CAPPesq-609/98) em 11/11/1998 e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Parecer 002/99) em 11/1/1999.

RESULTADOS

Em relação a parceria íntima na vida, houve diferença na idade das mulheres entre SP e ZMP (Tabela 1). O número de filhos vivos por mulher foi maior na ZMP.

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas das mulheres entrevistadas. São Paulo (SP) e Zona da Mata (PE), 2000-2001.

Variável	São Paulo N=940 n (%)	Zona da Mata N=1188 n (%)	Total n (%)	p
Escolaridade (anos)				<0,001
0 a 4	182 (19,4)	592 (49,8)	774 (36,4)	
5 a 8	283 (30,1)	300 (25,3)	583 (27,4)	
9 a 11	284 (30,2)	242 (20,4)	526 (24,7)	
≥12	191 (20,3)	54 (4,5)	245 (11,5)	
Estado marital				<0,001
Atualmente casada	490 (52,1)	494 (41,6)	984 (46,2)	
Vive com parceiro	191 (20,3)	479 (40,3)	670 (31,5)	
Namora	154 (16,4)	93 (7,8)	247 (11,6)	
Separada, divorciada ou viúva	105 (11,2)	122 (10,3)	227 (10,7)	
Número de filhos nascidos vivos				<0,001
Nenhum	203 (21,6)	132 (11,1)	335 (15,7)	
1 ou 2	512 (45,7)	543 (45,7)	1055 (49,6)	
≥3 ou mais	225 (23,9)	513 (43,2)	738 (34,7)	
Idade (anos)				0,01
15 a 29	361 (38,4)	523 (44,1)	884 (41,6)	
30 a 44	468 (49,8)	556 (46,8)	1024 (48,1)	
45 a 49	111 (11,8)	108 (9,1)	219 (10,3)	

As mulheres de SP apresentaram melhor escolaridade e menos união informal, quando comparadas às mulheres da ZMP.

A Tabela 2 apresenta a prevalência de cada pergunta, segundo os três diferentes tipos de violência. No caso da violência física, embora tapas e empurrões sejam os atos mais relatados, a ameaça ou uso de armas pelo parceiro íntimo foi expressiva, sobretudo na ZMP, cuja frequência é quase o dobro da encontrada em SP. Esse importante contraste entre SP e ZMP também ocorre com a violência sexual quanto às práticas consideradas degradantes ou humilhantes.

A análise fatorial considerando apenas as questões referentes à violência está na Tabela 3. Foram definidos três fatores com variância acumulada muito semelhantes entre SP (0,6092) e ZMP (0,6350). Para SP, o primeiro fator foi determinado pelas questões referentes à violência física, seguido pela violência sexual e finalmente pela violência psicológica. Somente a questão *ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta* não permaneceu em nenhum fator, mas optou-se por mantê-la no escore de violência, pois foi significativa na ZMP.

Para a ZMP, o primeiro fator foi composto pelas questões de violência psicológica, o segundo pela física e o terceiro pela sexual. Na ZMP, a questão *deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la* e a questão *empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão*

foram selecionadas tanto no fator violência psicológica quanto no fator violência física. Mesmo assim, foram contabilizadas uma única vez no escore de violência.

Os coeficientes alfa de Cronbach foram altos para as duas regiões (0,88 para SP e 0,89 para ZMP), mostrando excelente consistência interna. Analisando a consistência interna de cada fator, os valores do alfa de Cronbach para os domínios psicológico, físico e de violência sexual foram de, respectivamente, 0,78, 0,83 e 0,78 para SP e 0,79, 0,83 e 0,77 para a ZMP. A Figura 1 apresenta os resultados dos escores obtidos para cada área. Observa-se que a distribuição é assimétrica à esquerda, com mais de dois terços das mulheres com pontuação entre 0 e 2 (respectivamente, 75,1% e 68,7%). As médias dos escores foram 1,7 (IC 95%: 1,5; 1,9) pontos em SP e 2,3 pontos (IC 95%: 2,1; 2,5) na ZMP ($p < 0,001$). As medianas foram de zero ponto para SP e 1 ponto na ZMP, e os percentis 90% e 95% foram de 8 e 11 pontos para SP e de 10 e 12 pontos para a ZMP.

