

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

**EFICÁCIA DE PROCEDIMENTOS PARA MAXIMIZAR
SENSO DE BEM-ESTAR E COMPETÊNCIA PARENTAL
A MULHERES VITIMIZADAS**

Discente: Paolla Magioni Santini

Orientadora: Dra. Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams

São Carlos – SP

Março de 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

**EFICÁCIA DE PROCEDIMENTOS PARA MAXIMIZAR
SENSO DE BEM-ESTAR E COMPETÊNCIA PARENTAL
A MULHERES VITIMIZADAS**

Discente: Paolla Magioni Santini

Orientadora: Dra. Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Psicologia com ênfase em Comportamento e Cognição.

Apoio: FAPESP

São Carlos – SP

Março de 2011

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S235ep

Santini, Paolla Magioni.

Eficácia de procedimentos para maximizar senso de bem-estar e competência parental a mulheres vitimizadas / Paolla Magioni Santini. -- São Carlos : UFSCar, 2011.

122 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2011.

1. Psicologia. 2. Violência doméstica. 3. Estilos parentais. 4. Programa de intervenção. 5. Prevenção de problemas de comportamento. 6. Terapia cognitivo-comportamental. I. Título.

CDD: 150 (20^a)



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
COMISSÃO JULGADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
Paolla Magioni Santini
São Carlos, 15/03/2011

Prof.ª Dr.ª Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams (Orientadora e Presidente)
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Prof.ª Dr.ª Alessandra Turini Bolsoni-Silva
Universidade Estadual Paulista 'Júlio de Mesquita Filho'/UNESP

Prof.ª Dr.ª Rachel de Faria Brino
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública
realizada às 09h no dia 15/03/2011.

Comissão Julgadora:
Prof.ª Dr.ª Lúcia Cavalcanti de A. Williams
Prof.ª Dr.ª Alessandra Turini Bolsoni-Silva
Prof.ª Dr.ª Rachel de Faria Brino

Homologada pela CPG-PPGpsi na
_____ª Reunião no dia ____/____/____

Prof.ª Dr.ª Azair Liane Matos do Canto de Souzaª
Coordenadora do PPGpsi

Dedico esse trabalho a todos que contribuíram para sua realização

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me guiado por caminhos os quais me trouxeram até aqui, tendo alcançado uma etapa importante em minha vida.

Agradeço à minha orientadora Dra. Lucia Williams por seu apoio e atenção sempre presentes, pelos conselhos e pela excelência profissional a qual admiro.

Agradeço aos meus avós Luiz e Holanda, pelo modelo de simplicidade e humildade, além dos ensinamentos sobre como é bom sentir saudades (em memória de Dinorath e Rubens); agradeço aos meus pais, Carlos e Rúbia, pelo amor e incentivo em todos os aspectos de minha vida; bem como o carinho e suporte dos meus irmãos, Júnior e Pri, demonstrando que o mais importante é a nossa união.

Agradeço a todos meus amigos do curso de Psicologia da UFSCar, especialmente aos queridos: Ani, Dani, Dé, Ligia, Pops, Helô, Laurinha, Isa, Jussa e Olavo, que apesar da distância e correria do dia-a-dia depois de formados, continuamos a preservar nossa incrível amizade.

Às minhas amigas da Pós-Graduação em Psicologia da UFSCar, também muito especiais: Carol e Alice, parceiras em momentos importantes ao longo do mestrado.

À equipe do LAPREV que contribuiu muito para a minha formação profissional e pessoal, as queridas Gabi, Sá, Ana, Thaís, Paloma, bem como o apoio técnico/atencioso de Amanda e Suely.

À Jovi, Karyne e Rachel pela disponibilidade e atenção especiais sempre quando solicitei ajuda.

Agradeço aos professores da Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da UFSCar pela excelência profissional e preocupação extraordinária com a formação de seus alunos.

Às professoras Dra. Alessandra Turini Bolsoni-Silva e Dra. Rachel de Faria Brino, pelo cuidado com que leram esse trabalho e pelos conselhos, sugestões e questionamentos pertinentes, bem como às professoras Dra. Lisa Barham e Dra. Adriana Aguiar pelo apoio e incentivo.

Agradeço à FAPESP pelo apoio financeiro e pelas instituições de São Carlos por ter aberto as portas gentilmente para que esse estudo fosse realizado.

Por fim, agradeço às mães que aceitaram dividir comigo suas histórias de vida e dificuldades.

*“Aquele que entre vós for o menor de todos,
esse é que é o grande”*

(Lucas, 9-48)

SUMÁRIO

| | |
|---|-------------|
| Índice de tabelas..... | viii |
| Índice de figuras..... | ix |
| Resumo..... | xii |
| Abstract..... | xiii |
| Introdução..... | 1 |
| Violência contra a mulher..... | 4 |
| Violência contra a criança..... | 6 |
| Intervenção com pais..... | 8 |
| O Projeto Parceria..... | 11 |
| Objetivo..... | 13 |
| Método..... | 13 |
| Participantes..... | 13 |
| Material..... | 14 |
| Procedimento de coleta de dados..... | 15 |
| Procedimento de intervenção..... | 17 |
| Delineamento..... | 18 |
| Análise dos dados..... | 19 |
| Resultados..... | 21 |
| Caracterização das participantes..... | 21 |
| Análises dos instrumentos BDI, CAP e IEP..... | 27 |
| Análise baseada no Método JT..... | 30 |
| Análise dos Registros Diários..... | 32 |
| Avaliação do Módulo 1..... | 39 |
| Avaliação do Módulo 2..... | 40 |
| Discussão..... | 41 |
| Considerações finais..... | 47 |
| Referências..... | 50 |
| Anexos..... | 54 |

| | |
|---|----|
| Anexo 1: Entrevista inicial com mães vítimas de violência doméstica..... | 55 |
| Anexo 2: Registro diário de bem-estar e senso de competência parental..... | 63 |
| Anexo 3: Avaliação do programa pelas participantes..... | 65 |
| Anexo 4: Diagrama do procedimento..... | 67 |
| Anexo 5: Parecer do Comitê de ética em pesquisa com seres humanos da UFSCar..... | 69 |
| Anexo 6: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 71 |
| Anexo 7: Roteiro para sistematização dos dados da Entrevista Inicial com Mães Vítimas de Violência Doméstica..... | 73 |
| Anexo 8: Gráfico do Método JT utilizado para a interpretação dos resultados..... | 76 |
| Anexo 9: Análise Estatística realizada pelo Teste de Wilcoxon..... | 78 |
| Anexo 10: Gráficos referentes à análise realizada pelo Método JT..... | 86 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA 1: Informações gerais sobre as participantes..... | 21 |
| TABELA 2: Contexto de violência vivido pelas participantes..... | 22 |
| TABELA 3: Razões para permanecer/que permanecia com o parceiro agressor..... | 23 |
| TABELA 4: Auto-imagem descrita pelas participantes..... | 24 |
| TABELA 5: Condições de saúde das participantes..... | 25 |
| TABELA 6: Relacionamento com os filhos..... | 25 |
| TABELA 7: Descrição da infância e relacionamento familiar..... | 26 |
| TABELA 8: Escores do instrumento BDI nos momentos pré-teste, pós-teste e follow up..... | 27 |
| TABELA 9: Escores do instrumento CAP nos momentos pré-teste, pós-teste e follow up..... | 28 |
| TABELA 10: Escores do instrumento IEP nos momentos pré-teste, pós-teste e follow up..... | 29 |
| TABELA 11: Resumo dos principais achados da análise baseada no Método JT..... | 31 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| FIGURA 1: Áreas representativas de significância clínica e mudança confiável..... | 77 |
| FIGURA 2: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento BDI comparando pré/pós-teste..... | 87 |
| FIGURA 3: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento BDI comparando pré/pós-teste..... | 88 |
| FIGURA 4: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento BDI comparando pós-teste/follow up..... | 89 |
| FIGURA 5: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento BDI comparando pós-teste/follow up..... | 90 |
| FIGURA 6: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento CAP comparando pré/pós-teste..... | 91 |
| FIGURA 7: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento CAP comparando pré/pós-teste..... | 92 |
| FIGURA 8: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento CAP comparando pós-teste/follow up..... | 93 |
| FIGURA 9: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento CAP comparando pós-teste/follow up..... | 94 |
| FIGURA 10: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – categoria Monitoria Positiva comparando pré/pós-teste..... | 95 |
| FIGURA 11: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento IEP – categoria Monitoria Positiva comparando pré/pós-teste..... | 96 |
| FIGURA 12: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – Monitoria Positiva comparando pós-teste/follow up..... | 97 |
| FIGURA 13: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento IEP – Monitoria Positiva comparando pós-teste/follow up..... | 98 |
| FIGURA 14: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – categoria Comportamento Moral comparando pré/pós-teste..... | 99 |
| FIGURA 15: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento IEP – categoria Comportamento Moral comparando pré/pós-teste..... | 100 |

| | |
|--|-----|
| FIGURA 16: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – categoria Comportamento Moral comparando pós-teste/follow up..... | 101 |
| FIGURA 17: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento IEP – categoria Comportamento Moral comparando pós-teste/follow up..... | 102 |
| FIGURA 18: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – categoria Punição Inconsistente comparando pré/pós-teste..... | 103 |
| FIGURA 19: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento IEP – categoria Punição Inconsistente comparando pré/pós-teste..... | 104 |
| FIGURA 20: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – categoria Punição Inconsistente comparando pós-teste/follow up..... | 105 |
| FIGURA 21: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento IEP – categoria Punição Inconsistente comparando pós-teste/follow up..... | 106 |
| FIGURA 22: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – categoria Negligência comparando pré/pós-teste..... | 107 |
| FIGURA 23: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Negligência comparando pré/pós-teste..... | 108 |
| FIGURA 24: Significância clínica e mudança confiável por participantes no instrumento IEP – categoria Negligência comparando pós-teste/follow up..... | 109 |
| FIGURA 25: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Negligência comparando pós-teste/follow up..... | 110 |
| FIGURA 26: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – categoria Disciplina Relaxada comparando pré/pós-teste..... | 111 |
| FIGURA 27: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Disciplina Relaxada comparando pré/pós-teste..... | 112 |
| FIGURA 28: Significância clínica e mudança confiável por participantes no instrumento IEP – categoria Disciplina Relaxada comparando pós-teste/follow up..... | 113 |
| FIGURA 29: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Disciplina Relaxada comparando pós-teste/follow up..... | 114 |

| | |
|--|-----|
| FIGURA 30: Significância clínica e mudança confiável por participantes no instrumento IEP – categoria Monitoria Negativa comparando pré/pós-teste..... | 115 |
| FIGURA 31: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Monitoria Negativa comparando pré/pós-teste..... | 116 |
| FIGURA 32: Significância clínica e mudança confiável por participantes no instrumento IEP – categoria Monitoria Negativa comparando pós-teste/follow up..... | 117 |
| FIGURA 33: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Monitoria Negativa comparando pós-teste/follow up..... | 118 |
| FIGURA 34: Significância clínica e mudança confiável por participantes no instrumento IEP – categoria Abuso Físico comparando pré/pós-teste..... | 119 |
| FIGURA 35: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Abuso Físico comparando pré/pós-teste..... | 120 |
| FIGURA 36: Significância clínica e mudança confiável por participantes no instrumento IEP – categoria Abuso Físico comparando pós-teste/follow up..... | 121 |
| FIGURA 37: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Abuso Físico comparando pós-teste/follow up..... | 122 |
| FIGURA 38: Registros diários de P1, P2 e P3..... | 32 |
| FIGURA 39: Registros diários de P4, P5 e P6..... | 34 |
| FIGURA 40: Registros diários de P7, P8 e P9..... | 36 |
| FIGURA 41: Registros diários apresentados por Grupo..... | 38 |

RESUMO

Santini, P. M. (2011). **Eficácia de Procedimentos para Maximizar Senso de Bem-estar e Competência Parental a Mulheres Vitimizadas**. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal de São Carlos.

Vários estudos ilustraram que estilos parentais problemáticos são desenvolvidos pelo aprendizado do comportamento modelado pelos pais, e os que tiveram um histórico de agressão na infância tendem a continuar sofrendo dificuldades sociais, comportamentais e de saúde, assim como seus filhos. Assim, intervenções com os pais no sentido de orientá-los a educar seus filhos de maneira adequada seria uma estratégia a se tomar frente a essa problemática. O Projeto Parceria mescla componentes Psicoterapêuticos (Módulo 1) e Educacionais (Módulo 2) a mães com histórico de violência conjugal com o intuito de prevenir problemas de comportamento em seus filhos. O objetivo do presente estudo consistiu em comparar a eficácia de três procedimentos de intervenção, em termos das variáveis *Bem-estar* e *Senso de Competência Parental*: a) Módulo Psicoterapêutico seguido de Módulo Educacional; b) Módulo Educacional seguido de Módulo Psicoterapêutico; e c) Módulo Psicoterapêutico e Educacional apresentados simultaneamente. Participaram do estudo 9 mães com histórico de violência cujos filhos tinham idade entre 4 a 12 anos. Para a intervenção, foram utilizadas as Cartilhas do Projeto Parceria. Para a coleta de dados, a *Entrevista com Mulheres Vítimas de Violência Doméstica*, na primeira sessão; os instrumentos: *Inventário Beck de Depressão (Beck Depression Inventory – BDI)*, *Inventário de Potencial de Abuso Infantil (Child Abuse Potential Inventory – CAP)* e o *Inventário de Estilos Parentais (IEP)*, aplicados nos momentos pré-teste, pós-teste e follow up; a *Ficha de Registro Diário de Bem-estar e Senso de Competência Parental*, coletada semanalmente; e a *Avaliação do Programa pelas participantes*, no último encontro. O presente estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da UFSCar. Seleccionadas as participantes, foi aplicada a *Entrevista* a fim de formar três grupos de maneira homogênea, cada um contemplando um tipo de procedimento. Em seqüência, foram realizadas as fases de coleta de dados e intervenção, cujas sessões eram conduzidas individualmente. No total, o estudo envolveu 20 encontros realizados na Universidade. Utilizou-se como Delineamento da Pesquisa o Ensaio Clínico Não-randomizado Intragrupos de Séries Temporais. Os dados dos Inventários foram analisados por meio do *Método JT*, o qual avalia Significância Clínica e Mudança Positiva Confiável dos escores. Adicionalmente, os dados dos *Registros Diários* foram analisados por meio de gráficos de frequência e as *Avaliações das Participantes* pela Análise de Conteúdo. Os resultados apontaram índices mais positivos na maioria dos escores quando comparados os momentos pré-teste, pós-teste e follow up, sendo que o grupo com abordagem simultânea dos módulos concentrou melhores resultados. As avaliações de todas as participantes sobre ambos os módulos foram relatadas positivamente. O presente estudo alcançou o pretendido: comparou a eficácia de procedimentos de intervenção com mulheres vitimizadas, tendo indicado aquele que mescla ambos os módulos simultaneamente como sendo o mais eficaz. Além disso, foi observada total adesão das participantes, dado dificilmente encontrado em intervenções com mulheres desse perfil. Limitações desse estudo envolvem o controle da variável *gravidade da violência* sofrida pelas participantes, bem como a inclusão de outros informantes em medidas de coleta de dados. Conclui-se que o Projeto Parceria incorpore tal procedimento e seja replicado em outras instituições de apoio a mulheres vitimizadas, facilitando sua adoção como Política Pública.

Palavras-chave: violência doméstica; estilos parentais; avaliação de intervenção com mães.

ABSTRACT

Santini, P. M. (2011). **Effectiveness of Procedures to Maximize Sense of Well-Being and Parental Competence to victimizes women.** Thesis: Federal University of São Carlos.

Studies have shown that inappropriate parenting styles are developed by learning parental behaviors modeled by their own parents. Furthermore, parents with a history of childhood aggression tend to continue struggling with social, behavioral and health problems, as well as their children. Thus, interventions are necessary so that parents can learn positive ways to set limits, preventing child behavior problems. The *Projeto Parceria* (Project Partnership) is a Brazilian parenting program which mixes Psychotherapeutic (Unit 1) and Educational (Unit 2) components to mothers with a history of domestic violence to prevent behavior problems in children. The objective of this study was to compare the efficacy of three different intervention procedures in terms of mothers' well-being and sense of parental competence: a) Unit 1 followed by Unit 2, b) Unit 2 followed by Unit 1, and c) Unit 1 and 2 done simultaneously. Nine mothers with history of violence participated of the study and their 4-12 year old children. The intervention was based on both *Projeto Parceria* manuals. Instruments of data collection involved: *Interview With Women Victims of Domestic Violence*, at the first session; the instruments *Beck Depression Inventory (BDI)*; *Child Abuse Potential Inventory (CAP)* and *Parenting Styles Inventory (Inventário de Estilos Parentais)* applied at the pre-test, post-test and follow up phases; a *Daily-Record of Wellbeing and Parental Competence Sense*, collected weekly, and *Evaluation by the participants*, at the last session. The project was approved by the University's Research Ethics Committee, and the initial screening of participants took place. The *Interview* was conducted to compose three groups evenly, each comprising one type of procedure. Subsequently, data collection and intervention took place, in which the sessions were conducted individually. The study was conducted at the University and lasted 20 sessions. It was utilized a non-randomized clinical trial with intra-group comparisons over time as Research Design. The data from inventories were analyzed by the JT Method, which evaluates the Clinical Significance and Reliable Positive Changes of instruments scores. Furthermore, data from *Daily Records* were analyzed using frequency charts and the *Evaluation of Participants* by Content Analysis. Results showed more positive indicators throughout the groups' scores, when compared pre-test, post-test and follow up phases, and the group which comprised Unit 1 and Unit 2 simultaneously showed best results. All participants evaluated the Project in a positive way. The present study has achieved its objective, which was to compare the efficacy of three different types of intervention procedures to mothers with history of domestic violence, and it has indicated the one which mixes both procedures simultaneously as the most effective. Participants' adherence to the program was excellent (100%), which is rarely found in women with such profile. Limitations were found in the study that could be involved controlling the variable *severity of violence* experienced by participants, as well as the inclusion of other informants in data collection measures. In conclusion, it is suggested that *Projeto Parceria* incorporates the referred procedure and it should be replicated at other institutions that support women who are victims of violence to maximize its adoption as Public Policy.

Key-words: domestic violence; parenting styles; assessment of intervention with mothers.

O tema do presente estudo é a violência que ocorre no ambiente familiar, especialmente aquela praticada contra a mulher por seu parceiro, bem como a associação desse fenômeno com a violência praticada contra a criança e conseqüentes problemas de comportamento ao longo do desenvolvimento até a vida adulta. A presente pesquisa avalia a eficácia de procedimentos de intervenção a mães vítimas de tal violência no sentido de definir um modelo adequado no qual se possa prevenir problemas de comportamento a seus filhos.

Apesar de avanços importantes em áreas do conhecimento como a Psicologia e a Medicina, assim como em projetos de leis e debates atuais sobre estratégias de proteção à população infantil, ainda se constata uma situação mundial de abuso e negligência dos direitos das crianças. Dessa maneira, faz-se necessário maiores investigações acerca do tema das práticas educativas positivas e sua possível relação com o contexto de violência no qual elas ocorrem, principalmente porque tais práticas tendem a perdurar ao longo de gerações sucessivas.

A teoria de aprendizagem social postula que comportamentos e crenças são transmitidos de geração para geração por meio da aprendizagem que ocorre como resultado direto das experiências, bem como das observações dos outros (Bandura, 1977). Assim, as pessoas são mais suscetíveis a se comportar de maneiras que foram reforçadas diretamente ou que observaram ter sido reforçadas em outras pessoas. Esse tipo de aprendizagem ocorre como resultado de um processo de condicionamento operante e respondente, bem como de processos cognitivos (Bandura, 1977).

Desse modo, aprender com os outros é especialmente importante para o comportamento humano e a cultura oferece muitos exemplos de seleção social nesse contexto, como certos modos de criar filhos, de obter e preparar alimentos, de construir abrigos e de lidar com membros do grupo e com estranhos. Tais práticas sobrevivem ao longo de sucessivas gerações e pode-se dizer que são selecionadas à medida que passam de um indivíduo para o outro (Skinner, 1981).

Pode-se considerar tal processo como sendo padrões auto-replicativos, também denominado de *intergeracionalidade*. A transmissão de padrões comportamentais entre gerações familiares se manifesta ao longo do tempo, de maneira que as crianças, em sua vida adulta, tendem a reproduzir em seus próprios filhos o padrão comportamental ao qual foram expostos (Weber, Selig, Bernardi & Salvador, 2006).

Acerca da forma de interação entre pais e filhos, Bolsoni-Silva, Del Prette e Oishi (2003) identificaram as habilidades sociais educativas dos pais como condição importante para um desenvolvimento adequado de tal repertório de seus filhos. Quando

os pais apresentavam um melhor repertório dessas habilidades, os filhos exibiam maior frequência dos comportamentos adequados; por outro lado, quando os pais apresentaram um repertório pobre, os filhos também apresentaram déficits interpessoais e comportamentos desadaptativos (Bolsoni-Silva, Del Prette & Oishi, 2003).

Um fator de risco significativo para o desenvolvimento de comportamentos desadaptativos está relacionado à exposição a modelos agressivos, que são reforçados, tanto positiva quanto negativamente, durante experiências sociais iniciais. Tal condição pode acarretar no desenvolvimento de problemas no processamento de informação social e levar a dificuldades permanentes nas interações sociais das crianças (Dodge, Bates & Pettit, 1990). Considerando esse contexto, a longo prazo pode ser possível observar o surgimento de interações coercitivas na família (Patterson, 1986; Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989) e o escalonamento dessas relações conturbadas para uma transmissão intergeracional dos ciclos de coerção (Dodge, Bates & Pettit, 1990; Libby, Orton, Beals, Buchwald & Manson, 2008).

Seguindo a mesma linha, Serbin e Karp (2003) realizaram uma revisão sobre estudos intergeracionais de parentagem e o risco de transferência de práticas educativas dos pais para seus filhos. Os resultados de tal estudo sugeriram que estilos parentais problemáticos são desenvolvidos, em parte, por meio do aprendizado do comportamento modelado por seus próprios pais. Além disso, os autores concluíram que particularmente os pais que tiveram um histórico de agressão na infância, tendem a continuar sofrendo dificuldades sociais, comportamentais e de saúde; assim como seus filhos. Por outro lado, Serbin e Karp (2003) verificaram que o envolvimento dos pais no dia a dia das crianças, a estimulação cognitiva, seu acolhimento e apoio durante a educação dos filhos são pontos importantes para evitar tais males citados anteriormente. Corroborando tal pesquisa, cabe citar, também, Oliveira et al. (2002), cujo estudo indica uma correlação positiva entre o estilo parental de avós e mães, ou seja, as filhas educadas por mães autoritárias apresentaram tendência a adotar esse mesmo estilo parental com seus próprios filhos.

Uma maneira de tentar explicar como esse ciclo de coerção ocorre é a partir do modelo descrito por Patterson (1982). Segundo ele, os pais se utilizam de estratégias parentais familiares que podem envolver técnicas coercivas e violentas de disciplinas com a finalidade de controlar o comportamento de seus filhos. Quando o comportamento alvo inicialmente cessa, o comportamento coercivo dos pais é reforçado. Para expandir esse modelo comportamental, outros autores propuseram modelos que incluem a cognição e avaliação dos pais como uma variável que faz a

mediação da relação entre os problemas de comportamento dos filhos e o uso de estratégias parentais coercitivas (Dadds, Mullins, McAllister & Atkinson, 2002; Milner, 2003). Quando a criança falha em responder às expectativas irreais dos pais, eles podem interpretar negativamente esses comportamentos dos filhos, interpretações essas baseadas em esquemas pré-existentes formulados por experiências prévias e presentes, bem como estressores externos. Tudo isso faz com que os pais reajam de maneira agressiva e se utilizem da punição como forma de criação dos filhos (Bandura, 1977).

Sendo assim, é importante levar em consideração o tipo de modelo que os pais, inseridos em um contexto de violência, podem estar desempenhando para os filhos. O pai violento, geralmente, seria um modelo de comportamento agressivo para os meninos e a mãe um modelo de passividade para as meninas (Cecconello, De Antoni & Koller, 2003). Por outro lado, a mãe também pode desempenhar um modelo de agressividade. A Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA, 1999) publicou dados relativos a 1169 casos de violência praticada contra crianças e adolescentes, destacando que a violência física atingia o índice de 65%; o agressor era freqüentemente um parente (93,5%), em geral a mãe (52%).

Este dado, de que a mãe é a principal autora de atos agressivos contra os filhos, também foi encontrado no relatório nacional sobre bem-estar da criança, dos EUA (USDHHS, 2008) e em um estudo transversal realizado por Weber, Viezzer, Brandenburg e Zocche (2002). Nesse último, além de a mãe ser a principal autora dos casos de violência física, também apresentava altos índices de negligência, sendo que o pai ficou em segundo lugar em ambas as instâncias. O maior tempo de permanência da mãe junto ao filho, aliado a sua maior responsabilidade, culturalmente atribuída no processo educativo, parecem variáveis relacionadas a tal comportamento das mães em relação aos filhos (Ribeiro, Eckert, de Souza & da Silva, 2007).

Estudos de Santos e Williams (2008) também sugerem que tal fato ocorre porque muitas mulheres estão no comando de lares monoparentais, com menor renda em comparação a lares chefiados por homens e, portanto, estão expostas a um maior nível de estresse. Além disso, a rede de apoio pode ser precária, sendo possível a existência de histórico de violência. Adicionalmente, pode-se argumentar que as agressões do pai em relação à criança podem ser consideradas mais severas, conforme discutido em Gallo (2006).

Considerando que a forma de interação entre pais e filhos constitui um fator relevante que pode interferir no desenvolvimento das crianças, é importante analisar o

modelo parental, bem como a possibilidade de estar ocorrendo violência intrafamiliar, mais precisamente violência contra a mulher, quando se planeja uma intervenção.

Violência contra a mulher

O estudo da violência contra a mulher foi possível pelo apoio ao tema dado pelo movimento feminista (Soares, 1998), cujo alerta sobre os efeitos prejudiciais do sistema patriarcal nas construções de gênero foi de extrema importância. Entretanto, apesar dos avanços da mulher no tocante à educação, trabalho e no setor político, ainda há muito o que se fazer para o enfrentamento da violência doméstica. Esse fenômeno, segundo Saffioti (1997), requer a mobilização de toda sociedade, principalmente, pelo fato de que esse tipo de violência não ocorre geralmente em espaço público, nos quais, possivelmente, poderia haver testemunhas (Williams, Padovani & Brino, 2009).

Um estudo recente de Casanueva, Martin e Runyan (2009) buscou determinar a prevalência da violência contra a mulher entre mães que maltratam seus filhos. Nos Estados Unidos, os autores contaram com uma amostra de 5.501 crianças ao redor do país, selecionadas randomicamente por meio de uma base de dados de uma pesquisa nacional (*National Survey of Child and Adolescent Well-Being – NSCAW*)¹, cujo foco de investigação é ocorrência de maus-tratos. As medidas analisadas contavam com informações coletadas pelos pesquisadores de tal instituto com base em entrevistas de uma hora de duração realizadas com as mães das crianças selecionadas. Nessas entrevistas eram avaliados os seguintes tópicos: o tipo de maus-tratos e gravidade; reincidência de notificação; casos nos quais as crianças possuíam necessidades especiais; abuso de álcool pela mãe; histórico de abuso ou negligência na vida da mãe; qual a disponibilidade de apoio social; além de informações adicionais abordando tópicos como a violência intrafamiliar; avaliação de depressão e dados sócio-demográficos. As associações entre as variáveis foram realizadas por análise bivariada e análise de regressão logística.

Essa pesquisa constatou que, entre as mães que foram notificadas como autoras de maus-tratos contra seus filhos, quase a metade (44%) já havia sofrido violência física por seu parceiro conjugal. Comparadas às mães que não sofriam tal violência, aquelas que sofriam eram também mais propensas a ter depressão (46% vs. 19%), apresentavam maior ocorrência de abuso quando crianças (26% vs. 14%) e baixo suporte social (35% vs. 23%). Os filhos de mães com histórico de violência intrafamiliar tiveram o dobro de

¹ Pesquisa Nacional sobre o Bem-estar da Criança e do Adolescente

chance em reincidir por notificações de maus-tratos e em menor tempo quando comparados aos filhos das mães que não relataram histórico de violência.

