

JULIANA TAVARES GUZZON

**AVALIAÇÃO DE MUDANÇA EM MULHERES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

PUC-CAMPINAS

2011

JULIANA TAVARES GUZZON

**AVALIAÇÃO DE MUDANÇA EM MULHERES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida.

PUC-CAMPINAS

2011

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas – Processos Técnicos

**t153.85
G993a
Juliana**

**Guzzon, Juliana Tavares.
Avaliação de mudança em mulheres vítimas de violência /**

**Tavares Guzzon. - Campinas: PUC - Campinas, 2011.
viii, 55p.**

Orientadora: Elisa Medici Pizão Yoshida.
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

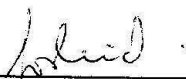
1. Mudança (Psicologia). 2. Violência contra a mulher. 3. Violência - Aspectos sociais. 4. Mulheres – Psicologia. I. Yoshida, Elisa Medici Pizão. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD – t153.85

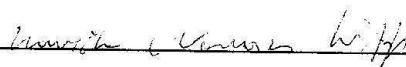
Juliana Tavares Guzzon

Avaliação de Mudança em Mulheres Vítimas de
Violência

Banca Examinadora



Presidente Profa. Dra. Elisa Médica Pizão Yoshida



Profa. Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp



Profa. Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

PUC-CAMPINAS

2011

A eles, o lado mais belo da minha vida e os responsáveis pela minha formação

como ser humano:

Maria José, minha mãe,

José Daniel, meu pai.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Instituição SOS Ação Mulher e Família, as funcionárias da instituição, em especial a Neuza, pelo acolhimento, auxílio e principalmente pela paciência.

Agradeço a todas as mulheres vítimas de violência que não silenciaram e que dividiram comigo suas vivências emocionais.

Agradeço ao Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq pela concessão da bolsa, o que tornou possível a realização de mais essa etapa de minha formação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, toda minha gratidão. Obrigada pelas experiências e conhecimentos compartilhados.

Agradeço às funcionárias do Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas pela disponibilidade, pelas informações necessárias e pela paciência por sempre responderem às minhas dúvidas quanto à parte burocrática.

Agradeço aos colegas do grupo de pesquisa, Giovanna, Eduardo, Lílian, Ademir, Gustavo, companheiros de várias aulas e discussões, meus sinceros agradecimentos. Em especial à Giovanna pela paciência e pelas valiosas contribuições e trocas. Conhecê-los foi muito bom e enriquecedor.

Agradeço a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para meu crescimento e que mesmo sem saberem me deram um suporte indispensável. Sem vocês com certeza meu caminhar teria sido mais difícil.

Aos queridos amigos, pelas conversas, pelo ombro, por me fazerem sorrir em momentos difíceis, pelo carinho e pelas palavras sempre ditas no momento certo, a vocês meu muito obrigada.

Agradeço a minha família que mesmo longe estiveram perto, compartilhando minhas angústias e comemorando minhas vitórias.

Agradeço a todos do CAHEK - Casa dos Amigos Hellen Keller - pela compreensão e por tantos momentos especiais.

À Maria Emília, que acompanha meu caminhar a tantos anos e que sempre alivia minhas tensões. À você um abraço apertado.

À Michelle Marin, uma pessoa como poucas que conheci, transmite carinho no olhar, é a certeza da mão sempre estendida, mesmo distante está sempre torcendo por mim. Obrigada por sonhar comigo e por me fazer crescer.

À Talita Almeida, pela lealdade, respeito e cumplicidade; e por sempre acreditar na minha capacidade.

Agradeço a Deus, sempre a Ele, por minha saúde, por minha fé, pela força que nunca deixei de ter e por estar sempre cuidando de mim.

Agradeço a professora Elisa Yoshida por compartilhar seus conhecimentos, pelo exemplo de profissional, de ética, de persistência, pelo zelo na qualidade deste trabalho, pela confiança depositada e por sua paciência e dedicação em me guiar pelo caminho do aprendizado. Meu agradecimento, meu carinho e profunda admiração.

Agradeço ao Filipe Pinheiro Oliveira pela ajuda com os números, mas principalmente pela compreensão, pelo carinho com que sempre me ouviu e por ter sido meu colo em tantos momentos. Obrigada por ser essa pessoa especial. Agradeço, também, a sua família pelo aconchego de seu lar e pelo respeito e carinho, sempre tão importantes.

Aos meus pais, Maria José e José Daniel, pelo exemplo de vida baseado no respeito e dignidade, pelo apoio e incentivo constantes e por terem me ensinado a não desistir frente aos desafios. Obrigada por existirem e não medirem esforços para que eu chegasse até aqui. A vocês, meu eterno amor e agradecimento.

A todos vocês, um pedacinho dessa caminhada.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	ii
Lista de Anexos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Apresentação.....	vii
Introdução	1
Iniciativas institucionais para combater a violência contra a mulher no Brasil..	8
SOS Ação Mulher e Família.....	10
Modelo Transteórico de Mudança.....	13
Eficácia da Adaptação e Sintomas Psicopatológicos.....	15
Objetivo Geral	18
Objetivos Específicos	18
Método	19
Instituição.....	19
Participantes.....	19
Materiais.....	24
Instrumentos.....	24
Procedimento.....	26
Resultados	28
ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.	
Discussão	33
Considerações Finais	42
Referências	43

Lista de Tabelas

Tabela 1. Conseqüências da violência.....	7
Tabela 2. Distribuição de variáveis sócio-demográficas das participantes (n=18).....	20
Tabela 3. Avaliação da situação das participantes quanto ao nível da violência, tempo que sofreram ou sofrem violência e o tipo de violência.....	22
Tabela 4. Distribuição das participantes do G2 quanto à duração dos atendimentos e tempo decorrido após o atendimento.....	23
Tabela 5. Resultados da EEM, EAS-40 e EDAO-R de cada participante do G1 e G2 e médias, desvio padrão e mediana de cada grupo.....	31

Lista de Anexos

Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	47
Anexo B. Escala de Estágios de Mudança – EEM.....	48
Anexo C. Escala de Avaliação de Sintomas – EAS-40.....	49
Anexo D. Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida - EDAO-R.....	50
Anexo E. Roteiro de Entrevista Clínica: EDAO-R.....	51
Anexo F. Carta de Autorização para Pesquisa na Instituição.....	54
Anexo G. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas.....	55

RESUMO

Guzzon, J. T. (2011). *Avaliação de mudança em mulheres vítimas de violência*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP pp. viii + 55.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a violência é um problema mundial que afeta famílias de todas as culturas, etnias, políticas econômicas e regimes políticos. Mulheres vítimas de violência são assistidas por diferentes instituições com diferentes tipos de intervenção: jurídica, psicológica, social e/ou médica. No entanto, a qualidade e extensão das mudanças que apresentam, em decorrência do auxílio prestado, nem sempre são conhecidas. O objetivo do presente estudo foi o de avaliar aspectos psicológicos de mulheres vítimas de violência no que diz respeito ao estágio de mudança, a qualidade da eficácia adaptativa e a severidade dos sintomas psicopatológicos em mulheres vítimas de violência antes de serem assistidas pelo SOS Ação Mulher e Família e compará-los com os de mulheres que já foram assistidas pela instituição. Metodologicamente o estudo utilizou de delineamento do tipo *Cross-Sectional*, que se baseia na comparação entre dois grupos em estágios diferentes de um processo desenvolvimental. A amostra foi composta por um Grupo G1 (pré-assistência) com nove mulheres em fase inicial de atendimento, idade média=36,7 e DP=8,68; e um Grupo G2 (pós-assistência) de nove mulheres que já haviam concluído atendimento, idade média=41 e DP=11,28. Foram avaliadas individualmente com a *Escala de Avaliação de Sintomas – EAS-40*, *Escala de Estágio de Mudança - EEM* e *Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida – EDAO-R*. Todas eram vítimas de agressões físicas e psicológicas recorrentes, em média há 11 anos, perpetrada por parceiro íntimo. Ambos os grupos encontravam-se nos estágios de mudança pré-contemplação (ausência de consciência do problema e de motivação para enfrentá-lo) e contemplação (reconhece o problema, mas sem motivação para enfrentá-lo) de acordo com a EEM. Os sintomas psicopatológicos avaliados com a EAS-40 mantinham-se elevados mesmo após os atendimentos. As participantes do Grupo pós-assistência apresentavam adaptação entre eficaz e ineficaz moderada, enquanto que entre as do Grupo pré-assistência predominaram adaptações ineficazes severa ou grave. As participantes chegam à instituição com vários comprometimentos, com confusão de pensamento, sem saber o que fazer e a quem recorrer, além de se sentirem descrentes de algum tratamento possível. A severidade dos conflitos que enfrentam sugere a necessidade de atendimentos psicológicos semanais de longo prazo (estima-se um mínimo de um ano) para que possam recuperar a auto-estima, auto-confiança e superar valores culturais profundamente arraigados, que as impedem de superar a condição de vitimização à que estão sujeitas.

Palavras-chave: violência contra mulher, avaliação psicológica, mudança em psicoterapia.

ABSTRACT

Guzzon, J. T. (2011). Evaluation of Change in women who are victim of violence. Master's Degree Dissertation. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP pp. viii + 55.

According to World Health Organization, violence is a global problem that affects families of all cultures, ethnicities, politics, economics and political regimes. Women victims of violence are assisted by different institutions with different types of intervention: legal, psychological, social and / or medical. However, the quality and extent of changes that is presented, as a result of assistance provided, are not always recognized. The aim of this study was to evaluate the psychological aspects of women who are victim of violence in relation to the changing stage, the quality of adaptive effectiveness and severity of psychopathological symptoms in women victims of violence before being assisted by SOS Action Woman and Family and compare them to those women who have already been assisted by the institution. Methodologically the study used a randomized cross-sectional type, which is based on a comparison between two groups at different stages of a developmental process. The sample comprised of Group G1 (pre-assistance) with nine women in the initial phase of treatment, average age = 36.7, DP = 8.68, and a Group G2 (pos assistance) of nine women who had already completed treatment, average age=41, DP=11.28. They were evaluated individually with the rating scale of symptoms - EAS-40, Stage of Change Scale - EEM and Operational Adaptive Diagnostic Scale Redefined - EDAO-R. All were victims of repeated physical and psychological aggression, on average 11 years ago, perpetrated by intimate partners. Both groups were in the stages of change Pre-contemplation (lack of awareness of the problem and motivation to face it) and contemplation (acknowledges the problem but has no motivation to face it) according to the EEM. Psychopathological symptoms assessed with the EAS-40 had remained high even after the treatments. The participants of the Group post-assistance displayed adaptation between effective and moderately ineffective, while among the group of pre-assistance predominated severe or serious adaptations. The participants arrived at the institution with multiple impairments, in a confused mental state, not knowing what to do or whom to call, besides feeling skeptical of any possible treatment. The severity of the conflicts they face suggests the need for weekly psychological treatment for the long term (estimated at a minimum of one year) in order to restore self-esteem, self-confidence and overcoming profound cultural values which prevents them from overcoming the condition of victimization to which they are subjected to.

Keywords: Violence against women, psychological evaluation, change in psychotherapy

APRESENTAÇÃO

A violência contra a mulher está presente em pleno século XXI, e vem aumentando consideravelmente, de modo que é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) um grave problema de saúde pública (Cabral & Brancalhone, 2000; Camargo, 2000), que merece total atenção, já que apresenta uma elevada frequência de ocorrências e gera graves conseqüências psicofísicas (Jacobucci, 2004).

A OMS alerta que a violência é um problema mundial que afeta famílias de todas as culturas, etnias, políticas econômicas e regimes políticos e que, neste sentido, a violência contra a mulher representa grande relevância, tendo em vista que pelo menos um quinto da população feminina mundial já foi vítima de violência física ou sexual (Menezes, Amorim, Santos & Faúndes, 2003). Dentre todos os tipos de violência existentes, aquela praticada no âmbito familiar pode ser considerada uma das mais cruéis. O lar, que deveria ser um local de segurança e conforto, se torna um ambiente de perigo que resulta em estado permanente de medo e ansiedade (Padovani & Williams, 2002).

A violência doméstica e o estupro são considerados a sexta causa de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade física em mulheres de 15 a 44 anos, mais do que todos os tipos de câncer, acidentes de trânsito e guerras. A cada cinco anos a mulher perde um ano de vida saudável se ela sofre violência doméstica. Conseqüências desse problema recaem nos serviços de saúde, seja pelos custos que ocasionam ou pela complexidade de atendimento necessária (Heise, 1994; PNUD-IPEA, 1996).

Mulheres que foram agredidas relatam terem sofrido formas combinadas de agressões psicológicas e físicas. As agressões físicas têm, como exemplo, fraturas, queimaduras, marcas de tentativa de estrangulamento, nódoas negras, etc; e as agressões psicológicas são retratadas por seqüelas como medo, isolamento afetivo, dependência emocional, sentimentos de culpabilidade e quadros depressivos. Apesar de buscarem ajuda em pronto-socorro, ambulatórios e hospitais da rede de saúde para tratarem dos sintomas, muitas delas não chegam a denunciar as agressões. Importante

destacar que além dos cuidados físicos, é necessário que essas mulheres tenham atendimento psicológico. É de suma importância que sejam orientadas adequadamente para saberem como lidar com a situação, e não fiquem passivas nessa história, pois o silêncio acaba por fazer com que as agressões permaneçam (Jacobucci, 2004). Frente aos problemas relacionados à dificuldade de prevenir ou atender essa gama da população, destacam-se as barreiras culturais, os fatores educacionais e a banalização de comportamentos violentos, bem como a carência de serviços especializados para atender os casos de mulheres vítimas de violência (Tavares, 2000).

Diante desse contexto, da relevância do tema e das consequências que a violência pode causar, fica evidente a necessidade de ações mais efetivas por parte do serviço de saúde, este podendo oferecer melhores tratamentos e sabendo prevenir e combater a violência contra mulheres. Com a presente pesquisa pretendeu-se avaliar alguns aspectos psicológicos de mulheres vítimas de violência antes e depois de serem acompanhadas em uma instituição que trabalha com esse estrato da população para verificar quais aspectos sofreram alterações e se sofreram. É importante ter-se formas adequadas a fim de ajudar vítimas de violência a desenvolverem meios adaptativos eficazes para se colocarem frente aos agressores e saírem dessa condição (Silva, 2008).