As comparações das médias segundo algumas questões de saúde e vida estão apresentadas na Figura 2. Na ZMP houve diferença entre as médias de tentativa de suicídio, mas não em SP. Em ambos os locais de estudo, as maiores médias do escore de violência foram encontradas entre as mulheres com baixa avaliação de saúde, com problemas para realizar atividades diárias, que sentiam alguma ou muita dor, que pensaram em

Tabela 2. Frequência de resposta “sim” para cada item perguntado. São Paulo (SP) e Zona da Mata (PE), 2000-2001.

Resposta afirmativa	São Paulo		Zona da Mata	
	n	%	n	%
Violência emocional				
Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma	309	33,4	422	36,5
Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas	182	19,0	308	27,5
Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito	206	21,9	332	27,9
Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta	156	15,9	278	23,8
Violência física				
Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la	183	18,4	291	24,7
Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão	212	20,9	305	24,4
Machucou-a com um soco ou com algum objeto	104	10,0	159	13,9
Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você	67	7,0	114	10,4
Estrangulou ou queimou você de propósito	29	2,8	33	3,1
Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você	65	6,3	147	12,1
Violência sexual				
Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria	78	7,6	122	10,2
Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer	66	6,4	115	9,9
Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante	31	2,9	63	5,4

se matar, que consumiam álcool quase todos os dias e possuíam transtorno mental comum.

Algumas médias do escore de violência considerando a mesma questão foram maiores na ZMP. O escore médio obtido por essas mulheres é estatisticamente superior aos observados em SP. As mulheres pernambucanas possuem mais problemas para realizar as atividades diárias, sentem mais dor ou desconforto e referiram pensar mais em se matar que as paulistanas.

DISCUSSÃO

Esta é a primeira validação do instrumento desenvolvido pela OMS. Os resultados da análise fatorial permitem afirmar que o instrumento em língua portuguesa mostrou-se adequado e pode ser utilizado em pesquisas que estudem a violência contra a mulher por parceiros íntimos. Além de possuir alta consistência interna, é capaz de discriminar diferentes formas de violência contra mulheres em seus domínios psicológico, físico

