

Fernanda Robert de Carvalho Santos Silva

Validade do Central Relationship Questionnaire – CRQ
com mulheres vítimas de violência

PUC-Campinas

2008

Fernanda Robert de Carvalho Santos Silva

Validade do Central Relationship Questionnaire – CRQ com 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 de título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientador: Prof(a) Dr (a) Elisa Medici Pizão Yoshida

PUC-Campinas

2008

Ficha Catalográfica

Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t364.374 Silva, Fernanda Robert de Carvalho Santos.
S586v Validade do Central Relationship Questionnaire - CRQ com mulheres

vítimas de violência / Fernanda Robert de Carvalho Santos Silva. -

Campinas: PUC-Campinas, 2008.

58p.

Orientadora: Elisa Medici Pizão Yoshida.

Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas,
Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui anexos e bibliografia.

BANCA EXAMINADORA

Presidente Prof. Dra Elisa Medici Pizão Yoshida

Prof. Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo

Prof. Dra Claudette Maria Medeiros Vendramine

PUC-CAMPINAS

2008

À minha mãe, Sebas, por ter me ensinado traçar objetivos, lutar e não esmorecer perante os desafios.

À querida vovó Maria, por me ensinar que acreditar é o começo da vitória.

À tia Andradina e Andra pelas palavras de carinho e incentivo.

Aos queridos amigos e familiares que fortaleceram essa caminhada, acolheram-me, cuidaram e tiveram a sensibilidade de proporcionar em cada momento o que eu precisava, a vocês, o meu carinho infinito.

À Elisa Yoshida, pela confiança, carinho, aprendizado com sua postura ética o que me permitiu amadurecimento como pessoa e profissional.

“a esperança perdi várias vezes, a fé jamais” (Frei Beto, 2003)

AGRADECIMENTO

Agradeço à Instituição S.O.S. Ação Mulher e Família e ao Centro de Referência e Apoio à Mulher – CEAMO, as funcionárias das instituições pelo acolhimento, disponibilidade e auxílio à realização da pesquisa.

Agradeço ao Conselho Nacional de Pesquisa Desenvolvimento – CNPq pelo subsídio para o desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas por todo conhecimento compartilhado.

Agradeço às funcionárias do Programa de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas por toda ajuda e informações administrativas necessárias durante o desenvolvimento do projeto.

Agradeço à Ítor Finotelli Júnior, pelo apoio, carinho, disponibilidade e auxílio nas análises estatísticas durante a realização do projeto; e a sua família pelo apoio e carinho em diversos momentos difíceis.

À Andra minha querida prima, uma amizade que fortalece, sustenta objetivos, compartilha dificuldades e as tornam desafios, sempre alcançados.

À tia Andradina, por ser meu colo em muitos momentos, dividir e estar perto cuidando de tudo. À tia Majô, sempre perto e presente, forte e determinada.

Agradeço à Carla Zéglio e Elaine Catão com quem a vida é sempre um brinde, por terem fortalecido minha caminhada, em várias noites em claro.

À Thais Ueta, Graciela Campos, Gisela Oliveira e Deigilam Esteves meu carinho pelo aconchego dos seus lares, fortaleza de suas amizades, que trouxeram a tranquilidade que precisava; estarem perto em meu silêncio, lágrimas, alegrias e dificuldades; sempre um abraço apertado, um bom papo e uma cervejinha; a elas um pedacinho dessa caminhada.

Em especial a Franklin Oliveira, Felipe Gomes e Fabrícia Sanches, meus amigos de mestrado, por termos compartilhado medos, angústias, limites, desafios e alegrias com essa conquista.

Agradeço a todos que comemoraram comigo a cada etapa ultrapassada, presenteando-me sempre com presenças e palavras carinhosas.

Agradeço à minha família pelo carinho, apoio e estímulo para realização deste projeto, sabendo respeitar e entender meu distanciamento em muitos momentos. Em especial, a minha mãe e meu pai, presenças sentidas mesmo distantes.

Agradeço a Deus, ao meu anjo da guarda e meus guias espirituais, sempre em alerta, por minha saúde, força e garra, por não ter esmorecido, nem perdido a fé com as dificuldades que surgiram nesse caminho.

Agradeço, por fim, Elisa Yoshida, pela confiança depositada, ao carinho em muitos momentos, dedicação a cada supervisão, ao compartilhar experiências e conhecimento, convivência que possibilitou meu crescimento pessoal e profissional; a ela o reconhecimento.

RESUMO

Silva, F.R.C.S. (2008). *Validade do Central Relationship Questionnaire com mulheres vítimas de violência*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, pp. 58.

A Organização Mundial de Saúde descreve a violência contra a mulher, perpetrada por parceiro íntimo, como a forma mais freqüente de violência. Os conflitos atuais decorrem da manutenção de padrões de relacionamentos, com sentimentos, defesas e ansiedade que se repetem. Esta pesquisa teve por objetivo obter medidas de consistência interna, validade convergente e validade de critério do Central Relationship Questionnaire – CRQ, instrumento de auto-relato que avalia o padrão de relacionamento central conflituoso, expresso na relação com o parceiro amoroso, por meio das dimensões: desejos (D), respostas do outro (RO) e respostas do eu (RE). A amostra, não aleatória, ficou composta por um grupo caso (GC), de 32 mulheres, com idades entre 19 e 56 anos (M=38,91; DP=10,25; Mo=44) em situação de violência conjugal; e grupo não caso (GNC), amostra por conveniência, de 22 mulheres, com idades entre 18 e 37 anos (M=32,26; DP=6,18, Mo=18), gestantes internadas em uma maternidade para dar a luz e que não sofreram violência sexual, nem se encontravam em situação de violência. No GC, 75% sofreram violência física, 93,8% violência psicológica e 18,8% violência sexual. Como medida de critério externa do CRQ foi utilizada a Escala de Avaliação de Sintomas – EAS-40 que mede quatro dimensões: psicoticismo, obsessividade-compulsividade, somatização e ansiedade. Com relação à consistência interna do CRQ os valores de alpha de Cronbach para GC variaram entre 0,59 e 0,83 e no GNC, entre 0,76 e 0,81. Para EAS-40 no GC variaram ente 0,75 e 0,93 e no GNC entre 0,84 e 0,88. Não houve diferença significativa entre os escores médios do CRQ entre os grupos; para a EAS-40 demonstrou validade discriminante do instrumento com diferenças significativas entre os grupos em relação à severidade dos sintomas psicológicos. No estudo da validade convergente encontrou-se correlação significativa entre as RO e o escore total da EAS-40, e as dimensões: psicoticismo e obsessividade-compulsividade; e entre as RE e a dimensão obsessividade-compulsividade. Os resultados sugerem que a versão em português do Brasil do CRQ 6.0 permite avaliar de forma fidedigna o padrão central de conflito, expresso no relacionamento de mulheres vítimas de violência e seus parceiros amorosos. O instrumento detém consistência interna semelhante à versão original do instrumento e permite discriminar de forma adequada mulheres vítimas de violência de outras não submetidas a episódios de violência. Pesquisas com amostras randomizadas devem ser realizadas.

Palavra-chave: violência contra mulher, avaliação psicológica, padrão de relacionamento conflituoso, sintomas psicológicos, EAS-40, CCRT, CRQ.

ABSTRACT

Silva, F.R.C.S. (2008). *Validity of the Central Relationship Questionnaire for women victims of violence*. Master's Degree Dissertation. Pontificia Universidade Católica de Campinas, pp. 58.

The World Health Organization describes the violence against women, committed by an intimate partner, as the most frequent form of this violence. The current conflicts occur because of the continuation of relationship patterns, with feelings, defenses and anxiety which happen repeatedly. This research intends to obtain measures of internal consistency, converging validity and also the authenticity of the criteria of the Central Relationship Questionnaire – CRQ, a tool of self-report which evaluates the pattern of core conflictual relationship expressed in the relationship with a love partner, by dimensions: wishes (W) (D), responses from other (RO) and responses of other (RE). The sample, not random, was composed by a case group (GC), of 32 women, with ages between 19 and 56 ($A=38.91$; $DP=10.25$; $Mo = 44$) in a situation of marital violence; and a non case group (GNC), sample by convenience, of 22 women, with age between 18 and 37 ($A = 32.26$; $DP=6.18$, $Mo=18$), pregnant admitted to a maternity center to give birth and who did not suffer sexual violence and did not find themselves in a violent situation. In the GC, 75% suffered physical violence, 93.8% suffered psychological violence and 18.8% suffered sexual violence. As an external criteria measure of the CRQ, the Scale of Symptoms Evaluation – EAS-40, which measures four dimensions: psychoticism, obsession-compulsion, somatization and anxiety. Regarding the internal consistency of the CRQ, the values of Cronbach alpha for GC varied between 0.59 and 0.83 and in the GNC, between 0.76 and 0.81. For EAS-40 in the GC they varied between 0.75 and 0.93 and in the GNC between 0.84 and 0.88. There was no substantial difference between the average scores of the CRQ between the groups; for the EAS-40 the discriminating validity of the tool with substantial differences between the groups regarding the gravity of the psychological symptoms was demonstrated. The substantial correlation between the ROs and the total score of the EAS-40 was found in the study of the converging validity, and the dimensions: psychoticism and obsession-compulsion; between the REs and the obsession-compulsion dimension. The results suggest that the Portuguese version of the Brazilian CRQ allows us to reliably evaluate the core pattern of conflict, expressed in the relationship of women who are victims of violence and their love partners. The internal consistency of the tool is similar to its original version and allows us to properly discern women who are victims of violence from other ones who did not suffered violent events. Research with randomized samples must be carried out.