INTRODUÇÃO

Tradicionalmente a definição do gênero feminino faz referência ao âmbito familiar e à maternidade, enquanto o gênero masculino faz menção à esfera pública, que remete aos valores materiais e acaba por fazer do homem o protetor da família. A violência social segue os parâmetros da tradicional divisão de espaços, onde o homem sofre violência na esfera pública e as mulheres são vítimas de violências domésticas, sendo que o agressor freqüentemente é o próprio parceiro (Giffin, 1994).

A partir da década de 60 alguns acontecimentos tiveram papel significativo para que o setor da saúde pública dirigisse atenção à violência. Como marco inicial, a pediatria americana que começa a estudar, diagnosticar e medicar a síndrome do bebê espancado teve conseqüências importantes sobre as práticas voltadas para a promoção do desenvolvimento infantil. Na década de 70 houve o reconhecimento dos maus-tratos como problema de saúde pública, e inicialmente nos Estados Unidos e Canadá, surgiram os programas nacionais de prevenção primária e secundária e as centrais de denúncia, o que acabou por tornar público e passível de intervenção um problema inicialmente privado (Mynaio & Souza, 1999). Outro acontecimento importante foi o movimento feminista, que veio questionar o papel da mulher na família, no trabalho e na sociedade, buscando uma modificação nas relações humanas e extinção de discriminação social e de gênero. Uma luta ideológica contra os valores patriarcais, o movimento feminista representou para as mulheres uma quebra nos padrões de submissão que foram e ainda são impostos (Jacobucci, 2004).

Os atos de agredir, matar e estuprar mulheres têm ocorrido ao longo da história em países com os mais diferentes regimes econômicos e políticos. Organismos internacionais iniciaram uma mobilização contra esse tipo de violência após 1975, momento em que a *Organização das Nações Unidas - ONU* instituiu a data de 8 de março como o Dia Internacional da Mulher. Entretanto, foi apenas em 1993, na Reunião de Viena, que a Comissão de Direitos da ONU incluiu um capítulo de denúncia e propôs medidas para reprimir a violência do gênero. Foi a partir desse ano que a violência contra a mulher passou a ser vista como violação dos direitos

humanos, um dificultador do desenvolvimento e dos ideais de igualdade (Blay, 2003).

No que diz respeito ao campo da Saúde Mental, houve uma modificação da classificação da violência no código de *Classificação Internacional das Doenças – CID*. Anteriormente classificada como causas externas, na 9ª revisão entrou para os códigos V01 – Y98, que correspondem a causas externas de morbidade ou mortalidade. Esse capítulo possibilita a classificação de ocorrências e circunstâncias ambientais como as causas das lesões, envenenamento ou outros eventos adversos. E na 10ª revisão entrou para a análise de mortalidade. O conceito de mortalidade por causas externas engloba homicídios, suicídios e acidentes fatais e o de morbidade refere-se às lesões, envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras e intoxicações por agressões interpessoais, coletivas, omissões e acidentes (Mynaio & Souza, 1999).

No Brasil, o debate sobre a violência na saúde pública ocorreu de maneira progressiva e fragmentada. Nos anos 70, o país vivia sob o regime da ditadura militar. Na segunda metade do século passado, o movimento feminista ganhou pouco a pouco relevância no Brasil, época em que as mulheres se fortaleceram e começaram a questionar sua condição feminina e exigir seus direitos (Jacobucci, 2004; Tavares, 2000). Observou-se uma maior articulação entre as mulheres brasileiras quando a ONU promulgou o Ano Internacional da Mulher, o que deu maior visibilidade à violência doméstica, fato que ocorreu pela divulgação da mídia das mortes das feministas Ângela Diniz, Claudia Lessing e Eliana de Grammont. Um dos slogans iniciais do movimento foi “Quem ama não mata”, que visou acompanhar as investigações e soluções sobre o caso dos maridos das mulheres assassinadas (Tavares, 2000).

Os anos 80 foram marcados pelo engajamento de mulheres em diferentes movimentos, que culminaram na implantação das políticas públicas no combate contra a violência da mulher (Jacobucci, 2004; Tavares, 2000). Dessa forma, foi na década de 80 que o tema ganhou espaço nas discussões no campo da saúde, se consolidando no final dos anos 90, quando houve a implementação do *Plano de Ação de Prevenção de Violência* para as Secretarias Municipais de Saúde com estratégias articuladas pelo Conselho Nacional de Saúde – CONASEMS (Minayo &

Souza, 1999). Vários acordos internacionais foram assinados pelo Brasil como medidas para extinguir a violência contra as mulheres. Entretanto, entendeu-se que o tema era complexo, podendo a violência ser uma forma de relação pessoal, política, social e cultural, e outras vezes, resultante de interações sociais. Entendeu-se, ainda, a violência tendo raízes nas relações de poder baseadas no gênero, sexualidade e auto-identidade, de modo que o homem dominador é tido como essência da masculinidade em muitas sociedades (Jacobucci, 2004; Minayo & Souza, 1999).

De acordo com Tavares (2000), a violência entre os sexos é determinada por papéis sociais que são reforçados pelas culturas patriarcais e impostos a homens e mulheres. Assim, a inferioridade da mulher imposta pelo meio cultural faz com que esta se sinta abaixo, e isso a faz acreditar que é sua obrigação suportar maus-tratos físicos e psicológicos de seu cônjuge e sofrer em silêncio. Observam-se crenças segundo as quais os homens se acham no direito de impor e exigir comportamentos, enquanto as mulheres se culpam pelos deveres não cumpridos (Guerra, 1998, Jacobucci, 2004, Tavares, 2000).

A Organização Mundial da Saúde - OMS alerta que a violência é um problema mundial que afeta famílias de todas as culturas, etnias, políticas econômicas e regimes políticos e que, neste sentido, a violência contra a mulher representa grande relevância, tendo em vista que pelo menos um quinto da população feminina mundial já foi vítima de violência física ou sexual (Menezes e cols., 2003). A Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1993, definiu a violência contra a mulher como:

“qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou tenha probabilidade de resultar, em prejuízo físico, sexual ou psicológico, ou ainda sofrimento para as mulheres incluindo também a ameaça de praticar tais atos, a coerção e a privação da liberdade, ocorrendo tanto em público como na vida privada” (OMS, Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, 2002, p.310).

Pensar que o lar é um local seguro, que possibilita crescimento e desenvolvimento por meio de carinho se torna contraditório quando se observa uma realidade permissiva quanto a comportamentos agressivos de homens para com suas companheiras (Padovani & Williams, 2002). A terminologia violência doméstica reflete, usualmente, o comportamento agressivo contra a mulher efetuado pelo próprio parceiro (Menezes e cols., 2003; Tavares, 2000). Uma característica comum nos agressores é a minimização da agressão e a negação do comportamento agressivo, culpando a vítima pelo ato. Além disso, freqüentemente a vítima tende a justificar o comportamento do agressor, tornando-a conivente com a situação. A literatura aponta que são freqüentes alegações do tipo: “Foi ela que me excitou”, “Ela estava pedindo para apanhar”, “Ele estava nervoso, não fez porque quis”, “Ele não sabia o que estava fazendo”, “Ele tinha razão de estar chateado, meu vestido não estava mesmo bom”, pretextos para eximir os responsáveis pela a agressão, de possíveis culpas. Esses discursos legitimam a atitude do agressor e contribuem para a instalação e continuação da violência (Padovani & Williams, 2002; Silva, Coelho & Caponi, 2007; Tavares, 2000).

Ao discutir a questão da violência contra a mulher, Chauí (1984), defende que a violência corresponde a

“tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de um ser; todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém; coagir, constranger, torturar, brutalizar; todo ato de transgressão contra o que, alguém ou alguma sociedade define como justo e, como direito” (p.35).

Tavares (2000) concluiu que a violência é:

“um ato de brutalidade, abuso, agressão, constrangimento, desrespeito, discriminação, impedimento, imposição, invasão, obrigação, ofensa, proibição, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais

definidas pela opressão e intimidação, pelo medo e pelo terror” (p.22).

Há uma grande diversidade de conceituação, de modelos de explicação e terminologias para a violência, devido aos diferentes modos de ver o fenômeno. No presente estudo será utilizada a definição proposta pela OMS, quando publicou, em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. De acordo com ela,

“violência é o uso intencional da força ou poder físico, em forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesões, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações” (OMS, Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, 2002, p.3).

Essa definição relevou a intencionalidade do ato e excluiu incidentes não intencionais, como queimaduras em incêndios e alguns acidentes de trânsito. Ao abranger o uso de poder, ampliou o conceito de violência para incluir atos resultantes de uma relação de poder, incluindo ameaças e intimidações. O “uso de força física ou poder” deve compreender a negligência, atos de omissão e atos de violência mais comuns, todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como suicídio e atos auto-infligidos (Dahlberg & Krug, 2007; Schraiber, D’Oliveira & Couto, 2006).

A definição dada pela OMS retratou o reconhecimento por parte dos pesquisadores sobre a necessidade de englobar a violência que não gere sofrimento ou morte, necessariamente, mas que tem um grande peso em indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde no mundo todo. Algumas formas de violência podem acarretar problemas físicos, psicológicos e sociais que não necessariamente ferimentos, incapacidade ou morte, e tais danos podem durar anos após o ato violento inicial. A violência doméstica contra a mulher se inicia, usualmente, com a violência psicológica e caminha para a física (Cabral & Brancalhone, 2000; Dahlberg & Krug, 2007, Jacobucci, 2004).

Ainda segundo OMS (2002), quanto à natureza, a violência pode ser classificada em:

Física: Uso da força com o intuito de ferir, como por exemplo, murros, tapas, queimaduras.

Psicológica ou Verbal: Toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de agressão não deixa marcas corporais, mas acarreta danos emocionais. Caracterizada por rejeição, humilhação, desrespeito.

Sexual: A vítima é induzida ou forçada a práticas sexuais com ou sem violência física.

Privação/Negligência: Omissão de responsabilidade de um ou mais membros da família em relação a outro, principalmente com aqueles que precisam de ajuda devido à idade ou alguma condição específica. São exemplos desse tipo de agressão a submissão a cárcere privado, ausência de cuidados necessários a crianças, adolescentes ou idosos.

A Tabela 1 aponta as possíveis conseqüências da violência para a saúde da mulher, de acordo com a OMS (2002):

Tabela 1. Conseqüências da violência.

Tipo de Violência	Conseqüência
Física	Ferimento torácico e abdominal; hematomas; Síndromes de dores crônicas *; Fraturas; Danos físicos *; Redução do funcionamento físico; Doenças Gastrointestinais *; Danos Oftalmológicos; Fibromialgia; Síndrome do Cólon Irritável *; Deficiência.
Sexual	Desordens ginecológicas *; Infertilidade; Inflamação pélvica *; Complicação na gravidez / aborto; Disfunção Sexual *; Doenças Sexualmente Transmissíveis *; Práticas abortivas perigosas; Gravidez indesejada.
Psicológica	Abuso de drogas e álcool; Depressão *; Ansiedade; Transtorno alimentar; Transtorno do sono; Sentimentos de vergonha e culpa; Somatização; Baixa auto-estima; Estresse pós – traumático; Transtorno de pânico e fobias; Comportamento suicida *; Comportamento sexual inseguro *.
Saúde	Mortalidade por AIDS; Mortalidade materna; Homicídio; Suicídio *

* maior incidência em mulheres alvo de violência.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2002)

Jacobucci (2004) dividiu as conseqüências da violência em não fatais e fatais. As não fatais se subdividem em saúde física, englobando DSTS, lesões, gravidez indesejada, comportamentos danosos a saúde (ex: fumar, sexo inseguro), problemas ginecológicos, dor pélvica e dor de cabeça; e em saúde mental, que diz respeito à depressão, ansiedade, disfunção sexual, desordens de alimentação, problemas múltiplos de personalidade e comportamento obsessivo/compulsivo. Já as conseqüências consideradas fatais são o homicídio e o suicídio.

Mulheres que foram agredidas relatam terem sofrido formas combinadas de agressões psicológicas e físicas. Apesar de buscarem ajuda em pronto-socorro, ambulatórios e hospitais da rede de saúde para tratarem dos sintomas, muitas delas não chegam a denunciar as agressões. Importante destacar que além dos cuidados físicos, é necessário que essas mulheres tenham atendimento psicológico. É de suma importância que sejam orientadas adequadamente para saberem como lidar com a situação, e não ficarem passivas nessa história, pois o silêncio acaba por fazer com que as agressões permaneçam (Jacobucci, 2004).

Iniciativas institucionais para combater a violência contra a mulher no Brasil

Foi principalmente a partir da década de 70 que o movimento feminista brasileiro se expandiu, ergueu a bandeira pela visibilidade das agressões e pelo reconhecimento da violência contra mulher como um problema social. Foram criados diversos grupos com enfoques e formas diferentes de atuação, os quais possuem diversas funções, tais como: reflexão, publicação de folhetos sobre sexualidade, direitos da mulher, saúde, pesquisas, SOS contra a violência, Casa da mulher, etc. Este processo de resistência feminista se fortaleceu com várias estratégias de luta, dentre elas, a nomeação da expressão "violência contra a mulher", seguida pela demanda por políticas públicas a fim de coibi-la (Cortizo & Goyeneche, 2010; Jacobucci, 2004).

O estado apresentou como resposta a essas demandas a criação e implementação da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), em 1985, em São Paulo, estado que até hoje concentra 40,7% das DEAMs do país. Seguiu-se, nos anos 1990, a criação dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais (JECRIMs), regidos pela Lei nº 9.099/95. Houve, também, a implantação de Casas-Abrigo para as mulheres vítimas de violência que correm risco de vida caso voltem para suas casas. Neste local, elas recebem assistência jurídica, psicológica e social, tendo total segurança devido ao sigilo do endereço. Dessa forma, a violência contra a mulher, inicialmente um problema de esfera privada, hoje é considerada um problema de ordem pública e político. A partir do ano 2000 a veemência da luta pela democratização dos direitos humanos e pela cidadania possibilitou a criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, que se tornou efetivo em 2003, e esteve presente na elaboração da nova legislação que objetiva por fim à violência contra as mulheres (Bandeira, 2009; Jacobucci, 2004).