Dados de que existe uma relação entre o histórico de violência contra a mulher e casos de maus-tratos dessa mãe contra seus filhos também foram apontados em outros estudos pertinentes (Appel & Holden, 1998; O'Leary, 1988; Pereira, Santos & Williams, 2009; Reitzel-Jaffe & Wolfe, 2001; Stith & Farley, 1993), o que salienta a necessidade de avaliações globais por parte das instituições que atendem mulheres deste perfil. Não cabe oferecer exclusivamente cuidados necessários para essa mulher, mas também voltar o olhar para a condição de seus filhos, investigar sobre a possibilidade de maus tratos e auxiliar tal mãe a educar os filhos de uma maneira adequada, promovendo, por exemplo, programas de intervenção que envolvam a questão da violência doméstica e sua relação com o maltrato infantil.

Levando-se em consideração as condições emocionais às quais são submetidas as mulheres vítimas de violência doméstica, não há como negar as influências que tais condições maternas possam ter na educação de seus filhos. Ao rever a literatura, Williams (2001) apontou inúmeras seqüelas que as mulheres vítimas de violência doméstica podem apresentar, sendo elas: alto nível de depressão, ideação suicida, dependência de álcool ou drogas, ansiedade crônica, sensação de perigo iminente, distúrbios do sono e/ou alimentação, freqüentes queixas somáticas, baixa auto-estima, extrema dependência, dificuldades de tomada de decisão, passividade e sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Estudos apontam que a saúde mental materna tem um efeito direto nas práticas educativas, ou seja, pais que sofrem problemas emocionais são menos disponíveis e menos envolvidos com seus filhos, o que os impedem de ajudá-los a se desenvolver adequadamente (Lyons-Ruth, Wolfe, Lyubchik & Steingard, 2002; O'Leary, Slep & O'Leary, 2000; Pianta & Egeland, 1990). Assim, as crianças podem apresentar comportamentos externalizantes, caracterizado por Achenbach (1991) como violação de regras e agressividade.

Uma possível explicação para o fato de os pais utilizarem a punição como forma de disciplina é que, segundo Skinner (1953/1993), a punição enquanto técnica educativa é eficaz de imediato, porque faz com que o comportamento indesejado da criança seja paralisado e, com isso, os pais (agência punidora, no caso) são reforçados. Sendo assim, como todo comportamento reforçado, a probabilidade de que os pais continuem adotando esta prática punitiva é alta. No entanto, a longo prazo, tal prática traz desvantagens tanto para o punido quanto para quem pune, gerando emoções negativas e

comportamentos de contracontrole, ou seja, reagir frente ao controle coercitivo com objetivo de evitar situações que podem ser conseqüenciadas de forma negativa, ou então respondendo de maneira agressiva diante da agência punitiva (pais). A criança pode se tornar medrosa frente a situações similares a que foi punida e, por isso, tende a fazer qualquer outra coisa para evitar estar numa condição aversiva a que já foi submetida.

Além disso, verifica-se que existe uma crença por parte do cuidador de que, ao utilizar o castigo corporal, está “educando”, “corrigindo o comportamento” da criança. Percebe-se nitidamente a falta de informação e de esclarecimento da população, em geral, a respeito dos efeitos nocivos da prática punitiva e dos riscos que ela traz.

Em suma, os pais que apresentam comportamento coercitivo em relação aos filhos possuem um repertório pobre de resolução de problemas e esse comportamento agressivo se mantém enquanto a criança obedece. Para isso, os pais se sentem obrigados a usar cada vez mais da coerção (gritar, ameaçar, bater e espancar) com o passar do tempo para garantir a submissão dos filhos, enquanto o filho pode apresentar comportamentos de habituação à estratégia prévia (Urquiza & McNeil, 1996), de fuga-esquiva e contracontrole. Esse ciclo pode resultar num conflito de padrão crônico e escalonar entre os pais e seus filhos.

Segundo Freeman (2008), para banir a punição corporal de maneira geral é preciso mudar comportamentos, e para mudar comportamentos é preciso mudar a cultura de uma determinada região. Uma das maneiras de fazer isso de forma que se tenham bons resultados é por meio de leis. Tal autor relata uma lista de 25 países que aderiram políticas contra punição corporal, sendo a Suécia primeiro país a adotar uma legislação nesse sentido, em 1979; e a Costa Rica a mais recente, em 2008. No Brasil, existe um projeto de lei em tramitação na câmara dos deputados² conhecido como “projeto de lei da palmada”, o qual está gerando debates sobre como educar os filhos sem o uso da violência.

Violência contra a criança

O estudo de Felitti et al. (1998) é o mais amplo encontrado na literatura sobre o tema da vitimização por violência na infância e os efeitos na saúde, conhecido como

² Informação verificada na data 07/06/2011, disponível no site:
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483933>

*ACE Study (Adverse Childhood Experiences Study)*³. A pesquisa buscou analisar a relação entre múltiplas categorias de traumas infantis e suas conseqüências para a saúde e comportamento na vida adulta. Os dados foram coletados com mais de 17.000 participantes, por meio de um questionário enviado por correspondência. Sete categorias de experiências adversas na infância foram estudadas: abuso psicológico, físico ou sexual; violência contra a mãe pelo parceiro; viver com pessoas que faziam uso abusivo de substâncias, com doentes mentais, suicidas ou encarcerados. Essas categorias eram, depois, comparadas ao comportamento de risco na idade adulta, condições de saúde e doenças.

Os resultados apontaram que as pessoas que relataram ter experienciado quatro ou mais categorias de exposição à violência na infância, em comparação às que não tiveram qualquer tipo de adversidade, apresentaram de 4 a 12 vezes maiores riscos de saúde relacionados ao abuso de álcool e/ou drogas, depressão e tentativas de suicídio; de 2 a 4 vezes maiores riscos relacionados ao ato de fumar e auto-avaliação pobre de saúde, múltiplos parceiros sexuais e doenças sexualmente transmissíveis; 1.4 a 1.6 vezes maiores riscos a inatividade física e obesidade mórbida. Foi, também, observada uma relação entre experiências adversas na infância e doenças do coração, câncer, doença pulmonar crônica, fraturas e doenças do fígado. As categorias apresentaram alta correlação e as pessoas que relataram múltiplas categorias eram propensas a ter múltiplos fatores de risco para a saúde na vida adulta (Felitti et al., 1998).

Um outro estudo de impacto realizado, também, por Felitti e colaboradores (Whitfield, Anda, Dube & Felitti, 2003), em uma agência de saúde dos EUA, avaliou experiências de violência na infância e sua relação com o risco para violência contra a mulher em 8.629 participantes. Os pesquisadores encontraram que a prática do abuso físico e sexual nas crianças aumentou a probabilidade de risco de vitimização da mulher e perpetuação de violência doméstica pelo homem em aproximadamente o dobro. Cerca de 25% dos homens e mulheres foram identificados como tendo sofrido abuso físico e/ou sexual na infância e aproximadamente 5% dos homens e mulheres declararam estar em risco de perpetrar violência contra a mulher ou vitimização da mesma (Whitfield, Anda, Dube & Felitti, 2003).

Outras conseqüências são verificadas em crianças que foram expostas à violência conjugal (ou *vitimização indireta*). Em um artigo de revisão sobre o assunto, Brancalhone e Williams (2003) apontaram informações de Holden (2003), defendendo que uma criança exposta à violência não quer dizer, necessariamente, que ela estivesse

³ Estudo sobre Experiências Adversas na Infância

presente no local em que houve a agressão, mas tão somente o fato de ter uma mãe que sofrera violência pelo parceiro levaria a criança a presenciar as decorrências de tal violência. As autoras indicaram várias complicações para o desenvolvimento da criança, como problemas de interação social, dificuldades escolares, problemas de saúde, dificuldades comportamentais e risco de desenvolvimento de psicopatologias, dados também relatados em outras pesquisas (Lansford et al, 2002; Shields & Cicchetti, 1998; Toth, Cicchetti & Kim, 2002).

Esse acontecimento, de que a maioria dos filhos de mulheres vítimas de violência é testemunha da violência sofrida pela mãe, é um dado preocupante porque influencia o futuro dessas crianças: como elas propagarão essas contingências aversivas as quais estiveram submetidas? Tais crianças poderiam acabar aprendendo que o poder é sempre do mais forte e, portanto, que a violência é algo bom, permitido e aceitável para disciplinar os filhos ou expressar raiva. Ou, ainda, poderiam aprender um modelo passivo, com um repertório fraco de enfrentamento e vitimização freqüentes.

A violência costuma ser acompanhada por medo, vergonha, raiva e podem ocorrer associações entre a dor que a criança sente quando apanha e o amor em relação a seus pais, o que ensina a criança a usar o mesmo método em outras situações da sua vida, gerando um círculo vicioso e transmitindo este método coercitivo de geração em geração, como dito anteriormente (Weber, Viezzer, Brandenburg & Zocche, 2002).

Dessa maneira, intervenções com pais no sentido de orientá-los a educar seus filhos de maneira adequada seria uma das estratégias a se tomar frente à prevenção da violência intrafamiliar e suas conseqüências nocivas. Para tanto, questiona-se quais modelos de intervenção com pais, presentes na literatura, especialmente com foco na prevenção de maus tratos contra as crianças, obtiveram resultados positivos e quais foram as metodologias utilizadas.

Intervenção com pais

Na última década, o tema da violência foi vinculado à saúde, ao que se refere à realidade brasileira (Ministério da Saúde, 2002), enfatizando a necessidade de envolvimento e preparo dos profissionais e dos serviços de saúde, dado a conjuntura complexa e desafiante do tema. Como resposta a esta inter-relação, é fundamental que os serviços (postos, centros de saúde, hospitais, resgates) e profissionais de todos os níveis e categorias, reconheçam que devem se inserir no processo de prevenção, na identificação de condições de risco ou de violência vigente e na atenção às vítimas.

A dificuldade de acesso a estruturas de redes de suporte social e a falta de informação sobre estratégias educativas eficazes, aliadas ao modelo de agressividade, demandam uma ação a fim de se mudar esse contexto. A associação entre o risco de abuso físico e a percepção da ausência de uma rede de apoio foi, também, ilustrada em vários estudos (Ceconello, De Antoni & Koller, 2003; Crouch, Milner & Thomsen 2001; e Rios, 2010), reiterando que pais abusivos recebem significativamente menos apoio emocional e instrumental de amigos ou parentes, bem como de instituições de suporte social, os quais poderiam impedir as suas atitudes agressivas.

Sendo assim, além de informar os pais acerca de métodos educativos adequados, é preciso fornecer as ferramentas que efetivamente os auxiliem a estabelecer limites e regras necessários para uma disciplina consistente, para que os pais sejam capazes de prevenir e manejar os comportamentos inadequados de maneira que contribua no relacionamento com os filhos.

De acordo com a análise descrita por Bolsoni-Silva, Villas-Boas, Romera e Silveira (2010), as três últimas décadas foram um campo fértil de pesquisas sobre intervenção com pais e mães, no sentido de melhorar o relacionamento com os filhos e propor métodos alternativos eficientes no que se refere às práticas educativas. Segundo artigo de revisão realizado por Rios e Williams (2008), os programas internacionais mais reconhecidos por apresentar resultados efetivos são: *Oregon Social Learning Center* (Patterson, Reid & Eddy, 2002), *Incredible Years* (Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2004) e o *Triple P- "Positive Parenting Program"* (Sanders, Markie-Dadds & Turner, 2003)

Os temas gerais trabalhados na abordagem de Oregon (Patterson, Reid & Eddy, 2002) envolvem a capacitação dos pais sobre problemas de comportamento; técnicas de reforçamento; técnicas de disciplina; monitoramento e supervisão adequados e estratégias de solução de problemas. O Programa *Incredible Years* (Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2004) tem como objetivo promover o ensino de habilidades para pais, professores e crianças com foco no tema da prevenção de problemas de comportamento envolvendo toda a comunidade, utilizando gravações em vídeo e modelagem de comportamentos como técnicas. Por fim, o *Triple P- "Positive Parenting Program"* (Sanders, Markie-Dadds & Turner, 2003), visa à prevenção de problemas emocionais, comportamentais e de desenvolvimento em crianças por meio do aprimoramento do conhecimento, habilidades e confiança dos pais, sendo composto por cinco níveis de intervenção que maximiza a ajuda aos pais ao longo do desenvolvimento dos filhos (até os 16 anos).

Encontram-se também, no Brasil, modelos de programas de intervenção com famílias voltados para a prevenção de comportamentos anti-sociais em crianças cujos resultados são apresentados de maneira positiva, como os de Marinho (1999), Baraldi e Silvaes (2003) e Rios e Williams (2010). Em seu estudo, Marinho (1999) descreve um treinamento de 12 sessões para pais cujos filhos apresentavam problemas de comportamento, sendo os temas abordados a atenção diferencial, o treino em solução de problemas e discussão sobre assuntos diversos selecionados pelos pais (como drogas, sexo ou religião). Os resultados indicaram melhor desempenho nas habilidades sociais educativas nos pais, as quais contribuíram para reduzir comportamentos delinquentes e agressivos dos filhos.

Baraldi e Silvaes (2003) realizaram um estudo com pais e crianças com queixas de agressividade, sendo o atendimento realizado em grupo (16 crianças e suas mães). As mães recebiam orientação sobre manejo de comportamento com temáticas sobre o reforço diferencial (ignorar o comportamento inadequado e valorizar o adequado); extinção (no caso de comportamentos do tipo “birra”); dar instruções de forma clara e eficiente; entre outras. Os resultados apontaram melhoras nos desempenhos dos comportamentos adequados, tanto das mães quanto das crianças, no decorrer da intervenção, o que colaborou para um resultado positivo na relação mãe-filho.

Mais recentemente, Rios e Williams (2010) realizaram uma pesquisa com mães cujo foco era maximizar suas práticas educativas de forma a prevenir problemas de comportamento em seus filhos. Os temas trabalhados envolviam informações acerca do desenvolvimento infantil, habilidades de comunicação parental, técnicas de disciplina adequadas, violência doméstica, monitoria parental positiva, comportamento moral. Os resultados indicaram que as mães apresentaram melhora nos índices de satisfação e eficácia parental, diminuíram o uso de técnicas de disciplina inadequadas e aumentaram o número de interações positivas com seus filhos. Para maiores informações sobre intervenções com famílias, ver revisões de Rios e Williams (2008) e Bolsoni-Silva, Villas-Boas, Romera e Silveira (2010).

Todos os trabalhos citados anteriormente, sobre intervenções com pais, selecionaram a abordagem cognitivo-comportamental como referencial teórico para conduzir a intervenção. Segundo Kolko (1996) e Corcoran, (2000), a abordagem cognitivo-comportamental tem obtido o maior suporte empírico até a presente data para intervenções relativas à área de intervenções com pais. Outros pesquisadores (Runyon, Deblinger, Ryan & Thakkar-Kolar, 2004) salientaram pontos importantes dessa abordagem no sentido de apresentar resultados positivos significativos: a) redução da

re-ocorrência de maus-tratos infantis ao ajudar os pais a aprender técnicas de disciplina não agressivas e estratégias de manejo da raiva, auxiliando-os a alterar suas crenças disfuncionais acerca de quem é responsável pelo abuso; b) diminuição de problemas emocionais na criança ao auxiliá-los a processar suas experiências abusivas e desenvolver habilidades de cooperação adaptativas; e c) aumento das interações positivas pais-filhos necessárias para o desenvolvimento saudável das crianças.

Portanto, observa-se que as intervenções de abordagem cognitivo-comportamental citadas anteriormente obtiveram sucesso ao sugerir procedimentos psicoterapêuticos com objetivo de prevenir problemas de comportamento nos filhos da população trabalhada. No entanto, verificou-se que tais programas não contemplaram, em suas intervenções, uma proposta de acompanhamento psicoterapêutico a mães/pais com histórico de violência doméstica, apesar de a literatura mostrar o alto potencial de co-ocorrência de problemas de comportamento infantil e violência intrafamiliar.

O Projeto Parceria

Um exemplo de intervenção cognitivo-comportamental que leva em consideração o histórico de violência das mães participantes é o *Projeto Parceria* (Williams et al, 2010), cujo objetivo consiste em prevenir problemas de comportamento em seus filhos utilizando dois módulos: psicoterapêutico e educacional. A intervenção psicoterapêutica seria fundamental para lidar com os aspectos emocionais associados ao histórico de violência e outras experiências traumáticas de forma a gerar autoconhecimento e, assim, maximizar os aspectos educacionais sobre manejo de comportamento infantil. Outra consideração a ser feita, é que a intervenção possui uma filosofia de acolhimento às mães, que são consideradas como *parceiras* do profissional, tal como proposto por Williams & Aiello (2004), e não subalternas. Os resultados de tal programa indicaram melhora no desempenho das participantes após a intervenção, com observações de mudanças positivas no comportamento das mães e dos filhos, sendo o objetivo proposto pelo programa atingido (Williams et al, 2010).

O Programa de Intervenção do Projeto Parceria envolve dois módulos: o Módulo 1 refere-se a aspectos psicoterapêuticos e o Módulo 2 a aspectos educacionais. Tais módulos estão estruturados sob a forma de temas, que correspondem às sessões planejadas. O Módulo Psicoterapêutico é assim denominado por abordar temas voltados à dinâmica emocional e histórico de vida associados ao histórico de violência; prevenção de depressão; promover/fortalecer a auto-estima; bem como informações

sobre medidas protetivas; seus direitos; o ciclo da violência; entre outros. O Módulo Educacional, em contraste com o anterior, é exclusivamente voltado para as práticas parentais e consiste em levar as mães a conhecer e colocar em prática habilidades maternas que promovam uma interação mãe-filho mais adequada, contribuindo para a prevenção de problemas comportamentais nos seus filhos (Williams, Maldonado & Araújo, 2008; Williams, Maldonado & Padovani, 2008).

Como foi ilustrado anteriormente, fica claro que a violência faz parte de um ciclo e, também, que os pais muito influenciam na educação dos filhos, atuando como modelos e, também, modelando o comportamento deles. A maneira pela qual vários autores da área (Brancalhone & Williams, 2003; Oliveira et al., 2002; Sinclair, 1985) encontraram de romper o elo do ciclo da violência seria eliminando a violência contra a mulher. Assim, seria reduzida substancialmente, também, a ocorrência da violência contra a criança.

Um aspecto a ser esclarecido diz respeito ao trabalho exclusivo com as mulheres, quando a ênfase sistêmica atual recomenda o envolvimento de todos os membros da família (Williams, 2009). O propositivo não envolvimento do agressor conjugal nesse momento se dá por diversas razões: a) a necessidade de um trabalho de intervenção específico com o agressor no sentido de diminuir seus comportamentos agressivos antes de uma intervenção conjunta com a mulher (Cortez, Padovani & Williams, 2005; Padovani & Williams, 2002); b) uma porcentagem considerável das mulheres agredidas encontra-se separada dos parceiros em função da própria violência sofrida (Williams, 2001); e c) há poucos dados disponíveis, no momento, sobre a relação parental de homens que agredem suas parceiras (Guille, 2004).

Feitas tais considerações, o foco deste trabalho foi, portanto, a mulher vítima de violência doméstica, sendo o Projeto Parceria o norte para tal. O Projeto Parceria é um modelo de trabalho inédito e, embora os resultados obtidos sejam positivos (Williams et al, 2010), as avaliações realizadas até o momento contemplaram o procedimento de intervenção 'Módulo 1 seguido de Módulo 2'. Em função do caráter urgente e delicado de uma intervenção desse tipo e a existência de outras possibilidades de aplicação de tal procedimento, considerou-se pertinente avaliar qual tipo de procedimento poderia ser o mais eficaz ao diversificar a sequência dos módulos trabalhados. Por exemplo, caberia investigar se o procedimento 'Módulo 2 posteriormente ao Módulo 1' ou, então, 'Módulo 1 e 2 concomitantes' traria resultados diferentes do modelo clássico utilizado no Projeto Parceria e, se tal fato fosse observado, identificar qual tipo de procedimento

poderia atingir resultados mais positivos considerando a população selecionada, ou seja, mulheres com histórico de violência doméstica.

Objetivo

Sendo assim, o objetivo deste estudo consistiu em comparar a eficácia de três procedimentos diferentes de intervenção cognitivo-comportamentais a mulheres com histórico de violência em termos das variáveis bem-estar e senso de competência parental, sendo eles: a) módulo psicoterapêutico seguido de módulo educacional; b) módulo educacional seguido de módulo psicoterapêutico; e c) módulo psicoterapêutico e educacional apresentados simultaneamente. Pretendeu-se verificar qual tipo de intervenção teria resultados mais favoráveis e, assim, estabelecer uma metodologia de fácil acesso, simples replicação e que possa ser disseminada em outras organizações de apoio a mulheres desse perfil, facilitando sua adoção como Política Pública.

MÉTODO

Participantes

Foram selecionadas 9 mães com histórico de violência doméstica por parte do parceiro e que tinham pelo menos um filho com até 12 anos de idade (critérios definidos para participar do Projeto Parceria). A seleção foi feita a partir de encaminhamentos ao Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV) por parte do Conselho Tutelar (CT); Delegacia da Mulher (DDM); da Unidade Saúde-Escola (USE), ambulatório de Saúde da UFSCar; por parte de psicólogo do município e, também, por interesse manifestado espontaneamente a partir do conhecimento dos serviços realizados pelo LAPREV a mulheres vítimas de violência doméstica.

Dessa maneira, uma participante foi encaminhada pelo CT (P3)⁴; uma pela DDM (P4)⁵; três foram encaminhadas pela USE (P1, P6 e P8); uma por meio de encaminhamento de psicólogo da Unidade Básica de Saúde do bairro que morava (P7); P9 demonstrou interesse em ter acompanhamento terapêutico após uma sessão terapêutica realizada por profissionais do LAPREV com seu parceiro. Uma das participantes desistiu no início da intervenção (por volta da segunda semana), tendo sido substituída por outra (P5), a qual foi indicada por um profissional da equipe do

⁴ P3 foi encaminhada ao LAPREV pelo CT porque seu filho apresentava problemas de comportamento em sala de aula e a mãe relatou aos profissionais a sua dificuldade de manejo do comportamento do filho, demonstrando interesse em acompanhamento terapêutico.

⁵ P4 foi encaminhada ao LAPREV pela DDM após audiência de separação do parceiro agressor.

LAPREV por preencher os critérios determinados para participar desse estudo. Por fim, P2 já havia realizado terapia psicológica no ano anterior por estagiários do LAPREV, porém tal acompanhamento não seguia os moldes proposto no Projeto Parceria, sendo o trabalho em tal acompanhamento anterior relacionado à análise dos prós e contras de permanecer com o parceiro agressor (pelo qual a cliente em terapia, na época, apresentava sentimentos ambivalentes). A caracterização das participantes está descrita na seção dos resultados.

Material

Foram utilizadas as cartilhas do Projeto Parceria⁶ (Williams, Maldonado & Araújo, 2008; Williams, Maldonado & Padovani, 2008), nas quais estão contempladas 16 sessões referentes aos dois módulos que foram o norte da intervenção.

Instrumentos para coleta de dados

1 Entrevista Inicial com Mães Vítimas de Violência Doméstica (Adaptação de Williams et al, 2010). Entrevista semi-estruturada contendo questões abertas sobre identificação das participantes, descrição do último incidente que a levou a procurar a DDM, histórico de violência, caracterização e severidade da violência sofrida, grau de isolamento da mulher, razões pelas quais permaneciam com o agressor (caso estivesse), auto-imagem, planos futuros, relacionamento com os filhos, suas condições de saúde, reações dos filhos à violência e dados sobre a infância da participante. (Anexo 1)

2 Inventário de Estilos Parentais - IEP (Gomide, 2006). Inventário elaborado para identificar famílias de risco ou não quanto a suas práticas educativas. É composto por 42 questões que avaliam oito práticas educativas, sendo duas positivas e seis negativas.

3 The Child Abuse Potencial Inventory – CAP (Inventário de Potencial de Abuso Infantil). (Milner, 1994). A versão utilizada foi validada por Rios (2010). O CAP é um inventário composto por 160 afirmações para verificar o potencial de abuso físico dos pais. Trata-se de um inventário muito utilizado pela literatura de violência doméstica.

4 Inventário de Depressão de Beck - BDI (*Beck Depression Inventory*, Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Inventário contendo 21 questões frequentemente usado em pesquisas e intervenções clínicas para se avaliar os níveis de depressão.

5 Registro diário de: a) Registro de Bem-estar, e b) Registro do Senso de Competência Parental. Durante o processo da intervenção, cada mãe recebeu uma ficha na qual ela

⁶ As cartilhas estão disponíveis para download no site do LAPREV:
<http://www.ufscar.br/laprev/pg000.html>

registrou uma avaliação diária de seu próprio bem-estar e, também, de sua satisfação parental. Essa ficha contém um continuum de 0 a 10, sendo 0 “*fiquei extremamente triste*” e o 10 “*fiquei extremamente feliz*” como forma de avaliação de seu bem-estar; da mesma maneira, na mesma folha, há a avaliação de sua competência parental, havendo um continuum de 0 a 10 no qual 0 significa “*me senti uma péssima mãe*” e 10 “*me senti uma ótima mãe*”. (Anexo 2)

6 Avaliação do Programa pelas participantes. Foram realizadas avaliações a fim de verificar a satisfação das participantes em relação ao programa de intervenção a que foram submetidas. Essas perguntas estão contidas na última parte de cada cartilha e as mães deveriam opinar acerca dos aspectos positivos, aspectos negativos, o que mudou na sua vida como mulher e mãe, além de apontar sugestões (Anexo 3).

7 Diário de Campo. Aqui foram feitas anotações diversas, como faltas das participantes e motivos; crises vivenciadas pelas famílias; verbalizações úteis para complementação da coleta de dados; entre outras.

Procedimento

Foram realizados 20 encontros com cada participante, sendo que as duas primeiras sessões envolveram coleta de informações gerais e aplicação dos instrumentos; 16 sessões de intervenção apoiadas nas cartilhas (oito sessões para cada Módulo); uma sessão para aplicação dos instrumentos no momento pós-teste e uma sessão de follow up (três meses após a data do pós-teste). Para um detalhamento do procedimento (tanto de coleta de dados como de intervenção), ver diagrama ilustrado no Anexo 4.

Procedimento de coleta de dados

Primeiramente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos, tendo sido aprovado (Processo nº. 23112.004432/2008-25) (Anexo 5). Todas as participantes somente integraram o programa de intervenção após terem lido e concordado com as especificações descritas no *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo 6). Todos os cuidados éticos, como: sigilo, minimização de riscos aos participantes, não retaliação em caso de desistência, etc. foram considerados.

O passo seguinte envolveu a realização da *Entrevista Inicial com Mães Vítimas de Violência Doméstica*, com duração de aproximadamente 60 minutos, aplicada no início da intervenção, a fim de se ter informações específicas para formar os grupos. Em

seguida, as nove participantes foram distribuídas em três grupos, sendo que houve o cuidado para que tal distribuição fosse feita de maneira mais equiparada possível. Assim, em cada grupo as participantes foram distribuídas considerando a) renda; b) escolaridade e c) condição de permanecerem ou não com o parceiro. O padrão observado a partir dos dados foi: possuir renda em torno de um salário mínimo⁷, ter escolaridade equivalente ao ensino médio e permanecer com o parceiro. Com isso, tentou-se estabelecer os grupos o mais próximo a tal padrão.

Outro cuidado tomado foi a divisão de participantes por grupo para a condução da intervenção: foram selecionadas seis participantes (duas de cada grupo) para ter acompanhamento com a pesquisadora e outras três (uma de cada grupo) com a auxiliar de pesquisa. Sendo assim, P1, P2 e P3 eram do Grupo C; P4, P5 e P6 do Grupo A e P7, P8 e P9 do Grupo B. A pesquisadora selecionou as duas primeiras participantes de cada grupo (P1, P2, P4, P5, P7 e P8) para aplicar a intervenção, enquanto que as outras três (P3, P6 e P9) tiveram acompanhamento realizado pela auxiliar. Tal critério de divisão foi considerado com o objetivo de tentar controlar a variável da relação terapêutica (ou seja, tentar não considerar tal variável como influencia nos efeitos observados ao final da intervenção). É importante ressaltar que a autora deste projeto tem experiência prévia de estágio em “*Intervenção a Vítimas de Violência*” e bolsa da Pró-Reitoria de Extensão (ProEx), e a auxiliar de pesquisa era bolsista ProEx no período da coleta e estava no 5º ano de Psicologia, tendo sido supervisionada em estágio de intervenção pela orientadora dessa pesquisa.