Key words: Violence against women, psychological evaluation, pattern of conflicting relationship, psychological symptoms, EAS – 40, CCRT, CRQ.

SUMÁRIO

RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
APRESENTAÇÃO	iii
INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS.....	p.16
Objetivo Geral.....	p.16
Objetivo Específico.....	p.16
MÉTODO.....	p.17
Instituições.....	p.17
Participantes.....	p.18
Instrumentos.....	p.20
Procedimentos.....	p.21
RESULTADOS.....	p.23
DISCUSSÃO.....	p.27
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	p.31
REFERÊNCIAS.....	p.32
ANEXOS.....	p. 36
Anexo A – Central Relationship Questionnaire – CRQ (BR).....	p.36

Anexo B – Escala de Avaliação de Sintomas – EAS-40.....	p.43
Anexo C – Aprovação do Comitê de Ética.....	p.45
Anexo D – Termo de Consentimento Esclarecido.....	p.47
Anexo E – Questionário Sócio-demográfico.....	p.49

APRESENTAÇÃO

Dentro da tradição das teorias psicodinâmicas, os padrões de relacionamento conflituosos têm sido objeto de especial interesse. Dentre eles, os observados nos relacionamentos amorosos parecem ser os mais importantes, devido ao papel que desempenham no equilíbrio psicológico e na qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, em contextos de violência familiar, os conflitos no relacionamento amoroso ganham ainda mais relevância. Especialmente no caso de mulheres, o relacionamento conjugal tem sido uma das fontes mais reconhecidas de conflito, que muitas vezes resultam em quadros de violência física e emocional.

Apesar da violência ser estudada por inúmeras disciplinas do conhecimento, dentro da psicologia poucos são os instrumentos de avaliação que permitem medidas fidedignas e válidas dos conflitos amorosos em pessoas vítimas de violência que possibilitem avaliar os aspectos emocionais e respaldar intervenções profissionais na área. Ao conceber este projeto, reporteime à literatura, amparando essa necessidade uma vez que os estudos são majoritariamente da área social.

Dentre os instrumentos desenvolvidos para avaliar o conflito no relacionamento amoroso, destaca-se o *Central Relationship Questionnaire – CRQ* (Barber, Foltz, Weinrib, 1998). O instrumento avalia: desejo do respondente, resposta do parceiro frente a esses desejos e a resposta do respondente ao seu parceiro tendo como foco o pior momento do relacionamento conjugal. O objetivo do estudo foi estimar a consistência interna, validade convergente e discriminante da versão 6.0 do CRQ. Para a validade convergente utilizou a Escala de Avaliação de Sintomas – 40 (Laloni, 2001), e a validade discriminante foi estimada comparando os escores do CRQ de mulheres

vítimas de violência com os de mulheres internadas em maternidade para dar a luz que não havia sofrido episódios de violência.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 60, diversos acontecimentos contribuíram para a violência tornar-se um campo de atenção da saúde pública; como marco inicial, a literatura aponta os estudos da pediatria americana sobre a síndrome do bebê espancado e suas conseqüências para o desenvolvimento infantil. Na década seguinte, os maus-tratos começam a se tornar tema de relevância científica e social; concomitantemente, surgem nos Estados Unidos e Canadá os primeiros planos nacionais de prevenção primária e secundária e as centrais de denúncia que trazem para foro público um problema privado, tornando-o passível de intervenção. Outro fator relevante, o Movimento Feminista visou sensibilizar as mulheres e a sociedade para a violência de gênero. A violência contra a mulher passou a ser reconhecida como problema de saúde pública na última década, sua forma mais comum é perpetrada por parceiro íntimo, cujas conseqüências podem permanecer depois de cessado os episódios de violência (Mynaio e Souza, 1999; Schraiber, e cols., 2007).

Segundo os teóricos feministas, os papéis de gênero levam à vitimização da mulher, e fazem da violência física uma forma de controle e dominação do homem, tanto de suas mulheres, quanto de outros membros da família. Associado a isso, em 1985, a *Organização das Nações Unidas – ONU* criou o primeiro Dia Internacional da Mulher. Já no campo da saúde mental, o aumento das pesquisas e a sistematização dos dados contribuíram para a alteração gradativa da classificação da violência no código de *Classificação Internacional das Doenças – CID*. Até 1985, a violência constava como causa externa das doenças mentais, na 9ª revisão do manual foi catalogada como V01-Y98, já na 10ª revisão, integrou o Capítulo 17 do manual para o código S e T (Blay, 2003; Dobash & Dobash, 1977; Mynaio & Souza, 1999; Pence & Paymar, 2006). No

Brasil, a inserção da violência como objeto de estudo ocorreu de forma fragmentada e progressiva; inicialmente, por epidemiologistas e psiquiatras, responsáveis nos anos 80 por 83% da produção intelectual da área; simultaneamente, como problema social no país. Nos anos 90, os setores públicos e a sociedade civil passam a considerar estratégias de prevenção mais específicas, o que culmina, em 1998, na criação do *Plano de Ação de Prevenção de Violência* para as Secretarias Municipais de Saúde com estratégias articuladas pelo Conselho Nacional de Saúde – CONASEMS.

Estudar a violência no relacionamento amoroso tem como desafio a crença de que o lar é um lugar seguro, onde todos podem aprender com afeto e carinho, todavia, num relacionamento amoroso com traços de violência as relações costumam ser desiguais, e o diálogo insuficiente para que haja entendimento. A violência se manifesta na forma como as pessoas estabelecem seus vínculos nesse ambiente (Padovani & Williams, 2002; Ricotta, 1999). Do ponto de vista da teoria psicodinâmica os conflitos atuais procedem da manutenção de padrões de relacionamentos, com sentimentos, defesas e ansiedade que se repetem e dificultam o discernimento da situação atual; contudo, admitir que a violência inicie em casa é considerar que os relacionamentos familiares constituem formas e padrões vinculares que tendem a se repetir, repetem o que aprenderam, a violência na relação (Ricotta, 1999).

A violência é um fenômeno complexo e multifacetado que deve ser combatido continuamente. Segundo o relatório “*Informações Mundiais sobre Violência e Saúde*,” publicado em 2002, pela *Organização Mundial de Saúde – OMS*, existem várias definições para violência relacionadas a quem define e ao que é proposto a partir dessa definição. No caso da violência sexual, o uso de diferentes termos (violência, abuso, estupro e assédio), associado à crença de que o ato sexual é um dever da esposa é um dos limitadores para discriminação deste tipo de violência. As publicações sobre

violência trazem: definição de violência, tipologia de violência, mensuração de violência e impactos da violência (Schraiber, e cols., 2007; WHO, 2002). A definição utilizada para violência neste trabalho é o proposto pela OMS:

uso de força física intencional, a ameaça e violência intencional sobre nós mesmos, outra pessoa, grupo da comunidade, ou qualquer atitude que tenha probabilidade de resultar em ferimento, morte, prejuízo psicológico ou privação (WHO, 2002, p.4).

Caracterizá-la como uso de força intencional exclui a possibilidade de incidentes e enfatiza a intencionalidade do ato violento; essa definição unifica o fenômeno da violência. Além disso, o relatório da OMS permite valorizar e resignificar o problema da violência, a violação dos direitos e suas formas de expressões variadas. Propõe o reconhecimento de partes invisíveis, como a violência doméstica que oprime e gera danos físicos e psicológicos; sustentada e agravada em culturas que a aceitam como forma de resolver conflitos (Schraiber, D'Oliveira & Couto, 2006).

No relatório, as informações mundiais sobre saúde e violência estão relacionadas a três categorias de violência: violência a si mesmo, violência interpessoal e violência coletiva. Violência a si mesmo, dividida em: comportamento suicida e abuso de si; violência interpessoal, dividida em: familiar e/ou parceiro íntimo (criança, parceiro íntimo e idoso) e comunidade, conhecida ou desconhecida; e a violência coletiva, em: social, política e econômica (WHO, 2002). Esta tipologia da violência permite capturar a natureza dos atos violentos para que se possa mensurá-la e propor ações efetivas, preventivas e remediativas.