Efetivamente, a intensa atuação dos movimentos feministas e das mulheres foi de suma importância para pressionar o Estado brasileiro, fazendo-o aprovar, em 2006, a Lei nº 11.340, ou Lei Maria da Penha, que tem por objetivo principal criar mecanismos para coibir, prevenir e punir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Maria da Penha Maia, paraplégica desde 1983, em consequência das agressões cometidas por seu marido, tornou-se um símbolo da luta contra a

violência doméstica contra a mulher, após lutar para ver seu agressor condenado. Após várias tentativas mal sucedidas para obter a condenação, ingressou com um processo nas Nações Unidas, cuja principal consequência foi a condenação do Brasil pela Comissão Internacional de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos por violação ao direito fundamental da vítima mulher de ser protegida contra a violência (Bandeira, 2009, Cortizo & Goyeneche, 2010).

De acordo com Dantas e Mélo (2008), a Lei n. 11.340 possibilitou que a violência doméstica e familiar contra a mulher fosse definida como um crime específico, causando interesse no debate público e uma transformação simbólica no conceito de violência contra a mulher, que deixa de ser entendida como crime de menor potencial ofensivo. A lei também modifica do ponto de vista prático, o cotidiano das instituições que trabalham no combate à violência contra a mulher, a partir da instituição dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher.

A Lei Maria da Penha teve como objetivo dar cumprimento às obrigações adquiridas pelo Brasil quando da ratificação da Convenção de Belém do Pará, em 1994, e redefiniu a natureza desse crime. A Lei pressupõe a obrigação do Estado em tomar medidas preventivas contra a violência por meio da inclusão de mulheres agredidas em programas sociais, facilitando o acesso dessas mulheres à justiça e às medidas preventivas de urgência, muitas delas no âmbito do direito da família, para combater o aumento da violência contra as mulheres. Há, também, a criação de uma Vara Judicial para atender vítimas de agressão, iniciativa inédita no combate à violência, a qual interfere na área da segurança pública e no Judiciário, procurando encontrar meios para mudar práticas institucionais e de atuação dos agentes públicos no enfrentamento desse problema (Bandeira, 2009).

Não há dúvidas que a Lei de Combate à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Lei Maria da Penha) representa uma vitória dos movimentos feministas e um marco na luta pelos direitos das mulheres. Entretanto, apesar dos avanços alguns trabalhos apontam alguns limites da lei, lembrando que apenas a promulgação da mesma não é suficiente para acabar com todos os entraves. Um dos problemas para a efetivação da Lei é a questão da interpretação e aplicação realizada pelo Judiciário, outro é que muitas mulheres acreditam que o companheiro irá mudar e acabam por acreditar em suas promessas de não mais agredi-las. Há

ainda a carência de políticas públicas e instituições do Estado que garantam a eficácia e eficiência da lei, bem como falta a expansão de uma nova cultura democrática com valores renovados. É necessário rompermos com o ciclo paternalista e machista, que aprisiona as mulheres em papéis imaginários, o que em si mesmo constitui uma outra forma de violência (Cortizo & Goyeneche, 2010, Pougy, 2010).

Dentre as várias instituições criadas no sentido de oferecer assistência adequada às mulheres vítimas de violência, e que têm contribuído para modificar o status, destaca-se aqui o papel desempenhado pelos SOS Ação Mulher e Família, organização não governamental, sem fins lucrativos, que presta atendimento às mulheres e suas famílias, vítimas de violência doméstica e sexual, por meio de programas de intervenção interdisciplinar de advogados, psicólogos e assistentes sociais. A presente pesquisa foi realizada com mulheres atendidas pelo SOS Ação Mulher e Família de Campinas, motivo pelo qual se passa a seguir a detalhar mais a história e estrutura desta instituição.

SOS Ação Mulher e Família

O SOS Ação Mulher e Família foi fundado em 1980, em Campinas, SP, como uma organização não-governamental, constituindo-se, atualmente, como entidade de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal. Conforme informação constante no sítio da instituição¹ ela tem como missão “promover a saúde relacional da mulher e sua família, em situação de violência doméstica, através do programas e ações sócio educativas, terapêuticas e jurídicas”. Desde 1987 mantém convênio de cooperação com a Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, sendo filiada à Federação das Entidades Assistenciais de Campinas (FEAC) e tendo o apoio da Prefeitura Municipal de Campinas, do Centro de Educação Integrado, da Fundação MVB AKZENTE, e dos Conselhos Municipais de Assistência Social e dos Direitos da Criança e do Adolescente.

¹ Todas as informações sobre a instituição SOS Ação Mulher e Família foram retiradas do site:

<http://www.sosmulherfamilia.org.br/produto.html>

Inicialmente, a entidade era denominada SOS-Mulher, um serviço voltado às mulheres que viviam situações de violência doméstica, sexual e social. A partir da vivência cotidiana, percebeu-se que a violência não se restringia à mulher, mas tendia a se disseminar entre os membros da família, filhos, pais idosos, irmãos, cunhados, tios, sobrinhos e, não raro, atingia a vizinhança, amigos, trabalho e escola. Assim, em 1982, acrescentou-se a palavra Ação e, em 1995, Família. Compreendia-se que para ter eficácia nos atendimentos e promover mudanças concretas nas condições de violência, era necessário também que a busca de soluções levasse em conta todas as pessoas envolvidas, e não apenas a vítima principal. A partir dessa visão, implantou-se um atendimento à mulher e ao grupo familiar pautado por uma intervenção interdisciplinar, cuja equipe passou a ser constituída por profissionais das áreas de Psicologia, Direito e Serviço Social.

O SOS Ação Mulher e Família foi pioneiro na luta contra a violência sexual e desempenhou importante papel na implantação dos serviços de atendimento às vítimas de crimes desta natureza no CAISM (Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher) – UNICAMP, na Prefeitura Municipal de Campinas (abrigo para a mulher e seus filhos em iminente risco de vida) e da Delegacia de Defesa da Mulher. A instituição começou a desenvolver programas na área de saúde e sexualidade no ano de 1990, os quais foram intensificados com o aumento da disseminação do vírus da AIDS entre mulheres, tendo no marido ou companheiro o vetor principal da doença. Entre esses programas de ação preventiva teve especial destaque o curso "Saber & Sabor," financiado no ano de 2000 pelo Instituto de Saúde Pública do México (GLAMS) e a Fundação MacArthur e, no ano de 2001, pela UNESCO em concordância com o Ministério da Saúde.

Por suas características e especificidades, o SOS Ação Mulher e Família tornou-se um importante ponto de referência no trato com a violência, constando do Manual de Recursos Sociais do Município de Campinas (1989), do Catálogo de Organizações Não-Governamentais que trabalham com prevenção às DST/AIDS (Ministério da Saúde, 1994) e do Glossário do Terceiro Setor (Fundação FEAC, 2001). A perspectiva de atuação comunitária por meio de programas preventivos, campanhas, intercâmbios com grupos de mulheres e instituições afins marca a prática do SOS desde sua criação.

A entidade é regida por um estatuto e uma diretoria eleita que regulamenta o trabalho da coordenação técnica e da equipe interdisciplinar. Esta equipe possui um quadro permanente e outro flutuante compostos por profissionais remuneradas, voluntárias e estagiárias. A instituição, através de sua equipe interdisciplinar, promove o atendimento de mulheres e suas famílias que vivem situações de violência (espancamento, ameaças de morte, crimes de natureza sexual, violência psicológica, estupro, discriminações, educação diferenciada), inspirando-se para este atendimento nos princípios dos Direitos Humanos e Cidadania. Paralelamente, desenvolve programas preventivos, além de estudos e pesquisas sobre a condição feminina, relações de gênero, papéis sexuais, influenciando na criação de políticas públicas voltadas para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

O SOS Ação Mulher e Família tem como objetivos tratar a violência doméstica e sexual como um problema social e de saúde pública envolvendo a mulher e a família, as instituições sociais e a comunidade; relacionar o problema da violência familiar à cidadania e direitos humanos, sob a ótica das relações de gênero, e dos papéis sexuais desiguais e discriminatórios em nossa sociedade; buscar através da mulher e família relações mais justas e complementares, visando a interrupção de uma história de violência com desenvolvimento de programas socioeducativos e preventivos e ações bio-psicossociais e jurídicas; promover a formação de agentes multiplicadores através de programas de capacitação e treinamento; promover campos de estágios, estudos e pesquisas sobre violência familiar e sua relação com a violência social e disponibilizar dados para comunidade, evidenciando a situação de violência doméstica e intrafamiliar.

Através de programas de intervenção interdisciplinar, os profissionais auxiliam na interrupção e prevenção da história de violência. Mulheres que chegam à instituição passam, primeiramente, por um grupo Interdisciplinar de Acolhimento, denominado de plantão psicológico. Após, são encaminhadas para os Grupos Interdisciplinares de Acompanhamento. Esses grupos são conduzidos por uma Psicóloga, uma Assistente Social e uma Advogada, as quais prestam, respectivamente, apoio emocional; atendimento aos direitos sociais; orientação, articulação e inclusão na rede de serviços e ingresso de ações na Vara de família. Os Grupos acontecem quinzenalmente, com duração de 50 minutos e o tempo de

permanência das mulheres neles varia de acordo com as necessidades das mesmas.

Frente a esse quadro, entendeu-se como relevante, conhecer em que medida as expectativas de mudança das mulheres que buscam a instituição têm sido alcançadas com os auxílios que lhes é prestado. Nesse sentido deve-se levar em consideração que existem diversas variáveis que atuam no processo de mudança de um indivíduo. Como as características individuais do sujeito, suas crenças e expectativas frente ao tratamento podem ter influência nos resultados e na percepção do mesmo sobre a melhora, as questões pertinentes ao processo de mudança do indivíduo foram contempladas neste estudo, tomando-se como perspectiva teórica a concepção do modelo transteórico, apresentado a seguir.

Modelo Transteórico de Mudança

O Modelo Transteórico de Mudança, desenvolvido empiricamente por James O Prochaska (1995) e seu grupo de pesquisa, pretende explicar como as pessoas mudam com ou sem tratamento, e atribui grande relevância à motivação como fator decisivo da mudança. Além disso, propõe que se compreenda a mudança segundo três dimensões: processo, estágios e níveis de mudanças.

Os processos de mudança dizem respeito aos comportamentos encobertos ou manifestos ligados a padrões de vida ou problemas particulares (Prochaska, 1995). Foram classificados em dez tipos: aumento de consciência, alívio dramático, auto-reavaliação, reavaliação ambiental, auto-liberação, liberação social, contra-condicionamento, controle de estímulos, gerenciamento de reforço e relacionamento de ajuda. Dependendo da linha teórica utilizada, há a ênfase em um desses processos empiricamente definidos (Yoshida, 2002). Em relação aos estágios, a idéia implica em que a mudança se dá ao longo do tempo, sendo sua natureza de caráter dinâmico e estável, de acordo com estágios assim denominados: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e término (Prochaska, 1995).

O estágio de pré-contemplação tem como característica principal a resistência em reconhecer ou modificar um problema ou um padrão comportamental. A pessoa

não acredita que precisa mudar, e raramente procura por psicoterapia. Quando o faz é geralmente devido à pressão de terceiros. Nesse sentido, são de relevância intervenções que objetivem o aumento de consciência, de modo a ajudar o paciente a voltar-se para as causas e conseqüências de seus problemas.

No estágio de contemplação a pessoa tem consciência de que existe um problema e de que precisa enfrentá-lo, porém nada é feito nesse sentido. A pessoa pode ficar nesse estágio por um longo período de tempo, podendo o ato em si nunca se concretizar.

Quando são observadas iniciativas para mudança que não tiveram sucesso ou não persistiram, diz-se que a pessoa está no estágio de preparação. Já quando decisões são tomadas e há o enfrentamento da situação – problema, diz-se que a pessoa encontra-se no estágio de ação. Há um esforço efetivo, um comprometimento de tempo e energia, de modo que haja uma mudança bem-sucedida.

O estágio de manutenção caracteriza-se pela persistência desses comportamentos por um bom período de tempo, de modo que um esforço para evitar recaídas e impedir a volta aos padrões anteriores sejam verificados. Por tais esforços, esse estágio é considerado um processo ativo de mudança. Finalmente, o estágio de término é atingido quando houve a superação completa da situação-problema, de modo que as mudanças encontram-se suficientemente estáveis e há confiança de que o antigo padrão de conduta não retornará.

A expectativa é a de que o paciente caminhe do estágio de pré-contemplação para o de término. Entretanto é importante ressaltar que o progresso não ocorre, necessariamente, nesse sentido, pois recaídas e voltas aos padrões anteriores podem ocorrer. A progressão dos estágios está, provavelmente, relacionada a variáveis outras, que podem facilitar, retardar ou impedir tal movimento (Yoshida, 2002; Yoshida, Primi & Pace, 2003).

Os estágios de mudança mostram que há diferentes níveis de consciência do problema, bem como diferentes graus de empenho para enfrentá-lo. Assim sendo, é de grande importância identificar como o paciente chega ao tratamento e como evolui no decorrer do mesmo (Yoshida, 2002).

Os níveis de mudança, último elemento básico desse enfoque, dizem respeito aos diferentes níveis de problemas psicológicos, que mantêm entre si uma relação hierárquica e que podem ser objetos de investigação em uma psicoterapia. Correspondem aos sintomas e problemas situacionais; pensamentos mal-adaptativos; conflitos de natureza interpessoal e conflitos familiares/sistêmicos. Acredita-se que não importa em qual nível se inicie, mas que um processo genuíno e bem sucedido se estabeleça, pois a mudança em um desses níveis desencadeará a de outros (Proschaska,1995).