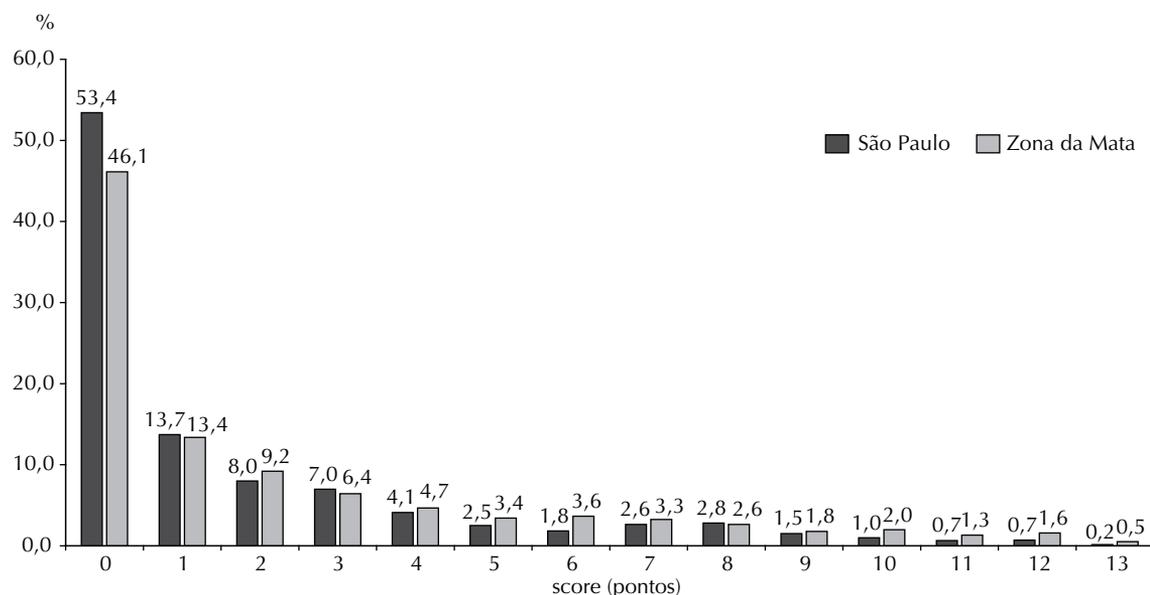


Figura 1. Distribuição dos escores de respostas positivas para itens de violência por local de estudo. São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, 2000-2001.

Tabela 3. Análise fatorial das questões relativas às três formas de violência. São Paulo (SP) e Zona da Mata (PE), 2000-2001.

Resposta afirmativa	São Paulo			Zona da Mata		
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Violência emocional						
A. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma			0,8170	0,7352		
B. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas			0,7329	0,7182		
C. Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito			0,6645	0,7042		
D. Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta				0,6230		
Violência física						
A. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la	0,7079			0,5729	0,5708	
B. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão	0,6699			0,6435	0,5150	
C. Machucou-a com um soco ou com algum objeto	0,7697				0,7060	
D. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você	0,7667				0,7620	
E. Estrangulou ou queimou você de propósito	0,5703				0,6811	
F. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você	0,5063				0,5617	
Violência sexual						
A. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria		0,8485				0,7771
B. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer		0,8300				0,7851
C. Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante		0,6807				0,7700
Variância acumulada	0,2450	0,4302	0,6092	0,2464	0,4586	0,6350

e sexual perpetradas pelos parceiros íntimos em diferentes contextos sociais no Brasil.

O instrumento foi igualmente capaz de discriminar, em uma metrópole e em uma região urbano-rural, categorias de condições de saúde menos favoráveis que já possuíam evidências científicas^{1,5,10} de associação com violência por parceiros íntimos. A comparabilidade permitida por essa característica é muito importante para o estudo da violência por parceiros íntimos, pois a diversidade de definições de violência e instrumentos é um dos problemas do campo. Tal achado de desempenho similar do questionário nas duas regiões não exclui outras pesquisas e análises do instrumento de encontrarem diferenças importantes. São necessários estudos ulteriores nessa direção.

Estudos que tratam a violência contra a mulher como tema geral e revisões que tomam a violência contra a mulher como objeto^{3,10,18} apontam o fato de que essa violência pode ocorrer na forma de agressões, abusos ou assédios, em diversas esferas da vida social, doméstica ou não, na infância ou quando a mulher é adulta, por agressores tão distintos como o cônjuge ou estranhos na rua. Não obstante, são os atos de agressão perpetrados pelos parceiros íntimos ou cônjuges, mesmo que praticados fora do lar, que mais simbolizam

essa violência contra a mulher, por ser seu principal agressor.^{8,13} Tal situação expressa e se fundamenta na perspectiva de gênero, pois, com as recentes mudanças socioeconômicas que incidem nas relações familiares – transformando os papéis e atribuições usuais dos homens e das mulheres –, aumentam os conflitos nas relações de casal e as situações de violência, surgindo a violência contra a mulher nessas condições como uma problemática de gênero.^{10,18}

Essas questões podem explicar tanto o bom desempenho do presente instrumento quanto a similaridade de desempenho encontrada para duas regiões de contextos sociais distintos. Isso porque ele permite atingir diretamente essa marca cultural de gênero, que, embora com alguma diversidade em atos concretos praticados, perpassa diferentes condições socioeconômicas ou políticas.^{9,13} Ao definir com precisão quem é o respondente e sua posição na violência, assim como os atos relatados e a relação da mulher com o perpetrador, o presente instrumento evita tratar as relações de gênero como simétricas, permitindo análises voltadas especificamente para as questões da mulher no interior das desigualdades de gênero.^{6,24} Essa característica é relevante para o relato da violência por parte da vítima,⁴ além de apresentar itens com atos concretos diversos