A próxima etapa da coleta envolveu a aplicação dos instrumentos BDI, CAP e IEP e, em seguida, foi realizada a intervenção do Projeto Parceria com os três grupos distintos. Ao longo da intervenção foi utilizado um instrumento de medida contínua, o *Registro Diário de Bem-Estar e Senso de Competência Parental*. A participante levava para casa tal registro, atribuindo uma nota diária para cada categoria. As fichas eram entregues semanalmente, nos encontros determinados para o acompanhamento terapêutico. Tal instrumento foi aplicado desde o primeiro encontro até o último de pós-teste, sendo que as duas primeiras semanas de registro foram avaliadas como sendo de linha de base.

Ao final de ambos os Módulos foram feitas avaliações das participantes acerca do conteúdo, aspectos positivos e negativos, bem como sugestões. Da mesma maneira, na última sessão, além da aplicação dos mesmos instrumentos do momento pré-teste (BDI, CAP e IEP), foi realizada uma avaliação geral da intervenção, na qual a pesquisadora

⁷ Salário Mínimo vigente em 2009: R\$ 505,00.

forneceu feedback para as participantes e estas também fizeram o mesmo. Todas essas informações e outras importantes foram anotadas no diário de campo elaborado pela pesquisadora e assistente sobre cada participante.

Concluída esta fase, foi realizado o procedimento de follow-up após três meses do término da intervenção. No follow-up foram aplicados os mesmos instrumentos envolvidos no momento do pós-teste, com exceção do *Registro Diário*, pois considerou-se que seria difícil a manutenção de tal comportamento da participante por três meses sem o acompanhamento da pesquisadora/auxiliar. Assim, pretendeu-se verificar se os dados observados no pós-teste seriam mantidos sem a intervenção. Com base nos resultados do follow-up, foi dada alta psicoterapêutica às participantes que indicaram melhora nos aspectos do bem-estar e senso de competência parental avaliados. As participantes cujas avaliações não apontaram melhora, foram encaminhadas ao Programa de Estágio da Universidade para dar continuidade ao atendimento.

Procedimento de intervenção

Em todos os grupos foram abordados os dois módulos do Projeto, mas a diferença foi na seqüência trabalhada. Embora divididas em grupos de intervenção, cada mãe teve o acompanhamento de maneira individual e a seqüência de procedimento realizada em cada grupo foi definida por meio de sorteio. Sendo assim, no Grupo A foi realizado o Módulo 1 (psicoterapêutico) e, em seguida, o 2 (educacional). No Grupo B, primeiramente o Módulo 2 e, após este, o Módulo 1. Por fim, no Grupo C, foram realizados os dois Módulos de maneira concomitante (i.e., uma sessão do Módulo 1 seguida por uma sessão do Módulo 2, assim por diante).

O Módulo Psicoterapêutico aborda temas que se referem à infância da participante e história de vida, violência contra a mulher, crenças sociais que perpetuam a violência, Direitos Humanos, violência na família, medidas de proteção e segurança, redes de apoio, efeitos traumáticos da violência, combate à depressão e prevenção de suicídio, o impacto da violência no desenvolvimento humano e, em específico ao desenvolvimento da criança, como construir uma vida livre dos sintomas da violência, informações sobre Estatuto da Criança e do Adolescente, desenvolvimento infantil, lidando com emoções negativas (raiva, culpa e medo), resolução de problemas sociais e treino de habilidades sociais. Os procedimentos utilizados envolveram: discussões com base em leituras e informações, relaxamento, resolução de problemas sociais e *role-playing*.

O Módulo Educacional teve como objetivo orientar as mães participantes sobre técnicas de manejo comportamental com suas crianças, visando o ensino de Habilidades Parentais: o poder da atenção contingente, como elogiar e reforçar, como ignorar comportamento inadequado, como apresentar conseqüências justas e eficazes ao comportamento inadequado, estabelecendo limites e regras, Habilidades Sociais, práticas parentais positivas, uso do *time-out*, sistema de fichas, etc. Tal Módulo foi apresentado com base em informações e discussões, role-playing, leituras, lições de casa e registro de comportamento.

Para maximizar a adesão, foram utilizadas estratégias bem-sucedidas apontadas na literatura (Rios & Williams, 2008): houve fornecimento de passes para transporte; a pesquisa foi desenvolvida em local e horário convenientes para as participantes; foram realizadas chamadas telefônicas entre as sessões para que, caso não confirmassem a presença, fosse possível remarcar a sessão de preferência na mesma semana; e promoção de incentivos (brindes) de acordo com a escolha pela participante.

Os incentivos foram fornecidos conforme a freqüência nas sessões. Isto foi explicado às participantes (também constado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido): ao completar as quatro primeiras sessões do primeiro módulo a mãe que estivesse participando, receberia um brinde (uma caneca); ao completar o primeiro módulo, outro brinde era dado (itens de cesta básica ou artigos pessoais, conforme escolha da participante). Ao completar as quatro primeiras sessões do módulo seguinte, outro brinde (caixa de bombons) e, por fim, ao completar o segundo módulo, o brinde final era fornecido (artigos de higiene e beleza).

Delineamento

Trata-se de um ensaio clínico não-randomizado intragrupos de séries temporais, ou seja, a intervenção é realizada apenas de maneira experimental (sem grupo controle) e os desfechos são comparados em cada participante antes e depois da intervenção (Hulley, Cummings, Browner, Grady, Hearst & Newmann, 2003). Esse delineamento é uma variação do delineamento de base múltipla; similar no sentido de que a variável independente é introduzida seqüencial e sistematicamente no grupo num período de tempo. No entanto, no delineamento de teste múltiplo, os dados da linha de base não são coletados de maneira contínua nos grupos que ainda não foram introduzidos a intervenção. Mais exatamente, as tentativas do teste são conduzidas de maneira intermitente nos grupos a fim de serem “treinados”. Dessa maneira, é possível avaliar se o grupo está obtendo melhora antes da introdução da variável independente.

Assim, foi comparado o desempenho das participantes em medidas de linha de base, ao longo da intervenção e no período de follow-up, tendo a participante como seu próprio controle em três grupos distintos, cada qual com um procedimento, a saber: Grupo A: Módulo 1 seguido do Módulo 2; Grupo B: Módulo 2 seguido do Módulo 1 e no Grupo C ambos os Módulos concomitantes.

Análise dos dados

Com base nos dados da *Entrevista Inicial com Mãe Vítimas de Violência Doméstica* foi realizada uma análise das respostas por meio de *Roteiro de Sistematização dos dados* (Anexo 7), sendo tais informações agrupadas de acordo com os seguintes tópicos: informações gerais; contexto da violência; rede de apoio/opinião acerca da violência; razões que levam/levavam a mãe a permanecer com o agressor; auto-imagem; condições de saúde da mãe; relacionamento com os filhos e, por fim, infância e família da participante.

O *Registro Diário do Bem-estar* da participante e o *Registro Diário do Senso de Competência Parental* foram coletados semanalmente no processo de intervenção, sendo uma medida sistemática que visava auxiliar a elucidar qual grupo teria os resultados mais satisfatórios. Os dados (notas) referentes às duas variáveis foram tabulados e calculada média em cada categoria por semana, sendo identificadas as médias das duas primeiras semanas de linha de base, das próximas oito semanas referentes à primeira parte da intervenção e das oito semanas finais da segunda parte. Foram, também, calculadas médias dos dados de cada categoria por grupo a fim de se verificar tendências. Os resultados foram dispostos em figuras de frequência.

As escalas e inventários foram quantificados segundo as especificações dos manuais dos respectivos instrumentos, de forma a se ter informações sobre o desempenho parental (IEP e CAP) e bem-estar (BDI) dos participantes no início e no final do estudo e também no follow up. Para a análise desses dados, foi feito teste estatístico de Wilcoxon e, também, utilizado o Método JT, proposto por Jacobson e Truax (1991). Optou-se por analisar os dados também por este último método porque, segundo Del Prette e Del Prette (2008), o Método JT é uma alternativa adequada diante da necessidade de métodos de análise de resultados que sejam satisfatórios para populações com amostras reduzidas ou em casos de sujeito único; pois possibilita a análise quantitativa da validade interna e externa nestes tipos de intervenções e fornece informações sobre a variabilidade da resposta ao tratamento para cada paciente em particular; além de indicar a significância clínica do tratamento, isto é, sobre a

importância daquelas mudanças na vida do sujeito (Del Prette & Del Prette, 2008). Esse método tem por base dois conceitos: Índice de Mudança Confiável (IMC), que demonstra se a diferença entre o resultado da pós-intervenção e o da pré-intervenção pode ser atribuído ao procedimento realizado e não a um erro de medida; e Significância Clínica (SC), que consiste no nível de funcionamento após a intervenção – coloca o cliente mais perto da média da população não-clínica (Del Prette & Del Prette, 2008).

Para demonstrar tais conceitos, são propostas fórmulas, considerando: a) as diferenças pré e pós-intervenção, para verificar se houve ou não uma mudança confiável; e b) pontos de corte e intervalo de confiança para a investigação da significância clínica, isto é, se a mudança clínica está generalizada no cotidiano do cliente, possibilitando ter alta da psicoterapia (Del Prette & Del Prette, 2008). Para a investigação da confiabilidade da mudança são utilizados os valores normativos (média e desvio padrão), escores pré e pós-intervenção e o índice de confiabilidade do instrumento de medida. Já o ponto de corte para significância clínica é calculado com base nos dados normativos das populações funcional e/ou disfuncional, sendo importante ainda saber a natureza da variável (*positiva* quando se esperam valores pós-intervenção superiores aos pré para haver melhora ou *negativa* quando o esperado é exatamente o inverso). Por serem indicadores quantitativos podem ser representados graficamente e a interpretação foi baseada no gráfico (Anexo 8) apresentado por Aguiar, Aguiar e Del Prette (2009).

Por fim, os dados da *Avaliação do Programa* pelas participantes e do *Diário de Campo* foram analisados de forma qualitativa por meio da Análise de Conteúdo, da seguinte maneira: (a) foi feita uma *redução dos dados*, a partir de seleção das verbalizações consideradas relevantes para as análises; (b) em seguida, uma *apresentação dos dados*, na forma de descrição da verbalização selecionada como representativa de cada categoria; e (c) *descrição de padrões* identificados e possíveis *configurações de relações* esses dados e os outros apresentados neste estudo (Bardin, 1977).

RESULTADOS

Estão descritos, primeiramente, dados coletados a partir da *Entrevista Inicial com Mulheres Vítimas de Violência Doméstica*; em seguida os escores dos instrumentos BDI, CAP e IEP aplicados nos momentos pré, pós-teste e follow up da intervenção; posteriormente os gráficos elaborados por meio do Método JT; em seqüência os resultados obtidos dos *Registros Diários* e, por fim, as análises da *Avaliação do Programa* respondida pelas participantes.

Análise dos dados da Entrevista Inicial com Mulheres Vítimas de Violência Doméstica

Os dados sistematizados da entrevista estão apresentados nas Tabelas 1 a 7. A seguir, na Tabela 1, encontram-se informações gerais sobre as participantes.

Tabela 1: Informações gerais sobre as participantes

| | Participantes | Idade | Estado Civil | Permanência c/ parceiro | Nº Filhos | Escolaridade (anos) | Ocupação | Renda (sal. mín.) |
|----------------|---------------|-------|--------------|-------------------------|-----------|---------------------|---------------|-------------------|
| Grupo A | P4 | 35 | Solteira | Não | 2 | 11 | Aposentada | 1 |
| | P5 | 34 | Casada | Sim | 3 | 8 | Diarista | 1 |
| | P6 | 51 | Casada | Sim | 4 | 11 | Voluntária | 0 |
| Grupo B | P7 | 21 | Solteira | Sim | 1 | 11 | Temporário | 1 |
| | P8 | 44 | Separada | Não | 6 | 8 | Desempregada | 0 |
| | P9 | 41 | Casada | Sim | 3 | 11 | Secretária | 1 |
| Grupo C | P1 | 43 | Viúva | Não | 4 | 11 | Desempregada | 0 |
| | P2 | 48 | Separada | Sim | 2 | 15 | Afastada INSS | 1 |
| | P3 | 34 | Solteira | Sim | 3 | 5 | Caixa | 1 |

Grupo A: Procedimento Módulo 1 seguido de Módulo 2; **Grupo B:** Procedimento Módulo 2 seguido de Módulo 1; **Grupo C:** Procedimento Módulo 1 e 2 concomitantes.

Conforme observado na Tabela 1, as participantes tinham idade entre 21 e 51 anos. A média de idade do Grupo A era 40 anos, do Grupo B era 35,3 anos e do Grupo C era 41,6 anos. Sobre o estado civil e relacionamento amoroso, P1 era viúva do agressor, se encontrava em outro relacionamento (cujo parceiro não era agressivo); P2 e P9 iniciaram a intervenção com o parceiro e ao término estavam separadas; P3 estava separada do parceiro agressor e estava em outro relacionamento ao término da intervenção, que também era agressivo; P4 era separada e encontrava-se sem parceiro fixo ao longo da intervenção; P5 e P7 eram casadas e permaneceram com o parceiro

agressor; P6 namorava o parceiro agressor e, ao longo do estudo, interrompeu o relacionamento e voltou a se relacionar com o mesmo, sendo que no final da intervenção se encontrava separada; P8 era separada e não vivia com o agressor. A respeito do número de filhos, as mães tinham de um (P7) a seis filhos (P8), sendo que a média por grupo é de três filhos. Sobre a escolaridade, o Grupo A e Grupo B continham, em cada um, duas participantes que concluíram o ensino médio e uma o fundamental e no Grupo C P1 concluiu o ensino médio, P2 o ensino superior e P3 completou até a 5ª série. A média de escolaridade em anos em cada grupo é de aproximadamente 10 anos. Algumas mães realizavam atividades fora de casa (P3, P5, P6, P7, P9), o que se constitui fonte de renda e apoio. As funções exercidas eram compatíveis com a escolaridade e as participantes que estavam desempregadas estavam procurando emprego (P1 e P8) e P6 era do lar e realizava atividades em uma igreja como trabalho voluntário. A renda foi considerada individual e não familiar, sendo que em cada grupo havia duas mães que recebiam 1 salário mínimo cada e uma que não possuía fonte de renda.

Na Tabela 2 a seguir, pode-se observar o contexto de violência vivido pelas participantes, com descrição do tempo de relacionamento com o parceiro agressor; o primeiro e último episódios de violência; categorização dos tipos de agressão e intensidade da violência relatada, bem como a frequência das mesmas ao longo de seu relacionamento com o parceiro.

Tabela 2: Contexto de violência vivido pelas participantes.

| | Participantes | Anos de Relac. | Primeira viol. | Última viol. | Tipos agressão | Intensidade | Frequência |
|----------------|---------------|----------------|----------------|--------------|----------------|-------------|------------|
| Grupo A | P4 | 8 | 7 a | 2 a | F, P, S | 4 | Semanal |
| | P5 | 20 | 17 a | 3 m | F, P | 4 | Esporádica |
| | P6 | 36 | 36 a | 3 a | F, P | 4 | Mensal |
| Grupo B | P7 | 5 | 3 a | 2 s | F, P, S | 4 | Esporádica |
| | P8 | 25 | 20 a | 6 m | F, P, S | 5 | Diária |
| | P9 | 22 | 18 a | 4 m | F, P | 2 | Semanal |
| Grupo C | P1 | 12 | 10 a | 3 a | F, P, S | 4 | Semanal |
| | P2 | 7 | 6 a | 6 m | F, P | 3 | Esporádica |
| | P3 | 11 | 8 a | 1 a | F, P | 2 | Esporádica |

a= anos; m= meses; s= semanas; F= Violência Física, P= Violência Psicológica e S= Violência Sexual. Obs.: Grau de violência definido com base no estudo de McFarlanem Parker, Soeken & Bullock, 1992): **1)** Ameaças de maus tratos ou agressão, inclusive ameaças com armas; **2)** Tapa, empurrão, sem machucar ou deixar ferimento ou sem deixar dor duradoura; **3)** Soco, chute, machucado/hematoma, cortes e/ou ferimentos com dor contínua; **4)** Espancamento, contusões severas, queimaduras, fraturas de ossos; **5)** Uso de armas, ferimento por armas.

Nota-se, na Tabela 2, tempo de relacionamento variados, sendo que a média no Grupo A é de 21,3 anos; no Grupo B 17,3 anos e no Grupo C média de 10 anos. Observa-se que o primeiro episódio violento ocorreu pouco tempo depois do início dos relacionamentos (exceto P6, tendo descrito o primeiro episódio em sua lua de mel), sendo a maior diferença, em média, encontrada no Grupo B. No entanto, quando verificado o último episódio de violência sofrido, o Grupo B foi o que apresentou dados mais recentes. Tal fato pode estar relacionado à frequência dos episódios relatados, sendo no Grupo B em que ocorre de maneira mais freqüente. Quanto à severidade da violência experienciada, a maioria era grave: uma participante chegou a pontuar o grau 5 (P8), cinco participantes pontuaram no grau 4 (P4, P5, P6, P7 e P1), uma no grau 3 (P2) e duas no grau 2 (P9 e P3). Pode-se dizer que a violência experienciada foi relatada como de menor intensidade no Grupo C.

Na categoria seguinte, que investiga a rede de apoio e a opinião acerca da violência, observou-se que todas as participantes relataram jamais ter obtido quaisquer informações sobre violência; a maioria relatou não obter qualquer apoio, somente P2, P4 e P7; todas acreditavam não merecer a violência sofrida, mas se culpavam pela tal e não se sentiam no controle do comportamento agressivo do parceiro.

A Tabela 3 apresenta as respostas das participantes relacionadas com os motivos que atribuem para a sua permanência com o parceiro agressor, caso estivesse. As que não permaneciam (P1, P4 e P8) responderam de maneira a justificar o momento enquanto ainda estavam com ele. As respostas eram relacionadas sobre os sentimentos amorosos para com o parceiro; se sentiam medo dele; se eram capazes de se manter sozinhas financeiramente e se consideravam possuir motivos suficientes para cogitar uma separação.

Tabela 3: Razões para permanecer/que permanecia com o parceiro agressor.

| | Participantes | Amor | Medo | Auto-manutenção | Motivos p/ separar |
|---------|---------------|------|------|-----------------|--------------------|
| Grupo A | P4 | Não | Não | Sim | Sim |
| | P5 | Sim | Sim | Sim | Não |
| | P6 | Não | Não | Não | Sim |
| Grupo B | P7 | Sim | Sim | Não | Sim |
| | P8 | Não | Sim | Não | Sim |
| | P9 | Sim | Sim | Não | Sim |
| Grupo C | P1 | Não | Sim | Não | Sim |
| | P2 | Sim | Sim | Sim | Sim |
| | P3 | Não | Não | Não | Sim |

Nota-se, na Tabela 3, que a maioria das mulheres relatou ter motivos para se separar, sendo que apenas três delas não permaneciam com o parceiro (uma devido ao falecimento do parceiro, P1, e as outras duas por separação, P2 e P8). A dificuldade de tal fato pode ser relacionado aos sentimentos amorosos que poderiam nutrir pelo parceiro, por medo de retaliação e/ou dificuldades de se manter financeiramente.

A seguir, na Tabela 4, estão concentradas as respostas das participantes relacionadas à percepção da auto-imagem de cada uma, abordando qualidades e defeitos e se elas demonstravam desejo de mudança de tal característica avaliada como defeito. Cabe ressaltar que as participantes deveriam apontar apenas uma qualidade e um defeito, escolhendo o que considerassem mais característico (“mais forte”).

Tabela 4: Auto-imagem descrita pelas participantes.

| | Participantes | Qualidades | Defeitos |
|----------------|----------------------|-------------------|---------------------------------|
| Grupo A | P4 | Altruísmo | Explosiva |
| | P5 | Responsável | Desligada |
| | P6 | Alegre | Exigente em relação aos filhos |
| Grupo B | P7 | Alegre | Briguenta |
| | P8 | Força | Dificuldade em tomar decisões |
| | P9 | Boa mãe | Geniosa |
| Grupo C | P1 | Altruísmo | Mau humor |
| | P2 | Honestidade | Agressiva em relação aos filhos |
| | P3 | Legal | Nervosa |

Pode-se perceber que as qualidades relatadas pelas participantes estavam tanto relacionadas a características em relação a si mesmas (responsável, alegre, força, honestidade, legal) quanto a características em relação ao outro (altruísmo, boa mãe), sendo que tais características estão dispersas homogeneamente entre os grupos. Já nos defeitos, as mães relataram dificuldades relacionadas ao humor (explosiva, briguenta, geniosa, mau humor, nervosa); dificuldades de personalidade (desligada, dificuldade de tomar decisões) e duas citaram como defeitos dificuldades em relação aos filhos, como ser exigente (P6) e a agressividade (P2), sendo que todas elas demonstraram o desejo de mudança em tais características avaliadas como defeitos.

A Tabela 5, abaixo, aponta indicativos de saúde das participantes, contendo respostas sobre consumo de álcool e drogas e frequência; qual a percepção delas sobre sua saúde global (se identificam algum problema de saúde); se fazem uso de algum medicamento contínuo e se tiveram ideação suicida.

Tabela 5: Condições de saúde das participantes.

| | Participantes | Álcool/Frequência | Saúde | Ideação suicida |
|----------------|----------------------|--------------------------|--------------------|------------------------|
| Grupo A | P4 | Não | Insônia | Sim |
| | P5 | Socialmente | Gastrite | Não |
| | P6 | Socialmente | Insônia | Sim |
| Grupo B | P7 | Socialmente | Ausência de queixa | Sim |
| | P8 | Não | Falta apetite | Não |
| | P9 | Não | Ansiedade | Sim |
| Grupo C | P1 | Não | Probl. Coluna | Não |
| | P2 | Socialmente | Depressão | Sim |
| | P3 | Socialmente | Insônia | Sim |

Conforme descrito na Tabela 5, a maioria das participantes fazia uso de bebida alcoólica socialmente (tendo relatado pouca quantidade aos finais de semana); nenhuma fazia uso de drogas; a maioria queixou-se de algum problema de saúde, sendo insônia o problema mais freqüente; apenas P2 relatou ter acompanhamento medicamentoso (antidepressivo), sendo o restante não ter afirmado utilizar quaisquer medicamentos; e duas participantes de cada grupo relatou ter tido ideação suicida.

Estão apresentados, na Tabela 6, respostas das participantes sobre o relacionamento com seus filhos, com descrição do relacionamento entre eles, entre os parceiros e os filhos, se elas encontram dificuldades ao educá-los e os motivos que atribuem a tal dificuldade.

Tabela 6: Relacionamento com os filhos

| | Participantes | Mãe/Filhos | Pai/Filhos | Motivo |
|----------------|----------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Grupo A | P4 | Bom | Ruim | Explosiva |
| | P5 | Bom | Bom | Estressada |
| | P6 | Bom | Bom | Exigente |
| Grupo B | P7 | Bom | Ruim | Estourada |
| | P8 | Ruim | Ruim | Exigente |
| | P9 | Bom | Bom | Permissiva |
| Grupo C | P1 | Ruim | Ruim | Negligência |
| | P2 | Bom | Bom | Agressiva |
| | P3 | Bom | Ruim | Nervosa |

Pode ser observado, na Tabela 6, que apenas P8 (Grupo B) e P1 (Grupo C) relatou que o relacionamento com os filhos é ruim; duas participantes do Grupo A afirmou que o relacionamento entre os filhos e o parceiro é bom (P5 e P6), sendo que

apenas uma dos dois outros grupos fez tal afirmação (P2 e P9); todas as mães relataram ter dificuldade de manejar o comportamento dos filhos e os motivos estão relacionados a problemas de humor (explosiva, estressada, estourada, agressiva, nervosa) e estilos parentais inadequados (exigente, permissiva, negligente), sendo que no grupo A e C houve duas respostas relacionadas a problemas de humor e uma de estilo parental inadequado e no Grupo B duas respostas relacionadas a estilos parentais inadequados e uma de problemas de humor.

Por fim, concluindo a apresentação dos dados coletados na *Entrevista Inicial*, na Tabela 7 estão apresentadas as respostas das participantes referentes à infância e relacionamento com a família; abordando temas sobre a descrição da infância e ambiente familiar na época; como era o relacionamento com os pais e irmãos e quais os tipos de disciplina eram utilizados (aqui transformados em categorias). Algumas forneceram informações mais detalhadas sobre o relacionamento entre os membros da família.

Tabela 7: Descrição da infância e relacionamento familiar

| | Participantes | Infância | Ambiente | Pai | Mãe | Irmãos | Disciplina |
|----------------|---------------|----------|------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------|------------|
| Grupo A | P4 | Ruim | Ruim | Ruim (<i>Punitivo</i>) | Falecida Ruim | Bom Ruim | F, P |
| | P5 | Difícil | Ruim | Falecido Ruim | (<i>Punitivo</i>) Ruim | (<i>Brigas</i>) | F, P |
| | P6 | Ruim | Ruim | (<i>Agressivo</i>) | (<i>Passiva</i>) | Bom | F, P |
| Grupo B | P7 | Boa | Bom | Ruim (<i>Distante</i>) | Bom Bom | Bom | F, P |
| | P8 | Boa | Bom | (<i>Ausente</i>) | (<i>Amiga</i>) | Bom | F, P |
| | P9 | Ruim | Ruim | (<i>Ausente</i>) | Bom | (<i>Brigas</i>) | P |
| Grupo C | P1 | Boa | Sossegado | Ruim (<i>Ausente</i>) | Ruim (<i>Punitiva</i>) | Bom | F, P |
| | P2 | Ruim | Ruim | Bom | Ruim Ruim | Bom | F, P |
| | P3 | Ruim | Conturbado | Bom | (<i>Negligente</i>) | Bom | P |

F=Violência Física; P=Violência Psicológica.

Nota-se, na Tabela 7, que seis participantes avaliaram sua infância de maneira negativa, sendo todas as pertencentes ao Grupo A; uma do Grupo B e duas do Grupo C. Da mesma maneira, a maioria avaliou o ambiente familiar negativamente, sendo que apenas P1, P7 e P8 consideraram-no positivamente. Sobre o perfil do pai de cada participante na infância, no Grupo A é predominante o perfil agressivo, no Grupo B ausente e no Grupo C o perfil bom, sendo que duas deste último grupo, comparada ao total, avaliaram o pai de maneira positiva. Já no perfil materno, observam-se contrastes

entre o Grupo B e o Grupo C, sendo que no Grupo B predominou uma avaliação positiva e, nos Grupos A e C, negativa. A maioria das participantes descreveu o relacionamento com os irmãos como sendo bom, em contraste apenas com P5 e P9. Por fim, a forma de disciplina predominante dos pais das participantes em relação a elas durante a infância era por meio da violência física, atrelada à violência psicológica; apenas P3 e P9 relataram que a disciplina era realizada por meio de brigas, discussões e ameaças verbais, sem envolver violência física. Todas as participantes relataram a presença de violência psicológica.

Análises dos instrumentos BDI, CAP e IEP

Foram realizadas análises estatísticas com base no método de Wilcoxon, comparando as medidas intra-grupos (pré-teste/pós-teste; pós-teste/follow up) e, também, comparando os resultados entre grupos. Não foram encontrados quaisquer resultados estatisticamente significativos, conforme apresentado no relatório estatístico (Anexo 9).

Nas Tabelas 8, 9 e 10 a seguir, estão apresentados os escores dos instrumentos BDI, CAP e IEP aplicados nos momentos pré, pós-teste e follow up. Cada tabela está descrita pelos escores, a legenda de interpretação de tal escore e a média de escore por grupo em cada momento da intervenção.