Das dimensões de mudança propostas por Proschaska (1995), o conhecimento do estágio em que a pessoa se encontra aponta o grau de dificuldade que o terapeuta enfrentará para conseguir a adesão do paciente ao tratamento, mas não é suficiente para avaliar as chances de mudança do mesmo. Yoshida e Enéas (2004) acreditam na necessidade de se considerar outra variável, a eficácia adaptativa. Esta por sua vez, encontra—se associada à severidade dos sintomas psicopatológicos conforme apontado por algumas pesquisas (Enéas, 1993; Yoshida, 1998, 2000).

Eficácia da Adaptação e Sintomas Psicopatológicos

Simon (1989) propõe que se avalie adaptação de acordo com a adequação de um grupo de respostas que o indivíduo exprime a fim de satisfazer suas necessidades. Para que as respostas sejam consideradas adequadas estas precisam solucionar o problema que se apresenta para o indivíduo, trazer satisfação e não provocar conflitos intrapsíquicos nem sócio-culturais. Ou seja, a resposta adequada resolve o problema, gera prazer e mantém ou eleva a auto-estima sem desencadear atritos.

A Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO foi desenvolvida por Ryad Simon, na década de 70, e desde então tem sido utilizada por inúmeros profissionais e pesquisadores na avaliação dos recursos adaptativos ou na indicação da intervenção psicológica mais apropriada ao paciente. Simon (1989) propôs que quanto mais um conjunto de respostas é adequado, mais eficaz será a adaptação do sujeito. Respostas consideradas adequadas oferecem satisfação e o problema é

solucionado sem existir conflitos intrapsíquicos ou socioculturais. Respostas pouco-adequadas envolvem algum conflito, mesmo se existir algum grau de satisfação. Já para as respostas pouquíssimo adequadas a solução encontrada é insatisfatória e gera conflito externo e/ou interno.

Por meio de entrevista clínica, as respostas do indivíduo são classificadas em quatro setores do funcionamento da personalidade: afetivo-relacional (A-R) (respostas emocionais do indivíduo nas relações interpessoais e em relação consigo mesmo), produtividade (Pr) (respostas relacionadas ao trabalho, estudo ou qualquer ocupação principal do sujeito), sociocultural (S-C) (respostas relacionadas à estrutura social, aos recursos comunitários, aos valores e costumes do ambiente em que vive); e orgânico (Or) (compreende o estado e funcionamento do indivíduo e cuidados e ações em relação ao próprio corpo) (Simon, 1989). A avaliação da eficácia adaptativa somada à do estágio de mudança nos diz muito a respeito da probabilidade de aderência do paciente ao tratamento e a chance de progresso que pode ser esperada. Importante lembrar que os resultados obtidos e a melhora percebida pelo paciente podem ser influenciados por suas características individuais, suas crenças e expectativas quanto ao tratamento (Fernandez & cols., 2008; Yoshida, 1999).

Yoshida & Enéas (2004), propõem que é possível estabelecer uma ligação entre o estágio de mudança e eficácia adaptativa. Para as autoras, não é suficiente que o paciente tenha recursos adaptativos se não estiver ao menos no estágio de contemplação. Também é insuficiente que o paciente esteja no estágio de contemplação se não possuir recursos adaptativos. Para elas, a probabilidade da intervenção ser bem sucedida está ligada à preservação da eficácia adaptativa, já que a possibilidade de mudança com progressão para outros estágios também é maior. Conforme indicado em pesquisas anteriores (Yoshida, 1991, 1999, 2000), quanto melhor a qualidade de suas respostas adaptativas, mais chances do processo psicoterápico ser bem sucedido. O mesmo se aplica à severidade dos sintomas psicopatológicos. Sintomas mais leves tendem a ser associados a melhores resultados em psicoterapias (Lambert, 1991).

A Escala de Avaliação de Sintomas – EAS-40 (Laloni, 2001) é um instrumento de auto-relato resultante da adaptação em pacientes de hospitais gerais brasileiros

proveniente do *Symptom Checklist- 90-R (SCL-90-R)* (Derogatis, 1994). SCL-90-R é um instrumento desenvolvido para avaliar um amplo espectro de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos. É composto de 90 itens de auto-relato que devem ser respondidos segundo uma escala *Likert* de cinco pontos, em que o respondente deve indicar o quanto aquele problema o tem preocupado ou angustiado nos últimos sete dias. Os itens compõem 9 dimensões: somatização, obsessividade-compulsividade, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, idéias paranóides e psicoticismo. O padrão e a intensidade dos sintomas pode sugerir a presença de transtornos psicológicos (Derogatis, 1994).

A adaptação do SCL-90-R para a população brasileira foi realizada por uma pesquisa composta de 599 pacientes de hospital geral dos quais 200 eram pacientes do ambulatório de saúde mental (Grupo Caso) e 399 de enfermarias diversas (Grupo Controle) (Laloni, 2001). Foram realizados estudos de precisão (análise de consistência interna e teste e re-teste) e de validade (de constructo e de critério). Os resultados indicaram boa consistência interna (alfa de Cronbach entre 0,73 e 0,88) e estabilidade temporal regular entre 7 e 15 dias (r entre 0,40 e 0,82). O estudo de validade de construto, por meio de análise fatorial, análise de agrupamento e análise de correspondência, resultou em quatro fatores interpretáveis (40% da variância total): Psicoticismo (referente a distúrbios graves, com sintomas de psicoticismo, hostilidade, idéias paranóides e depressão); Obsessividade-Compulsividade (sintomas relacionados a pensamentos repetitivos, seguidos de desconforto nas relações interpessoais); Somatização (sintomas geralmente relacionados aos distúrbios somáticos e somatoformes); e Ansiedade (sintomas que vão de ansiedade generalizada à ansiedade fóbica direcionada a situação e objetos específicos). A escala adaptada ficou com 40 itens, sendo dez para cada dimensão. Houve, ainda, uma modificação da escala *Likert* de 5 para 3 pontos, onde 0 (nenhum sintoma), 1 (pouco sintoma) e 2 (muitos sintomas).

Esse estudo comprovou a capacidade da EAS-40 de avaliar sintomas psicopatológicos de maneira simples e rápida, demonstrando que sua utilização em situações clínicas possibilita o diagnóstico de transtornos psicológicos, estabelece um perfil sintomático do paciente e indica o grau de intensidade do distúrbio. A EAS-

40 também se mostra como um instrumento de importância clínica, pois a partir da análise dos resultados obtidos pela aplicação da escala, o psicoterapeuta é capaz de fazer um planejamento de intervenção e registrar o perfil do paciente antes e após a intervenção, o que torna o instrumento uma medida de eficácia do tratamento.

Considerando que o atendimento prestado no SOS Ação Mulher e Família tem como objetivo levar as mulheres a enfrentarem e modificarem a condição de vítimas de violência, levantou-se como hipótese de pesquisa que: mulheres que já receberam atendimento no SOS Ação Mulher se diferenciariam das que se encontram em início de atendimento quanto à severidade dos sintomas psicopatológicos, qualidade da configuração adaptativa e ao estágio de mudança. Sendo que as primeiras deveriam apresentar sintomas psicopatológicos menos severos, configurações adaptativas mais adequadas e se encontrarem em estágios de mudança mais avançados, demonstrando, nesse último caso, maior consciência do problema e motivação para enfrentá-lo. Para o teste desta hipótese foram estabelecidos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Avaliar aspectos psicológicos de mulheres vítimas de violência antes de serem assistidas pela instituição SOS Ação Mulher e Família e compará-los com os de mulheres que já receberam atendimento na instituição.

Objetivos Específicos

- Avaliar o estágio de mudança de mulheres vítimas de violência antes e depois de serem assistidas pela instituição;
- Avaliar sintomas psicopatológicos de mulheres vítimas de violência antes e depois de serem assistidas pela instituição;
- Avaliar a eficácia adaptativa de mulheres vítimas de violência antes e depois de serem assistidas pela instituição;
- Avaliar as associações existentes entre as variáveis acima, levando-se em conta o contexto sócio-familiar das participantes.

MÉTODO

A pesquisa é de delineamento correlacional de tipo *Cross-Sectional*, posto que se baseia na comparação entre dois grupos, nos quais os participantes estão em estágios diferentes de um processo desenvolvimental ou têm idades cronológicas diferentes. Este tipo de estudo é caracterizado por investigar mudanças sem haver um acompanhamento dos participantes em momentos diferentes ou ao longo do tempo (Bordens & Abbott, 1999). A opção por esse delineamento deveu-se à restrição de tempo disponível para a realização da pesquisa.

Instituição

SOS Ação Mulher e Família, Organização não governamental (ONG), situada em cidade do interior de São Paulo.

Participantes

Compuseram a amostra 18 mulheres, vítimas de violência doméstica, com idade mínima de 18 anos, atendidas no SOS Ação Mulher e Família, localizada em cidade do interior paulista. O Grupo 1 (pré-assistência) foi constituído por nove mulheres em fase de início de atendimento; idades entre 27 e 53 anos. O Grupo 2 (pós-assistência) foi composto por nove mulheres que já haviam sido assistidas pela instituição; idades entre 26 e 59 anos. Para preservação da identidade das participantes a identificação foi feita nos formulários padrão das escalas por meio de números. A Tabela 2 traz informações sobre a idade, nível de escolaridade e estado civil.

Tabela 2. Distribuição de variáveis sócio-demográficas das participantes (n=18)

G1	Idade	Escolaridade	Estado Civil
1	27	EF ¹ completo	casada/amigada
2	53	ES ¹ completo	separada
3	33	EM ¹ completo	casada/amigada
4	47	EM completo	casada/amigada
5	33	EF incompleto	separada
6	38	EF completo	casada/amigada
7	28	EM incompleto	casada/amigada
8	32	EM incompleto	casada/amigada
9	40	ES completo	divorciada
G2			
10	40	EF incompleto	separada
11	32	EF incompleto	casada/amigada
12	59	EF completo	separada
13	28	EM completo	solteira
14	26	EM completo	solteira
15	48	EM incompleto	divorciada
16	53	ES incompleto	viúva
17	45	EM completo	casada/amigada
18	38	EF completo	casada/amigada

¹EF= Ensino Fundamental; EM= Ensino Médio; ES= Ensino Superior

As idades do G1 variaram entre 27 e 53 anos (M=36,7; DP=8,68; mediana=33) e do G2 variaram entre 26 e 59 anos (M=41; DP=11,28; mediana=40). Para verificar se os dois grupos diferiam proporcionalmente quanto às variáveis sócio-demográficas foi aplicada a prova de Fisher, uma técnica não paramétrica que permite estimar a significância das diferenças entre variáveis de nível nominal ou ordinal, para amostras independentes e pequenas (Siegel, 1975/1981). Para a realização da prova as participantes foram divididas em função da idade mediana dos grupos combinados (≤ 38 vs. > 38). O resultado apontou diferença não significativa ($p > 0,10$) em relação à idade das participantes dos grupos amostrais.

Para estimar a diferença das participantes dos dois grupos quanto à escolaridade, elas foram ordenadas segundo o nível de escolaridade e divididas segundo o posto mediano (\leq Ensino Médio Incompleto vs. \geq Ensino Médio Completo). Não foram encontradas diferenças entre os grupos ($p > 0,10$), o que demonstra que os grupos são comparáveis quanto ao nível de escolaridade.

Quanto ao estado civil, observa-se que no G1 66,66% das participantes estavam casadas/amigadas e 33,33% estavam separadas ou divorciadas. Já o G2 aponta que 33,33% das participantes estavam casadas/amigadas, 33,33% estavam separadas ou divorciadas, 22,22% estavam solteiras e 11,11% viúvas. Para a prova de Fisher as participantes foram divididas em casadas/amigadas vs. separadas/divorciadas/solteiras/viúvas; isto é, vivendo com companheiro vs. vivendo sem companheiro. Obteve-se $p > 0,10$, que sugere que as diferenças entre os grupos não foram significantes, ou seja, as amostras são comparáveis quanto ao estado civil.

A Tabela 3 apresenta a situação das participantes quanto o tipo de violência sofrida, o tempo que sofrem ou sofreram agressão e se já fizeram boletim de ocorrência.

Tabela 3. Avaliação da situação das participantes quanto ao nível da violência, tempo que sofreram ou sofrem violência e o tipo de violência.

Casos	Registro de Ocorrência (nº) - Motivo	Tempo que sofre violência	Tipo violência (F, P)¹
G1			
1	1 - ameaça	2 anos e 6 meses	F, P
2	2 - agressão/ameaça	30 anos	F, P
3	1 - agressão	13 anos	F, P
4	nenhum	30 anos	F, P
5	5 - agressão	13 anos	F, P
6	nenhum	4 anos	F, P
7	1 - ameaça	8 anos	F, P
8	5 - ameaça	11 anos	F, P
9	4 - agressão	9 anos	F, P
G2			
10	nenhum	23 anos	F, P
11	nenhum	12 anos	F, P
12	nenhum	11 anos	F, P
13	1 - agressão	2 anos	F, P
14	1 - agressão	-	estupro
15	5 - agressão	19 anos	F, P
16	1 - agressão	-	estupro
17	1 - agressão	21 anos	F, P
18	3 - ameaça	11 anos	F, P

¹ F= Física; P= Psicológica

O exame da Tabela 3 aponta que no G1 77,77% das participantes fizeram ao menos um boletim de ocorrência e 22,22% não registraram queixa. Dos boletins de ocorrência registrados do G1, 57,1% foi por ameaça e 57,1% por agressão, o que aponta que uma das participantes (P2) registrou ocorrência por agressão e ameaça. No G2 66,66% fizeram ao menos um boletim de ocorrência e 33,33% não fizeram registro. Dos boletins de ocorrência registrados 83,33% foram por agressão e 16,66% foram por ameaças. Comparando as participantes quanto ao nível de

violência: ameaça vs. agressão, encontrou-se $p>0,10$, o que aponta para uma diferença não significativa entre os grupos. Quanto ao tempo que as participantes sofreram ou sofrem violência, os dados encontrados foram: G1 (M=13 anos; mediana=11anos) e do G2 (M=14 anos, mediana= 12 anos). Os grupos foram divididos em função da mediana dos grupos combinados (≤ 11 e >11), para a aplicação da Prova de Fisher. O resultado ($p>0,10$) sugeriu que as diferenças entre os grupos quanto ao tempo que as participantes sofreram ou sofrem violência não foram significantes. As participantes 14 e 16 não apresentaram referência de tempo porque foram vítimas de estupro. Em relação ao tipo de violência 100% das participantes do G1 sofreram ou sofrem mais de uma forma de violência perpetrada por parceiro íntimo. O G2 aponta que 77,77% sofreram ou sofrem violência física e psicológica.