Este estudo focou evidências psicométricas de um instrumento para avaliar o conflito no padrão relacional com o parceiro amoroso em mulheres vítimas de violência

(violência interpessoal). Segundo a OMS, a violência contra parentes íntimos inclui: “ter relações sexuais forçadas, coerção sexual, abuso psicológico, intimidação e humilhação, controle do comportamento da pessoa e isolamento dos familiares, amigos e restrição do acesso a informações e assistência” (WHO, 2002, p.15).

Na Tabela 1 estão dispostos os comportamentos violentos e suas formas de manifestação, segundo a categorização da OMS.

Tabela 1. Formas de violência conjugal e manifestações do comportamento.

Comportamento violento	Manifestação do Comportamento
Atos de agressão física	Golpear; bater; espancar.
Abuso psicológico	Intimidação; humilhação; desvalorização.
Abuso sexual	Forçar o ato sexual e outras formas de coação; exploração sexual.
Controle do comportamento	Isolamento da família e amigos; monitorar seus movimentos; restringir o acesso às informações ou assistência.

Fonte: Organização Mundial de Saúde (2002)

A situação de violência vivenciada no relacionamento conjugal, ao longo do tempo, resultará em um impacto cumulativo, posto que os múltiplos episódios atingem o bem estar individual, comprometem a auto-estima e a capacidade de participação no mundo (cuidar dos filhos, trabalhar e se relacionar com parentes e amigos). Os tipos de violência no relacionamento amoroso e suas possíveis conseqüências para saúde da mulher, segundo a OMS (2002) estão dispostos na Tabela 2.

Tabela 2 – Tipo de violência no relacionamento conjugal e conseqüências

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 de Saúde (2002).

Desde a publicação deste relatório, a violência passou a ser uma das prioridades OMS para a saúde pública e até o ano de 2007 muitos países implantaram programas para prevenir a violência. A União Européia colocou a violência como uma das seis áreas prioritárias de intervenção do “Roteiro para Igualdade entre Homens e Mulheres” (2006-2010), e enfatizou a necessidade da criação de planos nacionais de ação. Os países que participaram com dados para elaboração do relatório são: Bélgica, Botswana, Brasil, Costa Rica, França, Jordânia, Malásia, Mali, México, Mongólia, Moçambique, Nepal, Federação Russa, África do Sul, Sri Lanka, Tailândia, ex – Iugoslávia, República da Macedônia, Reino Unido (WHO, 2007).

Frente à relevância da violência e de suas conseqüências sobre a saúde física e mental do ser humano, é necessário dispor de meios adequados para ajudar as vítimas de violência a desenvolverem formas adaptativas eficazes para fazer face aos seus agressores e saírem da condição de vítimas. Especialmente no caso de mulheres, o relacionamento conjugal tem sido uma das fontes mais reconhecidas de conflito, que

muitas vezes resultam em quadros de violência física e emocional. Assim, a psicologia necessita de instrumentos de avaliação psicológica válidos para esta população que possibilitem avaliar os aspectos emocionais e respaldar intervenções profissionais na área. Os teóricos de orientação psicodinâmica utilizam para avaliação psicológica testes projetivos e escalas, questionários ou inventários de auto-relato. Os projetivos são prioritariamente para diagnóstico diferencial e orientação de conduta terapêutica; as escalas ou inventários de auto-relato são mais utilizados em instituições e equipes multidisciplinares, uma vez que a forma de avaliação, por escores, preserva a identidade dos sujeitos (Yoshida & Rocha, 2007).

Internacionalmente, existem vários estudos com instrumentos de auto-relato para avaliar o padrão de relacionamento afetivo conjugal, tais como: *The Marital Satisfaction Revised - MSI-R* (Synder, 1997, citado por Bond & Bond, (2004)); *“The Partner Abuse Scale-Physical”* e *“The Physical Abuse Partner Scale”* (Hudson, 1997, citado por Bond & Bond, (2004), *“The Relationship Questionnaire”* (Bartholomew and Horowitz, 1991, citado por Bond & Bond, 2004) ; *“The Experiences in Close Relationships Scale”* (Brennam e cols., 1998, citado por Bond & Bond, 2004) e *“The Central Relationship Questionnaire – CRQ”* (Barber, Foltz & Weinryb, 1998).

Este estudo avaliou o padrão de relacionamento conjugal de mulheres vítimas de violência, com foco nos eventos e situações que se reportem aos piores momentos do relacionamento conjugal. Um dos obstáculos na revelação da violência no relacionamento íntimo é a imagem de que as mulheres são responsáveis e culpadas pela violência; frases como “ela me faz perder a cabeça”, são muito utilizadas por companheiros ou maridos para justificar a violência perpetrada; e as implicações clínicas da insegurança emocional da agressão são vitais para a compreensão da

internalização e externalização de sintomas (El-sheikh, Cummings, Kouros, Elmore-Station & Buckhalt, 2008; Schraiber e cols., 2005).

Alguns dos sintomas descritos pela OMS, 2002) e literatura específica foram avaliados pela Escala de Avaliação de Sintomas – EAS-40 (Laloni, 2001) com: psicoticismo (comportamento de isolamentos, afastamento e retraimentos, com sucessivos sintomas de psicose e depressão e idéias paranóides); obsessividade-compulsividade (pensamentos e ações repetidas com desconforto nas relações interpessoais); somatização (desconfortos corporais e orgânicos, comuns em transtornos somáticos e somatoformes); ansiedade (nervosismo, tensão, tremor; compreendendo desde transtornos de ansiedade a ansiedade fóbica, relacionadas a situações ou objetos (Laloni, 2001).

Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)

O *Método do Tema Central do Relacionamento Conflituoso* ou *The Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)* foi criado pelos pesquisadores da Escola de Medicina da Universidade da Pensilvânia, há mais de trinta anos. Lester Luborsky e colaboradores, em 1959, iniciaram o *Penn Psycchotherapy Project*, nomeando o grupo de pesquisadores como Grupo PENN. Em 1976, Luborsky apresentou pela primeira vez o método no: *Downstate Medical Center* (Luborsky, 1998). É um dos métodos pioneiros relacionados à mensuração de transferência em sessões de psicoterapia e também como um método guia para as intervenções do terapeuta em sessões de psicoterapia e entrevistas (Luborsky, Barber & Diguier, 1992; Luborsky, Cooper & Crist-Christoph, 1988; Rocha, 2004).

O CCRT é um método de avaliação do conteúdo do padrão central de relacionamento, principal característica da dinâmica individual. É uma medida operacionalizada de aspectos centrais da dinâmica das relações interpessoais do paciente, presentes em relatos e descrições de seus relacionamentos atuais e passados. De acordo com a literatura, a medida do padrão central de relacionamento trouxe maior precisão às pesquisas em psicoterapia e em personalidade, ao sistematizar os dados e permitir análises quantitativas de aspectos envolvidos na comunicação transferencial do paciente (Barber & Crits-Christoph, 1993; Bottino, 2000; Luborsky, 1998; Luborsky, Cooper, Crits-Christoph, 1988; Luborsky, Crits-Christoph, Mintz & Auerbach, 1988). O Método tem como base os episódios de relacionamento e narrativas; cujo conteúdo traz informações sobre o comportamento do paciente, sua forma de se relacionar e dificuldades no contato interpessoal. O CCRT toma como base as narrativas de interação com: pai, mãe, irmãos, irmãs, amigos, patrões e terapeuta, muito utilizadas pelos teóricos da psicodinâmica em pesquisas de psicoterapia, testes projetivos de avaliação da personalidade e prática clínica (Barber & Crits-Christoph, 1993; Bottino, 2001, Luborsky, 1998; Luborsky, Crits-Christoph, Mintz & Auerbach, 1988). A dependência das narrativas e a escolha da pontuação para as categorias do teste mostram uma semelhança entre o CCRT com o *Teste de Apercepção Temática – TAT*, no entanto, a maior diferença consiste em que o primeiro se baseia em episódios de relacionamentos reais, e o segundo em fantasias ou histórias (Bottino, 2001; Luborsky, Crits-Christoph, Mintz & Auerbach, 1988).

O método é dividido em duas fases: a primeira, localiza e identifica os episódios de relacionamento; a segunda, avalia-os com base em seus elementos constitutivos: desejo do eu (*D*), necessidades e intenções do paciente frente a outras pessoas; a resposta do outro (*RO*), frente aos desejos e necessidades do eu; e resposta do eu (*RE*) à

satisfação ou frustração de seus desejos em cada episódio relacional. Esses episódios são avaliados por juízes independentes, previamente treinados, com julgamentos independentes. Estes identificam qual o padrão mais freqüente e quando ocorreu o episódio, classificam-no como atual, nos últimos quinze dias; ou passado, há mais de quinze dias (Bottino, 2001, Luborsky, 1998b, 1998d; Luborsky, Crits-Christoph, Mintz & Auerbach, 1988; Luborsky & Friedman, 1998).