Tabela 8: Escores do instrumento BDI nos momentos pré-teste, pós-teste e follow up

| | Participantes | BDI Pré | Legenda | Média | BDI Pós | Legenda | Média | BDI F | Legenda | Média |
|----------------|---------------|---------|---------|--------------|---------|---------|--------------|-------|---------|--------------|
| Grupo A | P4 | 17 | DL | | 5 | N* | | 8 | N | |
| | P5 | 9 | N | | 0 | N | | 8 | N | |
| | P6 | 10 | DL | 12 (DL) | 11 | DL | 5,3 (N)* | 0 | N* | 5,3 (N) |
| Grupo B | P7 | 11 | DL | | 9 | N* | | 9 | N | |
| | P8 | 17 | DL | | 19 | DL | | 23 | DM | |
| | P9 | 42 | DG | 23,3 (DM) | 23 | DM* | 17 (DL)* | 20 | DM | 17,3 (DL) |
| Grupo C | P1 | 17 | DL | | 12 | DL | | 5 | N* | |
| | P2 | 12 | DL | | 8 | N* | | 10 | DL | |
| | P3 | 25 | DM | 18 (DL) | 18 | DL* | 12,6 (DL) | 20 | DM | 11,6 (DL) |

N: não deprimido; **DL:** depressão leve; **DM** depressão moderada; **DG:** depressão grave.

De acordo com a Tabela 8, a maioria das participantes apresentou diminuição da pontuação na avaliação pós-teste, com destaque para P2, P3, P4, P7 e P9, que alteraram a classificação clínica para melhor. Ao analisar a média dos grupos, o Grupo A e B apresentaram mudança na classificação para melhor. No caso do BDI, que é uma escala negativa, quanto maior a pontuação, pior é a situação clínica do participante. Sendo assim, o fato de a maioria dos escores ter diminuído seria um aspecto benéfico. No follow up, P1 e P6 apresentaram uma melhor classificação em comparação ao pós-teste; P2, P3 e P8 apresentaram piora e a classificação das médias nos grupos continuaram as mesmas em comparação ao pós-teste.

A seguir, a tabela com os escores do instrumento CAP nos momentos pré-teste, pós-teste e follow up. Assim como o BDI, o CAP também é uma escala negativa, indicando melhor situação clínica para escores mais baixos. De acordo com a Tabela 9, pode-se observar escores do instrumento CAP com diminuição no pós-teste; com destaque para P1, P3, P4 e P9. As participantes P2, P6 e P8 tiveram um aumento, com alteração da classificação em P2. Os escores das médias dos grupos diminuíram, mas não o suficiente para alterar a classificação.

Tabela 9: Escores do instrumento CAP nos momentos pré-teste, pós-teste e follow up

| | Participantes | CAP Pré | Legenda | Média | CAP Pós | Legenda | Média | CAP F | Legenda | Média |
|---------|---------------|---------|---------|---------------|---------|---------|---------------|-------|---------|-------------|
| Grupo A | P4 | 263 | PA | | 145 | NA* | | 182 | NA | |
| | P5 | 192 | NA | | 134 | NA | | 164 | NA | |
| | P6 | 138 | NA | 197,6 (NA) | 185 | NA | 154,6 (NA) | 131 | NA | 159 (NA) |
| Grupo B | P7 | 329 | PA | | 321 | PA | | 205 | NA* | |
| | P8 | 221 | PA | | 253 | PA | | 285 | PA | |
| | P9 | 251 | PA | 267 (PA) | 123 | NA* | 232,3 (PA) | 143 | NA | 211 (NA) |
| Grupo C | P1 | 272 | PA | | 211 | NA* | | 267 | PA | |
| | P2 | 104 | NA | | 237 | PA | | 187 | NA* | |
| | P3 | 323 | PA | 238 (PA) | 198 | NA* | 215,3 (PA) | 251 | PA | 235 (PA) |

NA: comportamento não abusivo; PA: comportamento potencialmente abusivo.

No follow up, P2, P6 e P7 apresentaram diminuição no escore, sendo que P2 e P7 alteraram a classificação de *Comportamento Potencialmente Abusivo* para *Comportamento Não Abusivo*; P1, P3, P4, P5, P8 e P9 tiveram aumento no escore com mudança na classificação de P1 e P3 de *Comportamento Não Abusivo* para *Comportamento Potencialmente Abusivo*. Apesar desse aumento nos escores de P1 e P3

no follow up, pode-se observar que tais escores ainda são menores quando comparados aos encontrados na fase do pré-teste. Em relação aos grupos, o Grupo A e C apresentaram aumento no escore, mas mesmo assim continuaram em valor menor que comparado ao pré-teste, e o Grupo B apresentou diminuição e alteração da classificação de *Comportamento Potencialmente Abusivo* para *Comportamento Não Abusivo*. A seguir, a tabela com os escores do instrumento IEP nos momentos pré-teste, pós-teste e follow up.

Tabela 10: Escores do instrumento IEP nos momentos pré-teste, pós-teste e follow up

| | Participantes | IEP Pré | Legenda | Média | IEP Pós | Legenda | Média | IEP F | Legenda | Média |
|---------|---------------|---------|---------|-----------------|---------|---------|----------------|-------|---------|---------------|
| Grupo A | P4 | 35 | RAb | | 80 | O* | | 85 | O | |
| | P5 | 10 | Risco | | 85 | O* | | 75 | RAc | |
| | P6 | 20 | Risco | 21,6 (Risco) | 45 | RAb* | 66,6 (RAc)* | 50 | RAb | 73,3 (RAc) |
| Grupo B | P7 | 20 | Risco | | 35 | RAb* | | 80 | O* | |
| | P8 | 90 | O | | 97 | O | | 90 | O | |
| | P9 | 96 | O | 68,6 (RAc) | 97 | O | 76,3 (RAc) | 97 | O | 89 (O) |
| Grupo C | P1 | 17 | Risco | | 20 | Risco | | 50 | RAb* | |
| | P2 | 35 | RAb | | 30 | RAb | | 50 | RAb | |
| | P3 | 25 | Risco | 25,6 (Risco) | 75 | RAc* | 41,6 (RAb) | 75 | RAc | 58,3 (RAc) |

Risco: Estilo Parental de risco; **RAb:** Estilo parental regular e abaixo da média; **RAc:** Estilo parental regular e acima da média; **O:** Estilo parental ótimo.

Em contraposição aos outros instrumentos apresentados, o IEP é uma escala positiva, ou seja, quanto maior o escore, melhor é a situação clínica do participante. Conforme observado na Tabela 10, nos escores do IEP, quando se compara pré-teste/pós-teste, houve aumento no escore de todas as participantes (com exceção de P2), com destaque para P3, P4, P5, P6 e P7 (uma de cada grupo). Todos os grupos, também, apresentaram aumento no escore, sendo que o Grupo A e Grupo C apresentaram mudança na classificação: o Grupo A de *Estilo Parental de Risco* para *Estilo parental regular e acima da média* e o Grupo C de *Estilo Parental de Risco* para *Estilo parental regular e abaixo da média*, sendo que no Grupo A observa-se maior diferença entre o pré/teste e pós-teste. No follow up, P1 e P7 alteraram a classificação para melhor; P3 e P9 mantiveram o escore e P5 e P8 apresentaram diminuição. Em relação aos grupos, todos apresentaram aumento no escore, sendo que o Grupo B e o Grupo C apresentaram alteração na classificação para melhor.

Análise baseada no Método JT

As análises realizadas por meio do método JT foram feitas individualmente e por grupo. Cabe ressaltar que as análises referentes aos dados coletados do IEP estão apresentadas com base nas categorias estipuladas pelo instrumento: monitoria positiva, comportamento moral, punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico.

Assim como dito anteriormente, os instrumentos BAI, CAP e algumas categorias do IEP (punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico) são escalas negativas, ou seja, quanto maior o escore, pior é o status clínico do participante. Por isso, os eixos dos gráficos desses instrumentos e categorias foram invertidos para que a análise fosse possível, conforme descrito em Aguiar, Aguiar e Del Prette (2009). Devido ao grande volume de figuras, foi considerado apresentá-las em anexo (Anexo 10), sendo todos os dados resumidos na Tabela 11.

Os dados dispostos na Tabela 11 ilustram que o Grupo C concentrou maior número de resultados relacionados à significância clínica (SC) e mudança positiva confiável (MC), uma vez que as participantes de tal grupo foram as que mais apresentaram resultados significativos. No entanto, cabe ressaltar que a diferença entre o Grupo C e o Grupo A foi pouca, pois o Grupo C concentrou dois resultados significativos e o Grupo A um resultado. No Grupo B não foram verificados resultados significativos.

Tabela 11: Resumo dos principais achados da análise baseada no Método JT

| | Categorias | Momentos de Avaliação | GRUPOS | | | PARTICIPANTES | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|--------|----|----|---------------|--------|----|--------|--------|--------|----|----|----|----|
| | | | GC | GA | GB | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | |
| BDI | -- | Pré/Pós | | | | | | | MC | | | | | | MC |
| | | Pós/FU | | | | | | MC | MC | | | | | | |
| CAP | -- | Pré/Pós | | | | | | | | | | | | | |
| | | Pós/FU | | | | | | | | | | | | | |
| IEP | Monitoria Positiva | Pré/Pós | | | | | | | | | | | | MC | |
| | | Pós/FU | | | | | | | | | | | | | |
| | Comportamento Moral | Pré/Pós | | | | | | | MC | | | | | | |
| | | Pós/FU | | | | | | | | | | | | | |
| | Punição Inconsistente | Pré/Pós | | | | | | | | | | | | | |
| | | Pós/FU | | | | | | | | | | MC | | | |
| | Negligência | Pré/Pós | | | | MC | | | | | MC, SC | | | | |
| | | Pós/FU | | | | | | | | | | | | | |
| | Disciplina Relaxada | Pré/Pós | | | | | | MC | MC, SC | | | | | | |
| | | Pós/FU | | | | SC | | | | | | | | | |
| Monitoria Negativa | Pré/Pós | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pós/FU | | | | | | | | | | | | | | |
| Abuso Físico | Pré/Pós | | | MC | | | | | MC | MC, SC | | | | | |
| | Pós/FU | MC, SC | | | | MC, SC | MC, SC | | | | | | | | |
| | TOTAL | | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | |

FU=Follow up; MC=Mudança Positiva Confiável; SC=Significância Clínica

Análise dos Registros Diários

Em seguida, são apresentadas as figuras referentes aos registros diários, indicando o desempenho das participantes em relação às variáveis Bem-Estar (BE) e Senso de Competência Parental (CP). Nas figuras estão ilustradas as médias das notas por semana em relação a cada participante e, em seguida, em relação a cada grupo. É importante retomar que as duas primeiras semanas fazem parte da linha de base (LB).

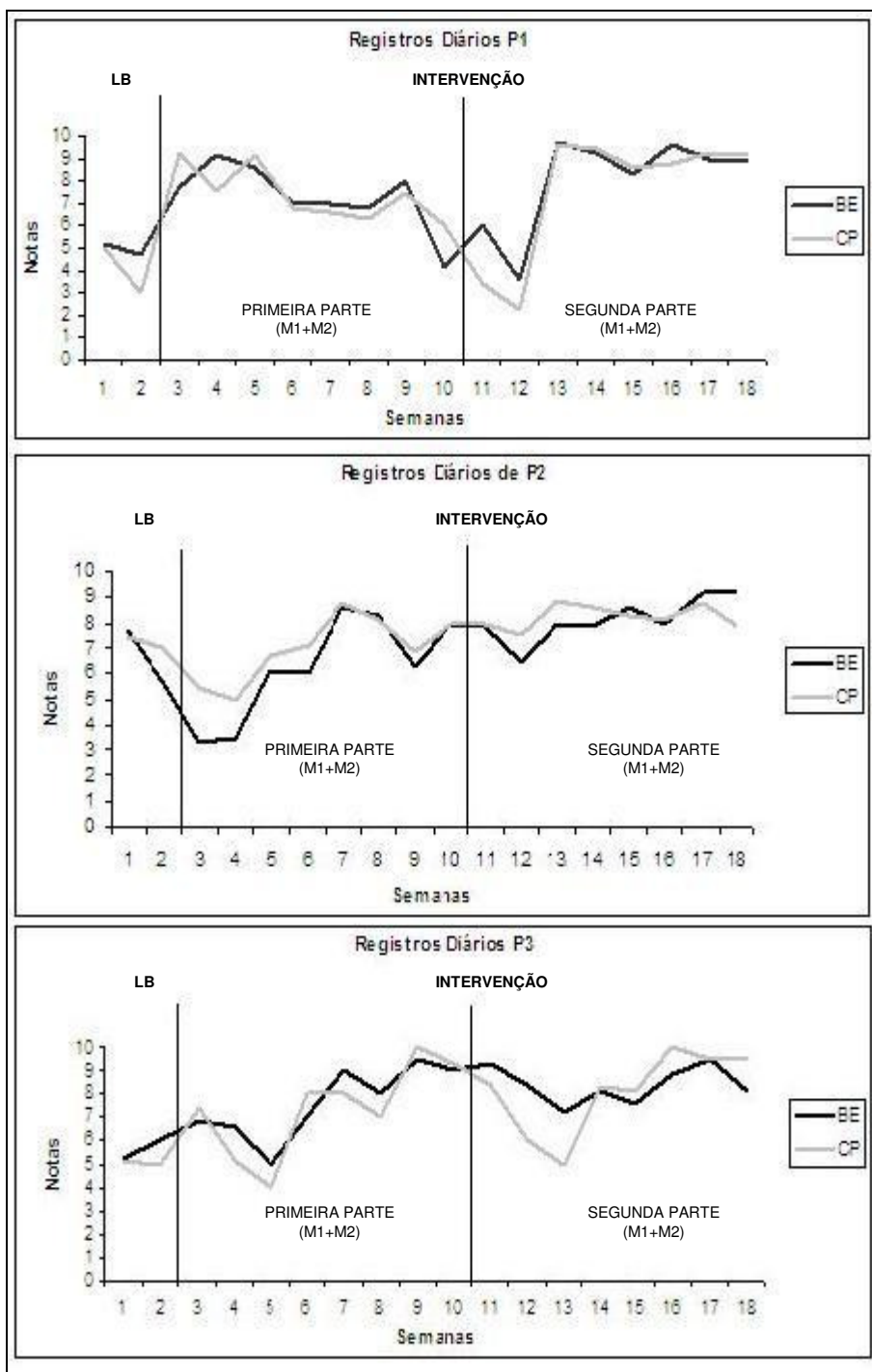


Figura 38: Registros diários de P1, P2 e P3 (Grupo C).

Pode-se observar, na Figura 38, que P1 apresentou notas baixas no momento pré-teste (entre 3-5) em ambas as variáveis. Na primeira metade da intervenção, nota-se um aumento nas primeiras sessões e movimento decrescente nas notas próximas à metade, sendo as notas da 11^a e 12^a semana apontadas com menores notas. A partir da 13^a sessão as notas aumentaram, mantendo-se entre 8-9 até o final da intervenção. Pode-se notar que as menores médias foram avaliadas na variável *Competência Parental* (CP), sendo que ambas as variáveis apresentaram semelhança na média das notas na maior parte dos registros avaliados, com destaque nas últimas semanas da intervenção. A diferença encontrada nos momentos pré-teste e final da intervenção pode ser avaliada como expressiva (de 3-5 para 8-9) para P1.

Sobre os registros diários de P2, nota-se que a participante atribuiu notas altas na primeira semana do pré-teste (7-8), mas na segunda semana as notas caíram em ambas as variáveis, sendo a relacionada a BE pior avaliada naquela semana pela participante (em torno de 6 pontos). Na 3^a e 4^a semana as notas diminuíram (3-4 para BE e 5-6 para CP), sendo que nas duas semanas seguintes houve aumento até atingir o nível máximo desta primeira metade da intervenção, entre as notas 8-9. A partir da segunda metade da intervenção pode-se notar que, na maioria das semanas, as médias das notas atribuídas a ambas as categorias estavam relacionadas, variando entre 7-9. Comparando-se pré-teste e fim da intervenção, percebe um aumento sutil (de 7-8 para 8-9) com estabilidade nesses valores na segunda metade da intervenção.

Pode-se verificar que os registros de P3 apresentaram médias entre 5-6 no momento pré-teste. Comparando-se as duas partes da intervenção, pode-se dizer que a participante apresentou maiores oscilações nas três semanas iniciais de cada parte da intervenção (3^a, 4^a e 5^a; 11^a, 12^a e 13^a), sendo que nas últimas semanas de cada parte as médias das notas foram apontadas entre os valores 8-10. Também verifica-se a relação entre ambas as variáveis nos registros dessa participante (como nas demais), sendo as piores notas registradas referentes à variável CP. No entanto, na última semana, a participante avaliou-se melhor em relação a CP (9-10) em comparação a BE (8). Verifica-se, para essa participante, uma diferença expressiva entre os momentos pré-teste (5-6) e o final da intervenção (8-10).

A seguir, são ilustrados os registros diários de P4, P5 e P6 na figura 39. Nos registros de P4, observa-se que ambas as variáveis estavam fortemente relacionadas e as notas apresentaram poucas oscilações ao longo do estudo, com valores similares aos do pré-teste (6-8). Na 6^a e 7^a semana verifica-se uma leve queda, mas a curva retorna aos valores medianos da 8^a semana em diante. Não se podem avaliar alterações expressivas

nas médias das notas registradas por P4 em ambas as categorias, quando se compara o pré-teste e o final da intervenção.

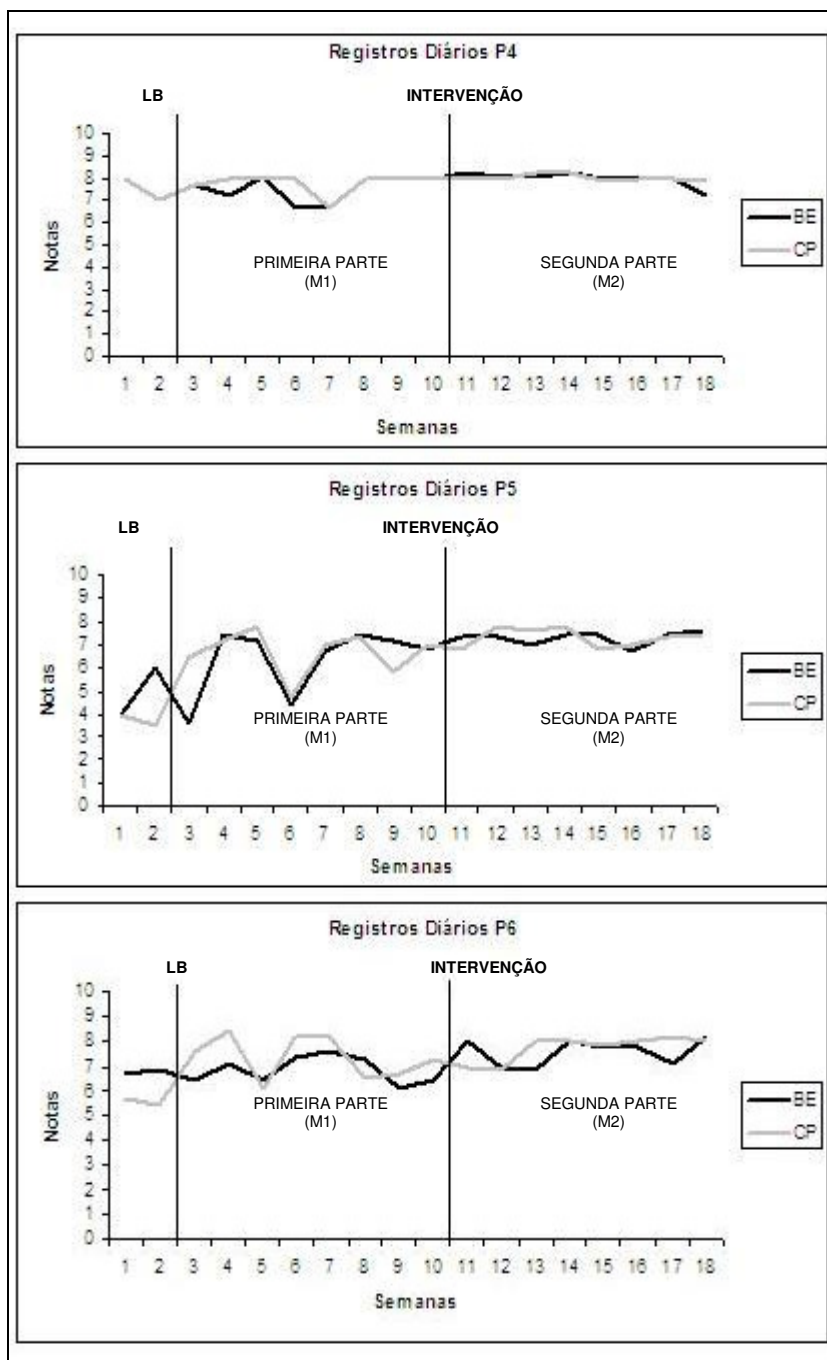


Figura 39: Registros diários de P4, P5 e P6 (Grupo A).

Os registros de P5 indicam maiores oscilações na primeira parte da intervenção ao se comparar com a segunda. Na fase do pré-teste, a participante atribuiu piores notas (4) referentes a ambas as categorias na primeira semana, sendo que BE foi melhor avaliada na segunda semana (5-6) e os valores de CP apresentaram uma leve queda (3-4). Na terceira semana tais variáveis foram avaliadas de maneira oposta, apresentando

uma queda na avaliação de BE e melhor avaliação de CP. Nas semanas 4 e 5 as notas foram avaliadas em média entre 7-8, apresentando nova queda na 6ª semana. A partir da 7ª semana as notas variavam entre 7-8, com leve queda de CP na 9ª semana. A partir da 10ª semana os valores se mantiveram em tal média. Ambas as variáveis indicam uma relação nos registros dessa participante, principalmente a partir da 4ª semana. Percebe-se uma diferença expressiva nas médias quando se compara o pré-teste (3-6) e fim da intervenção (7-8).

Nos registros de P6, nota-se que a variável que mais oscilou foi CP, principalmente na primeira metade da intervenção. Na fase do pré-teste, a participante avaliou-se de maneira pior na variável CP (5-6) em comparação à variável BE (6-7). Ao longo da intervenção, a variável BE oscilou entre as médias 6-8, sendo que as notas mais baixas foram identificadas nas semanas 9 e 10. Ao se comparar as médias de CP no pré-teste e no final da intervenção, nota-se aumento de 5-6 para 8.

Em seguida, são apresentados os registros de P7, P8 e P9. Nos registros de P7, verifica-se que a participante avaliou-se com médias altas no pré-teste (7-9), sendo CP melhor avaliada que BE nas três primeiras semanas. A partir da 6ª semana, nota-se inversão de tais valores, sendo BE melhor avaliado que CP. Da 7ª semana até a 11ª não foi observada uma oscilação nas médias, sendo CP melhor avaliada que BE neste período. Na 12ª semana, ambas as variáveis são avaliadas com notas piores, com maior queda observada em CP, sendo os valores restaurados nas semanas 13 e 14. Na 15ª semana há, novamente, leve queda nas avaliações das variáveis, sendo que desta vez a pior queda foi em BE. Na semana 16 os valores aumentaram, e nas duas últimas semanas caíram novamente. Apesar das oscilações, as médias avaliadas eram altas ao se observar toda a curva ao longo do estudo (7-10), sendo praticamente as mesmas quando comparadas nos momentos pré-teste e final da intervenção.

Sobre os registros de P8, é observado que houve muitas oscilações e que ambas as variáveis parecem estar relacionadas (exceto no momento da 10ª semana). No pré-teste, as médias se encontravam entre 6-7, as quais se mantiveram nas duas próximas semanas da intervenção. Na 5ª semana houve uma queda brusca, sendo BE avaliado com média 1 e CP avaliado entre 3-4. Nas semanas seguintes, tais notas aumentaram gradativamente, com destaque para a 10ª semana, na qual houve queda na avaliação de BE, mas aumento na avaliação de CP. Na segunda parte da intervenção, pode-se notar que as médias se mantiveram na nota 6 até a 15ª semana, em que as notas de ambas as variáveis apresentaram queda de 1 ponto. A partir da 16ª semana observa-se aumento da média entre 7-8, valores que permaneceram até a última semana. Comparando-se com o

pré-teste, as médias de tal período e das últimas semanas de intervenção foram praticamente as mesmas.

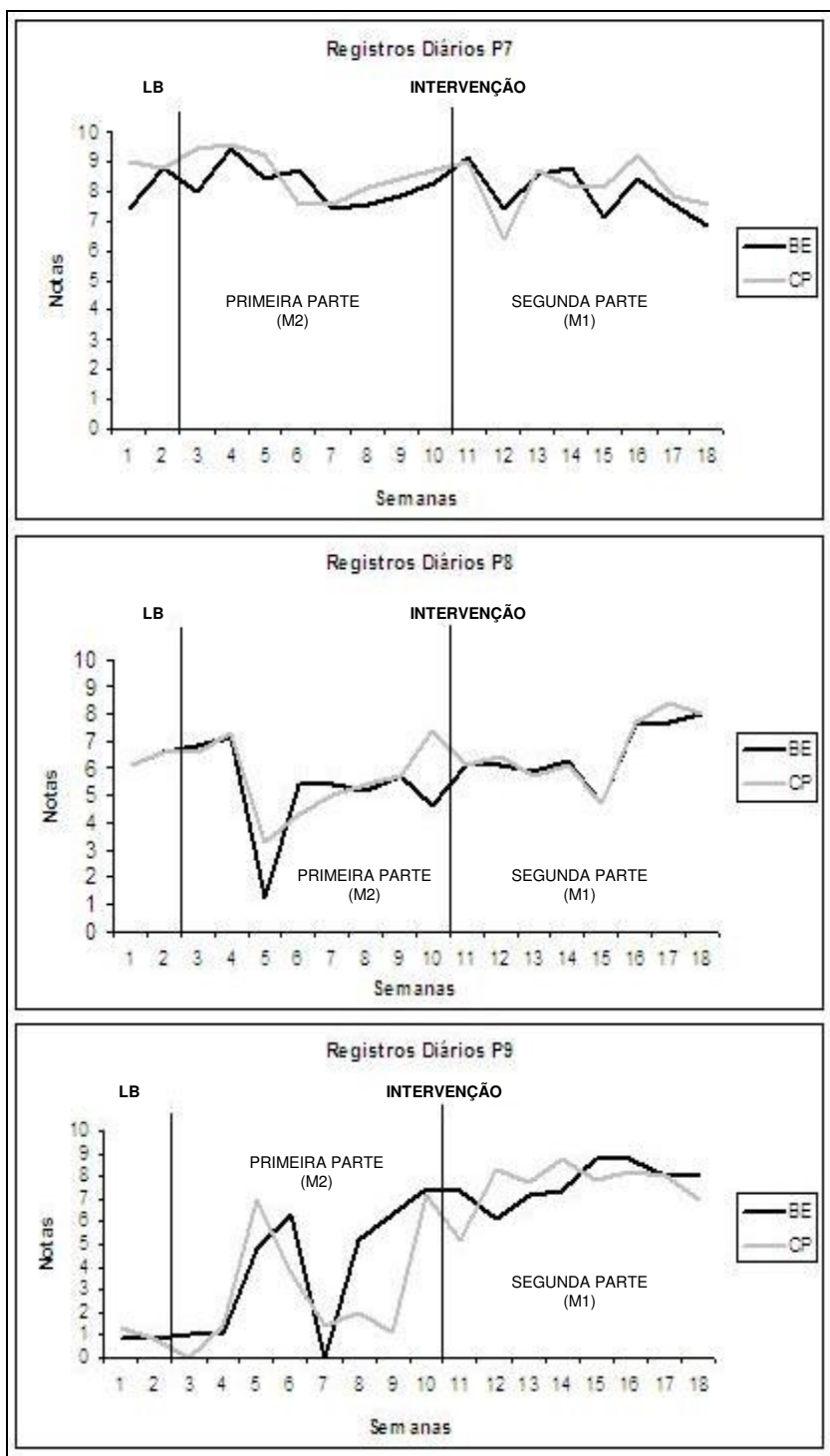


Figura 40: Registros diários de P7, P8 e P9 (Grupo B).

Os registros de P9 indicam configurações diferentes entre as duas partes da intervenção, sendo a primeira contendo menores notas atribuídas pela participante e com maiores oscilações e na segunda parte tais médias aparecem melhor avaliadas e as

variáveis com menor oscilação. Observa-se que a participante atribuiu notas muito baixas em ambas as categorias no pré-teste (0-2), sendo que tal padrão se manteve até as duas próximas semanas, já pertencentes à intervenção. A partir da 4ª semana, as avaliações melhoraram, com maiores notas atribuídas a variável CP. Na 7ª semana novamente há uma brusca queda, sendo a avaliação de BE menor pontuada. No entanto, nas duas próximas semanas, tal variável apresenta maiores médias (5-6), enquanto que CP se mantém baixa (1-2). Nas semanas 9 e 10 as variáveis apresentam melhores avaliações, tendo a participante atribuído notas entre 5-7. Na segunda metade da intervenção, nota-se que na semana 11 há nova queda em CP, mas BE se mantém; nas semanas 12, 13 e 14 as médias de CP se sobrepõem às de BE, sendo que o oposto ocorre nas duas semanas seguintes. Ao final da intervenção, a participante se avalia com médias entre 7-8, altamente contrastante com as médias do pré-teste. A seguir, são ilustrados os registros diários dos grupos, na figura 41.