A Tabela 4 informa a duração dos atendimentos recebidos pelas participantes de G2 no SOS Mulher (M=4,2 meses e mediana=4 meses) e o tempo decorrido entre o encerramento e a participação na pesquisa.

Tabela 4. Distribuição das participantes do G2 quanto à duração dos atendimentos e tempo decorrido após o atendimento.

Casos	Duração Atendimentos (meses)	Quanto tempo depois participou pesquisa (meses)
G2		
10	4	7
11	6	2
12	5	4
13	4	7
14	5	2
15	3	7
16	4	4
17	6	6
18	1	1

Resumidamente, pode-se dizer que em relação à idade, ao nível de escolaridade e ao estado civil, não houve diferenças significantes entre as amostras,

o que indica que as amostras são comparáveis quanto a estas variáveis sócio-demográficas. Quanto ao registro de ocorrência, em ambos os grupos, a maioria registrou ao menos um boletim de ocorrência, sendo estes por agressão e/ou ameaça. A maioria da amostra sofria ou sofre agressão recorrente e em relação ao tipo de violência, com exceção das duas participantes que foram vítimas de estupro, as demais participantes sofreram e/ou sofrem mais de uma forma de violência perpetrada por parceiro íntimo. Quanto ao tempo médio que as participantes sofreram ou sofrem violência, não houve diferenças significativas entre as amostras. Pode-se, pois dizer que as duas amostras detinham o mesmo perfil também no que respeita à modalidade de agressão e ao tempo em que são vítimas de violência. As semelhanças nos perfis dos dois grupos amostrais são de fato esperadas numa pesquisa de delineamento metodológico *Cross-Sectional*, pois baseia-se no pressuposto de que grupos com perfis semelhantes tenderão a apresentar o mesmo tipo de evolução ou desenvolvimento (Bordens & Abbott, 1999).

Materiais

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A);
- Gravador;
- Instrumentos: *Escala de Estágios de Mudança (EEM)*, *Escala de Avaliação de Sintomas – EAS-40* e *Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida (EDAO-R)*.

Instrumentos

Escala de Estágios de Mudança (EEM) (McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989) – É uma escala de auto-relato, composta por 32 itens, subdivididos em quatro grupos de oito itens, destinados a avaliar os estágios de mudança em que se encontra o indivíduo. Cada estágio reflete o nível de consciência de um problema e o grau despendido de esforço para enfrentá-lo. Os estágios de mudança são: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Para cada item são apresentadas possibilidades de respostas em escala do tipo *Likert* de cinco pontos que variam desde *discordo totalmente* até *concordo totalmente*. A avaliação do estágio de mudança é dada pela maior pontuação nos

itens de determinado estágio. A EEM foi desenvolvida com o intuito de orientar o clínico quanto à disponibilidade do paciente mudar atitudes ou comportamentos que estejam lhe causando algum tipo de conflito, sofrimento psicológico, ou comprometendo sua saúde, de maneira geral. Tem sido utilizada em intervenções para mudanças no hábito de beber, adição ao tabaco, e também em processos de psicoterapias. Resultados de várias pesquisas indicam as qualidades psicométricas da versão original do instrumento, (McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989; McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983) e também a versão em português (Pace, 1999; Yoshida, Primi & Pace, 2003) (Anexo B).

Escala de Avaliação de Sintomas – EAS-40 (Laloni, 2001) – É uma escala multidimensional, de auto-relato, composta por 40 itens, adaptada do *Symptom Checklist – 90 – Revised (SCL-90-R)*, para pacientes clínicos de hospitais gerais. Este instrumento é destinado à avaliação da severidade de sintomas psicopatológicos de acordo com quatro dimensões: Psicoticismo (referente a distúrbios graves, com sintomas de psicoticismo, hostilidade, idéias paranóides e depressão); Obsessividade-Compulsividade (sintomas relacionados a pensamentos repetitivos, seguidos de desconforto nas relações interpessoais); Somatização (sintomas geralmente relacionados aos distúrbios somáticos e somatoformes); e Ansiedade (sintomas que vão de ansiedade generalizada à ansiedade fóbica direcionada a situação e objetos específicos). As respostas são dadas em escala de tipo *Likert* de três pontos, onde 0 corresponde a nenhum sintoma, 1 a pouco sintoma e 2 a muito sintoma. O Índice Global de Severidade (IGS), derivado tanto do número quanto da intensidade dos sintomas, é um indicador do funcionamento psicológico. A EAS-40 demonstrou precisão para diferentes amostras brasileiras, tais como, pacientes atendidos em serviços de saúde mental e em enfermarias com diversas doenças (Laloni, 2001) e estudantes universitários (Yoshida & Silva, 2007), variaram entre 0,40 a 0,93 nos coeficientes de correlação de Pearson. Evidenciou boa consistência interna (de 0,73 a 0,88) e boa validade de constructo (verificado por Análise Fatorial, Análise de Agrupamento e Análise de Correspondência) (Laloni, 2001). Outro estudo (Yoshida, 2008) indicou o escore 1 como ponto de corte dos quatro fatores desse instrumento para a população clínica (Anexo C).

Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida (EDAO-R) (Simon, 1989) – A escala possibilita, por meio de entrevista clínica, uma avaliação da qualidade da eficácia adaptativa medida segundo o grau de adequação da adaptação de quatro setores da personalidade: afetivo-relacional (A-R) (respostas emocionais do indivíduo nas relações interpessoais e em relação consigo mesmo), produtividade (Pr) (respostas relacionadas ao trabalho, estudo ou qualquer ocupação principal do indivíduo), sociocultural (S-C) (respostas relacionadas à estrutura social, aos recursos comunitários, aos valores e costumes do ambiente em que vive); e orgânico (Or) (compreende o estado e funcionamento do indivíduo e cuidados e ações em relação ao próprio corpo). Nos setores S-C e Or a avaliação é feita de forma qualitativa, e nos setores A-R e Pr as avaliações são realizadas de maneira quantitativa e qualitativa. Para avaliar a qualidade da adaptação de cada setor há três possibilidades: adequada, pouco adequada e pouquíssima adequada. Respostas consideradas adequadas oferecem satisfação e o problema é solucionado sem existir conflitos intrapsíquicos ou socioculturais. Respostas pouco-adequadas envolvem algum conflito, mesmo se existir algum grau de satisfação. Já nas respostas pouquíssima adequadas a solução encontrada é insatisfatória e gera conflito externo e/ou interno. Uma vez avaliado cada um dos setores tem-se cinco grupos de adaptação possíveis: adaptação eficaz (grupo 1); adaptação ineficaz leve (grupo 2); adaptação ineficaz moderada (grupo 3); adaptação ineficaz severa (grupo 4); adaptação ineficaz grave (grupo 5). Nos casos “em crise”, momentos em que o psiquismo do indivíduo fica suspenso e não consegue dar respostas às situações críticas, acrescenta-se esta designação ao grupo adaptativo (Simon, 1989, 1997) (Anexo D). Na aplicação da EDAO-R a pesquisadora se baseou no roteiro elaborado por Medeiros (2002) (Anexo E).

Procedimento

Todas as participantes estavam cientes dos objetivos da pesquisa e aceitaram participar voluntariamente, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Inicialmente a pesquisadora entrou em contato com a Instituição, apresentou uma cópia do projeto para a Presidente do SOS Ação Mulher e Família e obteve a

autorização para que se realizasse a coleta de dados (Anexo F). O projeto também foi aprovado pelo *Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas* (protocolo 979/09, data de aprovação: 01/12/09) (Anexo G).

Após autorização da presidente da SOS Ação Mulher e Família para realização deste estudo e após o parecer positivo do Comitê, a pesquisadora iniciou a etapa de coleta de dados. Primeiramente obteve informações na instituição sobre as pacientes que estavam em início de atendimento, bem como as que já tinham sido assistidas pelo Grupo Interdisciplinar de Acompanhamento.

A partir disso, entrou em contato com as participantes para se apresentar, informar os objetivos do estudo, oferecer explicações a respeito da pesquisa, e das condições explicitadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e convidá-las a participar do estudo. No dia da entrevista a pesquisadora voltou a explicar os objetivos da pesquisa e leu, junto à participante, o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, esclarecendo quaisquer dúvidas. Foi então solicitada a assinatura do Termo, em duas vias, sendo que uma ficava com a participante.

Em seguida a pesquisadora iniciou a coleta dos dados por meio da aplicação da EEM e a EAS-40 de maneira assistida. Ou seja, cada item dos instrumentos foi lido sem sugestão de nenhuma alternativa de resposta. No caso das participantes não entenderem algum item, ele foi novamente lido, tantas vezes quanto necessárias. Ao final dessas aplicações a pesquisadora realizou uma entrevista semi-dirigida para avaliação da EDAO-R. Nessa etapa, com o consentimento das participantes, gravou as entrevistas. Foi revezada a ordem de aplicação dos instrumentos para o Grupo 1 e 2, de modo a controlar possíveis vieses de respostas. O próximo passo foi a transcrição das entrevistas. Feita a transcrição, a orientadora e a pesquisadora fizeram a avaliação da Eficácia Adaptativa de acordo com a EDAO-R, de forma independente. A seguir, a avaliação de ambas foi comparada, sendo alto o índice de acordo entre elas (80%), o que garante a precisão das avaliações.

RESULTADOS

As mulheres que participaram do estudo tinham idade média de 38 anos e em relação à escolaridade, prevaleceram participantes com o Ensino Médio Incompleto. Estas mulheres se encontravam em episódios de agressão recorrente, em média há 11 anos, e em relação ao tipo de violência, a maioria sofreu mais de uma forma de violência perpetrada por parceiro íntimo. A maioria já havia registrado ao menos um boletim de ocorrência, sendo o motivo destes a agressão e/ou ameaça. Conforme referido, as semelhanças nos perfis sócio-demográfico dos dois estratos amostrais conferem maior confiança aos resultados da pesquisa.

A apresentação dos dados foi feita com tabelas e análises que descrevem os resultados dos instrumentos utilizados. Definidos os valores quantitativos, uma análise qualitativa pormenorizada foi realizada. Para verificar se os dois grupos diferiam proporcionalmente quanto aos resultados dos instrumentos utilizados foi aplicada a prova de Fisher (Siegel, 1975/1981).

Os resultados da EEM, da EAS-40 e da EDAO-R são apresentados na Tabela 5. Em relação à EEM, o G1 aponta que 44,44% das participantes se encontravam no estágio de ação, 33,33% estavam na preparação e 22,22% das participantes se encontravam no estágio de contemplação. O G2 aponta que 44,44% das participantes se encontravam na preparação, 33,33% se encontravam no estágio de contemplação e 22,22% no estágio ação. Para a realização da prova de Fisher os grupos foram divididos em estágio de Contemplação e Preparação, significando que ainda não teria havido um movimento evidente de mudança, e em estágio de Ação, indicando envolvimento da participante na mudança. Não foram encontradas diferenças significantes entre os grupos ($p=0,14$), sugerindo que estes se equivalem quanto ao estágio de mudança. A maioria da amostra se encontrava em contemplação ou preparação, estágios onde são observadas que a pessoa tem consciência de que existe um problema, mas nada é feito nesse sentido; ou são observadas iniciativas para mudança que não tiveram sucesso ou não persistiram.

A EAS-40 é útil para mensurar sintomas psicopatológicos. O IGS é considerado um indicador simples do nível atual ou intensidade dos sintomas. Nesta amostra o IGS do G1 variou entre 0,32 e 1,8 (M=1,04, mediana=0,95). Quanto ao G2, o IGS variou entre 0,07 e 1,4 (M=0,67, mediana=0,6). A comparação dos dois grupos foi realizada com base na mediana combinada. Isto é, as participantes foram divididas em acima e abaixo da mediana. O resultado apontou para a diferença significativa entre os grupos ($p=0,027$). Ou seja, as participantes do Grupo pós-assistência apresentavam Índice Global de Severidade (IGS) menos severos, quando comparadas às do Grupo pré-assistência.

A Tabela 5 também traz a distribuição dos escores das dimensões F1, F2, F3 e F4 da EAS-40, de cada participante, bem como os escores médios e desvios padrão. As participantes do G1 apresentaram altos índices de sintomas nas quatro dimensões. Quanto a psicoticismo (F1) o escore médio foi 0,98 (DP=0,5), na dimensão obsessividade-compulsividade (F2) o escore médio foi 1,26 (DP=0,55), em somatização (F3) 1,05 (DP=0,56) e em ansiedade (F4) 0,87 (DP=0,56). No G2 os escores médios e desvios padrão foram, respectivamente os seguintes: F1, M=0,5 e DP=0,38; F2, M=0,86 e DP=0,5; F3, M=0,65 e DP=0,55 e F4, M=0,68 e DP=0,5. Observa-se que as participantes do G1 (pré-assistência) tiveram escores médios acima do ponto de corte para a população clínica, isto é, maior que 1 (Yoshida, 2008), em relação aos sintomas correspondentes às dimensões, “psicoticismo”, “obsessividade-compulsividade” e “somatização”. Ou seja, apenas na dimensão “ansiedade” não atingiram severidade psicopatológica equivalente à população clínica. Em contrapartida, as participantes do G2 não tiveram escores médios acima do ponto de corte para a população clínica em nenhuma das dimensões avaliadas pela EAS-40.