Os episódios são numerados de acordo com a ordem de ocorrência, identificados o tipo de relacionamento, a pessoa central, o tempo (passado ou presente) e idade do paciente na época em que ocorreu o episódio. Episódios identificados nas sessões três a cinco tendem a se repetir nas sessões subseqüentes do processo. As RO e RE podem ser positivas ou negativas; respostas negativas, relacionam-se com padrões de experiência que envolvem expectativas atuais de frustração dos desejos; e positivas, com a satisfação destes (Luborsky, 1998; Luborsky, Popp, Luborsky & Mark, 1994; Luborsky, Crits-Christoph, Mintz & Auerbach, 1988; Luborsky & Friedman, 1998).

Categorias padronizadas foram criadas para favorecer a confiabilidade dos juízes independentes. Na primeira edição, as categorias foram construídas e organizadas a partir das mais freqüentes nos episódios de relacionamento em 16 casos estudados. Foram discriminadas uma das outras sem sobreposição; seus adjetivos têm significado semelhantes, organizam-se logicamente e psicologicamente para facilitar a avaliação dos juízes, obedecendo à ordem desejo, resposta do outro e resposta do eu; são sempre utilizadas as mesmas palavras para o mesmo tipo de categoria, desejo, rejeitar a dominação dos outros; RO, dominar; e RE, sentir-se dominado (Barber, Crits-Christoph, Luborsky, 1998; Bottino, 2001).

O CCRT foi validado para o Brasil com pacientes que apresentavam transtornos: de ansiedade, afetivo (depressão e distímia), somatoformes e personalidade, segundo os critérios do DSM-IV. Foram avaliados dez pacientes em processo de psicoterapia psicodinâmica para sistematizar o processo de psicoterapia, o padrão de relacionamento, descrevendo e discutindo-o como critério diagnóstico (Bottino, 2001). No estudo de validação brasileiro foram padronizadas as categorias de desejo (D): ser compreendido, ser aceito, ser respeitado, aceitar os outros, respeitar os outros, confiar no outro, ser querido, ser acessível, ser aberto, manter distância dos outros, estar próximo dos outros, ajudar os outros, ser ajudado, não ser magoado, ser magoado, magoar os outros, evitar conflitos, opor-se aos outros, controlar os outros, ser controlado pelos outros, ter auto-controle, ser bem sucedido, ser independente, estar bem consigo mesmo, melhorar como pessoa, ser digno/bondoso/verdadeiro, ser como o outro, ser eu mesmo, não ser responsabilizado, ser estável, sentir-se confortável, sentir-se feliz e ser amado (Bottino, 2001). Para as categorias de resposta do outro (RO): são compreensivos, não são compreensivos, são receptivos, rejeitam-me, respeitam-me, não me respeitam, não confiam em mim, não são de confiança, gostam de mim, não gostam de mim, são abertos, são distantes, são prestativos, não são prestativos/não ajudam, magoam-me, ficam magoados, fazem oposição, são colaboradores, são descontrolados, permitem que eu seja independente, são dependentes, são independentes, são fortes, são maus, são rigorosos, estão com raiva, estão ansiosos, estão felizes, ele me ama. E as categoria de resposta do eu (RE): compreendo, não entendo, sinto-me aceito, sinto-me respeitado, gosto dos outros, não gosto dos outros, sou aberto, eu não sou aberto, eu ajudo as pessoas, machuco os outros, oponho-me aos outros, sou controlador, sou descontrolado, tenho auto-controle, sou independente, sou dependente, sou incompetente, tenho auto-confiança, sinto-me inseguro, sinto-me desapontado, sinto raiva, sinto-me deprimido,

não me sinto amado, sinto ciúme, sinto-me culpado, sinto vergonha, estou ansiosa, sinto-me confortável, sinto-me feliz, sinto-me amado, sintomas somáticos (Bottino, 2001).

O CCRT consiste em um método longo e trabalhoso de avaliação, o que levou à proposição de medidas alternativas pelo próprio grupo PENN, tal como o instrumento de auto-relato para avaliar o padrão de central de relacionamento denominado *Central Relationship Questionnaire – CRQ* (Barber, Foltz & Weinryb, 1998), objetivo da avaliação da presente pesquisa.

O Central Relationship Questionnaire - CRQ

O *Central Relationship Questionnaire - CRQ* foi criado pelos pesquisadores Grupo Penn. É um instrumento de auto-relato que coleta informações sobre o padrão central de relacionamento conflituoso. Sua versão utilizada nesse estudo contém 101 itens avaliados por uma escala *Likert* de sete pontos. Distribuídos nas sub-escalas: desejo do eu (*D*) composta por 40 itens, resposta do outro (*RO*) com 23 itens e resposta do eu (*RE*) com 38 itens. (Barber, Foltz & Weinryb, 1998).

O desenvolvimento dos itens do CRQ baseou-se nas categorias padrão do CCRT e na literatura sobre personalidade. Esses itens foram avaliados por quatro juízes independentes, numa escala de um a cinco de acordo com o grau de representação das categorias do CCRT. Os itens avaliados entre quatro e cinco por pelo menos três foram retirados. Assim, a versão inicial do CRQ ficou composta por 360 itens, dos quais: 127 itens para a dimensão de desejo (*D*), 113 itens para resposta do outro (*RO*) e 120 itens para resposta do eu (*RE*). Esse instrumento foi aplicado em uma amostra de estudantes universitários americanos; foram avaliadas as qualidades psicométricas do instrumento:

consistência interna, estrutura fatorial, validade divergente/convergente e precisão por teste e reteste. Os itens iniciais se reportavam ao melhor e ao pior momento de seu relacionamento romântico, estabelecido como alguém com quem o participante esteve romântica e/ou sexualmente envolvido, por pelo menos três meses, nos últimos três anos. No decorrer dos estudos foi estabelecido como foco do instrumento situações que reportassem aos piores momentos do relacionamento (Barber, Foltz & Weinryb, 1998). Este estudo resultou em uma versão do CRQ composta três grandes dimensões: desejo (D) com 65 itens, resposta do outro (RO) com 51 itens e resposta do eu (RE) com 64 itens, e agrupamentos de segunda ordem, aqui denominados sub-escalas. A dimensão desejo foi composta por sete sub-escalas de desejo (ser suportivo, ser independente, estar em conflito, ser reconhecido, ser confiável, ser sexual, não ser abandonado); a resposta do outro por sete sub-escalas (machuca-me, ama-me, é independente, me controla, é fora de controle, é ansioso, é sexual) e resposta do eu por oito (sinto-me valorizado, cuido do outro, sinto-me ansioso, não me sinto querido, evito conflito, sou independente, sou sexual, sou dominador). A avaliação do instrumento é dada em escala Likert de sete pontos, onde um corresponde a nunca e sete, sempre (Barber, Foltz & Weinryb, 1998).

No estudo da validade convergente-divergente, que contou com uma amostra de 96 sujeitos, esses autores utilizaram como critério externo os seguintes instrumentos: *Inventory of Interpersonal Problems (IIP)*, para avaliar as dificuldades interpessoais experienciadas; *Beck Depression Inventory – BDI*, para avaliar sintomas depressivos; *Beck Anxiety Inventory - BAI* para avaliar sintomas de ansiedade; *Symptom Checklist 90 – Revised*, para avaliar os sintomas psicológicos típicos e *NEO-PI Factor Inventory*, para mensurar características de personalidade.

O estudo da validade convergente-divergente entre CRQ e IIP *Scale* não evidenciou correlações significantes entre a sub-escala do IIP *Scale* e D, sendo mais significantes com RO, variando entre 0,18 e 0,32 ($p < 0,001$); -0,17 a 0,16 ($p < 0,01$) e -0,11 a 0,11 ($p < 0,05$). E para RE entre -0,32 a 0,42 ($p < 0,001$); -0,31 a 0,33 ($p < 0,01$) e -0,23 a 0,25 ($p < 0,05$). Já para a BDI também não foram encontradas relações entre sintomas depressivos e D, para as sub-escalas de RO os dados evidenciaram correlações positivas com: controlar-me (0,31, $p < 0,01$); e para as de RE: sinto-me ansioso (0,30, $p < 0,01$), não me sinto querido (0,33, $p < 0,01$), sou independente (-0,30, $p < 0,01$), sou sexual (-0,23, $p < 0,05$). Para SCL-90-R foram encontradas as mesmas correlações entre as sub-escalas descritas para BDI: ausência de correlações com D; e significantes para RO nas sub-escalas: controlar-me (0,31, $p < 0,01$), é sexual (0,24, $p < 0,05$); e RE, sinto-me ansioso (0,26, $p < 0,05$), não me sinto querido (0,42, $p < 0,001$), sou independente (0,31, $p < 0,01$), sou sexual (0,21, $p < 0,05$). Para BAI também não apresentou correlação com D; mas com as sub-escalas de RO: controlar-me (0,31, $p < 0,01$); RE: não me sinto querido (0,26, $p < 0,01$) e sou independente (-0,32, $p < 0,01$). E para NEO-FFI apresentou correlação positiva com D em: ser reconhecido (0,29, $p < 0,01$), ser sexual (0,21, $p < 0,05$) não ser abandonado (0,26, $p < 0,05$); RO: controlar-me (0,24, $p < 0,05$); e RE: sinto-me ansioso (0,31, $p < 0,01$), não me sinto querido (0,25, $p < 0,05$), evito conflito (0,22, $p < 0,05$), sou independente (-0,25, $p < 0,05$) (Barber, Foltz & Weinryb, 1998).