Pode-se verificar uma menor oscilação nas médias das notas no Grupo A ao se comparar com os outros grupos. No pré-teste, as notas se mantiveram entre 5-6; na primeira parte da intervenção apresentou leves oscilações em relação à segunda parte; sendo que ao final da intervenção as médias se mantiveram entre 7-8. Além disso, verifica-se que as variáveis se tornaram cada vez mais relacionadas ao longo da intervenção, apresentando semelhança considerável nas últimas semanas. As diferenças entre as médias do pré-teste (5-6) e final da intervenção (7-8) foram mais sutis em comparação as diferenças apresentadas pelo Grupo C.

Nos registros do Grupo B, é possível observar maiores oscilações de notas em comparação aos outros grupos. As médias se mantiveram entre 5-6 no pré-teste; houve oscilações marcantes na primeira parte da intervenção, variando as notas entre 4-8; e no final da mesma as notas variaram entre 7-9. As variáveis BE e CP não apresentavam relações nas médias das notas tanto no pré-teste quanto na primeira metade da intervenção; sendo tal relação observada somente a partir da 14ª semana. Comparando-se as médias do pré-teste, percebe-se que houve diferença nas médias, sendo inicialmente 5-6 e, ao final, 7-8. Tal diferença ainda é menor quando comparada à verificada no Grupo C.

No que se refere ao Grupo C, a média das notas das participantes P1, P2 e P3 se mantiveram entre 5-6 no pré-teste. Na primeira parte da intervenção, houve uma oscilação entre as notas 6-8; e na parte final da intervenção apresentou uma queda na 12ª semana, tendo aumento gradual até a média 8-9 ao final da intervenção. Além disso,

observa-se que as duas variáveis (BE e CP) estavam relacionadas e os valores ao final da intervenção (8-9) são maiores em comparação ao pré-teste (5-6).

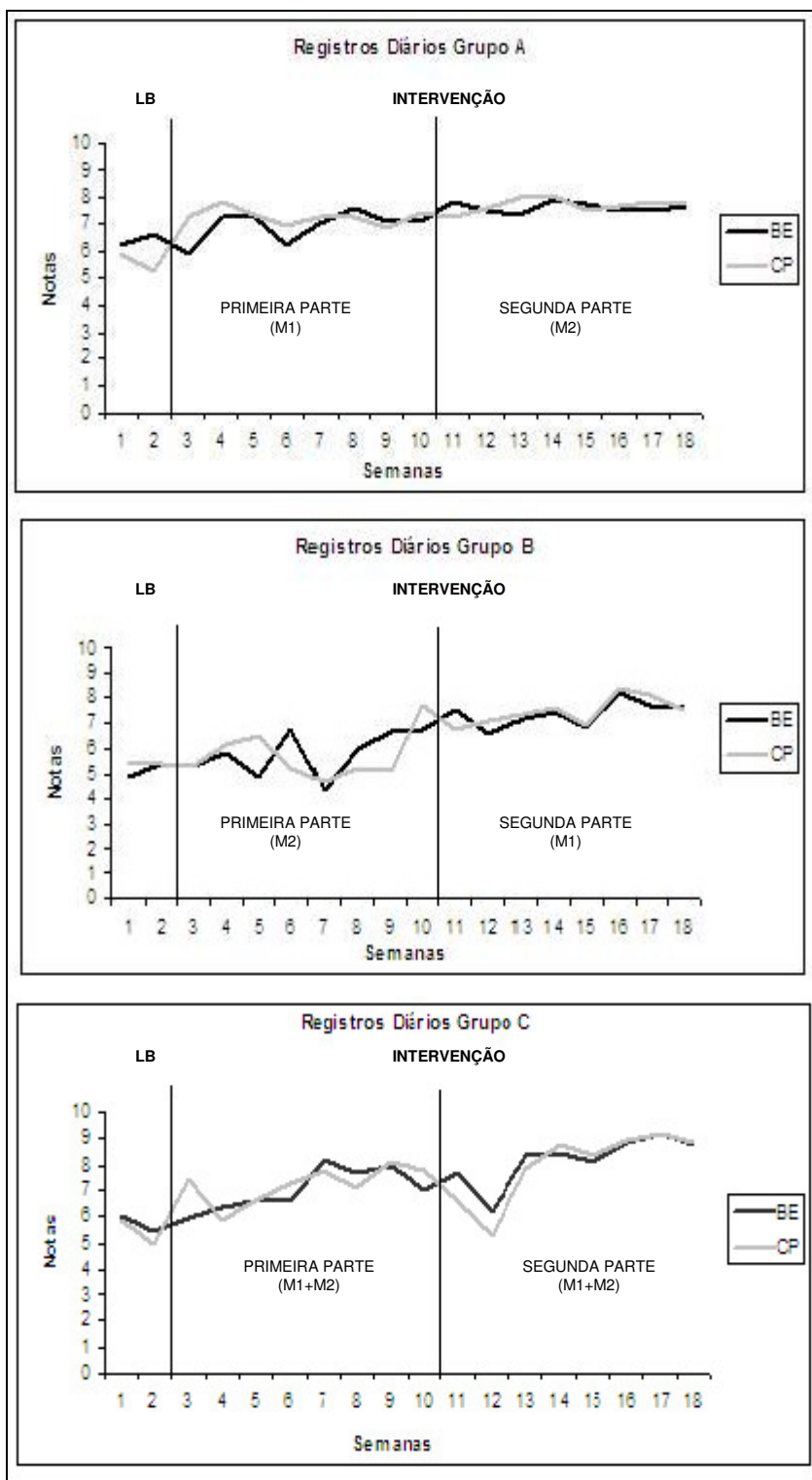


Figura 41: Registros diários apresentados por Grupo.

Em síntese, pode-se dizer que todas as participantes se atribuíram melhores notas em ambas as variáveis ao final da intervenção em comparação ao pré-teste. No entanto, as médias das notas observadas ao comparar pré-teste e fim da intervenção das do Grupo C se apresentaram com maior diferença. Por isso, considerou-se que as participantes do Grupo C apresentaram melhor desempenho ao final da intervenção em comparação às dos outros grupos analisados nesta análise dos *Registros Diários*.

Avaliação do Programa pelas participantes

A seguir estão apresentadas as análises realizadas a partir das respostas das participantes da *Avaliação do Programa* de ambos os módulos. Foram selecionadas algumas respostas consideradas relevantes para ilustração de algumas questões.

⇒ Avaliação do Módulo 1

Todas as participantes avaliaram o Módulo 1 de maneira satisfatória, tendo declarado aprendizado sobre os direitos e deveres e ampliado a idéia de que os problemas que elas apresentavam também eram enfrentados por outras mulheres e que existia uma solução para os mesmos. Relataram ter aproveitado as técnicas de prevenção de depressão, como relaxamento, caminhadas, resolução de problemas, entre outras; havendo um entendimento das situações-problema por um ângulo diferente que, por essa razão, facilitava o encontro de soluções para tais.

Considerou-se relevante a verbalização de P6 “*Eu achei muito importante, me fez muito bem. Tive a impressão que a cartilha foi feita para mim*” e de P9 “*Foi tão bom que melhorou o ambiente dentro de casa e até com meus amigos*”. As participantes também relataram que os objetivos deste módulo foram alcançados, apontando como ilustração a resposta de P4: “*Os objetivos foram atingidos no máximo, pois hoje eu consigo me ver como uma pessoa normal e me amo bem mais*”.

Sobre os aspectos positivos, apontaram as técnicas de relaxamento, autoproteção, autocuidado; relataram amadurecimento de idéias e obtenção de novas informações. Destaca-se a verbalização de P2: “*O mais importante pra mim foi que não permite acomodações*”. No que se refere aos possíveis aspectos negativos do Módulo 1, a maioria não indicou tal observação nas respostas, ilustrando com verbalização de P1: “*Nenhum, porque aqui com vocês estou sendo respeitada e sinto isso é de coração*” e apenas as seguintes participantes indicaram pontos negativos: P2 “*Um pouco teórico*

demais, tem coisas que não dá pra por em prática” e P8 *“Foi ruim ter lembrado de tudo que passei”*. Por fim, nenhuma participante indicou sugestões de mudanças.

⇒ Avaliação do Módulo 2

Todas as participantes avaliaram o Módulo 2 de maneira positiva, relatando ter aprendido informações importantes sobre como lidar com os filhos; principalmente sobre os limites e regras. Apenas P2 teceu uma crítica: *“Algumas coisas é difícil por em prática”*. A verbalização de P4 foi considerada como representativa da avaliação geral deste módulo: *“Muito bom pois através desse modulo vocês conseguem conscientizar muitas mães que nem eu de que bater não adianta, melhor mesmo é amar nossos filhos muito”*. Sobre os objetivos, todas as participantes relataram ter conseguido alterar o comportamento delas em relação aos filhos e, por consequência, conseguiram bons resultados (como, por exemplo, estipular limites e regras; como consequenciar o comportamento inadequado de maneira correta – ou seja, sem violência; diferença entre ameaça e recompensa).

Sobre os aspectos positivos, todas as mães elogiaram a maneira como os temas eram apresentados, como sendo fáceis de entender e elogiaram as técnicas de manejo de comportamento, sendo considerado relevante a verbalização de P6: *“Me ensinou a ter autocontrole, pensar antes de agir”*. Na questão sobre os aspectos negativos, nenhuma participante indicou nas respostas quaisquer aspecto negativo, com exceção de P8, referindo-se à cartilha: *“Ela fala e ensina muito a mulher ser mãe e ensinar seus filhos mas não fala do papel do pai na educação dos mesmos”*. Sobre sugestões de mudanças, algumas preferiram não apontar, pois consideraram que estava ótimo daquele jeito e outras solicitaram que fossem apresentados mais exemplos. Como exemplo, foi considerado relevante a verbalização de P4: *“Não tenho sugestões, vou parabenizá-los pelo trabalho que vocês fazem com as pessoas que precisam.”*. Como sugestão de mudança, P8 apontou a seguinte questão: *“Ensinar a mulher a exercer o lugar vazio deixado pelo pai após a separação, pois não sei se estou conseguindo!”*.

Por fim, com base dos resultados do follow up, foi dada alta psicoterapêutica às participantes P1, P2, P3, P4 e P5. As participantes P6, P7, P8 e P9 foram encaminhadas para o Programa de Estágio da Universidade para ter um acompanhamento a fim de reavaliar suas queixas e possibilidades de intervenção. P6, P7 e P9 tiveram acompanhamento psicológico por três meses para preencher o critério da alta terapêutica. P8 era a participante que mais precisava de ajuda, mas acabou mudando de cidade e não foi possível comparecer às sessões de terapia.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo comparar a eficácia de três procedimentos diferentes de intervenção cognitivo-comportamentais a mulheres com histórico de violência em termos das variáveis bem-estar e senso de competência parental. Com base nos resultados apresentados, cabe destacar, em primeiro lugar, que as participantes apresentaram 100% de adesão. Além desse fato indicar a confiabilidade dos dados, pois não houve perdas em função de desistências, considera-se tal desempenho como louvável, dadas as variáveis de risco associadas às participantes. A adesão pode ser explicada em termos dos efeitos do Projeto Parceria em si, bem como das estratégias utilizadas para maximizar a adesão (fornecimento de passes de transporte, horário e local convenientes, chamadas eletrônicas e fornecimento de brindes conforme a frequência).

As estratégias foram cuidadosamente planejadas para se tentar manter a frequência das participantes, uma vez que é observada em pesquisas que envolvem participantes com baixa escolaridade e risco psicossocial uma tendência em desistir ao longo da intervenção (Rios, 2008), decorrente das condições adversas nas quais elas estão submetidas. Assim, tal planejamento teve como objetivo aumentar a frequência das participantes nas sessões e, com isso, fazer com que pudessem perceber a provável utilidade do programa de intervenção disponibilizado - o que, por desistências iniciais, comuns a participantes deste perfil, tal fato dificilmente poderia ser verificado. Além disso, o fornecimento de passes, a adequação dos horários, chamadas telefônicas entre as sessões e o bom vínculo terapêutico foram fatores que podem ter favorecido a total adesão. Cabe citar que as estratégias aqui utilizadas podem ser adotadas em outras pesquisas cujas populações apresentam altas chances de desistência, evidentemente incluindo características específicas de cada perfil de participante.

A maioria das participantes permanecia no relacionamento com o agressor; tinha baixa renda e escolaridade; sofria violência do parceiro logo nos primeiros anos no relacionamento, sendo que tal violência envolvia as modalidades física e psicológica e quatro mulheres também relataram ter sofrido violência sexual. A maioria das participantes sofria alto grau de violência, que além disso tinha frequência constante. As mulheres, no geral, não possuíam informações ou tampouco apoio de colegas sobre o contexto vivido; acreditavam que não mereciam tal violência e, no entanto, se culpavam. Elas tinham medo do parceiro e não se consideravam no controle da agressão dele, mas nutriam sentimentos por ele. A maioria acreditava que era necessário separar,

mas permanecia com o parceiro e não tinha possibilidades de se manter sozinha financeiramente.

Tais dados corroboram o que é observado na literatura (Sinclair, 1985; Saffioti, 1997; Soares, 1998; Williams, 2001), principalmente ao fato de que essas mulheres não têm apoio de colegas ou de instituições sobre como proceder na condição de violência que vivem, como meios de proteção, informações sobre os Direitos Humanos, a importância da denúncia, entre outras. Além disso, observa-se o ciclo de violência se mantendo, com a mescla de sentimentos amorosos e de culpa, medo; desejo de separar-se, e não possuindo condições de se manter sozinhas, como exposto por Walker (1979).

Em relação às respostas referentes ao bem-estar e saúde das participantes, a maioria descreveu qualidades e defeitos relacionados ao humor e não a características pessoais, como por exemplo ser alegre, briguenta ou nervosa (ver Tabela 4), fato que pode influenciar na maneira de educar os filhos (agressivamente, no caso). Tal hipótese tem relação com as respostas das participantes referentes às dificuldades na educação, cujos motivos apontados estavam condizentes com o humor, como observado nos estudos de Pianta e Egeland (1990); O'Leary, Slep e O'Leary, (2000); Lyons-Ruth, Wolfe, Lyubchik e Steingard (2002). Soma-se a essa situação instável de humor a condição de saúde relatada, pois a maioria queixou-se de tais problemas (inclusive, ideação suicida), também apontado no artigo de Williams (2001).

Por fim, o histórico de sua infância e modelos parentais pode ter relação com o desempenho da maioria das mães, pois relataram ter sido corrigidas disciplinarmente de maneira punitiva pelos pais, inclusive caracterizando-os como tal e descrevendo o relacionamento com os mesmos de maneira negativa. Esse fenômeno observado pode ser considerado como a intergeracionalidade das pr da prática Tal risco de transferência de práticas educativas inadequadas para outras gerações também foi apontado por Oliveira et al. (2002); Serbin e Karp (2003); Weber, Selig, Bernardi e Salvador (2006).

Analisando-se os dados em termos de uma comparação do pré-teste/pós-teste e follow-up, primeiramente em relação aos dados do BDI, observou-se que a maioria das participantes apresentou algum nível de depressão no pré-teste (dados que se relacionam aos relatos da entrevista inicial sobre sintomas de insônia, falta de apetite, gastrite); com exceção de P5. A diferença mais importante foi observada no Grupo A (diminuição de 7 pontos no BDI). Verificou-se, também, que os escores de todos os grupos no pós-teste se mantiveram de maneira semelhante no follow up, sugerindo a permanência dos possíveis efeitos do programa nas participantes.

Com relação ao CAP, não foi observada diferença expressiva nos resultados das médias dos escores dos grupos comparando pré-teste e pós-teste, sendo a maior diferença observada no Grupo A. No entanto, tal dado é discutível porque o escore desse grupo já pertencia à categoria de “comportamento não abusivo” no pré-teste e a conseqüente diminuição no pós-teste pode ter sido em função da maior facilidade por parte destas participantes em colocar em prática os temas das cartilhas. Outro ponto importante é que no pós-teste do Grupo C, a média foi 215,3 quando o limite para mudança de categoria (“comportamento não abusivo” para “comportamento abusivo”) é 215. Sendo assim, pode-se considerar que houve mudança importante, também, neste grupo, podendo ser considerada como mais efetiva em comparação ao Grupo A, pois mudou a categoria.

Quanto aos dados do IEP, observou-se que no Grupo A houve uma mudança para melhor nas categorias, a qual se manteve no follow up. No Grupo B, as categorias foram identificadas como iguais no pré-teste e no pós-teste, apresentando melhora no follow up. Finalmente, no Grupo C observou-se uma melhora crescente das categorias nos três momentos de avaliação, sendo a mudança mais importante observada no Grupo A comparando pré-teste/ pós-teste (de 21,6 para 66,6).

No entanto, quando se compara os escores e interpretações deste instrumento com o do CAP, observam-se incongruências: por exemplo, no pré-teste, P5 e P6 estão com interpretações diferentes das categorias de cada instrumento. P5 e P6 se encontram, no pré-teste, com escore referente à categoria “*Comportamento Não Abusivo*”, sendo que no mesmo momento da intervenção, mas com a avaliação do IEP, os escores de tais participantes se enquadram na categoria “*Estilo Parental de Risco*”. Tais observações também foram encontradas comparando-se os escores das participantes no pós-teste e nas médias entre os grupos, como ilustrado na Tabela 9.

Essa incongruência pode ser explicada porque o CAP é um instrumento mais robusto do que o IEP, possuindo escalas de validade, freqüência de dados replicados e mais corpo de pesquisa. Tal diferença entre os instrumentos pode ter acarretado nas incongruências observadas nos escores e interpretações das categorias. Além disso, Rios (2010) discute que a nota de corte do CAP no Brasil pode ser maior do que a definida no instrumento validado nos Estados Unidos, o que consiste em mais um ponto a se considerar frente as diferenças encontradas nas comparações das interpretações dos escores de ambos os instrumentos, uma vez que foi utilizada a nota de corte estadunidense no presente estudo. No entanto, essa disparidade entre os instrumentos parece não ter afetado na análise geral dos dados, visto que considerou-se o desempenho

de cada participante e de cada grupo na linha de base e ao longo da intervenção, conforme proposto no delineamento deste estudo.

Quando os dados foram analisados estatisticamente pelo método Wilcoxon não foram encontrados resultados com significância estatística, possivelmente em função do número restrito de participantes, sendo a análise destes instrumentos realizadas por meio do Método JT. Nessa análise, foram encontrados resultados pertinentes, considerados de relevância clínica e com mudança positiva confiável (conforme descrito na Tabela 11), diferentemente de outras análises estatísticas não-paramétricas (como a de Wilcoxon utilizada). Isso ocorreu, possivelmente, porque o Método JT parece representar uma alternativa importante nos casos de intervenção em pequenos grupos, quando não se dispõe de grupos controle e, também, nos casos de intervenções individuais com replicações para um pequeno número de indivíduos, por ser mais sensível a tais dados (Margison & cols., 2000). No entanto, deve-se reconhecer que a sua potencialidade requer ainda estudos empíricos sobre diferentes conjuntos de dados e problemas. O investimento nesse tipo de pesquisa, como realizado no presente estudo, pode, conforme Middel e van Solderen (2002), contribuir para ampliar as informações de procedimentos baseados em evidência.

Todas as participantes (com exceção de P8) apresentaram algum escore de mudança positiva confiável ou significância clínica, o mesmo apresentado pelas análises em grupo. As participantes do Grupo C foram as que mais apresentaram resultados significativos e as do Grupo B menos resultados significativos, com destaque para P8, que não apresentou nenhum. Tal fato pode ser explicado pela condição grave vivida pela participante ao ingressar na pesquisa: havia fugido do parceiro agressor, com o qual vivia há 25 anos e tinham 6 filhos; ele a havia violentado sexualmente e ameaçado a família com uma arma, quando foi acionada a polícia e conseguiram fugir. No momento da primeira sessão tal fato havia ocorrido há 4 meses e ainda estava muito abalada, com saúde frágil e tentando se estabilizar em uma nova cidade com seus filhos. Inicialmente, em função de sua situação especial, foram realizadas sessões de relaxamento e orientações específicas de apoio emocional, mas sem abordar os temas contidos no módulo 1 – uma vez que o grupo ao qual pertencia era o que seguia o procedimento Módulo 2 seguido de Módulo 1 (Grupo B).

Essa é outra questão para se justificar os resultados modestos observados ao seguir esse tipo de procedimento (módulo educacional antes do psicoterapêutico). Postula-se que as mulheres vitimizadas necessitem de informações e apoio focados para o histórico vivido. Quando o contexto da violência sofrida não é considerado logo de

início e outros pontos trabalhados (como a maneira de educar os filhos, neste caso) os resultados podem não ser satisfatórios. Questina-se a possibilidade de P8 ter sido determinante nos resultados observados quando se considera a média do Grupo B (no qual se integrava), em função da fragilidade do contexto apresentado pela participante. No entanto, também é hipotetizado que, caso a participante fosse submetida ao procedimento do Grupo C (os dois módulos ao mesmo tempo) poderia ter se beneficiado de maneira mais satisfatória, podendo ter apresentado resultados melhores do que os observados a partir do procedimento realizado no grupo que estava.

Nos registros diários, foi observado que na maioria dos registros (com exceção de P9), ambas as categorias *Bem-estar* e *Senso de competência parental* estavam relacionadas, pois as notas de avaliação das participantes em cada categoria estava condicionadas: quando se avaliavam mal no aspecto materno, a nota também se apresentava baixa no aspecto do bem-estar. Sendo assim, pode-se sugerir, tal como observado por Maia (2010), que o humor das participantes pode estar relacionado à competência parental ou vice versa. Este pode ser mais um indicativo de que o procedimento que mescle os dois módulos possa trazer resultados mais importantes, pois estaria abordando ao mesmo tempo os aspectos emocionais e de como educar os filhos de maneira positiva, contemplando ambas as necessidades identificadas com caráter urgente baseada nos relatos, registros e resultados dos instrumentos de cada participante.

Analisando-se por Grupos, o Grupo que apresentou maiores oscilações nos registros de BE e CP foi o Grupo B, sendo o Grupo A o que menos apresentou oscilações ao longo da intervenção e o Grupo C apresentou oscilações leves. Essas oscilações podem ser decorrentes do efeito da própria intervenção (por exemplo, a participante pode ter entrado em contato com alguma informação sobre violência ou práticas educativas que fez com que se avaliasse de maneira pior ou melhor em consequência disso).

Comparando-se os resultados do final da intervenção com os da linha de base, verifica-se que o Grupo C foi que o apresentou maior diferença nos escores, indicando que as participantes desse grupo atribuíram maiores notas ao final da intervenção em comparação às participantes dos outros grupos. A queda observada no Grupo C referente a 12ª semana pode estar relacionada ao tema abordado nas cartilhas. Nesse momento, eram abordados os capítulos 5 de cada módulo. No Módulo 1, o tema era sobre “O Impacto da Violência no Desenvolvimento Humano e no Desenvolvimento da Criança” associado ao capítulo 5 do Módulo 2, cujo tema era “Consequências Negativas

– Disciplina”. Talvez o amadurecimento da idéia de que disciplinar com violência, da maneira que tais mães costumavam fazer, produz efeitos negativos para o desenvolvimento de seus filhos possa ter influenciado nos resultados, como na atribuição de notas mais baixas na variável “Competência Parental” por ter considerado que o comportamento delas de disciplinar até então estava inadequado e, por conseqüência, ter atribuído nota pior na variável “Bem-Estar” pelo entendimento das conseqüências do impacto da violência em seus filhos. Dessa maneira, a associação de ambos os capítulos de cada módulo se relacionaram de tal forma que podem ter sensibilizado a participante a ponto de diminuir as notas naquele período.

No Grupo A, as pequenas oscilações ocorreram no período inicial da intervenção, o que entende-se como natural, pois a participante ainda está se familiarizando com a intervenção, além de estar enfrentando um tema difícil, que é falar sobre a violência sofrida. O interessante é que as avaliações de competência parental aumentaram de valor em comparação com as avaliações de bem-estar mesmo sob o efeito do Módulo 1, quando observado o período das semanas 3 até 6. Argumenta-se que as primeiras sessões deste módulo trabalham aspectos intensos do histórico de violência vivido; como, por exemplo, a atividade da linha da vida, na qual é pedido que a mãe relate os momentos que considera marcante ao longo de sua história, inclusive os episódios de violência sofridos por parte do parceiro. Nesse caso, considera-se que o emocional das participantes se torna mais sensível em comparação à sua avaliação como mãe, sendo essa a possível razão de se encontrar notas mais baixas nesse momento sobre a variável Bem-Estar.

No Grupo B foi possível observar oscilações maiores de ambas as categorias e, também, notas mais baixas em comparação aos outros grupos. Especialmente na primeira metade da intervenção, observou-se que as notas eram piores em comparação à segunda metade. Isso pode indicar que a mulher vítima de violência precisa de uma atenção sobre esse tema logo no início de uma intervenção, pois até mesmo as notas relacionadas à competência parental (que eram o tema da primeira parte da intervenção) permaneceram com valores baixos e oscilantes. Somente nas últimas semanas as participantes se atribuíram notas mais elevadas, o que pode ter sido favorecido pelo trabalho realizado com o Módulo 1.

Sobre as respostas das participantes coletadas nas Avaliações dos Módulos, observou-se que no Módulo 1 as participantes relataram ter aproveitado o Programa de maneira satisfatória; fizeram vários elogios; os aspectos negativos indicados são condizentes com as dificuldades sofridas pelas participantes (como o *déficit* do

repertório que dificulta colocar em prática algumas situações ensinadas, além da rememoração da condição aversiva sofrida, o que provoca sentimentos negativos) e não indicaram mudanças a ser realizadas. A verbalização de P6 (*“Eu achei muito importante, me fez muito bem. Tive a impressão que a cartilha foi feita para mim”*) revela que o conteúdo abordado estava em congruência com o perfil da mulher vítima de violência; e a verbalização de P9 (*“Foi tão bom que melhorou o ambiente dentro de casa e até com meus amigos”*) indica a generalização do tratamento proposto por este módulo ao ambiente da participante.

Na Avaliação do Módulo 2, as participantes demonstraram ter aproveitado o Programa de maneira satisfatória, assim como observado na Avaliação do Módulo 1. As mães fizeram vários elogios, sendo o aspecto negativo relatado por P8 relacionado a uma nova condição na qual estava se deparando recentemente, a qual era a separação de um relacionamento de 25 anos e, por isso, condizente com tal dificuldade; e a mudança sugerida por P2 pode ser considerada em uma nova aplicação do Programa. Dessa maneira, considera-se que em nível teórico as participantes aproveitaram os conteúdos abordados, mesmo que na prática (como apontados nos registros diários) tais questões não tenham sido representadas da mesma maneira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo trouxe uma contribuição relevante no que se refere a procedimentos de intervenção com mulheres vítimas de violência, com objetivo de prevenir problemas de comportamento em seus filhos, pois indicou qual procedimento seria o mais eficaz para se trabalhar com mulheres deste perfil. É importante ressaltar que, apesar da identificação do procedimento mais eficaz, foi observado que os três procedimentos avaliados contribuíram para melhora do desempenho das respectivas participantes ao final da intervenção, sendo o procedimento ‘Módulo 1 e 2 concomitantes’, ou seja, o que aborda o aspecto psicoterapêutico e educacional simultaneamente, considerado como o mais eficaz dentre os três.

A questão de se determinar o procedimento mais eficaz na condução de intervenção com mulheres desse perfil foi considerada relevante devido ao caráter urgente do contexto de violência vivido por tais participantes e da possibilidade de realização de intervenções seguindo procedimentos diferentes. Dessa maneira, determinar a eficiência de um procedimento torna-se uma tarefa imprescindível para atingir um resultado positivo em intervenções desse modelo.