Para verificar se os dois grupos diferiam proporcionalmente quanto a cada dimensão da EAS-40, os grupos foram divididos em função da mediana. Foram encontrados os seguintes valores de p : 0,16 (F1 - psicoticismo), 0,16 (F2 - obsessividade-compulsividade), 0,04 (F3 - somatização), 0,34 (F4 - ansiedade). Isto é, apenas em relação a dimensão somatização houve diferenças significantes entre os grupos, com o Grupo pós-assistência (G2)

apresentando, proporcionalmente, menos sintomas relacionados aos distúrbios somáticos e somatoformes.

Em relação à EDAO-R, esta aponta a capacidade de enfrentamento e adequação do indivíduo frente à determinada situação. De acordo com a Tabela 5, 55,55% das participantes do G1 estão no grupo 5 - adaptação ineficaz grave, 22,22% estão no grupo 4 – adaptação ineficaz severa, 11,11% no grupo 3 - adaptação ineficaz moderada e 11,11% no grupo 2 - adaptação ineficaz leve. Já o G2 aponta que 33,33% das participantes se encontram no grupo 1 – adaptação eficaz, 22,22% no grupo 2 – adaptação ineficaz leve, 22,22% no grupo 5 – adaptação ineficaz grave e 11,11% no grupo 3 – adaptação ineficaz moderada. Para estimar a diferença entre as participantes dos dois grupos estas foram comparadas quanto ao grupo diagnóstico em que se encontravam no momento da avaliação. Para tanto, as amostras foram reunidas em Adaptação Eficaz (G1), Ineficaz leve (G2) e Ineficaz moderada (G3) e comparada às adaptações Severa (G4) e Grave (G5). O resultado ($p=0,027$) apontou que as participantes do Grupo pós-assistência apresentaram proporcionalmente, melhor eficácia adaptativa, estando entre eficaz e moderada, quando comparadas com as do Grupo pré-assistência, em que predominaram as participantes com adaptação ineficaz severa ou grave.

Para verificar se os grupos diferiam proporcionalmente em função dos setores da personalidade, Afetivo-Relacional - Ar e Produtividade – Pr, os mesmos foram divididos da seguinte maneira: adequado e pouco adequado vs. pouquíssimo adequado. O resultado obtido foi $p=0,027$ tanto para o setor Ar quanto para o Pr. Isso significa que nos dois casos as diferenças foram significantes e coincidem com a avaliação geral da EDAO-R. Os setores da personalidade segundo a EDAO-R são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Resultados da EEM, EAS-40 e EDAO-R de cada participante do G1 e G2 e médias, desvio padrão e mediana de cada grupo.

GRUPOS	EEM	EAS-40				EDAO-R			
		F1 ²	F2	F3	F4	IGS ³	Ar ⁴	Pr	
G1									
1	A ¹	0,4	0,4	0,2	0,3	0,32	G2 ⁵	1	1
2	A	0,1	0,9	1,6	0,6	0,8	G5	1	0,5
3	A	1,7	2	1,8	1,8	1,8	G5	1	0,5
4	P	1,2	1,8	1,1	1,5	1,4	G5	1	0,5
5	P	1,5	1,6	1,4	1,5	1,5	G4	1	1
6	C	1,1	1	1,4	0,3	0,95	G5	1	0,5
7	P	0,8	1,1	1,1	0,7	0,92	G4	2	0,5
8	C	1,2	1,8	0,5	0,5	1	G5	1	0,5
9	A	0,9	0,8	0,4	0,7	0,7	G3	3	0,5
MÉDIA	-	0,98	1,26	1,05	0,87	1,04	-	-	-
DP ⁶	-	0,5	0,55	0,56	0,56	0,45	-	-	-
MEDIANA	-	1,1	1,1	1,1	0,7	0,95	-	-	-
G2									
10	P	0,5	0,8	0,6	0,9	0,7	G3	2	1
11	C	0,9	1	0,7	0,4	0,75	G1	3	2
12	P	0,9	1,8	1,3	1,6	1,4	G5	1	0,5
13	P	0,4	0,8	0,1	0,6	0,47	G2	2	2
14	P	1,0	1,5	1,7	1,2	1,35	G5	1	0,5
15	P	0	0,1	0,2	0	0,07	G1	3	2
16	A	0,1	0,8	0,6	0,9	0,6	G2	3	2
17	C	0,6	0,5	0,7	0,4	0,55	G2	2	2
18	C	0,1	0,5	0	0,2	0,2	G1	3	2
MÉDIA	-	0,5	0,86	0,65	0,68	0,67	-	-	-
DP	-	0,38	0,5	0,55	0,5	0,45	-	-	-
MEDIANA	-	0,5	0,8	0,6	0,6	0,6	-	-	-

¹ Estágios de Mudança segundo a EEM: C= Contemplação; P= Preparação; A= Ação, M= Manutenção

² Dimensões dos sintomas psicopatológicos segundo EAS-40: F1= Psicoticismo; F2= Obsessividade-Compulsividade; F3= Somatização; F4= Ansiedade

³ IGS - Índice Global de Severidade

⁴ Setores da Personalidade segundo a EDAO-R: Ar= Afetivo-Relacional; Pr= Produtividade

⁵ Grupos de Adaptação segundo a EDAO-R: G1= adaptação eficaz; G2= adaptação ineficaz leve; G3= adaptação ineficaz moderada; G5= adaptação ineficaz grave

⁶ Desvio Padrão - DP

DISCUSSÃO

Os perfis sócio-demográficos dos dois estratos amostrais se mostraram semelhantes sugerindo, portanto, que a utilização do delineamento do tipo *cross-sectional* foi adequado.

A EEM apresentou índices que demonstraram que não houve diferenças significantes entre os grupos. Ao contrário do esperado, tanto o Grupo pré-assistência (G1) quanto o Grupo pós-assistência (G2) se encontravam nos estágios de mudança pré-contemplação e contemplação, caracterizados, respectivamente, pelo não reconhecimento ou não enfrentamento do problema. Estes dados contrastam com o fato de se tratarem de pessoas que foram em busca de ajuda e que, pelo menos em tese, estão tentando solucionar o problema. Para tentar compreender esta aparente contradição recorreu-se ao conteúdo das entrevistas clínicas. Nelas pode-se observar que as mulheres tendem a procurar o SOS quando a situação chega ao limite, sai do controle, ou quando elas não estão mais agüentando tanta agressão. A maioria delas chega com o discurso que estão sem chão e que não sabem mais o que fazer.

“É como se estivesse tudo fechando (...) eu vejo que eu estou sem estrutura nenhuma, eu me vejo sem chão.”
(participante 3)

“Eu tava no fundo do poço mesmo.” (participante 11)

“Eu vim aqui porque eu precisava de ajuda, nossa eu tava com medo, sem esperança nenhuma sabe, sem saber pra onde eu ia, o que eu ia fazer (...)” (participante 15)

“Eu cheguei aqui desnorteada, sem chão e sem saber como as pessoas poderiam me ajudar. Eu não sabia como pedir ajuda, sabe?” (participante 16)

“Eu já tava mais ou menos entregue, não vai ter jeito (...) não acreditava que de fato pudessem me ajudar.” (participante 17)

Falas como essas, corroboram dados da literatura que indicam que depois de anos vivendo com a agressão, as mulheres acabam por romper o silêncio quando não suportam mais viver com a violência, quando estão exaustas e quando se dão conta de que sozinhas não conseguem por fim as agressões e nem transformar o comportamento do companheiro (Costa, Ribeiro & Moreira, 1992, citado por Jacobucci, 2004). Ou seja, embora elas estejam cientes que têm um problema, relutam em buscar ajuda, possivelmente porque não acreditam que ele tenha solução ou que alguém possa ajudá-las. E essa condição persiste mesmo depois de terem recebido ajuda jurídica, social e psicológica, como é o caso das participantes do G2.

Há ainda que se pensar que algumas dessas mulheres temem a separação, seja devido a valores culturais profundamente arraigados, seja devido a condições emocionais muito desvantajosas. A partir do conteúdo das entrevistas, foi possível perceber o quanto as emoções, e aqui se inclui o medo e a insegurança, comprometem a ruptura do vínculo conjugal. A literatura aponta que o fato do agressor ser um conhecido íntimo aumenta as sensações de vulnerabilidade e fragilidade, deixando-as mais propensas a aceitarem a vitimização e com menos possibilidade de se protegerem (Giffin, 1994; Heise, 1994).

“Todo mundo me cobra muito, ‘porque não larga?’, só que eu nunca estive preparada pra isso (...) Eu tenho muito receio, muita insegurança.” (participante 4)

“(...) a gente também não pode abandonar se você quer ajudar, são 14 anos juntos.” (participante 8)

“Mas assim, é muito forte, eu sempre pensei assim, casamento é para vida toda, enfrentar as dificuldades junto a vida toda, sabe?” (participante 17)

Os valores culturais arraigados e as dificuldades sociais enfrentadas levam as mulheres a terem muitas dificuldades de superarem seus problemas com base apenas em atendimentos de curto prazo, como os oferecidos pelo

SOS. O período de atendimento prestado pela instituição a essa amostra foi muito pequeno, de um a seis meses, sendo o mais freqüente seis meses, com sessões quinzenais. Segundo Prochaska (1995) quando o paciente encontra-se no estágio de contemplação a freqüência semanal das sessões é desejável e uma terapia de longo prazo é o mais recomendado. Efetivamente as entrevistas com as participantes do G2 possibilitaram ver que essas mulheres, mesmo após terem recebido alta, gostariam ou entendiam necessário a continuação dos atendimentos psicológicos. Há, pois um encontro entre os resultados obtidos e o desejo por parte das mulheres que verbalizam claramente a necessidade de continuação dos atendimentos. A participante 6, por exemplo, ao término da entrevista clínica solicitou à pesquisadora novos atendimentos psicológicos, manifestou claramente seu desejo em retomar o acompanhamento com a psicóloga, justificando que ainda existiam aspectos de sua vida que não estavam completamente resolvidos. Outro exemplo é a participante 11:

“Ficou assim entre aspas umas áreas que não chegou ali naquela conclusão que talvez eu esperava que fosse chegar. Precisava de mais um tempo nas consultas, né?”

Outro dado que merece ser discutido é que as mulheres do Grupo pós-assistência participaram do presente estudo, em média, quatro meses após terem sido assistidas pela instituição. Nesse sentido, mesmo que elas tivessem melhorado ao término dos atendimentos, elas poderiam ter regredido depois de um tempo. Não é possível afirmar, portanto, que não houve melhoras significantes quando ao término dos atendimentos, sendo que se essas melhoras existiram, pode ter ocorrido uma regressão quanto aos níveis de mudança. Essas observações devem ser entendidas como ilações que deverão futuramente merecer melhor investigação. Sugere-se uma pesquisa longitudinal a fim de investigar se realmente houve mudanças ou se estas nunca aconteceram.

Em relação ao nível de severidade dos sintomas psicopatológicos, as participantes do Grupo pós-assistência apresentaram Índices Globais na EAS-40 menos severos que no Grupo pré-assistência.

Há de se considerar que os valores do IGS médio tanto do G1(1,04) quanto do G2 (0,67) ficaram próximos dos encontrados em amostras de pacientes de hospital geral (Laloni, 2001; Pregnoatto, 2005). No primeiro estudo a média verificada foi de 1,47 no sexo feminino e 1,36 no sexo masculino; no segundo estudo a média total foi de 0,63. E ficou acima dos encontrados em amostra de universitários, o qual apresentou IGS médio igual a 0,55 no sexo masculino e 0,60 no sexo feminino (Yoshida & Silva, 2007), sugerindo, portanto, que a severidade da sintomatologia geral se aproximou mais daquela verificada em população clínica.

Nesse sentido, os atendimentos prestados pela instituição teriam propiciado uma melhora nos sintomas psicopatológicos, mas esses ainda se mantinham bastante elevados, por ocasião das entrevistas. Quando se analisou as diferenças entre os dois grupos, com base nas dimensões da EAS-40, constatou-se que elas eram significantes apenas para a dimensão somatização (F3), em que o G2 apresentava sintomas menos severos. Nas demais dimensões ambos os grupos exibiam sintomas considerados severos. Isto era muito nítido nas entrevistas clínicas, em que nas verbalizações das participantes era claro o sofrimento devido à ansiedade elevada, a ocorrência de pensamentos e ações repetitivas, desconforto nas relações interpessoais e isolamento, sintomas característicos das dimensões psicoticismo (F1), obsessividade-compulsividade (F2) e ansiedade (F4).

“(...) eu sempre fui uma pessoa muito sozinha, não tenho amizades com vizinhos, não porque eles não quer, mas porque eu não confio.” (participante 7)

“Não, eu não tinha vida social, eu só fico em casa. Não tenho amigos porque qualquer pessoa que eu vou ter amizade pra ele não presta, ele acha que as pessoas vai arrumar homem pra mim, ou vai mudar a minha cabeça, como se eu não fosse uma pessoa adulta.” (participante 8)

“Tem que ta sempre com aquele medo, sabe? Sempre vigilante, porque a qualquer hora ele pode chegar na minha casa numa boa, ou ele já chega chutando o portão, xingando, falando palavras de baixo calão, ameaçando e daí por diante.”
(participante 9)

“Eu não me sinto bem ainda quando tem muita gente. Eu prefiro ficar em casa com as crianças, ver TV, fazer um bolo, essas coisas. Não sou muito de sair não. Parece que todo mundo fica olhando, falando, sabe? E também nem tem com quem eu sair, às vezes eu levo as crianças dar uma voltinha assim, comprar um sorvete, um salgado mas daí come e já vamos embora.” (participante 10)

“Evito sair por falta de companhia, porque sozinha eu não vou mesmo e também não tenho vontade. Ficar no meio daquelas pessoas, no meio daquele tumulto, eu não tenho vontade.”
(participante 12)

“Agora não muito depois de tudo o que aconteceu. Aliás, agora que comecei assim a sair um pouco, que antes eu não saia mesmo. Porque é desconfortável pra mim a rua, as pessoas. Não vou falar para você que ainda é confortável. Mas uma vez ou outra uma amiga fala vamo, vamo dá uma passeada, sabe?! É de uma única pessoa depois que aconteceu isso, que eu consegui me relacionar, de contar meus problemas, de poder me expressar melhor. Então assim, é raro. Mas dentro de casa, às vezes eu vou na igreja agora. Quanto menos pessoas pra mim é melhor.”
(participante 14)

Ainda com base nas falas, as participantes deixavam clara a presença de baixa auto-estima e pouca confiança em si mesmas e no outros, e algumas relataram, ainda, tentativas de suicídio. Esses dados também foram encontrados no estudo de Tavares (2000), na qual a autora concluiu que as conseqüências da violência doméstica podem abranger aspectos físicos bem

como psicológicos, sendo alguns exemplos destes a confusão mental, baixa auto-estima, depressão, quadros de suicídio, medo, solidão e insegurança.