O estudo da consistência interna do CRQ encontrado pelos pesquisadores Barber, Foltz & Weinryb (2008) indicou índices de α Cronbach para sub-escala D entre: 0,78 a 0,95 (Med = 0,90); RO: entre 0,82 e 0,95 (Med.= 0,88) e para RE entre 0,71 e 0,94 (Med.= 0,89). O de validade por teste re-teste foi realizado em 54 dos participantes, reavaliados após um intervalo de um ano. Os resultados apontaram estabilidade apenas razoável para os três componentes: 0,65 (D), 0,66 (RO) e 0,63 (RS).

Foi realizado um estudo de validade do CRQ na Suécia, utilizando como critério externo o *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP), para avaliar as dificuldades interpessoais experienciadas. Composto por duas amostras: a primeira, 91 (*n*), com 31 homens e 60 mulheres, de 24 a 30 anos; e a segunda, 30 (*n*) pacientes ambulatoriais, 15 homens e 15 mulheres, de 23 a 61 anos. O estudo de validade convergente-divergente entre os instrumentos apresentou correlação positiva entre duas sub-escalas de D e duas dimensões do IIP, (0,27, $p<0,05$) e não ser assertivo (0,33, $p<0,01$); para RO: variou entre -0,43 a 0,45 para $p<0,01$ e -0,28 a 0,32 para $p<0,05$; e para RE: -0,41 a 0,39 para $p<0,01$ e -0,34 a 0,33 para $p<0,05$. Já para o estudo de validade de construto, a consistência interna do instrumento calculada pelos índices de α Cronbach variou entre 0,65 a 0,94 (D), 0,35 a 0,98 (RO) e 0,53 a 0,97 (RE) e para estudantes universitários entre 0,75 a 0,95 (M=0,85); RO: 0,72 a 0,96 (M=0,86) e RS 0,66 a 0,96, (M=0,83), índices de consistência considerados aceitáveis pelos pesquisadores (Weinryb e cols, 2000).

Recentemente, foram desenvolvidos itens para a avaliação do padrão relacional do sujeito com outros significantes (mãe, pai, melhor amigo e parceiro romântico) (McCarthy, Gibbons & Barber, 2008). Para avaliar as qualidades psicométricas desta nova versão do CRQ foi realizado estudo com 250 pacientes em processo de psicoterapia, com queixas de transtorno depressivo maior, obsessividade, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada, ou limítrofe. Os resultados identificaram índices de consistência acima de 0,70 para todas as sub-escalas estudadas; além disso, o estudo identificou maior rigidez nos padrões relacionais de indivíduos com menores sintomas e problemas interpessoais; aspectos que segundo os pesquisadores contraria a literatura (McCarthy, Gibbons & Barber, 2008).

No Brasil, a presente pesquisa corresponde a um dos primeiros estudos com o CRQ. Outros estudos estão em andamento no grupo de pesquisa para o processo de validação do CRQ para população brasileira, com pacientes cardiopatas coronarianos, hepatite C, HIV positivo e estudantes universitários (Sanches, e cols, 2008). Para a presente pesquisa, utilizou-se como critério externo para o estudo de validade convergente a *Escala de Avaliação de Sintomas – EAS-40 (Laloni, 2001)*, versão brasileira da *Symptom Checklist – 90 – Revised (SCL-90R)*. O critério externo escolhido atende à perspectiva do estudo original na relação entre o padrão de relacionamento conflituoso e sintomas psicológicos. Esses sintomas são apontados pela literatura associados a episódios de violência no relacionamento de mulheres em situação de violência familiar (WHO, 2002). Esperava-se *a priori* uma correlação positiva, mas moderada entre desejo e as dimensões avaliadas pela EAS-40: psicoticismo, ansiedade, obsessividade-compulsividade e somatização nas mulheres em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo. Dadas as especificidades da amostra, apresenta-se a seguir uma breve caracterização da violência e suas relações com padrões de relacionamentos dessas mulheres.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar evidências de precisão e de validade do CRQ em mulheres vítimas de violência.

Objetivos específicos

- Avaliar a precisão do CRQ por meio da consistência interna.
- Avaliar as evidências de validade convergente do CRQ.
- Avaliar a validade de critério por meio de grupos contrastantes.

MÉTODO

Instituições

Os participantes provieram de três instituições: *SOS Ação Mulher e Família* e *Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO)* e *Hospital e Maternidade Celso Pierro - HMCP*.

1. *SOS Ação Mulher e Família* é uma Organização não governamental (ONG) situada na cidade de Campinas, interior do estado de São Paulo, fundada em 1980 por influência do Movimento Feminista. Mantém, desde 1987, convênio com entidades públicas e privadas, por exemplo, a UNICAMP.

A missão do *SOS Ação Mulher e Família* é oferecer espaço para o desenvolvimento da mulher e da família, facilitando a construção de relacionamentos harmoniosos. Prevenir e/ou atuar em situações de violência intrafamiliar, gerando pesquisa, conhecimento e estimulando o exercício da cidadania por uma sociedade mais justa e pacífica.

Anteriormente, o *SOS Ação Mulher e Família*, denominava-se *SOS - Mulher*, por oferecer um serviço para mulheres que viviam situações de violência doméstica, sexual e social, por exemplo: espancamento, ameaças de morte, crimes de natureza sexual, violência psicológica, estupros, discriminações, educação diferenciada. Com a evolução do movimento feminista observou-se que a violência não se restringia só à mulher, mas a todos os membros da família. Assim, em 1995, o *SOS - Mulher* passou a ser chamado de *SOS Ação Mulher e Família*, para atender à mulher e ao grupo familiar, com intervenção interdisciplinar para englobar toda a complexidade.

2. *Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO)* é uma Organização governamental (OG) situada na cidade de Campinas, interior do estado de São Paulo, criado em 2002, mediante Lei 10.948, com a finalidade de promoção e defesa dos direitos humanos das mulheres e incorporação da perspectiva de gênero nas políticas municipais. Trata-se de um serviço público da Secretaria de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social da Prefeitura Municipal de Campinas.

3. *Hospital e Maternidade Celso Pierro - HMCP* é uma entidade privada e filantrópica, com a finalidade de servir como Hospital Universitário do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) na realização das atividades docentes e assistenciais. Tem como objetivo essencial três fundamentos: o ensino, a pesquisa e a extensão e contribui para a formação ampla de seus profissionais nas áreas de graduação e pós-graduação. O Hospital da PUC-Campinas é uma das principais instituições hospitalares de atuação terciária em Campinas e Região.

Participantes

Compuseram a amostra dois grupos: Grupo Caso, 32 mulheres em situação de violência conjugal provenientes das instituições acima referidas; idades entre 19 e 56 anos ($M=38,91$; $DP=10,25$; $Mo=44$); e Grupo não caso, foi composto de uma amostra aleatória por conveniência com 22 pacientes da maternidade do Hospital e Maternidade Celso Pierro; idades entre 18 e 37 anos ($M=32,26$; $DP=6,18$, $Mo=18$) que não sofreram violência sexual, nem se encontravam em situação de violência. Dentre as que sofriam violência perpetrada por parceiro íntimo, 75% sofreram violência física, 93,8%

violência psicológica e 18,8% violência sexual, dados que demonstram que algumas participantes sofreram mais de um tipo de violência.

As características demográficas da amostra podem ser vistas na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da frequência das variáveis sócio-demográficas do Grupo Caso (N=32) e Grupo Não-caso (N=22) e amostra total (N=54).

Variáveis sócio-demográficas	Queixa				Total	
	Grupo Caso		Grupo Não Caso			
	F	%	f	%	f	%
Escolaridade						
Fundamental Incompleto	8	25,8	5	22,7	13	24,5
Fundamental completo	5	16,1	5	22,7	10	18,9
Médio incompleto	1	3,2	6	27,3	7	13,2
Médio completo	11	35,5	6	27,3	17	32,1
Superior incompleto	3	9,7	0	0,0	3	5,7
Superior completo	3	9,7	0	0,0	3	5,7
Estado civil						
Solteira	7	21,9	8	36,4	15	27,8
Casada	16	50,0	14	63,6	30	55,6
Separada	9	28,1	0	0,0	9	16,7
Trabalha						
Não	16	53,3	11	50,0	27	51,9
Sim	14	46,7	11	50,0	25	48,1
Doença física						
Não	16	53,3	19	86,4	35	67,3
Sim	14	46,7	3	13,6	17	32,7
Tipo de Violência						
Física	3	9,4	0	0	3	9,4
Física e psicológica	17	53,1	0	0	17	53,1
Física, psicológica e sexual	5	15,6	0	0	5	15,6
Psicológica	6	18,8	0	0	6	18,8
Psicológica e sexual	1	3,1	0	0	1	3,1
Não ocorre	-	-	22	100	22	100
Religião						
Nenhuma	3	10,0	4	18,2	7	13,5
Católico	10	33,3	7	31,8	17	32,7
Cristão não-católico	13	43,3	11	50,0	24	46,2
Outros	4	13,3	0	0,0	4	7,7

Não houve diferença significativa entre os grupos quanto ao estado civil (χ^2 [2, N=54] =13,000; $p=0,002$), quanto ao exercício de atividade laboral (χ^2 [1, N=52]

=0,077; $p=0,782$). Em relação à escolaridade, para viabilizar o emprego da prova de qui-quadrado, que requer frequência mínima igual a cinco em ao menos 20% das células, reuniu-se as categorias ensino fundamental incompleto e completo numa única categoria, comparando-a com a categoria formada por ensino médio completo e incompleto, ($\chi^2 [1, N=54]=0,925 p=0,336$).