Cabe destacar, também, a importância de se ter utilizado mais de um instrumento na coleta de dados. Por exemplo, o BDI e IEP e CAP eram instrumentos quantitativos que avaliaram o bem-estar da mãe e seu desempenho parental, e foram complementados com as informações coletadas a partir dos Registros Diários referentes às mesmas categorias. Assim, são feitas análises globais dos resultados de todos os instrumentos, o que individualmente poderia indicar resultados diferentes. Além disso, as respostas coletadas pelas participantes ao final da intervenção sobre a avaliação que fizeram do programa foi importante para obter feedback concreto acerca dos pontos positivos e negativos de ambos os módulos.

No entanto, foram observadas algumas limitações, como por exemplo, o fato de não se ter controlado a variável “gravidade da violência sofrida”. Argumenta-se que ao controlar tal variável poderia-ser uma análise mais confiável na conclusão sobre o tipo de procedimento mais eficiente. Além disso, outras limitações se referem à falta de outras medidas que poderiam ser importantes para uma análise mais completa, como dados observacionais da interação mãe-filho, bem como aplicação de instrumento com os filhos de tais mães contemplando informações sobre a interação mãe-filho e, também, aplicação de instrumento com os professores dessas crianças, buscando coletar dados acerca do comportamento da criança em sala de aula. Outra limitação, já mencionada, seria a do próprio Método JT, utilizado para analisar os dados dos instrumentos BDI, CAP e IEP, o qual necessita de maiores pesquisas sobre a comprovação efetiva de tal Método.

Algumas sugestões podem ser feitas para estudos futuros, como a ampliação do Projeto Parceria com vários profissionais atuando em tal intervenção e, com isso, conseguir agregar maior número de participantes. Em relação às medidas de coleta de dados, considerou-se relevante reavaliar algumas questões da *Entrevista Inicial a Mulheres Vítimas de Violência Doméstica* no pós-teste, especificamente aquelas relacionadas ao bem estar da participante, seu relacionamento com o parceiro e com seus filhos. Além disso, parece importante acrescentar instrumentos de avaliação pré e pós-teste também com os filhos de tais participantes, como forma de comparar as respostas das mães e dos filhos, bem como a melhora ou piora, além de instrumentos com os professores de tais crianças.

Também considerou-se que seria interessante reaplicar ao final da intervenção alguns itens da *Entrevista Inicial com Mães Vítimas de Violência Doméstica*, como por exemplo, baseando-se no roteiro (anexo 7), o item 3, referente a rede de apoio; o item 4 sobre a condição do relacionamento; o item 5 sobre sua auto-imagem; o item 6 referente

às condições de saúde e, por fim, o item 7, sobre o relacionamento com os filhos. Além disso, poderia ser acrescentado mais uma medida de avaliação de bem-estar, como o inventário de ansiedade BAI para equilibrar os cálculos no momento de análise dos dados. Assim, ficariam duas medidas de bem-estar (BDI e BAI) e duas medidas de competência parental (CAP e IEP), além dos registros diários contendo ambas as variáveis.

Segundo Kazdin (2003), para avaliar a significância clínica de mudanças obtidas em uma intervenção terapêutica, é preciso considerar três indicadores: (a) a diferença entre as avaliações finais e as da pré-intervenção; (b) o impacto social em medidas reconhecidamente relevantes de ajustamento psicológico, como evasão/adesão e (c) a avaliação subjetiva do cliente ou de seus significantes. A partir das análises realizadas, associadas às interpretações do Método JT, observou-se que o Grupo C concentrou melhores resultados. Em relação ao segundo dado, sobre o impacto social, verificou-se que houve adesão de 100% das participantes, conferindo que a potencialidade do programa aliado às estratégias utilizadas foram eficientes para manter as participantes até o final da intervenção. Por fim, de acordo as avaliações de satisfação das participantes sobre o programa, verificou-se que as respostas foram todas positivas e com algumas sugestões importantes a serem consideradas quando for aplicado novamente, no futuro.

Com base no exposto, pode-se concluir que o presente estudo trouxe uma contribuição relevante no que se refere a procedimentos de intervenção com mulheres vítimas de violência, com objetivo de prevenir problemas de comportamento em seus filhos. O Projeto Parceria é um programa de intervenção com resultados importantes relacionados a relevância social e científica e, baseado nos resultados indicados nesse estudo, pôde ser complementado que o procedimento adequado a ser utilizado com participantes do perfil mencionado é o que mescle a psicoterapia focada no histórico de violência e a orientação sobre práticas educativas positivas. Dessa maneira, o programa que aborde o procedimento indicado pode ser replicado em outras instituições de apoio às mulheres vitimas de violência com grandes chances de sucesso, salientado seu provável caráter de Política Pública.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Aguiar, A. A. R.; Aguiar, R. G. & Del Prette, Z. A. P. (2009). *Calculando a significância clínica e o índice de mudança confiável em pesquisa-intervenção*. Editora EDUFSCar.
- Appel, A. E. & Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spousal and physical child maltreatment: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology, 12*, 578-599.
- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Crianças e Adolescentes (ABRAPIA) (1999). Alguns dados sobre violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes. Disponível em: http://www.abrapia.org.br/homepage/dados_sobre_violencia/dados_sobre_violencia_do_mestica.html
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Baraldi, D. M., & Silveiras, E. F. M. (2003). Treino de habilidades sociais em grupo com crianças agressivas, associado à orientação dos pais: análise empírica de uma proposta de atendimento. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem* (pp.235-258). Campinas: Alínea
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression: A treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Bolsoni-Silva, A. T., Del Prette, A. & Oishi, J. (2003). Habilidades sociais de pais e problemas de comportamento dos filhos *Psicologia: Argumento, 9*, 11-29.
- Bolsoni-Silva, A. T., Villas-Boas, A. C. V. B., Romera, V. B. & Silveira, F. V. (2010). Caracterização de programas de intervenção com crianças e/ou adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 62*, 104-114.
- Brancahnone, P.G. & Williams, L.C.A. (2003). Crianças expostas à violência conjugal: Uma revisão de área. Em: M.C. Marquezine, M.A. Almeida, S. Omote e E.D.O. Tanaka (Orgs.). *O papel da família junto ao portador de necessidades especiais*. Coleção Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial, (6), (pp. 123-130). Londrina: Eduel.
- Casanueva, C., Martin, S. L. & Runyan, D. (2009). Repeated reports of child maltreatment among intimate partner violence victims: Findings from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being. *Child Abuse and Neglect, 33*, 84-93.
- Cecconello, A. M.; De Antoni, C. & Koller, S. H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo, 8*, 45-54.
- Corcoran, J. (2000). Family interventions with child physical abuse and neglect: A critical review. *Children and Youth Services Review, 22*, 563-591.
- Cortez, M.B. Padovani, R. C. e Williams, L.C.A. (2005). Terapia de grupo cognitivo-comportamental com agressores conjugais. *Estudos de Psicologia, 22*, (1), 13-21.
- Crouch, J.; Milner, J. S. & Thomsen. C. (2001). Childhood physical abuse, early social support, and risk for maltreatment: current social support as a mediator of risk for child physical abuse. *Child Abuse and Neglect, 25*(1), 93-107.
- Dadds, M. R., Mullins, M. J., McAllister, R. A. & Atkinson, E. R. (2002). Attributions, affect and behavior in abuse-risk mothers: A laboratory study. *Child Abuse and Neglect, 27*, 21-45.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A. (2008) Significância clínica e mudança confiável: A efetividade das intervenções em psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 24*(4), 497-506.
- Dodge, K. A., Bates, J. E. & Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science, 250*, 1678-83.

- Felitti, V. J.; Anda, R. F.; Nordenberg, D.; Williamson, D. F.; Spitz, A. M.; Edwards, V.; Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Freeman, M. (2008). Can We Conquer Child Abuse If We Don't Outlaw Physical Chasiment of Children? Palestra proferida na XVI Reunião Anual da ISPCAN, Hong Kong.
- Gallo, A. E. (2006). Adolescentes em conflito com a lei: Perfil e Intervenção. *Tese de Doutorado*. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos.
- Gomide, P.I.C. (2006). *Inventário de Estilos Parentais (IEP)*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Guille, L. (2004). Men who batter and their children: An integrated review. *Aggression and Violent Behavior*, 9(2), 129-163.
- Holden, G. A. (2003) Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6,(3), 151-160.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D., Hearst, N. & Newman, T. B. (2003). *Delineando a pesquisa clínica*. Porto Alegre: Artmed
- Jacobson, N. S & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychoterapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Kolko, D. J. (1996). Individual cognitive-behavioral treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: A comparison of clinical outcomes. *Child Maltreatment*, 1, 322-342.
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J. & Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 824-830.
- Libby, A. M., Orton, H. D., Beals, J., Buchwald, D. & Manson, S. M. (2008). Childhood abuse and later parenting outcomes in two American Indian tribes. *Child Abuse and Neglect*, 32 (2), 195-211.
- Lyons-Ruth, K., Wolfe, R. Lyubchik, A. & Steingard, R. (2002). Depressive symptoms in parents of children under age 3: Socio-demographic predictors, current correlates and associated parentig behaviors. In: N. Halfon, K. T. McLarn & M. A. Schuster (eds.), *Child rearing in America: Challenges facing parents with young children* (pp. 217-259). New York: Cambridge University Press
- Maia, J. D. M. (2010). Gravidez na adolescência: intergeracionalidade e intervenção com jovens casais. Tese de doutorado, apresentada em Exame de Defesa, Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. UFSCar.
- Marinho, M. L. (1999). Comportamento infantil anti-social: programa de intervenção junto à família. In: R.R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição*. Vol. 4. (pp.207-215). Santo André: ESETec.
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clark, J. M., Audin, K. & Connel, J. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
- McFarlane, J., Parker, B. Soeken, K. & Bullock, L. (1992). Assessing the abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry to prenatal cade. *Journal of the American Medical Association*, 267, 3176-3178.
- Middel, B. & van Solderen, E. (2002). Statistical significant change versus relevant or important change in (quasi) experimental design: Some conceptual and methodological

- problems in estimating magnitude of intervention-related change in health services research. *International Journal of Integrated Care*, 2, 1-22.
- Milner, J.S. (1994). Assessing physical child abuse risk: The Child Abuse Potential Inventory. *Clinical Psychology Review*, 14, (5), 547-583.
- Milner, J. S. (1994). Assessing physical child abuse risk: the Child Abuse Potential Inventory. *Clinical Psychology Review*, 6 (14), 547-583.
- Milner, J.S. (2003). Social information processing in high-risk and physically abusive parents. *Child Abuse and Neglect*, 27, 7-20.
- Ministério da Saúde (2002). Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar. Orientações para a prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica n. 8. Série A Normas e Manuais Técnicos n. 131. Brasília. [texto na Internet]. Disponível em: http://www.bvsvs.cict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/0/2/020-Violencia_Intrafamiliar.pdf
- O'Leary, K. D. (1988). Physical aggression between spouses: A social learning theory perspective. In: V. B. Van Hasselt, R. L. Morrison, A. S. Bellack & M. Hersen (eds.), *Handbook of family violence* (pp. 31-55). New York: Plenum Press.
- O'Leary, K. D.; Slep, A.M.S. & O'Leary, S.G. (2000). Co-occurrence of partner and parent aggression: Research and treatment implications. *Behavior Therapy*, 31, 631-648.
- Oliveira, E. A.; Marin, A. H.; Pires, F. B.; Frizzo, G. B.; Ravanello, T. & Rossalo, C. (2002). Estilos parentais autoritários e democrático-recíproco integracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, (1), 1-11.
- Padovani, R.C. & Williams, L.C.A. (2002). Intervenção psicoterapêutica com agressor conjugal: Um estudo de caso. *Psicologia em Estudo*, 7(2), 13-17
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D. & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on anti-social behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Patterson, G.R., Reid, J. B. & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, Or.: Castalia Publishing Co.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. & Eddy, J. M. (2002). A brief history of the Oregon Model. In J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 3-21). Washington: American Psychological Association.
- Pereira, P.C.; Santos, A. B. & Williams, L. C. A. (2009). Desempenho escolar da criança vitimizada encaminhada ao Fórum Judicial. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (1), 19-28
- Pianta, R. C. & Egeland, B. (1990). Life stress and parenting outcomes in disadvantaged sample: Results of the mother-child interaction project. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 329-336.
- Reitzel-Jaffe, D. & Wolfe, D. A. (2001). Predictors of relationship abuse among young men. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 99-115.
- Ribeiro, M. E.; Eckert, E. R.; de Souza, A. I. J. & da Silva, A. M. F. (2007). Castigo físico adotado por pais acompanhantes no disciplinamento de crianças e adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20, 3, 277-283.
- Rios, K. S. A. (2010). Inventário de Potencial de Abuso Infantil – CAP: adaptação transcultural, confiabilidade e validade para o Brasil. Tese de doutorado, apresentada em Exame de Defesa, Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. UFSCar.
- Rios, K. S. A. & Williams, L. C. A. (2008). Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 13, (4), 799-806.

- Rios, K. S. A. & Williams, L. C. A. (2010). Um programa de intervenção sistemática com famílias de baixa renda para prevenção de comportamentos-problemas em crianças. Em: L. C. A. Williams, J. M. D. Maia & K. S. A. Rios (Orgs). *Aspectos Psicológicos da Violência: Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental*. (pp. 381-406). Santo André: ESETec.
- Runyon, M. K.; Deblinger, E.; Ryan, E. E. & Thakkar-Kolar, R. (2004). An overview of child physical abuse: Developing and integrated parent-child cognitive-behavioral treatment approach. *Trauma, Violence & Abuse*, 5, 65-85.
- Saffioti, H. L. B. (1997). Violência Doméstica ou a Lógica do Galinheiro. In: M. Kuptskas (org.) *Violência em debate*. São Paulo: Moderna.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph*. Australia: The Parenting and Family Center.
- Santos, G. E. & Williams, L. C. A. (2008). Prevenção terciária de problemas de comportamento infantil: Intervenção com pais que maltratam. Em: E. G. Mendes, M.A. Almeida & M.C.P.I. Hayashi (Orgs). *Temas em Educação Especial: Conhecimentos para fundamentar a prática* (pp. 213-226). Araraquara: Junqueira & Marin Editores/CAPES PROESP.
- Serbin, L. & Karp, J. (2003). Intergenerational Studies of Parenting and the Transfer of Risk From Parent to Child. *American Psychological Society*, 12, (4), 138-142.
- Silvares, E.F.M. (2001). Ludoterapia cognitivo-comportamental com crianças agressivas. In: H.J. Guillard, M.B.B.P Madi, P.P. Queiroz & M.C. Scoz (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade*. (pp. 189-199). São Paulo: ESETec.
- Sinclair, D. (1985). *Understanding wife assault: A training manual for counselors and advocates*. Toronto: Publications Ontario.
- Skinner, B. F. (1953/1993). *Ciência e Comportamento Humano*. (8ª ed.). Tradução de J. C. Todorov e R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes. (Texto original publicado em 1953).
- Skinner, B.F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501-504.
- Soares, B.M. (1998). *Mulheres invisíveis*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Shields, R. G. & Cicchetti, D. (1998). Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 381-395.
- Stith, S, M. & Farley, S. C. (1993). A predictive model of male spousal violence. *Journal of Family Violence*, 8, 183-201.
- Toth, S. L., Cicchetti, D., Kim, J. (2002). Relationships among children's perceptions of maternal behavior, attributional styles and behavioral symptomatology in maltreated children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 487-501.
- Urquiza, A. J. & McNeil C. B. (1996). Parent-child interaction therapy: An intensive dyadic intervention for physically abusive families. *Child Maltreatment*, 1, 134-144.
- U.S. Department of Health and Human Services (2008). *Child Maltreatment 2006*. Washington, DC:Author. [www.hhs.gov]
- Walker, L. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper and Row.
- Weber, L.N.D., Selig, G. A.; Bernardi, M. G. & Salvador, A. P. V. (2006). Continuidade dos estilos parentais através de gerações – Transmissão intergeracional dos estilos parentais. *Paidéia*, 16 (35), 407-441.
- Weber, L. N. D., Viezzer, A. P., Brandenburg, O. J. & Zocche, C. R. E. (2002). Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *PsicoUSF*, 7, (2), 163-173.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 105-124.

- Williams, L.C.A. (2001). Violência doméstica: Há o que fazer? Em: H.J. Guilhardi, M.B.B. Madi, P.P. Queiroz, & M.C. Scoz. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade*, v. 7 (01-12). Santo André: ESETec.
- Williams, L.C.A & Aiello, A.L.R. (2004). Empoderamento de famílias: O que vem a ser e como medir? In: E.G. Mendes, M.A. Almeida & L.C.A. Williams (Orgs.). *Temas em Educação Especial: Avanços recentes*. (pp. 197-204), 2ª edição. São Carlos: EDUFSCar.
- Williams, L. C. A.; Maldonado, D. P. A. & Araújo, E. A. C. (Orgs) (2008). *Educação positiva dos seus filhos: Projeto Parceria – Módulo 2*. Cartilha-Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Psicologia. Website: <http://www.ufscar.br/laprev>
- Williams, L. C. A.; Maldonado, D. P. A. & Padovani, R. C. (Orgs) (2008). *Uma vida livre de violência: Projeto Parceria – Módulo 1*. Cartilha-Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Psicologia. Website: <http://www.ufscar.br/laprev>
- Williams, L. C. A. (2009). Prevenção de problemas de comportamento infantil: O ensino de habilidades parentais a mulheres vítimas de violência doméstica. Relatório de Bolsa de Produtividade em Pesquisa (PQ)/ CNPq
- Williams, L. C. A.; Padovani, R. C. & Brino, R. F. (2009). O Empoderamento da Família para enfrentar a violência doméstica. *Práticas exemplares em gênero, etnia e saúde*. São Carlos: EdUFSCar: OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde).
- Williams, L. C. A.; Araújo, E. A. C.; Rios, K. S. A.; D’Affonseca, S. M.; Maldonado, D. P. A.; Patrian, A. C. A.; Miranda, T. D. (2010). Projeto Parceria: o ensino de habilidades parentais a mães com histórico de violência conjugal. Em: L. C. A Williams, J. M. D. Maia & K. S. A. Rios (Orgs). *Aspectos Psicológicos da Violência: Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental*. (pp. 428-457). Santo André: ESETec.
- Whitfield, C. L.; Anda, R. F.; Dube, S. R. & Felitti, V. J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: Assesment in a large helth maintenance organization. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 166-185.

ANEXOS

ANEXO 1

Entrevista inicial com mães vítimas de violência doméstica



LAPREV
Laboratório de Análise e Prevenção da
Violência
 Universidade Federal de São Carlos
 Departamento de Psicologia
 Caixa Postal 676 - 13.565-90 - São Carlos - SP
 Fone: (16) 3351-8745 - Fax: (16) 3351-8357
www.ufscar.br/laprev



ENTREVISTA INICIAL COM MÃES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Profª. Drª. Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams.

1 -Entrevistador: _____

2 – Identificação

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro _____ Cidade: _____ Telefone: _____

Nascimento: ___/___/___ Estado Civil: _____ Escolaridade _____

Trabalha fora: sim não Se sim, onde: _____

Filhos: Nomes e idades: _____

Quem mora na casa: _____

Escola dos filhos: _____

Nome do parceiro: _____

Quantos filhos são desta união: _____

Endereço do parceiro (se for diferente): _____

Cidade: _____ Trabalha: sim não

Se sim, onde: _____

Quem contribui para a renda familiar: _____

3 – Descrição do último incidente que a levou a procurar a D.D.M

4 – Descrição da violência

Primeiro episódio violento: Data: ___/___/___ Breve descrição: _____

De que modo ele a agride? Física Psicológica Sexual
Violência física. tipo: Chute Soco Empurrão Tapa
 Puxão de cabelo Estrangulamento Arranhões Apertos
 Mordidas Cintada Outros.

Quais? _____

Usa armas Quais? _____

Tem arma? sim não Onde guarda? _____

Psicológica: Faz ameaças? sim não Quais? _____

Já cumpriu alguma ameaça? sim não Qual? _____

Ele a Humilha? sim não Como? _____

Sexual: Faz sexo forçado? _____

Com que frequência ele a agride?

Diária Semanal Mensal Anual Outros. Qual? _____

O que desencadeia a violência? _____

A violência tem piorado com o passar do tempo? sim não

Ferimentos que teve em decorrência da violência: _____

Foi hospitalizada em decorrência? sim não

Ele agride as crianças? sim não Se sim, como? _____

Culpa a vítima após a agressão? sim não Se sim, como? _____

5 – Grau de isolamento:

Tem contato regular com a família? sim não

Amigos? sim não Vizinhos? sim não

Igreja? sim não

Eles sabem da violência? sim não Se sim, qual a reação? _____

Com quem conta nas horas de necessidade? _____

Se trabalha fora, no emprego sabem da violência? sim não
 Falta ao emprego por causa da violência? sim não Gosta do emprego? sim
 não

6 – Como ela explica a violência

Quais as razões que você dá para a violência? _____

Quais as razões que ele dá para a violência? _____

Você concorda com elas? _____

O que ela acha que vai parar a
 violência? _____

Em que se baseia para afirmar isso? _____

Acredita que merece a violência: sim não Se sim, por quê? ____

Acredita poder controlar a agressão do marido? sim não

O que já tentou fazer nesse sentido? _____

Funcionou? sim não Por quê? _____

Que escolha ou saída ela pensa ter? _____

7 – Como ela reage à violência:

Sente medo dele? sim não

Percebe algum sinal de que ele irá agredi-la? sim não

Se sim, o quê? _____

O que faz quando percebe que será agredida? _____

Como enfrenta a situação? _____

O que faz imediatamente após ela? _____

A quem já pediu ajuda? _____

A ajuda foi útil? sim não

Se sim, como? _____

Conhece alguma forma de se proteger? _____

8 – Razões que a levam a permanecer com o agressor

O que sente por ele? _____

Sente pena? sim não

Teme represálias se sair? sim não

Se sim, o que? _____

Tem maneiras de se manter financeiramente? sim não

Deixaria o marido se tivesse meios de sustentar-se e às crianças? sim não

9 – Auto imagem:

Quais as qualidades que vê em si própria? _____

Quais os defeitos que vê em si própria? _____

O que gostaria de mudar em si? _____

O que seu companheiro diz sobre ela? _____

Acredita nisso? sim não

10 – Futuro do relacionamento

Há quanto tempo o casal esta junto?

Como é o relacionamento do casal no geral? _____

Quais são os aspectos positivos?

E os negativos?

Quais as qualidades do marido? _____

11 - Relacionamento com as crianças

Como é seu relacionamento com as crianças?

Como é o relacionamento do seu parceiro com as crianças? _____

Que tipo de pai você acredita que ele é?

Que tipo de mãe você acredita ser?

Quais são as principais dificuldades que você encontra na educação de seu filho?

Quais são os pontos positivos que você encontra no relacionamento com seu filho?

As crianças sentem-se mais próximas à mãe ou ao pai? _____

Como estão indo na escola? _____

Algum filho tem problemas? sim não Se sim, Quais? _____

Alguma das crianças tem problemas médicos? Se sim, quem e quais? _____

Toma medicamentos? sim não Se sim, quais? _____

12 – Condições de saúde do agressor:

Consome álcool? sim não Se sim, com que frequência? _____

Consome drogas? sim não Se sim, quais? _____

Ele respeita a lei?/ Já teve problemas com a lei? _____

Tem problemas médicos? sim não Se sim, quais? _____

Toma medicamentos? sim não Se sim, quais? _____

13 – Condições de saúde da participante

Consome álcool? sim não Se sim, com que frequência? _____

Consome drogas? sim não Se sim, quais? _____

Tem problemas médicos? sim não Se sim, quais? _____

Ultimamente tem sentido mudanças em hábitos relacionados ao sono, apetite etc?

sim não Se sim, quais? _____

Toma medicamentos? sim não Se sim, quais? _____

Já pensou em suicidar-se? sim não Se sim, o que a impede?

Já tentou suicídio? sim não Como e quando?

14 – Reações das crianças à violência

Qual a exposição da criança à violência? (Presencia? Ouve? Conversa? Sofre?)

O que dizem sobre a violência? _____

Como reagem? _____

Já presenciaram a violência? **sim** **não**

Já tentaram interferir? sim não

15 – Infância e família da participante

Como foi sua infância? _____

Como era o ambiente familiar? _____

Como se relacionava com:

Mãe: _____

Pai: _____

Irmãs: _____

Irmãos: _____

A família era afetuosa? sim não

Como demonstrava afeto? _____

Que tipo de disciplina era usada? _____

Havia algum tipo de violência na família? sim não Se sim, qual? _____

Quem era a vítima? _____

Quem era o agressor? _____

Ela sofreu algum tipo de abuso ? sim não se sim, qual? _____

Por parte de quem? _____

Quando foi e como isso a afetou? _____

Quando saiu de casa e por quê? _____

Quais eram seus planos quanto ao futuro em relação a dinheiro, profissão, escolaridade e família? _____

16 – Resposta à entrevista:

Como se sente após ter contado sua história? _____

ANEXO 2

Registro diário de bem-estar e senso de competência parental

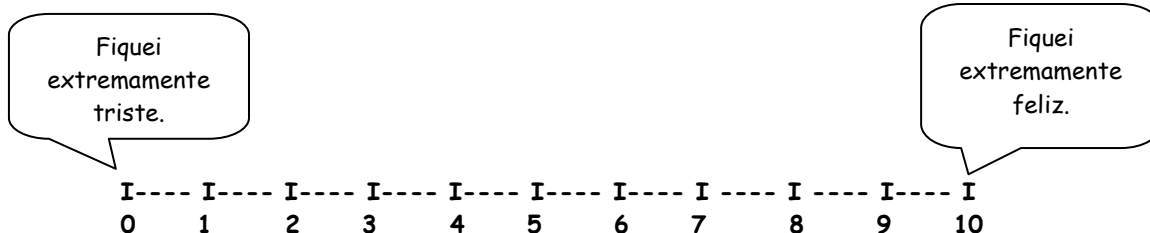
Ficha de Avaliação Diária

Nome da Mãe: _____

1) BEM ESTAR

Instruções: Registre na tabela abaixo o valor que você atribuiria, em uma escala de 0 a 10 para como você se sentiu emocionalmente ao longo do dia. Nesta escala o valor 0 corresponde a: "Fiquei extremamente triste" e o valor 10 corresponde a: "Fiquei extremamente feliz".

Escala:

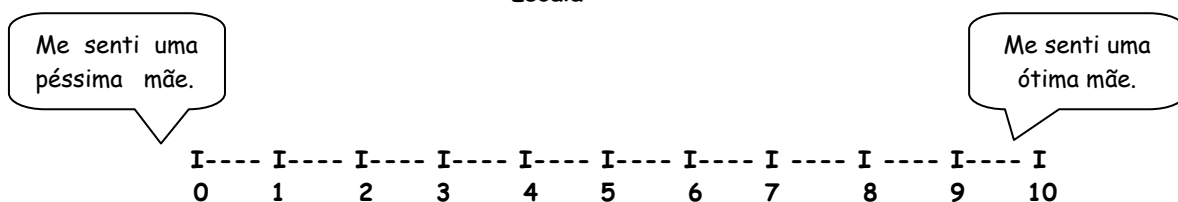


| Dia da semana | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|---------------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Valor | | | | | | | |

2) SENSO DE COMPETÊNCIA PARENTAL

Instruções: Registre na tabela abaixo o valor que você atribuiria, em uma escala de 0 a 10 para como você se sentiu em relação a seu filho ao longo do dia. Nesta escala o valor 0 corresponde a: "Me senti uma péssima mãe" e o valor 10 corresponde a: "Me senti uma ótima mãe".

Escala:



| Dia da semana | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|---------------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Valor | | | | | | | |

ANEXO 3

Avaliação do programa pelas participantes

Perguntas referentes ao Módulo 1

- 1) O que você achou do Módulo 1?
- 2) O que você achou desse livro?
- 3) Tendo em vista que os objetivos deste Módulo eram o auto-conhecimento, informações sobre os Direitos Humanos e uma análise do impacto que a violência teve na sua vida, em que medidas esses objetivos foram atingidos?
- 4) Quais os aspectos positivos?
- 5) Quais os aspectos negativos?
- 6) Alguma sugestão de mudança?