“(...) eu fiquei tão relaxada, muito. Não tenho mais vontade de olhar no espelho, me sinto gorda.” (participante 3)

“(...) em fevereiro eu tentei suicídio, só não morri porque ele chegou a tempo de me levar para o hospital.” (participante 3)

“É difícil pra mim, eu não tenho mais amor nenhum, não tenho vontade de mais nada (...) eu me sinto muito mal, me sinto uma covarde mesmo.” (participante 4)

“Eu não confio mais em ninguém”. (participante 5)

”Foi várias tentativas de suicídio (...) eu achava que tava de mãos atadas e isso me corroia por dentro. Ai eu comecei a perceber que não tinha saída e eu comecei as tentativas, várias e de várias maneiras.” (participante 7)

“(...) eu fiquei tão triste porque eu cheguei e tinha bastante pessoas e eu fui me sentindo tão pequenininha, tão pequenininha, porque as pessoas falavam ‘ah, eu já trabalhei tantos anos num hotel 5 estrelas’, ai, mas aquilo me machucou tanto. Nossa, eu fiquei super triste e ai eu falei, não vou conseguir. Eu me senti diminuída”. (participante 11)

“Eu não sou aquela pessoa de ter muitas amigas. Tenho colegas, converso, brinco, mas sou muito na minha, bem reservada, entendeu? Não sou daquela de confiar em qualquer pessoa.” (participante 14)

“Eu não sou muito apegada assim, eu era muito apegada, mas eu acho que através do que eu já passei foi deixando meio assim, foi criando um distanciamento. Se a pessoa me rejeita eu já fico assim e acabou. Parece que é matar a pessoa dentro de

mim (...). O jeito que eu arrumei mesmo de trabalhar isso é o jeito que eu te falei, acabou. Porque sempre as maiores frustrações são com pessoas né, então eu me afasto e acabou.”
(participante11)

Efetivamente, a literatura aponta que as conseqüências negativas da agressão acarretam danos à saúde física e emocional das mulheres, seja imediatamente ou a longo prazo (Day & cols., 2003). Algumas mulheres consideram que o pior desse tipo de violência é a tortura mental e a convivência com o medo e o terror, e acreditam que as constantes ofensas constituem uma agressão emocional tão grave quanto as físicas, pois prejudicam a auto-estima, segurança e confiança em si mesmas. De acordo com diferentes pesquisas há uma relação de risco entre a experiência da violência e o desenvolvimento de agravos, de ordem física e mental. Quanto às de ordem mental, o medo, isolamento social, dependência emocional, sentimento de culpa e tentativas de suicídio, como graves seqüelas psicológicas (Camargo, 2000; Day & cols., 2003; Jacobucci, 2004; Schraiber, D’Oliveira & Couto, 2006; Silva, Coelho & Caponi, 2007).

Apesar das participantes do Grupo pós-assistência continuarem com níveis clínicos de sintomas psicopatológicos em algumas dimensões da EAS-40, apresentaram, proporcionalmente, melhor eficácia adaptativa de acordo com a EDAO-R. Como referido, elas apresentavam adaptação entre eficaz e ineficaz moderada, enquanto que entre as do Grupo pré-assistência predominaram adaptações ineficazes severa ou grave. Ou seja, as participantes do Grupo pré-assistência apresentavam dificuldades adaptativas mais severas do que as do Grupo pós-assistência. Estas dificuldades se estendiam ao setor da produtividade, que ficava prejudicado possivelmente devido ao comprometimento afetivo-emocional das participantes, que “contaminava” todas as áreas de funcionamento. Entende-se, portanto, que as mulheres que acorrem ao SOS necessitam de intervenção psicoterapêutica para ajudá-las a desenvolverem meios adaptativos eficazes para se colocarem frente aos problemas e saírem dessa condição. Ressalta-se, novamente, a necessidade de atendimentos mais longos que os atualmente praticados pelo

SOS, tendo em vista a natureza de seus sofrimentos, a extensão das resistências emocionais, o desamparo social e a persistência dos valores culturais. Ainda que se tenha registrado uma melhor qualidade da eficácia adaptativa no G2, seria interessante que continuassem recebendo intervenção psicoterapêutica para ajudá-las a continuar ter forças para lutarem contra as adversidades e manterem os ganhos conseguidos no enfrentamento da violência a que vinham sendo submetidas, na maioria dos casos, há muitos anos.

Um acompanhamento mais longo ganha ainda mais relevância quando se considera o pedido dessas mulheres por atendimento psicológico por mais tempo. Ressalta-se, ainda, que elas chegam à instituição com problemas recorrentes, de longa duração e grande complexidade, de modo que a psicoterapia de curto prazo seria insuficiente para trabalhar tais dificuldades (Yoshida & Enéas, 2004). É importante que desenvolvam formas adaptativas mais eficazes para se colocarem frente aos agressores e saírem dessa condição de vítimas de violência; e nesse sentido as psicoterapias são de grande valor, já que são formas de ajudar na mudança da qualidade das respostas adaptativas e no progresso do estágio de mudança. Além disso, as psicoterapias longas parecem ser mais efetivas para pacientes com configuração adaptativa mais comprometida, como é o caso das mulheres que chegam à instituição (Yoshida, 2002). Acredita-se, também, que um atendimento mais longo viria colaborar para a progressão das mulheres ao longo dos estágios de mudança e o abrandamento dos sintomas psicopatológicos. Outra alternativa seria o oferecimento de psicoterapias breves intermitentes, em momentos de crises (Yoshida & Enéas, 2004), numa tentativa de evitar um movimento regressivo, como o aparentemente refletido no G2 em relação aos sintomas psicopatológicos.

Há de se considerar que, apesar dos resultados terem indicado que atendimentos mais longos poderiam ser mais adequados e que algumas participantes verbalizaram que gostariam de continuar os atendimentos, as participantes do Grupo pós-assistência se mostraram muito gratas pela ajuda recebida e muito satisfeitas com o acolhimento dos profissionais da instituição. É reconhecido a seriedade do SOS e o trabalho lá realizado.

“Eu vim e fui bem recebida, Graças a Deus, tive orientação psicológica, judicial. Foi muito bom pra mim. Muito, muito. Aqui eu consegui um pouco de equilíbrio, se eu não tivesse vindo aqui eu não sei.” (participante 15)

“Com o tempo eu fui melhorando e foi aqui que eu me encontrei, que eu vi que eu tinha forças para seguir em frente. Aqui eu consegui equilíbrio físico e emocional. (...) O SOS foi uma luz, onde eu vi que eu podia voltar a minha vida.” (participante 16)

“(...) aqui é um caminho e eu só fico pensando no dia que eu vou poder retribuir pra agradecer. É um trabalho demais aqui, faz a diferença, sua cabeça vai abrindo, sua visão vai mudando, sabe?” (participante17)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo verificou que as participantes chegam à instituição com vários comprometimentos, com confusão de pensamentos, sem saber o que fazerem e a quem recorrerem, além de se sentirem desacreditadas em algum tratamento possível. Levando em consideração tal a proporção dos problemas, há grande dificuldade de trabalhá-los num período de tempo muito curto. Dessa forma compreende-se que essas mulheres deveriam ser assistidas por mais tempo. Assim, sugere-se que instituições voltadas para o atendimento deste estrato da população devam oferecer, no mínimo, atendimentos semanais e que se estendam por um período mínimo de um ano. Entende-se as dificuldades e as condições, muitas vezes precárias, enfrentadas por estas instituições, que têm que se haver com toda sorte de restrições, tais como, orçamentária, de pessoal qualificado, entre outras. No entanto, é de suma importância que se tenha clareza das necessidades para que se continue lutando por formas mais eficientes de atendimento. De acordo com Cayres & Enéas (2000) pensar a viabilidade dos atendimentos partindo dos recursos trazidos pelos pacientes aliado às condições técnicas do terapeuta, possibilita um planejamento mais adequado e que vá de encontro às necessidades do paciente.

Por fim, cabe assinalar como uma das principais limitações do presente estudo, o fato de ele ter baseado a avaliação de mudança em amostras distintas e não ter contado com o acompanhamento longitudinal das participantes. Deve-se ainda mencionar o tamanho reduzido das amostras que prejudica a generalização dos resultados, e o de que algumas das participantes mostraram falta de compreensão em alguns itens e enumerados da EEM, o que pode de alguma forma ter comprometido os resultados. Apesar das limitações, acredita-se que o estudo tenha contribuído para a reflexão em torno do enfrentamento de um dos grandes problemas sociais da atualidade, que é o da violência contra as mulheres. Em relação especificamente à psicologia, modalidades de intervenção mais adequadas e eficientes devem continuar a ser pesquisadas, de forma que a assistência oferecida seja a mais eficaz possível.

REFERÊNCIAS

- Bandeira, L. (2009). Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. *Sociedade e Estado*, 24 (2), 401-438.
- Blay, E. A. (2003). Violência contra mulher e políticas públicas. *Estudos Avançados*, 17 (49), 87-98.
- Bordens, K. S., & Abbott, B. B. (1999). Using Specialized Research Designs. Em K. S. Bordens & B.B. Abbott (Orgs.), *Research Designs and Methods: A Process Approach*, 4ª ed. (pp. 281-285). Los Angeles: Mayfield Publishing Company.
- Camargo, M. (2000). Violência e Saúde: ampliando políticas públicas. *Jornal da Rede Saúde*, 22, 6-8.
- Cabral, M. A. A., & Brancalhona P. G. (2000). Representações da violência conjugal de 117 mulheres de Campinas – Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, (8), 227-85.
- Cayres, A. Z. F., & Enéas, M. L. E. (2000). Critérios de indicação e resultados terapêuticos em psicoterapia breve. *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia*, 1(1), 32-45.
- Chauí, M. (1984). Participando do debate sobre a mulher e a violência. *In Perspectivas antropológicas da mulher 4* (pp. 23-62). Rio de Janeiro: Zahar.
- Cortizo, M. D. C., & Goyeneche, P. L. (2010). Judicialização do privado e violência contra a mulher. *Revista Katálysis*, 13 (1), 102-109.
- Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2007). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (Sup), 1163-1178.
- Dantas, B. M., & Mélo, R. M. (2008). Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. *Psicologia & Sociedade*, 20, 78-86.
- Day, P. D.; Telles, E. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F., Machado, D. A., Silveira, M. B., Debiaggi, M., Reis, M. G., Cardoso, R. G. & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (Sup), 9-21.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) Administration, Scoring, and Procedures Manual* (3rd ed.). Mineapolis: National Computer Systems.

- Enéas, M. L. E. (1993). *O critério motivacional na indicação de psicoterapias breves de adultos*. Dissertação de Mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.
- Fernandez, P. M. S., Mella, M. F. R., Chenevard, C. L., García, A. E. E., Cáceres, D. E. I., & Vergara, P. A. M. (2008). Variables Inespecíficas em Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 89-98.
- Giffin, K. (1994). Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 10 (1), 146-155.
- Guerra, C. C. (1998). Descortinando o poder e a violência nas relações de gênero: Uberlândia-MG. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de São Paulo.
- Heise, L. (1994). Gender-based Abuse: The global epidemic. *Caderno de Saúde Pública*, 10 (1), 135-45.
- Jacobucci, P. G. (2004). *Estudo psicossocial de mulheres vítimas de violência doméstica, que mantêm o vínculo conjugal após terem sofrido as agressões*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000318255>
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de Avaliação de Sintomas-90-R SCL-90-R: Adaptação, Precisão e Validade*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. Disponível em http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=294
- Lambert, M. J. (1991). Introduction to psychotherapy research. In L. E. Beutler & M. Crago (1991), *Psychotherapy Research: an international review of programmatic studies* (pp.1-11). Washington, DC: American Psychological Association.
- McConaughy, E. A., DiClemente, C.C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of Change in Psychotherapy: a Followup Report. *Psychotherapy*, 26 (4), 494-503.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of Change in Psychotherapy: Measurement and Samples Profiles. *Psychotherapy*, 20, 368-375.
- Medeiros, L. P. (2002). *Adaptação e Alexitimia na Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa Inespecífica*. Dissertação de Mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

- Menezes, T. C., Amorim, M. M. R., Santos, L. C., & Faúndes, A. (2003). Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25 (5), 309-316.
- Minayo, M. C. S., & Souza, E. R. (1999). É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (1), 7-32.
- Organização Mundial de Saúde – Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002). Genebra: OMS.
- Pace, R. (1999). *Escala de Estágios de Mudança: Variáveis Psicométricas*. Dissertação de Mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Padovani, R. C., & Williams, L. C. A. (2002). Intervenção psicoterapêutica com agressor conjugal: um estudo de caso. *Psicologia em Estudo*, 7 (2), 13-17.
- Pregolato, A. P. F. (2005). *Alexitimia e sintomas psicopatológicos em pacientes com insuficiência renal crônica*. Dissertação de Mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento/Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada [PNUD-IPEA]. Relatório sobre Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília (DF): PNUD-IPEA; 1996.
- Pougy, L. G. (2010). Desafios Políticos em tempos de lei Maria da Penha. *Revista Katálysis*, 13 (1), 76-85.
- Prochaska, J. O. (1995). An eclectic and integrative approach: transtheoretical therapy. Em A. S. Gurman & S. B. Messer. (Eds.). *Essencial Psychotherapies: Theory and practice*. (pp. 411-443). New York: Guilford.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., Couto, M. T. (2006). Violência e Saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública*, 40, 112-120.
- Siegel, S. (1981). *Estatística Não-Paramétrica para as Ciências do Comportamento* (Trad. A. A. de Faria) São Paulo: McGraw-Hill do Brasil. (original publicado em 1975)
- Silva, F. R. C. (2008). *Validade do Central Relationship Questionnaire – CRQ com mulheres vítimas de violência*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2009-01-28T101248Z-1473/Publico/Fernanda%20Robert%20de%20Carvalho%20Santos%20Silva.pdf