Resumidamente, pode-se dizer que as participantes eram majoritariamente casadas; em relação a doenças físicas, o grupo caso apresentou uma frequência significativamente mais elevada de participantes, equilíbrio que apresentavam doenças físicas, ($\chi^2 [1, N=54]=6,213 p=0,013$). Quanto à religião não houve diferenças significativas entre as amostras, ($\chi^2 [2, N=54]=12,731 p=0,002$). Pode-se pois dizer que as duas amostras detinham o mesmo perfil sócio-demográfico, com exceção do fato de que as participantes do GC relataram sofrer mais doenças físicas. E em relação ao tipo de violência a maioria da amostra em situação de violência sofreu mais de uma forma de violência perpetrada por parceiro íntimo.

Instrumentos

O *Central Relationship Questionnaire – CRQ* (Barber, Foltz & Weinryb, 1998) trata-se de um instrumento de auto-relato, com três dimensões: desejo do eu (*D*) com 40 itens, a resposta do outro (*RO*), com vinte e três itens e (*RE*) a resposta do eu, com trinta e oito itens, tendo como foco o pior momento do relacionamento amoroso. As respostas são avaliadas segundo sete níveis de escala Likert. Foi utilizada uma versão adaptada para o português do Brasil (Anexo A), a partir de versão de português de Portugal e versão em inglês, cedida por Jaques Barber aos membros do grupo de pesquisa. Para a adaptação foi feita a aplicação do instrumento em alguns participantes, e depois

discutido no grupo de pesquisa para adequação do instrumento a versão final utilizada no estudo (Sanches e cols, 2008). No estudo americano, McCarthy, Gibbons & Barber (2008), base para esta análise, foram encontrados índices de consistência interna, alpha de Crombach maior que 0,70 após análise fatorial.

Escala de Avaliação de Sintomas – EAS-40 (Laloni, 2001) - É um instrumento adaptado da *Symptom Checklist – 90 – Revised – SCL-90-R* (Derogatis, 1994) para a população clínica de hospital geral. Avalia sintomas psicológicos, segundo quatro dimensões: psicoticismo, obsessividade-compulsividade, somatização, ansiedade. As respostas prevêm três níveis de intensidade do sintoma: zero, corresponde a nenhum sintoma; um, pouco sintoma; e dois, muito sintoma; representados em uma escala *Likert* de três pontos (Anexo B).

Procedimento

1. Após a obtenção da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Anexo C) a pesquisadora entrou em contato, de forma individual, com as mulheres vítimas de violência, internadas na maternidade.
2. A pesquisadora inicialmente certificou-se de que ela se encontrava em condições de realizar as tarefas necessárias para a pesquisa. Explicou os objetivos do projeto, o sigilo das informações e a possibilidade de desistência a qualquer momento. As participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o *Termo de Consentimento Esclarecido* (Anexo D), lido em voz alta pela pesquisadora antes do início da coleta de dados.

3. Foram aplicados os instrumentos CRQ e EAS-40 e um questionário sócio-demográfico (ANEXO E).

RESULTADOS

As mulheres que participaram do estudo eram casadas e viviam com os maridos, algumas decidiram se separar, para isso procuraram apoio e informação nas instituições. Estas mulheres se encontravam em episódios de agressão recorrente. Nas instituições há o atendimento inicial, para orientar e acolher a mulher; orientação jurídica, psicológica (encaminhamento para psicoterapia individual, familiar e grupos terapêuticos) e da assistência social. Seus filhos presenciaram episódios de maus-tratos perpetrados contra ela; e foram vítimas de violência também. Segundo, as profissionais que trabalham na área quando a violência atinge a criança, já estava presente no lar contra a mulher, e é nesse momento que muitas procuram as instituições buscando apoio e formas de resolver os conflitos.

Consistência Interna

A consistência interna foi avaliada separadamente para o Grupo Caso (GC), Grupo Não Caso (GNC) e amostra total. Foram encontrados os seguintes coeficientes alpha de Cronbach das dimensões do CRQ para o GC: 0,83 (*D*), 0,68 (*RO*) e 0,59 (*RE*). E para o GNC: 0,80 (*D*), 0,76 (*RO*) e 0,81 (*RE*). Para a amostra total foram: 0,82 (*D*), 0,69 (*RO*) e 0,71 (*RE*).

Calculou-se também a Consistência interna da EAS-40. Foram encontrados os seguintes valores para alpha de Cronbach no GC: 0,93 (F total), 0,75 (F1), 0,79 (F2), 0,85 (F3), 0,83 (F4); para o GNC: 0,96 (Ftotal), 0,84 (F1), 0,84 (F2), 0,86 (F3), 0,88 (F4); e para a amostra total os alphas foram: 0,96 (Ftotal), 0,83 (F1), 0,87 (F2), 0,88 (F3), 0,87 (F4).

Validade discriminante

A Tabela 2 apresenta os valores mínimo, máximo, média, desvio padrão do CRQ para amostras independentes. Há também os valores de t para as amostras independentes e a probabilidade associada, indicando as significativas diferenças entre as médias do GC e GNC. O exame da Tabela 2 mostra que não houve diferença significativa entre os escores médios das amostras.

Tabela 2. Distribuição do escore mínimo e máximo, média, desvio padrão e teste t do Grupo caso e Grupo não caso por sub-escalas do CRQ.

	Grupo Caso (N=32)				Grupo Não-Caso (N=22)				t	p
	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP		
Desejo	4,55	0,76	4,55	0,76	3,55	5,88	4,93	0,63	1,981	0,053
Resposta do outro	4,31	0,74	4,31	0,74	2,87	5,87	4,19	0,87	0,498	0,621
Resposta do eu	4,20	0,50	4,20	0,50	3,58	6,16	4,47	0,70	1,586	0,122

Os valores mínimo, máximo, médio e dos desvios padrão da EAS-40 aparecem na Tabela 3. São também apresentados os valores do teste t para amostras independentes que dão uma medida da significância das diferenças entre os escores médios do GC e do GNC, para a escala total e cada uma das dimensões avaliadas. Em todos os casos a diferença foi estatisticamente significativa.

Tabela 3. Distribuição do escore mínimo e máximo, média, desvio padrão e teste t do Grupo caso e Grupo não caso por sub-escalas da EAS-40.

Escore EAS-40	Grupo Caso (n=32)				Grupo Não-Caso (n=22)				t	(p)
	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP		
Escore Total	13,00	64,00	39,22	16,36	1,00	53,00	18,73	16,25	4,541	0,001
Total /40	0,33	1,60	0,98	0,41	0,03	1,33	0,47	0,41	4,541	0,001
Psicoticismo	0,00	1,60	0,95	0,44	0,00	1,50	0,48	0,44	3,871	0,001
Obsessividade-compulsividade	0,40	2,00	1,12	0,44	0,00	1,60	0,50	0,42	5,226	0,001
Somatização	0,10	1,90	0,97	0,52	0,00	1,50	0,45	0,44	4,018	0,001
Ansiedade	0,00	1,70	0,88	0,51	0,00	1,40	0,45	0,46	3,215	0,002

Validade Convergente

Para estudo de validade convergente, calculou-se os Coeficientes de Correlação de Pearson para o CRQ e a EAS-40, separadamente para cada amostra. Na Tabela 4 são apresentados os coeficientes para o GC.

Tabela 4. Coeficientes de Pearson do CRQ e EAS-40 do Grupo Caso (n=32).

	Desejo	Resposta do outro	Resposta do eu
Escore Total EAS-40	0,00	0,44*	0,37*
Psicoticismo	0,01	0,47**	0,35*
Obsessividade-compulsividade	0,05	0,53**	0,47**
Somatização	-0,06	0,27	0,15
Ansiedade	0,00	0,26	0,34

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Os dados indicam associação significativa entre a sub-escala RO e RE do CRQ e os escores totais da EAS-40. Foram também encontradas associações significantes com as sub-escalas psicoticismo (F1) e obsessividade-compulsividade (F2) da EAS-40. Em relação a RE houve associação significativa com a EAS-40 total e a sub-escala de psicoticismo e obsessividade-compulsividade. Todos os coeficientes de correlação entre a dimensão D do CRQ e as da EAS-40, incluindo a escala total, ficaram próximos de zero, indicando ausência de associação entre elas.