Perguntas referentes ao Módulo 2

- 1) O que você achou do Módulo 2?
- 2) O que você achou desse livro?
- 3) Tendo em vista que os objetivos deste Módulo eram conhecer novas maneiras de educar seus filhos de forma a prevenir futuros problemas de comportamento, em que medida estes objetivos foram alcançados?
- 4) Quais os aspectos positivos?
- 5) Quais os aspectos negativos?
- 6) Alguma sugestão de mudança?

ANEXO 4

Diagrama do procedimento

Encaminhamentos
Conselho Tutelar
Delegacia da Mulher
Unidade Saúde Escola

Demanda Espontânea

9 mulheres com histórico de violência
com filhos de 4 a 12 anos

Aprovação CEP
TCLE

SESSÃO 1 Entrevista inicial com mães vítimas de violência doméstica

SESSÃO 2 Aplicação dos instrumentos BDI, CAP e IEP

DIVISÃO NOS GRUPOS
SORTEIO DOS PROCEDIMENTOS

DIVISÃO DA CONDUÇÃO DA INTERVENÇÃO

| | Participantes | Procedimento (Seqüência dos Módulos) | Condução |
|----------------|----------------------|---|-----------------|
| Grupo C | P1 | M1 + M2 | Auxiliar |
| | P2 | M1 + M2 | Pesquisadora |
| | P3 | M1 + M2 | Pesquisadora |
| Grupo A | P4 | M1 → M2 | Auxiliar |
| | P5 | M1 → M2 | Pesquisadora |
| | P6 | M1 → M2 | Pesquisadora |
| Grupo B | P7 | M2 → M1 | Auxiliar |
| | P8 | M2 → M1 | Pesquisadora |
| | P9 | M2 → M1 | Pesquisadora |

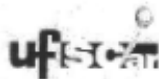
SESSÃO 3 A 18 Intervenção Projeto Parceria

SESSÃO 19 Pós-teste: Reaplicação BDI, CAP e IEP

SESSÃO 20 Follow up: Reaplicação BDI, CAP e IEP

ANEXO 5

Parecer do Comitê de ética em pesquisa com seres humanos da UFSCar



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
 Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
 Fax: (016) 3361.3176
 CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
 propq@power.ufscar.br - <http://www.propq.ufscar.br/>

CAAE 0167.0.135.000-08

Título do Projeto: Mães com Histórico de Violência: Avaliação da Eficácia de Procedimentos de Intervenção Cognitivo-Comportamentais
 Classificação: Grupo III
 Pesquisadores (as): Paolla Magioni Santini, Profa. Dra. Lúcia C. de A. Williams (orientadora)
 Processo nº.: 23112.004432/2008-25

Parecer Nº. 029/2009

1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.2), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

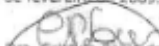
O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

- projeto de pesquisa está bem fundamentado, defendendo intervenções terapêuticas e educacionais em mães que sofrem violência doméstica, visando inclusive ações indiretas da intervenção sobre os filhos.
- delineamento é consistente com a proposta, tendo como participantes 09 (nove) mães divididas em 03 (três) grupos experimentais (educacional, terapêutico e terapêutico-educacional simultâneo).
- cronograma é adequado, bem como a previsão do orçamento financeiro.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequadamente formulado e atende ao exigido pela Resolução 196/96.

3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 20 de fevereiro de 2009.


 Prof. Dra. Cássia Paiva de Sousa
 Coordenadora do CEP/UFSCar

ANEXO 6

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



LAPREV
 Laboratório de Análise e Prevenção da
 Violência
 Universidade Federal de São Carlos
 Departamento de Psicologia
 Caixa Postal 676 - 13.565-90 - São Carlos - SP
 Fone: (16) 3351-8745 - Fax: (16) 3351-8357
 www.ufscar.br/laprev



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar da pesquisa: *Mães com Histórico de Violência: Avaliação da Eficácia de Procedimentos e Intervenção Cognitivo-Comportamentais*. Você foi selecionada para participar desse projeto por ter histórico de violência conjugal. Sua participação na pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar desse projeto e retirar o seu consentimento. Se você optar por não participar do projeto de pesquisa, sua recusa não trará qualquer tipo de prejuízo em sua relação com o pesquisador, com o LAPREV ou com a Universidade Federal de São Carlos.

O objetivo desse estudo é avaliar um programa de intervenção com mães vítimas de violência pelo parceiro. Esse programa visa prevenir problemas de comportamento, como por exemplo agressividade ou passividade, em seus filhos.

Sua participação nessa pesquisa consistirá inicialmente em responder a uma entrevista, questionários sobre você, sua família e sua criança (s) e fichas semanais que deverão ser entregues periodicamente. Além disso, você participará de sessões individuais de psicoterapia com a pesquisadora, nas quais serão discutidos, entre outros assuntos, maneiras de se educar os filhos sem o uso da violência. Você receberá incentivos de acordo com a sua frequência nas sessões, ou seja, quanto maior sua frequência, mais incentivos receberá.

O projeto foi planejado para diminuir os riscos, pois se apóia na experiência clínica de muitos anos do LAPREV auxiliando mulheres vítimas de violência e seus familiares. No entanto, alguns assuntos a serem abordados poderão ser desconfortáveis e você tem toda a liberdade de identificar tal problema ao pesquisador. Mulheres e familiares que já participaram de projetos semelhantes com nossa equipe relatam ter gostado da experiência tendo adquirido como benefícios uma melhora na auto-estima, maior senso de eficácia como mãe e diminuição da depressão. Ser mãe é uma tarefa difícil, mas muito prazerosa. A maioria dos pais não tem a oportunidade de aprender certas habilidades importantes ao lidar com os filhos, e assim, podem surgir alguns problemas de comportamento nos filhos.

Todos os dados coletados serão confidenciais de forma a assegurar a sua privacidade. Os resultados divulgados em congressos ou revistas científicas serão apresentados de forma a não identificar você ou a sua família.

Ao assinar esse Termo você ficará com uma cópia com o telefone e endereço do LAPREV no início da página, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Mestranda Paolla Magioni Santini - Pesquisadora

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

São Carlos, ___ de _____ de 20__.

Participante da pesquisa

ANEXO 7

*Roteiro para sistematização dos dados da Entrevista Inicial com Mães
Vítimas de Violência Doméstica*

1 Informações gerais

- 1.1 Idade
- 1.2 Estado Civil
- 1.3 Permanência com parceiro
- 1.4 Número filhos
- 1.5 Escolaridade
- 1.6 Ocupação
- 1.7 Renda

2 Contexto da Violência

- 2.1 Tempo União
- 2.2 Descrição da primeira violência
- 2.3 Descrição do último incidente que a levou a procurar a DDM (caso não a tenha procurado, descrever o último incidente).
- 2.4 Categorização dos tipos de agressões sofridas
- 2.5 Categorização do grau de violência sofrido
- 2.6 Frequência da agressão

3 Rede de Apoio/Opinião acerca da violência

- 3.1 Pessoas ou instituições que obtêm a informação sobre violência
- 3.2 Pessoas ou instituições com quem pode contar
- 3.3 Merecimento da violência
- 3.4 Culpabilização
- 3.5 Crença no controle sobre a agressão do marido

4 Razões que levam/levavam a mãe a permanecer com o agressor

- 4.1 Sentimentos em relação ao agressor
- 4.2 Temores em relação ao agressor
- 4.3 Condições de auto-manutenção financeira
- 4.4 Motivos para separar-se do agressor

5 Auto-imagem

- 5.1 Qualidades que percebe em si própria
- 5.2 Defeitos que percebe em si própria
- 5.3 Mudanças que faria em si própria

6 Condições de Saúde da Mãe

- 6.1 Consumo e frequência de álcool
- 6.2 Consumo e frequência de drogas
- 6.3 Condições de saúde
- 6.4 Uso de medicamentos
- 6.5 Tentativa ou idéias de suicídio

7 Relacionamento com os filhos

- 7.1 Relacionamento da mãe com os filhos
- 7.2 Relacionamento do pai com os filhos
- 7.3 Dificuldades na educação dos filhos
- 7.4 Razões para ter tais dificuldades

8 Infância e família da participante

- 8.1 Descrição da infância
- 8.2 Descrição do ambiente familiar
- 8.3 Relacionamento com o pai
- 8.4 Relacionamento com a mãe
- 8.5 Relacionamento com os irmãos
- 8.6 Tipos de disciplina

ANEXO 8

Gráfico do Método JT utilizado para a interpretação dos resultados

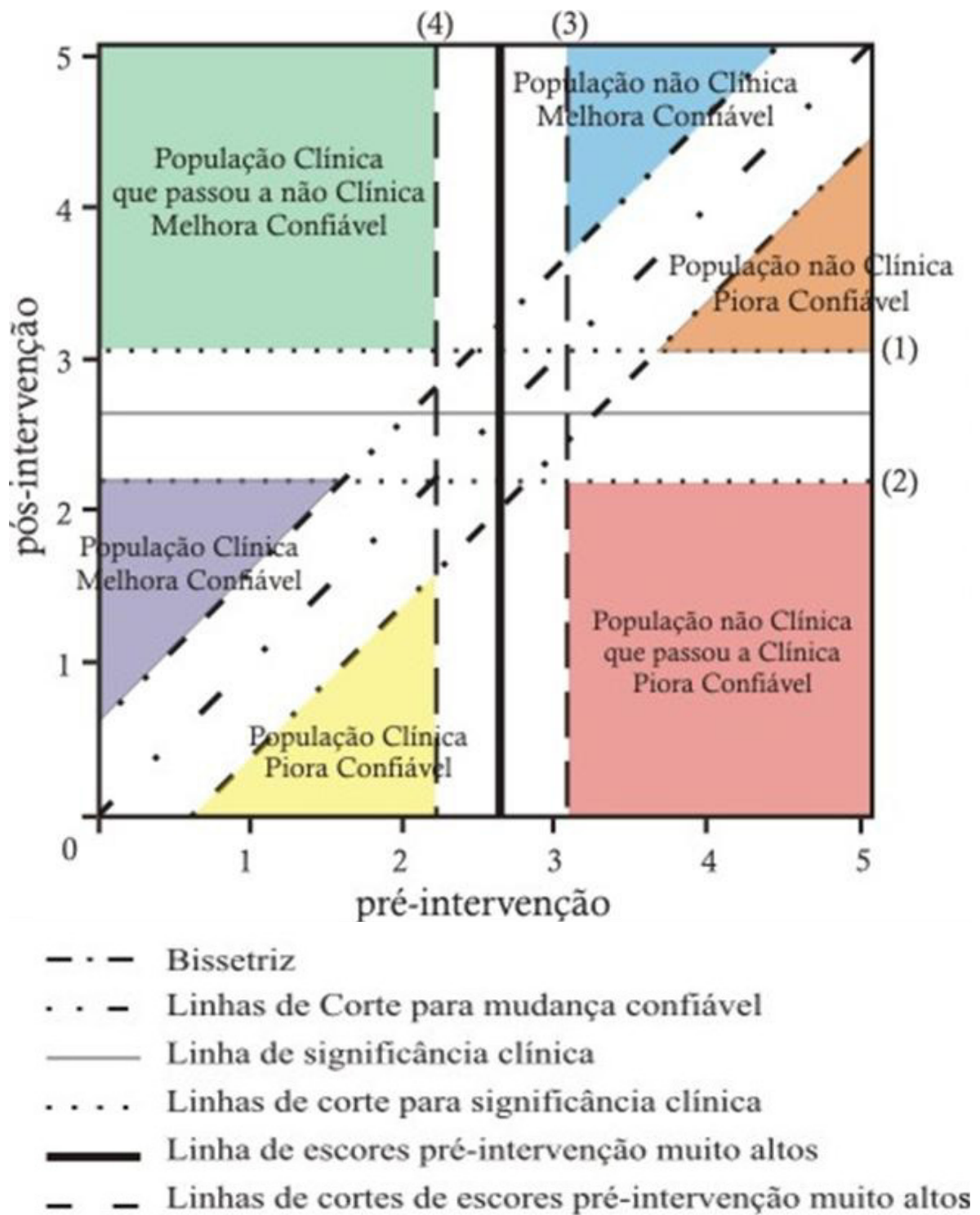


Figura 1: Áreas representativas de significância clínica e mudança confiável (Aguiar, Aguiar & Del Prette, 2009).

ANEXO 9

Análise Estatística realizada pelo Teste de Wilcoxon

```
VARIABLE LABEL filter_$ 'Grupo = 1 (FILTER)'.  
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.  
FORMAT filter_$ (f1.0).  
FILTER BY filter_$.  
EXECUTE .  
NPAR TEST  
  /WILCOXON=IEP_pré BDI_pré CAP_pré IEP_pós BDI_pós CAP_pós WITH IEP_pós  
  BDI_pós CAP_pós IEP_fol BDI_fol CAP_fol (PAIRED)  
  /MISSING ANALYSIS.
```

NPar Tests

```
[DataSet1] E:\mestrado\defesa\Nao-paramétricas IEP BDI CAP.sav
```

Wilcoxon Signed Ranks Test

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-------------------|----------------|----------------|-----------|--------------|
| IEP_pós - IEP_pré | Negative Ranks | 1 ^a | 2,00 | 2,00 |
| | Positive Ranks | 2 ^b | 2,00 | 4,00 |
| | Ties | 0 ^c | | |
| | Total | 3 | | |
| BDI_pós - BDI_pré | Negative Ranks | 3 ^d | 2,00 | 6,00 |
| | Positive Ranks | 0 ^e | ,00 | ,00 |
| | Ties | 0 ^f | | |
| | Total | 3 | | |
| CAP_pós - CAP_pré | Negative Ranks | 2 ^g | 1,50 | 3,00 |
| | Positive Ranks | 1 ^h | 3,00 | 3,00 |
| | Ties | 0 ⁱ | | |
| | Total | 3 | | |
| IEP_fol - IEP_pós | Negative Ranks | 0 ^j | ,00 | ,00 |
| | Positive Ranks | 2 ^k | 1,50 | 3,00 |
| | Ties | 1 ^l | | |
| | Total | 3 | | |
| BDI_fol - BDI_pós | Negative Ranks | 1 ^m | 3,00 | 3,00 |
| | Positive Ranks | 2 ⁿ | 1,50 | 3,00 |
| | Ties | 0 ^o | | |
| | Total | 3 | | |
| CAP_fol - CAP_pós | Negative Ranks | 1 ^p | 1,00 | 1,00 |
| | Positive Ranks | 2 ^q | 2,50 | 5,00 |
| | Ties | 0 ^r | | |
| | Total | 3 | | |

- a. IEP_pós < IEP_pré
b. IEP_pós > IEP_pré
c. IEP_pós = IEP_pré
d. BDI_pós < BDI_pré
e. BDI_pós > BDI_pré
f. BDI_pós = BDI_pré
g. CAP_pós < CAP_pré
h. CAP_pós > CAP_pré
i. CAP_pós = CAP_pré
j. IEP_fol < IEP_pós
k. IEP_fol > IEP_pós
l. IEP_fol = IEP_pós
m. BDI_fol < BDI_pós
n. BDI_fol > BDI_pós
o. BDI_fol = BDI_pós
p. CAP_fol < CAP_pós
q. CAP_fol > CAP_pós
r. CAP_fol = CAP_pós

| | IEP_pós - IEP_pré | BDI_pós - BDI_pré | CAP_pós - CAP_pré | IEP_fol - IEP_pós | BDI_fol - BDI_pós | CAP_fol - CAP_pós |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Z | -.535 ^a | -1,604 ^b | ,000 ^c | -1,342 ^a | ,000 ^c | -1,069 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,593 | ,109 | 1,000 | ,180 | 1,000 | ,285 |

- Based on negative ranks.
- Based on positive ranks.
- The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.
- Wilcoxon Signed Ranks Test

```

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(Grupo = 2).
VARIABLE LABEL filter_$ 'Grupo = 2 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .
NPAR TEST
  /WILCOXON=IEP_pré BDI_pré CAP_pré IEP_pós BDI_pós CAP_pós WITH IEP_pós
  BDI_pós CAP_pós IEP_fol BDI_fol CAP_fol (PAIRED)
  /MISSING ANALYSIS.

```

NPar Tests

[DataSet1] E:\mestrado\defesa\Não-paramétricas IEP BDI CAP.sav

Wilcoxon Signed Ranks Test

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-------------------|----------------|----------------|-----------|--------------|
| IEP_pós - IEP_pré | Negative Ranks | 0 ^a | ,00 | ,00 |
| | Positive Ranks | 3 ^b | 2,00 | 6,00 |
| | Ties | 0 ^c | | |
| | Total | 3 | | |
| BDI_pós - BDI_pré | Negative Ranks | 2 ^d | 2,50 | 5,00 |
| | Positive Ranks | 1 ^e | 1,00 | 1,00 |
| | Ties | 0 ^f | | |
| | Total | 3 | | |
| CAP_pós - CAP_pré | Negative Ranks | 2 ^g | 2,50 | 5,00 |
| | Positive Ranks | 1 ^h | 1,00 | 1,00 |
| | Ties | 0 ⁱ | | |
| | Total | 3 | | |
| IEP_fol - IEP_pós | Negative Ranks | 0 ^j | ,00 | ,00 |
| | Positive Ranks | 3 ^k | 2,00 | 6,00 |
| | Ties | 0 ^l | | |
| | Total | 3 | | |
| BDI_fol - BDI_pós | Negative Ranks | 1 ^m | 3,00 | 3,00 |
| | Positive Ranks | 2 ⁿ | 1,50 | 3,00 |
| | Ties | 0 ^o | | |
| | Total | 3 | | |
| CAP_fol - CAP_pós | Negative Ranks | 1 ^p | 3,00 | 3,00 |
| | Positive Ranks | 2 ^q | 1,50 | 3,00 |
| | Ties | 0 ^r | | |
| | Total | 3 | | |

- a. IEP_pós < IEP_pré
b. IEP_pós > IEP_pré
c. IEP_pós = IEP_pré
d. BDI_pós < BDI_pré
e. BDI_pós > BDI_pré
f. BDI_pós = BDI_pré
g. CAP_pós < CAP_pré
h. CAP_pós > CAP_pré
i. CAP_pós = CAP_pré
j. IEP_fol < IEP_pós
k. IEP_fol > IEP_pós
l. IEP_fol = IEP_pós
m. BDI_fol < BDI_pós
n. BDI_fol > BDI_pós
o. BDI_fol = BDI_pós
p. CAP_fol < CAP_pós
q. CAP_fol > CAP_pós
r. CAP_fol = CAP_pós

| | IEP_pós - IEP_pré | BDI_pós - BDI_pré | CAP_pós - CAP_pré | IEP_fol - IEP_pós | BDI_fol - BDI_pós | CAP_fol - CAP_pós |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Z | -1,604 ^a | -1,069 ^b | -1,069 ^b | -1,633 ^a | ,000 ^c | ,000 ^c |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,109 | ,285 | ,285 | ,102 | 1,000 | 1,000 |

- a. Based on negative ranks.
b. Based on positive ranks.
c. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.
d. Wilcoxon Signed Ranks Test

USE ALL.

COMPUTE filter_\$=(Grupo = 3).

VARIABLE LABEL filter_\$ 'Grupo = 3 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_\$ (F1.0).
FILTER BY filter_\$.
EXECUTE .
NPAR TEST

/WILCOXON=IEP_pré BDI_pré CAP_pré IEP_pós BDI_pós CAP_pós WITH IEP_pós

BDI_pós CAP_pós IEP_fol BDI_fol CAP_fol (PAIRED)

/MISSING ANALYSIS.

EXECUTE .

EXECUTE .

NPar Tests

[DataSet1] E:\mestrado\defesa\Não-paramétricas IEP BDI CAP.sav

Wilcoxon Signed Ranks Test

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-------------------|----------------|----------------|-----------|--------------|
| IEP_pós - IEP_pré | Negative Ranks | 0 ^e | ,00 | ,00 |
| | Positive Ranks | 3 ^b | 2,00 | 6,00 |
| | Ties | 0 ^c | | |
| | Total | 3 | | |
| BDI_pós - BDI_pré | Negative Ranks | 2 ^d | 2,25 | 4,50 |
| | Positive Ranks | 1 ^e | 1,50 | 1,50 |
| | Ties | 0 ^f | | |
| | Total | 3 | | |
| CAP_pós - CAP_pré | Negative Ranks | 2 ^g | 2,00 | 4,00 |
| | Positive Ranks | 1 ^h | 2,00 | 2,00 |
| | Ties | 0 ⁱ | | |
| | Total | 3 | | |
| IEP_fol - IEP_pós | Negative Ranks | 1 ^j | 1,00 | 1,00 |
| | Positive Ranks | 1 ^k | 2,00 | 2,00 |
| | Ties | 1 ^l | | |
| | Total | 3 | | |
| BDI_fol - BDI_pós | Negative Ranks | 1 ^m | 1,00 | 1,00 |
| | Positive Ranks | 1 ⁿ | 2,00 | 2,00 |
| | Ties | 1 ^o | | |
| | Total | 3 | | |
| CAP_fol - CAP_pós | Negative Ranks | 1 ^p | 3,00 | 3,00 |
| | Positive Ranks | 2 ^q | 1,50 | 3,00 |
| | Ties | 0 ^r | | |
| | Total | 3 | | |

- a. IEP_pós < IEP_pré
b. IEP_pós > IEP_pré
c. IEP_pós = IEP_pré
d. BDI_pós < BDI_pré
e. BDI_pós > BDI_pré
f. BDI_pós = BDI_pré
g. CAP_pós < CAP_pré
h. CAP_pós > CAP_pré
i. CAP_pós = CAP_pré
j. IEP_fol < IEP_pós
k. IEP_fol > IEP_pós
l. IEP_fol = IEP_pós
m. BDI_fol < BDI_pós
n. BDI_fol > BDI_pós
o. BDI_fol = BDI_pós
p. CAP_fol < CAP_pós
q. CAP_fol > CAP_pós
r. CAP_fol = CAP_pós

| | IEP_pós - IEP_pré | BDI_pós - BDI_pré | CAP_pós - CAP_pré | IEP_fol - IEP_pós | BDI_fol - BDI_pós | CAP_fol - CAP_pós |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Z | -1,604 ^a | -.816 ^b | -.535 ^b | -.447 ^a | -.447 ^a | ,000 ^c |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,109 | ,414 | ,593 | ,655 | ,655 | 1,000 |

a. Based on negative ranks.

b. Based on positive ranks.

c. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

d. Wilcoxon Signed Ranks Test

USE ALL.

COMPUTE filter_\$=(Participante = 1).

VARIABLE LABEL filter_\$ 'Participante = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.

FORMAT filter_\$ (f1.0).

FILTER BY filter_\$.

EXECUTE .

NPART TEST

/WILCOXON=IEP_pré BDI_pré CAP_pré IEP_pós BDI_pós CAP_pós WITH IEP_pós

BDI_pós CAP_pós IEP_fol BDI_fol CAP_fol (PAIRED)

/MISSING ANALYSIS.

ANEXO 10

Gráficos referentes à análise realizada pelo Método JT

As Figuras 2, 3, 4 e 5 a seguir apresentam os dados do BDI.

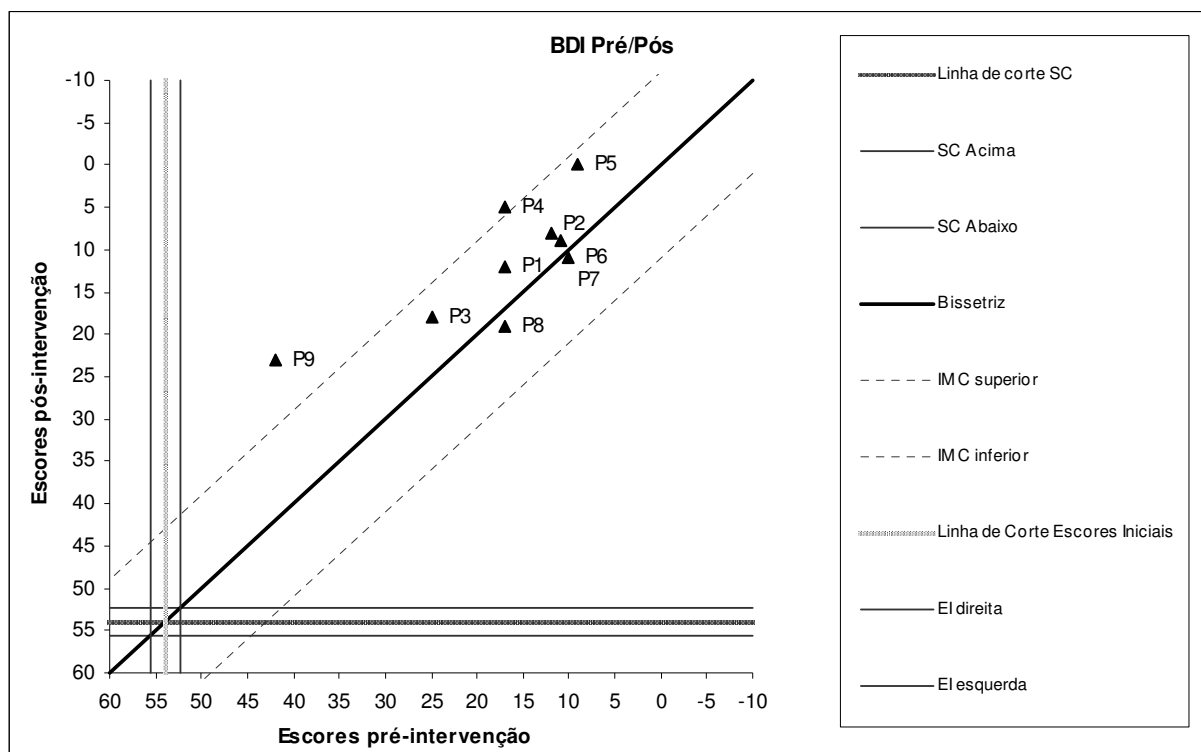


Figura 2: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento BDI comparando pré/pós-teste.

Com base na Figura 2, verificou-se que os escores de P4 e P9 localizam-se acima do intervalo de confiança diagonal, representando, portanto, mudança positiva confiável, ou seja, a mudança pode ser atribuída à intervenção realizada. O restante não apresentou mudança positiva confiável e não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional (sem alteração de status clínico) uma vez que seus escores localizam-se acima do intervalo de confiança horizontal, porém à direita do intervalo de confiança vertical, o que indica que já possuíam escores pré-intervenção baixos (dentro da faixa funcional).