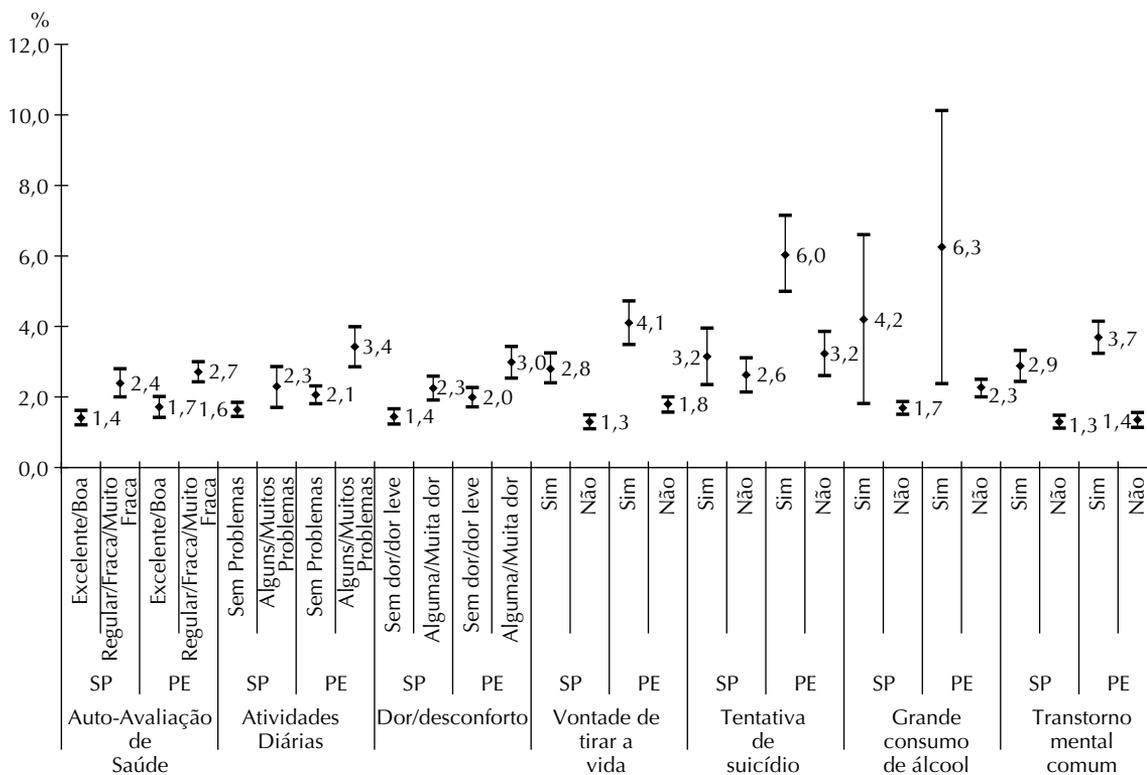


Figura 2. Escore de respostas positivas para violência segundo condições de saúde. São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, 2000-2001.

em três domínios e que aumenta a oportunidade de fala, melhorando a revelação.

Na mesma direção, outro aspecto positivo do presente instrumento é sua formulação em perguntas precisas, em razão de serem os itens dos três domínios de violência enunciados com a qualidade de atos específicos e bem concretos de agressão, permitindo clareza na indagação e boa comunicação da pergunta. Essa característica foi confirmada pela alta consistência interna encontrada pelos coeficientes de Cronbach para a violência psicológica, física e sexual, bem como suas independências na análise fatorial e rotação varimax.

Há na violência contra a mulher uma grande superposição das violências psicológica, física e sexual,⁹ também observada em estudos brasileiros.¹⁹ Esse aspecto pode explicar, por exemplo, as cargas cruzadas

entre violência psicológica e físicas encontradas no presente estudo.

Por fim e considerando todos os aspectos comentados, podemos concluir que estudos de violência de gênero (psicológica, física ou sexual), tomada como desfecho ou exposição, contam com um adequado instrumento para estimar sua ocorrência ou associação com fatores determinantes ou conseqüências para a saúde, de forma comparável em diferentes locais e populações, possibilitando a ampliação do conhecimento sobre esse complexo fenômeno.