Tabela 5. Coeficientes de Correlação de Pearson entre o CRQ e EAS-40 do Grupo não caso (n=22)

	Desejo	Resposta do outro	Resposta do eu
Escore Total EAS-40	0,32	0,09	0,08
Psicoticismo	0,49*	0,23	0,15
Obsessividade-compulsividade	0,41	0,18	0,09
Somatização	0,23	0,07	0,03
Ansiedade	0,07	-0,13	0,02

* $p < 0,05$

No GNC obteve-se associação significativa apenas entre a dimensão D do CRQ e a sub-escala psicoticismo da EAS-40.

DISCUSSÃO

As amostras são semelhantes do ponto de vista sócio-demográfico, diferenciando-se apenas com relação à prevalência de doenças físicas no GC, composto por mulheres em situação de violência. Essa diferença significativa em relação à doença física pode estar relacionada com os episódios de violência recorrentes a que estavam expostas as mulheres do grupo caso, como descrito pela OMS (WHO, 2002).

O CRQ apresentou índices aceitáveis de consistência interna ($\alpha > 0,70$) nas três dimensões da amostra total [$\alpha = 0,82$ (D), $0,69$ (RO), $0,71$ (RE)] e do GNC [$\alpha = 0,80$ (D), $0,76$ (RO), $0,81$ (RE)]. Todavia, no GC apenas a subescala D apresentou índice superior a $0,70$. Quanto aos componentes RO e RE, os índices mais moderados de consistência interna (respectivamente $0,68$ e $0,59$), sugerem cautela na interpretação dos resultados a eles relacionados.

No estudo americano, os componentes do CRQ apresentaram índices de consistência interna acima de $0,70$, o que foi considerado como satisfatório pelos pesquisadores (Barber, Foltz & Weinryb, 1998; McCarthy, Gibbons & Barber, 2008). No estudo sueco para população clínica os alphas de Cronbach variaram entre $0,68$ a $0,95$ (Weinryb, Barber, Foltz, Göransson & Gustavsson, 2000). Cabe ainda destacar, que nos estudos estrangeiros as amostras tinham em média nível de escolaridade mais alto do que o do presente estudo. Acredita-se que essa diferença possa favorecer um melhor entendimento dos itens do instrumento pela população norte-americana e sueca em relação à população brasileira, o que teria contribuído para melhores índices de consistência interna. Efetivamente, durante a aplicação as participantes relataram dificuldade de compreensão de alguns itens, tais como: itens negativos (“eu não desejo me abrir”, “meu parceiro não se abre”) e palavras como: submisso, competente, maturidade, independente. Estes e outros aspectos deverão ser revistos em estudos

futuros. Estes dados devem, portanto, vir a serem considerados em novas pesquisas e adaptações semânticas devem ser buscadas de forma a tornar o instrumento mais acessível a extratos da população com baixa escolaridade.

Em relação à consistência interna da EAS-40, instrumento escolhido como critério externo, apresentou muito boa consistência para todas as dimensões avaliadas. Para o GC os índices variaram entre 0,75 e 0,93, para o GNC entre 0,84 e 0,96, e para a amostra total os índices ficaram entre 0,83 e 0,96. A EAS-40 tem se mostrado um instrumento com boa consistência para diferentes amostras brasileiras. No estudo inicial com pacientes ambulatoriais e de saúde mental, os coeficientes alpha variaram entre 0,73 a 0,88 (Laloni, 2001) e com estudantes universitários entre 0,80 e 0,93 (Yoshida & Silva, 2007). Este instrumento, tem de fato evidenciado muito boas propriedades psicométricas, sendo muito útil para a identificação de sintomas psicopatológicos em população com pouca escolaridade. Contribuem para isto, a simplicidade dos itens e o fato das respostas serem dadas em escala Likert de três pontos.

Com relação à média e o desvio padrão do CRQ e teste t, descritos na Tabela 2 por dimensão têm-se para o GC, para D (M=4,55, DP=0,76), RO (M=4,31, DP=0,74), e RE (M=4,20, DP=0,50). E para o GNC para D (M=4,93, DP=0,63), RO (M=4,19, DP=0,87), RE (M=4,47, DP=0,70). Os valores de teste t 1,98 (D), 0,49 (RO) e 1,58 (RE) demonstram que não houve diferença significativa entre os escores para CRQ. Em relação a as médias e desvio padrão do estudo original, norte-americano, as médias das sub-escalas: de D variam entre M=2,01 a 6,21 e DP=0,99 a 1,66; de RO variam M=2,34 a 5,30 e DP= 1,21 a 1,62; e RE entre: M=2,50 a 5,27 e DP=1,08 a 1,53. Já o estudo sueco apresentou os índices encontrados foram: para D (M=2,22 a 6,17; DP=0,91 a 1,92); RO (M=2,21 a 5,58; DP=0,76 a 1,97); e RE (M=2,83 a 5,39; DP=0,92 a 1,74). Não houve grande diferença entre as médias dos estudos internacionais com o

brasileiro, exceto no que tange os valores de desvio padrão, no estudo brasileiro, indicam valores mais próximos da média dos escores, menores variações; e uma amostra mais homogênea.

Com relação aos sintomas psicológicos as participantes do GC, apresentaram altos índices dos sintomas avaliados pela EAS-40. Quanto ao escore total (M=0,98, DP=0,41), F1: psicoticismo (M=0,95, DP=0,44); F2: obsessividade-compulsividade (M=1,12, DP=0,44); F3: somatização (M=0,97, DP=0,52) e F4: ansiedade (M=0,88, DP=0,51). Enquanto no GNC, apresentou escore total (M=0,47, DP=0,41); F1 (M=0,48, DP=0,44); F2 (M=0,50, DP=0,42); F3 (M=0,45, DP=0,44); F4 (M=0,45, DP=0,46). Com análise de teste *t* os índices encontrados foram: para escore total [$t=4,541, p=0,001$]; para F1 [$t=3,871, p=0,001$]; para F2 [$t=5,226, p=0,001$]; para F3 [$t=4,018, p=0,001$]; para F4 [$t=3,215, p=0,002$]; índices que demonstram validade discriminante do instrumento com diferenças significativas entre os grupos em relação a severidade dos sintomas psicológicos. Apesar das diferenças significantes entre os escores médios do GC e do GNC, é preciso observar que as participantes do GC só tiveram escore médio acima do ponto de corte para a população clínica em relação aos sintomas “obsessividade-compulsividade, de acordo com estudo de Yoshida (2008). De acordo com aquele estudo o ponto de corte para as quatro dimensões da EAS-40, corresponde ao escore 1. Ou seja, as participantes do GC não apresentam níveis de severidade psicopatológica equivalente a população clínica nas três outras dimensões (psicoticismo, ansiedade e somatização). Mas apresentam pensamentos repetitivos, seguidos de desconforto nas relações interpessoais, associados à dimensão F2.

Esses dados podem sugerir que o padrão central de relacionamento torne mais difícil a essas mulheres romperem com esses relacionamentos. É a manutenção de padrões relacionais com sentimentos e defesas que se repetem que dificultam o

discernimento da situação atual (Yoshida & Rocha, 2007). Assim, a continuidade deste padrão e sua sintomatologia podem estar associadas ao não rompimento e a manutenção do vínculo conjugal mesmo após episódios de violência e principalmente ao silêncio frente à agressão (Jacobucci, 2004). A manutenção deste padrão de relacionamento pode resultar segundo a OMS em um impacto cumulativo dos múltiplos episódios de violência, comprometendo sua participação no mundo, o que pode estar associado nessa amostra com os altos índices de sintomas de psicoticismo (F2).

No estudo da validade convergente encontrou-se correlação significativa diferente da hipótese inicial, entre RO e o escore total da EAS-40 ($p < 0,05$); RO e F1 e F2 ($p < 0,01$); RE e escore total da EAS-40 ($p < 0,05$); e RE e F1 e F2 ($p < 0,01$). Esses dados demonstram que a intensidade do conflito expresso por meio das ROs guarda associação positiva com o escore total da EAS-40, os sintomas de psicoticismo (F1) e obsessividade-compulsividade (F2). E o mesmo pode ser dito em relação à dimensão RE. Dito de outra forma, há uma relação positiva entre as expectativas em relação às respostas do outro (RO) e em relação às respostas do eu (RE) e as características que compõem a dimensão psicoticismo (isolamento, retraimento social, oscilação entre psicose e depressão), assim como a dimensão obsessividade-compulsividade (pensamentos e ações repetitivas e desconforto em relações interpessoais).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este primeiro estudo do CRQ com mulheres vítimas de violência sugere que o instrumento detém propriedades psicométricas satisfatórias, ainda que pequenos ajustes venham a ser necessários em relação a alguns itens, como acima especificado. Pesquisas futuras, envolvendo o CRQ e a avaliações de outras variáveis que permitam conhecer por exemplo, o estilo de vínculo, a forma de expressão do afeto e a resposta a processos psicoterapêuticos desta população devem vir a ser realizadas.