- Silva, L. L., Coelho, E. B. S., & Caponi, S. N. C. (2007). Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface (Botucatu)*, 11 (21); 93-103.
- Simon, R. (1989). *Psicologia Clínica Preventiva*. São Paulo: EPU.
- Simon, R. (1997). Proposta de redefinição da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada). *Boletim de Psicologia*, 47 (107), 85-94.
- Tavares, D. M. C. (2000). Violência Doméstica: uma questão de saúde pública. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/dinalva.pdf>
- Yoshida, E. M. P. (1991). Validade preditiva da EDAO em psicoterapias breves: solução para situação-problema. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 28-37.
- Yoshida, E. M. P. (1998). Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2 (2), 115-127.
- Yoshida, E. M. P. (1999). Psicoterapia Breve e Prevenção: Eficácia Adaptativa e Dimensões da Mudança. *Temas em Psicologia*, 7 (2), 119-129.
- Yoshida, E. M. P. (2000). Mudança em psicoterapia psicodinâmica breve: eficácia adaptativa e funcionamento defensivo. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 2 (3), 261-276.
- Yoshida, E. M. P. (2002). Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. *Psico-USF*, 7 (1), 59-66.
- Yoshida, E. M. P. (2008). Significância clínica de mudança em processo de psicoterapia dinâmica breve. *Paidéia Ribeirão Preto*. 18 (40), 305-316.
- Yoshida, E. M. P., & Enéas, M. L. E. (2004). A Proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve para Adultos. In Yoshida, E. M. P., & Enéas, M. L. E. (Orgs), *Psicoterapia Psicodinâmicas Breves: Propostas Atuais*. (pp. 223-258). Campinas: Alínea.
- Yoshida, E. M. P., Primi, R., & Pace, R. (2003). Validade da escala de estágios de mudança. *Estudos de psicologia*, 20 (3), 7-21.
- Yoshida, E. M. P., & Silva, F. R. C. S. (2007). Escala de Avaliação de Sintomas-40 (EAS-40): validade e precisão em amostra não clínica. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11 (1), 89-99.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa a que você está sendo convidado a participar faz parte do mestrado da aluna Juliana Tavares Guzzon, sob a responsabilidade da Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, professora da PUC-Campinas. A pesquisa tem como objetivo conhecer os aspectos psicológicos de mulheres vítimas de violência.

Nesta pesquisa você responderá a dois testes, sendo que um é sobre o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e outro é sobre sintomas diversos (como depressão, ansiedade, entre outros). Depois, será feita entrevista pela pesquisadora para saber como você enfrenta os problemas e dificuldades nos seus relacionamentos e na sua vida profissional.

Todos os dados que você fornecer serão tratados com a máxima confidencialidade, em nenhum momento seu nome será divulgado. Sua participação nesta pesquisa é voluntária, não havendo nenhuma remuneração por ela. Todos os dados que você fornecer serão analisados em termos de grupos. Se você tiver alguma dúvida durante ou após ter terminado a pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora, que estará disponível para qualquer esclarecimento. Se aceitar participar, saiba que você é totalmente livre para desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo no atendimento que você recebe na instituição SOS Ação Mulher e Família. Além disso, você poderá solicitar que retire da pesquisa qualquer contribuição que você já tenha prestado.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para uma melhor compreensão dos aspectos psicológicos de mulheres vítimas de violência. Em princípio, este estudo traz um risco mínimo aos participantes, pois em alguns casos as respostas aos testes e à entrevista trazem recordações ou emoções pessoais que podem não ser agradáveis. Em caso de você se sentir deprimido, ansioso ou com qualquer mal estar psicológico devidos à sua participação na pesquisa, poderá ser atendido por qualquer um dos membros da equipe de pesquisa (alunos orientandos de Mestrado e Doutorado da Profª Drª Elisa Medici Pizão Yoshida) que lhe prestará, sem custos, o atendimento psicológico necessário, mesmo depois de terminada a sua participação na pesquisa.

Em caso de você concordar em participar, deverá assinar e datar este Termo de Consentimento, do qual uma cópia será fornecida a você. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, cujo telefone para contato é: (19) 3343.6777.

Se você tiver dúvidas durante sua participação na pesquisa, ou mesmo depois dela ter se encerrado, poderá entrar em contato para esclarecê-la com a pesquisadora Juliana Tavares Guzzon, pelo telefone: (19)9277-5164.

Juliana Tavares Guzzon

Eu declaro ter sido informado e compreendido a natureza e objetivo da pesquisa e eu livremente concordo em participar. Declaro ainda ser maior de 18 anos.

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

ANEXO B

Escala de Estágios de Mudança (Stages of Change Scales)

(McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicar, 1989)

Por favor , leia com atenção

Este questionário é composto por 32 afirmações sobre o que as pessoas pensam sobre seus problemas. Sua tarefa é dizer se concorda ou discorda destas afirmações. RESPONDA, por favor, TODAS AS PERGUNTAS fazendo um X no quadradinho da resposta que você escolheu. Se nenhuma das alternativas corresponde à sua resposta, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxima daquilo que você pensa.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Estou indeciso	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. No que me diz respeito, não tenho problemas que precisem ser mudados.					
2. Acho que talvez esteja pronto para algum tipo de auto aperfeiçoamento.					
3. Estou fazendo alguma coisa a respeito dos problemas que vêm me incomodando.					
4. Talvez valha a pena trabalhar no meu problema.					
5. Não sou o problema. Não faz sentido para mim estar aqui.					
6. Me preocupa talvez poder voltar a um problema que já mudei; então estou aqui para procurar ajuda					
7. Finalmente estou trabalhando nos meus problemas.					
8. Venho pensando que talvez queira mudar alguma coisa a respeito de mim mesmo.					
9. Tenho tido êxito em trabalhar no meu problema, mas não estou certo de poder manter meus esforços.					
10. Às vezes, meu problema é difícil, mas eu estou trabalhando nele.					
11. Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.					
12. Espero que este lugar me ajude a me compreender melhor.					
13. Acho que tenho defeitos, mas nenhum que eu realmente precise mudar.					

ANEXO C

eAS-40

Escala de Avaliação de Sintomas

DIANA TOSELLO LALONI

Idade: _____

Data de nascimento: / /

Sexo: Masculino FemininoEstado civil: Solteiro(a)
 Casado(a) ou Amigado(a)
 Divorciado(a)
 Separado(a)
 Viúvo(a)Grau de escolaridade: Analfabeto
 1^a. à 4^a.
 5^a. à 8^a.
 2^o. Grau
 3^o. Grau

Data: / /

ANEXO D

Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida - EDAO-R

- *Folha de resumo diagnóstico para pesquisa*

(Simon, 1989)

Sexo

Dados Relevantes por setor

Afetivo-relacional: _____

Produtividade: _____

Sócio-Cultural: _____

Orgânico: _____

GRUPO	ADEQUAÇÃO AR	PR	SOMA	
1	+++ 3	+++ 2	5	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO EFICAZ <input type="checkbox"/> EM CRISE
2	++ 2	+++ 2	4	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO INEFICAZ LEVE <input type="checkbox"/> EM CRISE
2	+++ 3	++ 1	4	
3	++ 2	++ 1	3	
3	+ 1	+++ 2	3	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA <input type="checkbox"/> EM CRISE
3	+++ 3	+ 0,5	3,5	
4	++ 2	+ 0,5	2,5	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA <input type="checkbox"/> EM CRISE
4	+ 1	++ 1	2	
5	+ 1	+ 0,5	1,5	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE <input type="checkbox"/> EM CRISE

Entrevistador: _____ Data: _____

ANEXO E

ROTEIRO DA ENTREVISTA CLÍNICA: AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO POR SETOR (MEDEIROS, 2002)

Setor Afetivo-Relacional:

Estado Civil () solteiro(a)
 () casado(a)
 () viúvo(a)
 () outros: _____

Tem um bom relacionamento com as pessoas?

Tem um bom convívio com os familiares?

Amando alguém?

Dá e recebe afeto?

Reconhece precisar do próximo emocionalmente?

Reparte suas posses?

Reconhece seu ciúme?

Está em contato com seus sentimentos?

Tem contato afetivo com os outros?

Tem capacidade de insight?

É capaz de empatia?

Suporta frustração?

Capaz de perseverar em propósitos afetivos?

Nível de Ansiedade.

Confiante em si?

Respeita-se e respeita os outros?

Capaz de aprender a relacionar-se melhor a partir das falhas?

Nível de agressividade.

Reconhece seus erros?

Confia nos outros?

	adequado	pouco	pouquíssimo
SETOR A-R	()	()	()

Pontos Obtidos: _____

Setor de Produtividade:

Qual sua profissão?

É satisfeito com ela?

Este trabalho produz algo?

A produtividade é correspondente (quantitativa e qualitativamente) ao esperado pela maioria?

É capaz de descansar nas horas de lazer?

Consegue desligar-se mentalmente do trabalho?

É organizado?

Ritmo de trabalho.

Mantém atenção de modo constante?

Como resolve problemas do trabalho?

Reconhece e aceita limitações?

É capaz de aprender com os erros?

Tem expectativas de progresso?

Prefere cooperar?

Valoriza sua produção e a de seus colegas?

É pouco volúvel em suas preferências de trabalho?

	adequado	pouco	pouquíssimo
SETOR Pr	()	()	()

Pontos Obtidos: _____

Setor Sócio Cultural:

Pertence a algum grupo? Qual?

Sente-se bem em participar desse grupo?

Tem uma vida social?

Atitude geral de aceitação das instituições.

Interessa-se pelos acontecimentos coletivos próximos?

Participa pessoal ou emocionalmente das datas cívicas ou religiosas?

Conhece e avalia a importância dos fatos históricos?

Aprecia diversões públicas?

Sente-se identificado com a nação?

É capaz de separar aspectos positivos e negativos das figuras sociais?

Aceita e respeita a maioria dos costumes?

Pauta sua conduta de acordo com as leis?

Seu sistema de valores está impregnado dos princípios universais dos direitos humanos?

Não é conformista.

	adequado	pouco	pouquíssimo
SETOR SC	()	()	()

Setor Orgânico:

Sente algum desconforto físico?

Qual? _____

Este desconforto físico o atrapalha em seus afazeres?

Sono:

Demora para dormir?

Acorda durante a noite?

Presença de sonhos?

Toma algum medicamento para dormir?

Qual? _____

Alimentação:

Algum alimento lhe faz mal?

Qual? _____

Faz algum tipo de dieta?

Não pode comer certos alimentos devido a recomendações médicas?

Sexualidade:

Tem relacionamento sexual?

Qual frequência? _____

Sente orgasmo?

Aparência:

Cuida de sua aparência?

Faz algum tipo de exercício?

	adequado	pouco	pouquíssimo
SETOR Or	()	()	()

ANEXO F



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
FACULDADE DE PSICOLOGIA

Campinas, 15 de outubro de 2009.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a aluna *Juliana Tavares Guzzon*, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia como Profissão e Ciência, a proceder à coleta de dados da pesquisa ***Avaliação da Mudança em Mulheres Vítimas de Violência***, no SOS Ação Mulher e Família. Sei que se trata da pesquisa da aluna para dissertação de mestrado orientada pela Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida. Sei também que serão realizadas coletas de dados correspondentes à fase de pós intervenção psicoterapêutica. A coleta de dados envolverá a participação apenas de pacientes desta instituição.

A aluna se compromete a enviar à instituição SOS Ação Mulher e Família uma cópia do projeto, assim como uma cópia do parecer do *Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos* da PUC-Campinas, quando este for concedido.

Dra. Mirian Faury
Presidente da SOS Ação Mulher e Família

SOS Ação Mulher e Família
Rua Dr. Quirino, 1856 - Centro
Campinas - SP CEP 13015-082
Fone: (19) 3232.1544 - Fax: (19) 3236.3901
e-mail: samulher@feac.org.br
CNPJ: 54.153.846/0001-99

ANEXO G



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Campinas, 01 de dezembro de 2009

Protocolo 979/09

Prezada Senhora Juliana Tavares Guzzon,

C/C: Coordenação da Pós-Graduação em Psicologia

Parecer Projeto: PROJETO APROVADO

I – Identificação:

Título do Projeto: Avaliação da Mudança em Mulheres Vítimas de Violência

Pesquisadora responsável: Juliana Tavares Guzzon

Orientadora: Elisa Médici Pizão Yoshida

Instituição onde se realizará: SOS Ação Mulher e Família

Data de apresentação das reformulações solicitadas pelo CEP: 25.11.09

II – Objetivo:

Avaliar aspectos psicológicos em mulheres vítimas de violência antes e depois de serem assistidas pela instituição SOS Ação Mulher e Família.

III – Sumário:

A pesquisa será de delineamento correlacional de tipo *Cross-Sectional*, que se baseia na comparação entre dois grupos, nos quais os participantes estão em estágios diferentes de um processo desenvolvimental ou têm idades cronológicas diferentes.

IV – 2º Parecer do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 196/96 item VII.13.b, que **define as atribuições dos CEPs e classifica os pareceres emitidos aos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos**, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado.

Conforme a Resolução 196/96, é atribuição do CEP “acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores” (VII.13.d). Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP-PUC-Campinas o relatório final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

V - Data da Aprovação: 01/12/09

Sendo só o que nos cumpre informar, aproveitamos da oportunidade para renovar votos de estima e consideração.

Atenciosamente.


Prof. Dr. Carlos Alberto Zanotti
Segundo Vice-Presidente do C.E.P.S.H.P
PUC-Campinas