O instrumento é abrangente e relativamente curto, podendo ser utilizado tanto em investigações populacionais como em serviços de saúde ou outros, cujo interesse é obter informações sobre violência de gênero.

REFERÊNCIAS

- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359(9314):1331-6. DOI:10.1016/S0140-6736(02)08336-8
- Cousineau MM, Rondeau G. Toward a Transnational and Cross-Cultural Analysis of Family Violence. *Violence Against Women*. 2004;10(8):935-49. DOI:10.1177/1077801204266456
- Dutton DG. The Domestic assault of women. Psychological and criminal justice perspective. Vancouver: University of British Columbia Press; 1995.
- Ellsberg MC, Heise L, Peña R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann*. 2001;32(1):3-15. DOI:10.1111/j.1728-4465.2001.00001.x

5. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008;371(9619):1165-72. DOI:10.1016/S0140-6736(08)60522-X
6. Garcia-Moreno C, Watts C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L. Responding to violence against women: WHO's Multi-country: Study on Women's Health and Domestic violence. *Health Hum Rights*. 2003;6(2):113-27. DOI:10.2307/4065432
7. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multicountry study on women's health and domestic violence against women – initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
8. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, on behalf of the WHO Multi-country Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69523-8
9. Heise L. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*. 1998; 4(3):262-90. DOI:10.1177/1077801298004003002
10. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Popul Rep*. 1999;27(4):1-43.
11. Jansen HAFM, Watts C, Ellsberg M, Heise L, Garcia-Moreno C. Interviewer training in the WHO Multi-country study on women's health and domestic violence. *Violence against women*. 2004;10(7):831-49. DOI:10.1177/1077801204265554
12. Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2002;55(9):1603-17. DOI:10.1016/S0277-9536(01)00294-5
13. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
14. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Jr I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med*. 2008;66(4):1008-18. DOI:10.1016/j.socscimed.2007.10.021
15. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*. 1992;267(23):3176-8. DOI:10.1001/jama.267.23.3176
16. Reichenheim ME, Hasselmann MH. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração e casais. *Cad Saude Publica*. 2003;19(4):1083-93. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000400030
17. Saltzman LE. Definitional and Methodological Issues related to transnational research on intimate partner violence. *Violence Against Women*. 2004;10(7):812-30. DOI:10.1177/1077801204265553
18. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Falcão NTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora da Unesp; 2005.
19. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França Jr I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):797-807. DOI:10.1590/S0034-89102007000500014
20. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e Saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad Saude Publica*. 2009;25(Supl 2):205-16. DOI:10.1590/S0102-311X2009001400003
21. Stark E, Flitcraft AH. Spouse abuse In: Rosemberg ML, Fenley MA, editors. Violence in America: a public health approach. Nova York: Oxford University Press; 1991. p.123-57.
22. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scale. *J Marriage Fam*. 1979;41(1):75-88. DOI:10.2307/351733
23. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: A practical guide to their development and use. 3.ed. New York: Oxford Medical Publications; 2006.
24. Walby S, Myhill A. Comparing the methodology of the new national surveys of violence against women. *Brit J Criminol*. 2001;41(3):502-22. DOI:10.1093/bjc/41.3.502
25. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*. 2002; 359(9313):1232-7. DOI:10.1016/S0140-6736(02)08221-1

Baseado na pesquisa "WHO MultiCountry Study on Women's Health and Domestic Violence against women" coordenada e financiada pela Organização Mundial de Saúde (Processo W6/181/13), financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; Processo 523348/96-7) e pelo Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS (Ref: 914 BRA 59DST-AIDS II; ED 00/4772; Unesco 914/BRA/59).

Schraiber LB, D'Oliveira AF e França Jr I são apoiados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – bolsas produtividade em pesquisa, 1B, 1D, 2, respectivamente).

Os autores declaram não haver conflito de interesses.