REFERÊNCIAS

Barber, J. P., Crist-Christoph, P. (1993). Advances in measures of psychodynamic formulation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), pp. 574-585.

Barber, J. P., Foltz, C., & Weinryb, R. M. (1998). The central relationship questionnaire: initial report. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 131-142.

Blay, E. A. (2003). Violência contra mulher em políticas públicas. *Estudos Avançados*, 17(9), 87-98.

Bond, S.B., & Bond, M. (2004). Attachment styles and violence within couples. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 857-863.

Botino, S.M.B. (2000). Estudo de Sistematização do Diagnóstico em psicoterapia através do CCRT: Tema Central de conflito nos relacionamentos. *Dissertação de Mestrado não publicada da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. São Paulo.

Dobash, R. E., & Dobash, R. P. (1977). Wives: The appropriate victims of marital violence. *Victimology*, 2, 426-442.

El-Sheikh, M., Cummings, E.M., Kouros, C., Elmore-Station, L., & Buckhalt, J. (2008). Marital Psychological and Physical Aggression and Children's Mental and Physical Health: Direct, Mediated, and Moderated Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 138-148.

Jacobucci, P. G. (2004). Estudo psicossocial de mulheres vítimas de violência doméstica, que mantem o vínculo conjugal após terem sofrido as agressões. *Dissertação de Mestrado não publicada da Universidade de Campinas*. Campinas.

Laloni, D.T. (2001). Escala de Avaliação de Sintomas-90-R SCL-90-R: Adaptação, precisão e validade. *Tese de Doutorado não publicada da Pontifícia Universidade Católica de Campinas*. Campinas. Disponível em: http://www.puc-campinas.edu.br/pos/teses_dissertacoes.aspx?id=1

Luborsky, L. (1998a). A guide to the CCRT method. In: Luborsky & P. Christ-Christoph (Eds.) *Understanding Transference : the core conflictual relationship theme method*. (pp. 15-42) New York : Basic Book.

Luborsky, L. (1998b). A guide to the CCRT Standard Categories and their classification. In: Luborsky & P. Christ-Christoph (Eds.) *Understanding Transference : the core conflictual relationship theme method*. (pp.43-54). New York : Basic Book.

Luborsky, L. (1998c). The early of the idea for the core conflictual relationship theme method. In: Luborsky & P. Christ-Christoph (Eds.) *Understanding Transference : the core conflictual relationship theme method*. (pp. 3-14). New York: Basic Book.

Luborsky, L. (1998d). The everyday clinical uses of the CCRT. In: Luborsky & P. Christ-Christoph (Eds.) *Understanding Transference : the core conflictual relationship theme method* (pp.235-250). New York : Basic Book.

Luborsky, L., & Friedman, S. (1998). Illustration of the CCRT Scoring Guide. In: Luborsky & P. Christ-Christoph (Eds.) *Understanding Transference : the core conflictual relationship theme method* (pp.235-250). New York : Basic Book.

Luborsky, L., Barber, J.P., & Diguier, L. (1992). The meanings of narratives told during psychotherapy: the fruits of a new unit. *Psychotherapy Research*, 2(4), 77-290.

Luborsky, L. Cooper, A., & Crist-Christoph, P. (1988). The accuracy of therapist's interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 490-495.

Luborsky, L. Popp, C. Luborsky, E., & Mark, D. (1994). The core onflictua relationship theme. *Psychotherapy Research*, 4(3&4), 172-183.

Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. & Auerach, A. (1988). Who will benefit from psychotherapy?. New York : Basic Book.

Weinryb, R.M., Barber, J.P., Foltz, C., Göransson, S.G.M., & Gustavsson, J.P. (2000). The central relationship questionnaire (CRQ): psychometric properties in a swedish sample and cross-cultural studies. *Journal of Psychithery Practice and Research*, 9(4), 201-212.

McCarthy, K.S., Gibbons, M.B.C., Barber, J. P. (2008). The relation of rigidity across relationships with symptoms and functioning: an investigation with the revised central relationship questionnaire. *Journal of Counseling Psychology*, 55(3), 346–358.

Mynaio, M. C. S., & SOUZA, E. R. (1999). É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1) 7-32.

Padovani, R.C., & Williams, L. C. A. (2002). Intervenção psicoterapêutica com agressor conjugal: um estudo de caso. *Psicologia em Estudo*, 7(2), 13-17.

Pence, E., & Paymar, M. (2006). *Education groups for men who batter*. New York: Springer.

Rocha, G.M.A. (2004). O método do tema central do relacionamento conflituoso – CCRT. In: Elisa Medici Pizão Yoshida & Maria Leonor Espinosa Enéas (Orgs.) *Psicoterapias Psicodinâmicas Breves: propostas atuais* (pp.69-91). Campinas: Alínea Editora.

Sanches, F.M., Risso, G., Massei, A.C., Silva, F.R.C.S., Santos, A., Rocha, G. M.A., Carvalho, L., Yoshida, E.M.P. (2008). The central relationship questionnaire (CRQ): reliability and validity of a brazilian portuguese version. 39th International Meeting: Book of Abstracts. Disponível em: <http://www.psychotherapyresearch.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=136>

Schraiber, L.B., D'Oliveira, A.F., & Couto, M.T. (2006). Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública*, 40, 112-120.

Schraiber, L.B., D'oliveira, A.F.P.L., Falcão, M.T.C., & Figueiredo, W.S. (2005). *Violência dói e não PE direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora Unesp.

Schraiber, L.B., D'Oliveira, A.F.P.L., França-Júnior, I., Diniz, S., Ludemir, A.B., Valença, O., & Couto, M.T. (2007). Violência contra mulher. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 359-367.

Third milestones of a global campaign for violence prevention report 2007 : scalinh up (2007). Genebra. Disponível no site: <http://www.who.int/en/>

World Report on Violence and a health: summary (2002). *World Health Organization*. Genebra. Disponível no site: <http://www.who.int/en/>

World Report on Violence and a health (2002). *World Health Organization*. Genebra. Disponível no site: <http://www.who.int/en/>

Yoshida, E. M. P.; Rocha, G. M. A.(2004). Avaliação em Psicoterapia Psicodinâmica. In: João Carlos Alchieri. (Org.), *Avaliação Psicológica: perspectivas e contextos* (pp. 237-288). São Paulo: Vetor.

Yoshida, E.M.P., & Silva, F.R.C.S. (2007). Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40) validade e precisão para amostra não clínica. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 89-99, 2007.

Yoshida (2008). Significância clínica de mudança em processo de psicoterapia dinâmica breve. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*. Manuscrito.

ANEXO A

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa, a qual você está sendo solicitado a participar, tem como objetivo estudar um questionário sobre relacionamentos amorosos em mulheres vítimas de violência na Instituição S.O.S. Mulher e Família.

Esta pesquisa faz parte do mestrado de Fernanda Robert de Carvalho Santos Silva sob a responsabilidade da Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, professora da PUC-Campinas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da PUC-Campinas.

Nesta pesquisa você responderá a dois testes: CRQ, e EAS-40, sendo que dois sobre relacionamentos e o outro sintomas psicológicos.

Todos os dados que você fornecer serão tratados com a máxima confidencialidade pela pesquisadora, em nenhum momento seu nome será vinculado as suas respostas. Todos os dados serão apresentados em termos de grupos. Se você tiver interesse, poderá solicitar a pesquisadora que seja marcado um horário para conversar sobre os resultados de seus testes.

Saiba que a sua participação nessa pesquisa é totalmente voluntária e que você é totalmente livre para abandoná-la, a qualquer momento sem nenhuma penalidade por isto. Além disso, ela é independente do acompanhamento que você está realizando e você poderá solicitar que se retire dela qualquer contribuição que você já tenha, eventualmente, prestado.

Saiba que uma cópia desse Termo de Consentimento ficará com você.

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

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos: (019) 3343-6777

Fernanda Robert de Carvalho Santos Silva: (19) 8181-4841

ANEXO E

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Iniciais: _____

Idade: _____

Estado Civil:

Solteira ()

Casada/Amasiada ()

Divorciada/Separada ()

Viúva ()

Outro: _____

Escolaridade:

Analfabeta ()

Ensino fundamental completo ()

Ensino fundamental incompleto ()

Ensino médio completo ()

Ensino médio incompleto ()

Superior Completo ()

Superior Incompleto ()

Religião: Sim () _____ Não () _____

Trabalha: Sim () _____ Não () _____

Tipo de Violência:

Física ()

Psicológica ()

Sexual ()

Saúde ()

Não ocorre ()

Doença Física:

Sim ()

Qual? _____

Não ()

Data: ____ / ____ / ____

Para Uso do Pesquisador:

Instituição: _____