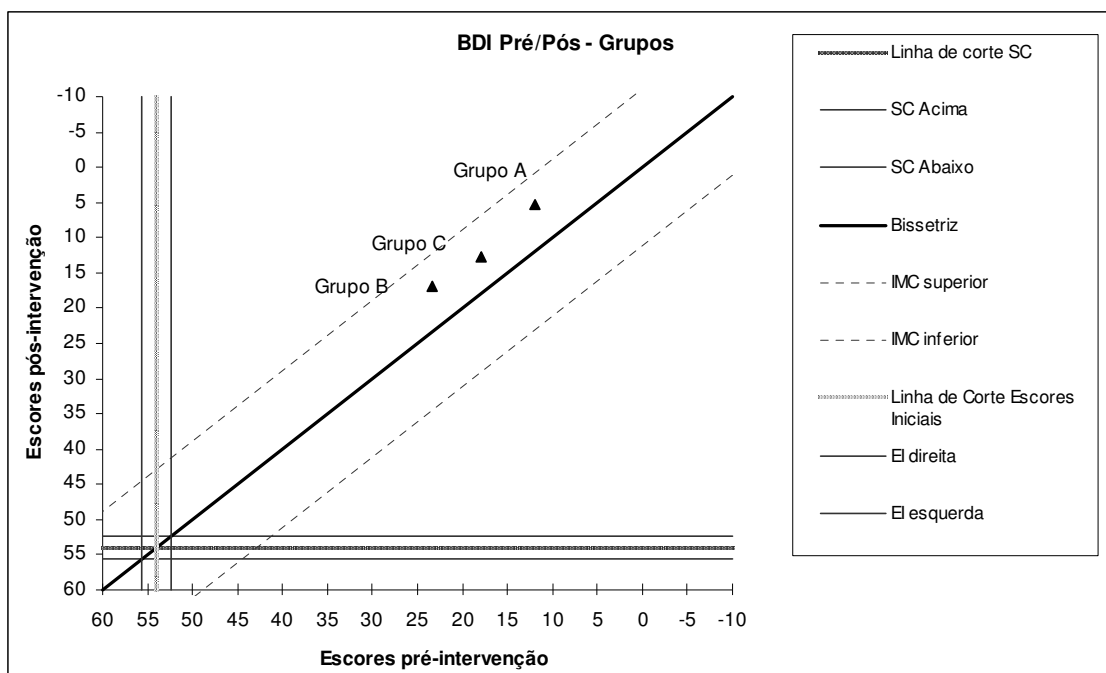


Figura 3: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento BDI comparando pré/pós-teste

Os escores dos grupos não indicaram mudança positiva confiável quando comparados nos momentos pré/pós-teste, apresentados na Figura 3. Não foi observada significância clínica, até porque os escores iniciais já eram baixos. Os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

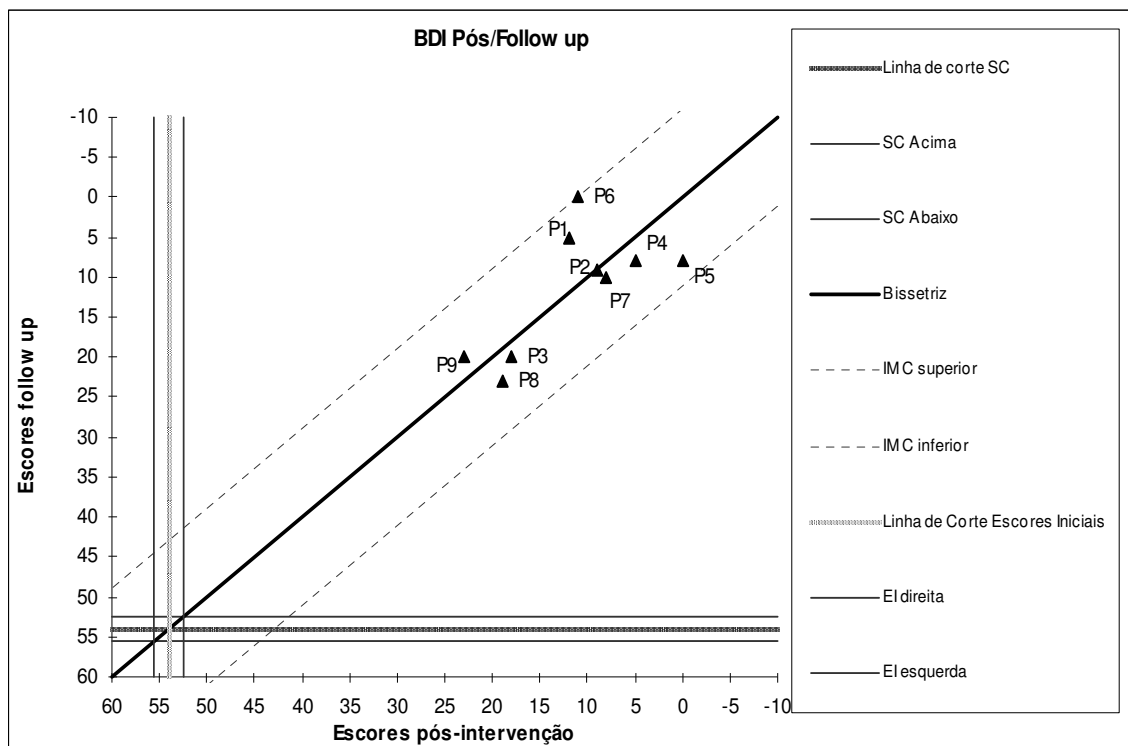


Figura 4: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento BDI comparando pós-teste/follow up.

Com base na Figura 4, não foi observada mudança positiva confiável nos escores das participantes quando comparados nos momentos pós-teste/follow up. Também não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

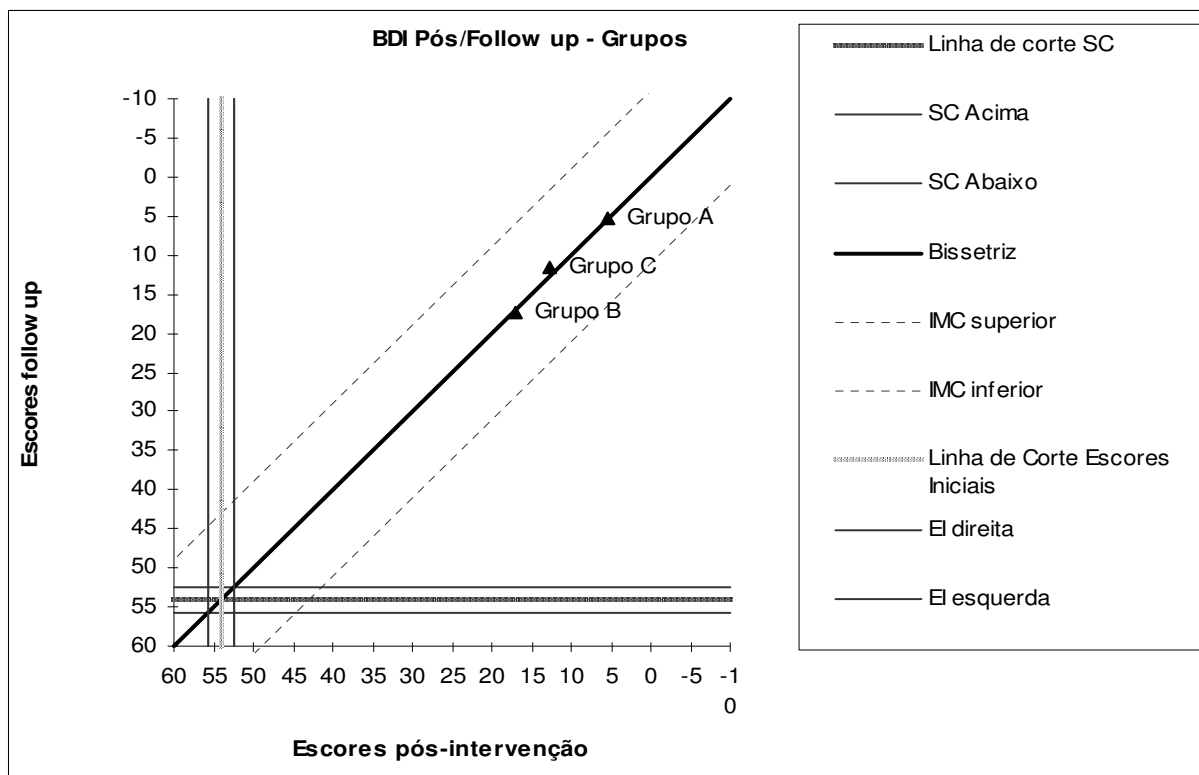


Figura 5: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento BDI comparando pós-teste/follow up.

De acordo com os dados apresentados na Figura 5, não foi observada mudança positiva confiável nos escores dos grupos quando comparados nos momentos pós-teste/follow up. Também não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

As Figuras 6, 7, 8 e 9 a seguir apresentam os dados do CAP.

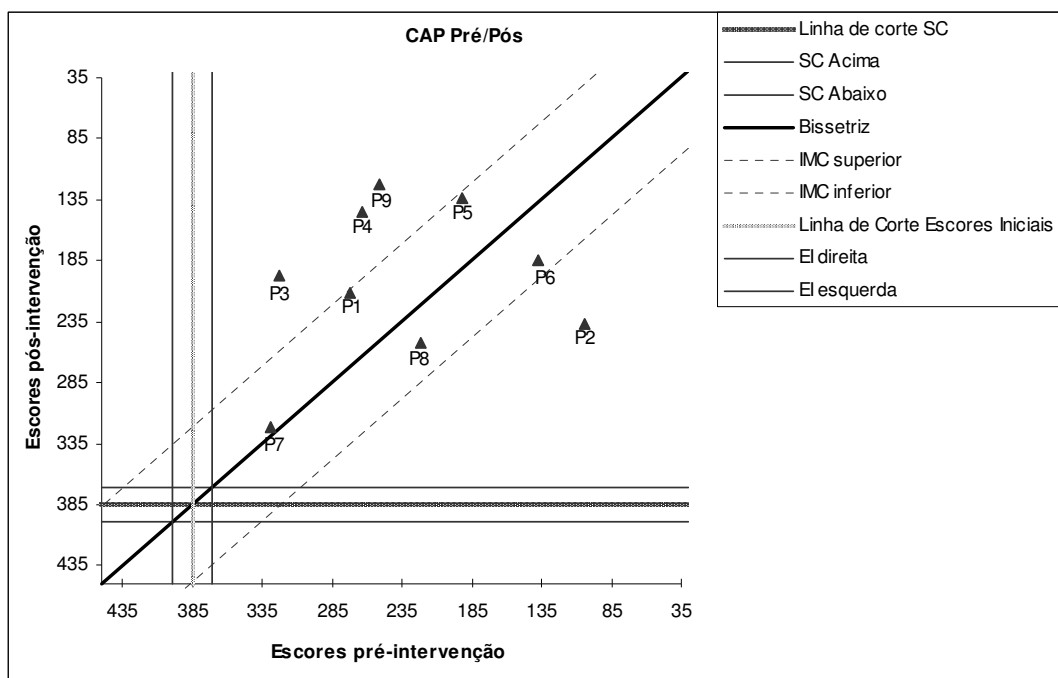


Figura 6: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento CAP comparando pré/pós-teste.

Conforme ilustrado na Figura 6, verificou-se que P3, P4 e P9 apresentaram mudança positiva confiável e P2 apresentou mudança negativa confiável quando comparados nos momentos pré/pós-teste. O restante permaneceu dentro do intervalo de mudança confiável, não sendo possível fazer afirmações a respeito. Nenhum participante alterou seu status clínico.

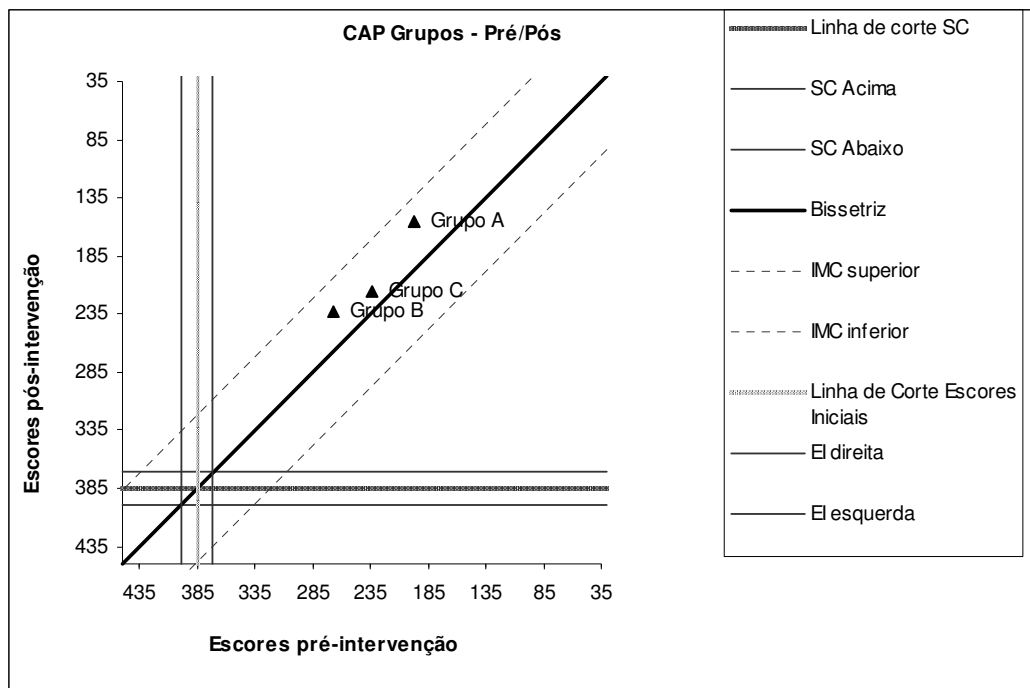


Figura 7: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento CAP comparando pré/pós-teste

Com base na Figura 7, verificou-se que os escores dos grupos não representaram mudança positiva confiável quando comparados nos momentos pré/pós-teste. Não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

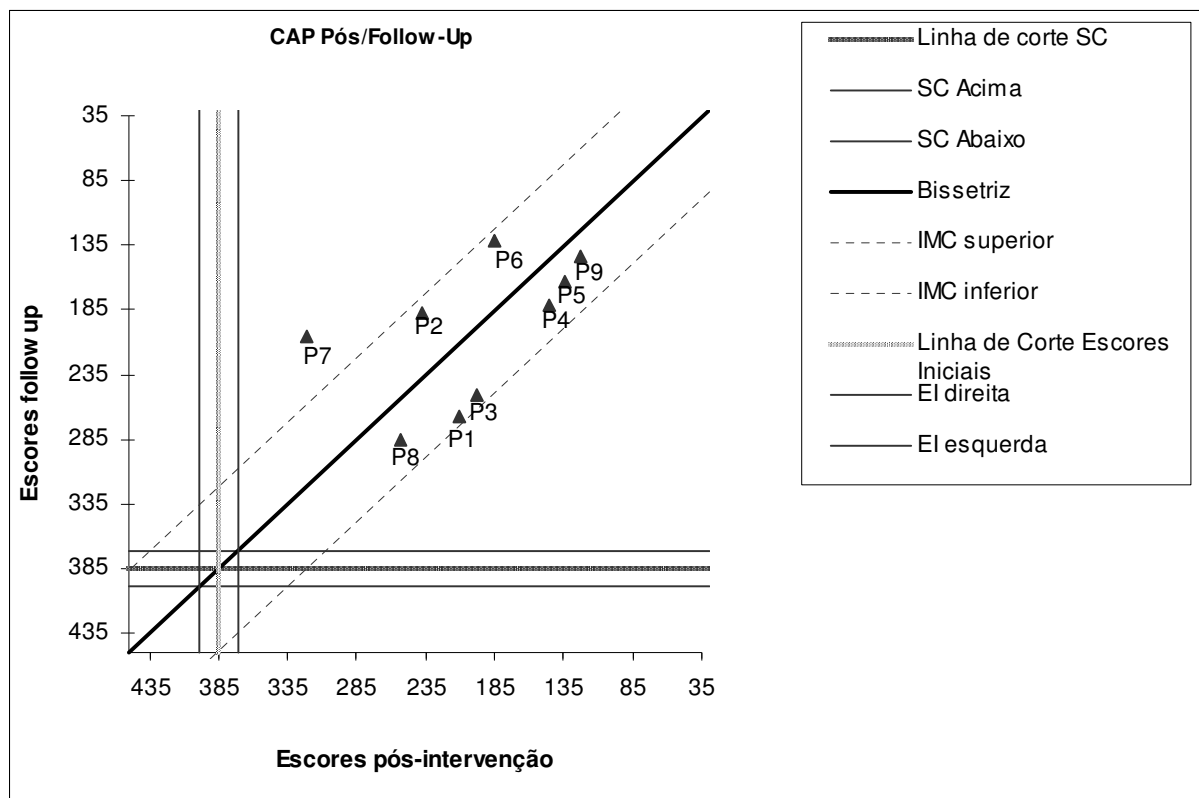


Figura 8: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento CAP comparando pós-teste/follow up.

A Figura 8 aponta que o escore de P2 retornou ao intervalo de confiança (o qual, na outra comparação, tinha apresentado mudança negativa confiável) e o escore de P7 apresentou mudança positiva confiável em comparação aos momentos pós-teste/follow up. O restante não apresentou mudança positiva confiável e não foi observada significância clínica; todas as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

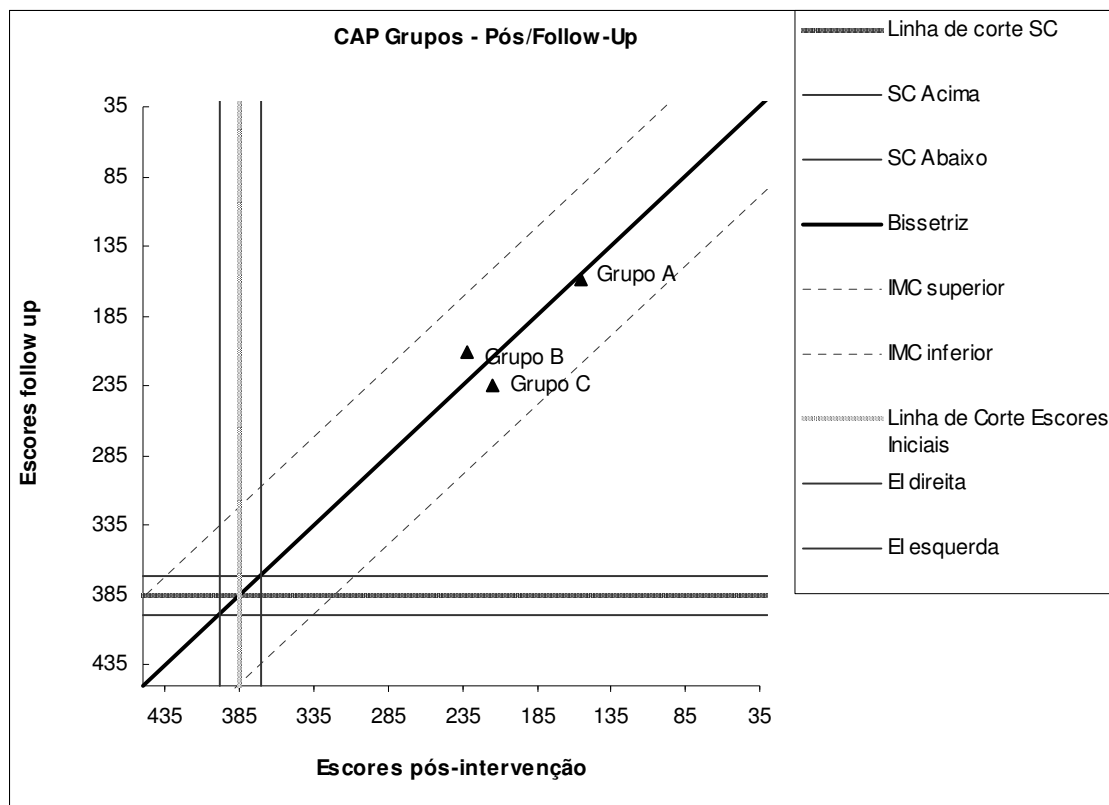


Figura 9: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento CAP comparando pós-teste/follow up.

De acordo com a Figura 9, verificou-se que os escores dos grupos não indicaram mudança positiva confiável quando comparados nos momentos pós-teste/follow up. Não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

A seguir, estão apresentados os dados do IEP. As Figuras 10, 11, 12 e 13 se referem à categoria Monitoria Positiva.

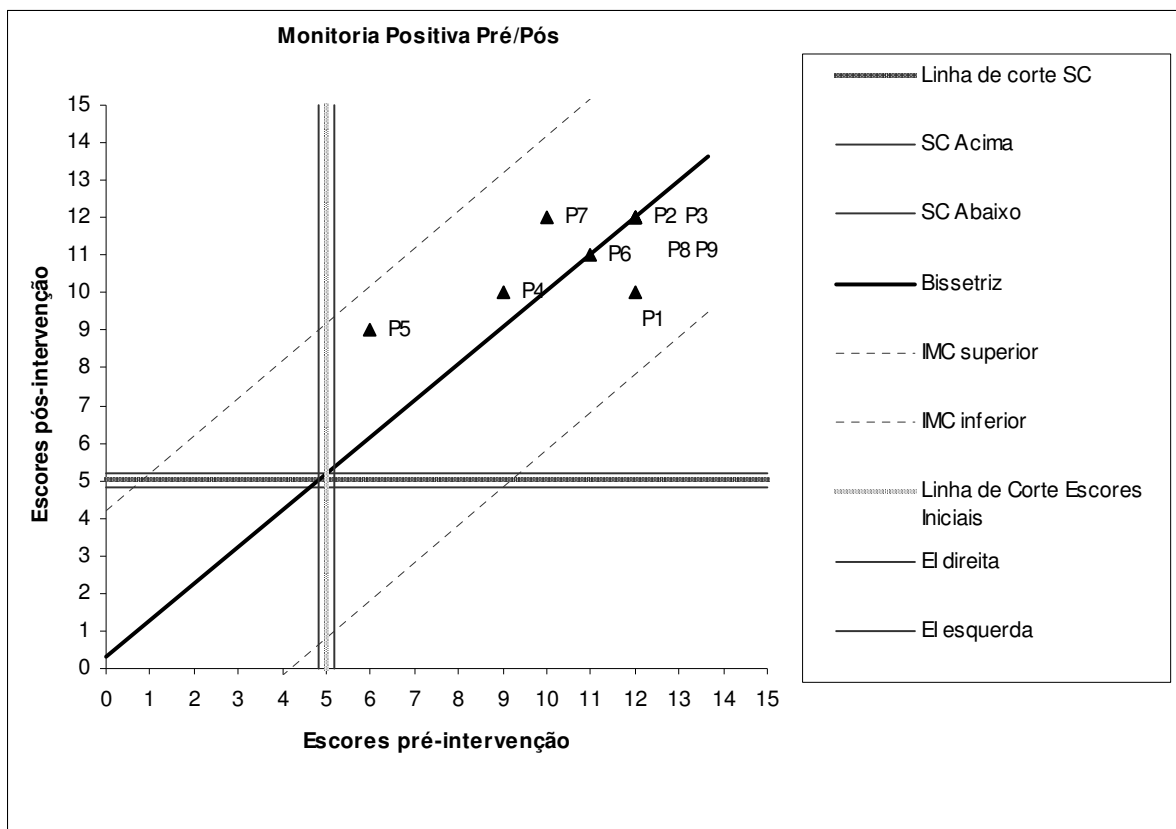


Figura 10: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – categoria Monitoria Positiva comparando pré/pós-teste

Não foi verificada mudança positiva confiável nos escores das participantes apresentados na Figura 10, quando comparados nos momentos pré/pós-teste. A maioria apresentou um repertório de entrada alto e assim se manteve. Também não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

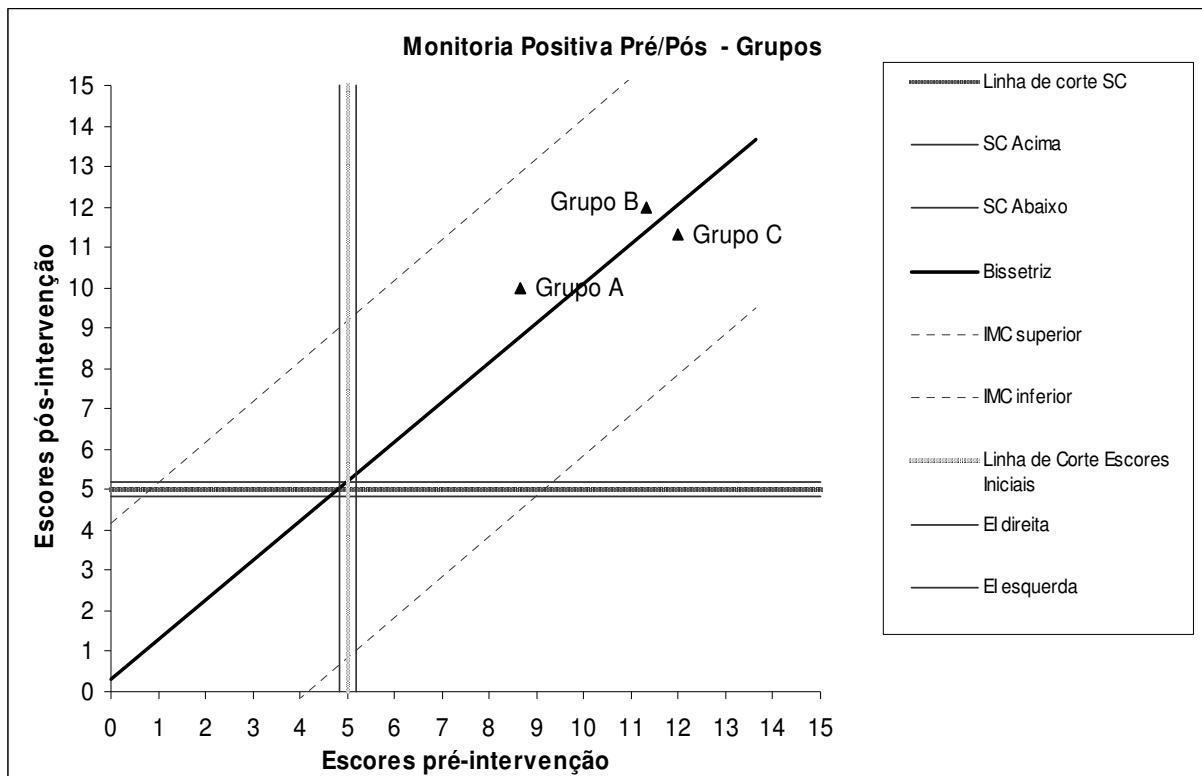


Figura 11: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento IEP – categoria Monitoria Positiva comparando pré/pós-teste

Pode-se observar na Figura 11 que os escores dos grupos não apresentaram mudança positiva confiável quando comparados nos momentos pré/pós-teste. Não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

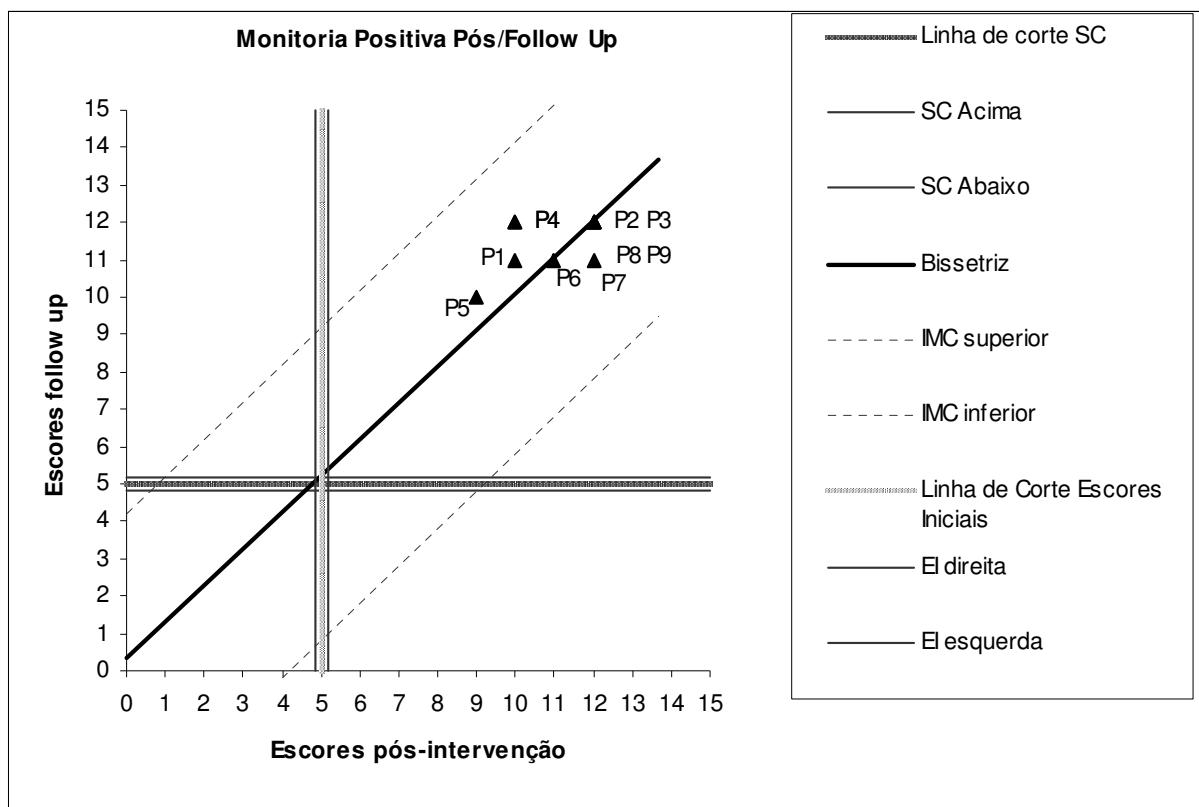


Figura 12: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – Monitoria Positiva comparando pós-teste/follow up.

Com base na Figura 12, não foi observada mudança positiva confiável nos escores das participantes quando comparados nos momentos pós-teste/follow up, sendo que a maioria apresentou um repertório de entrada alto e assim se manteve, como observado na comparação pré/pós-teste. Também não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

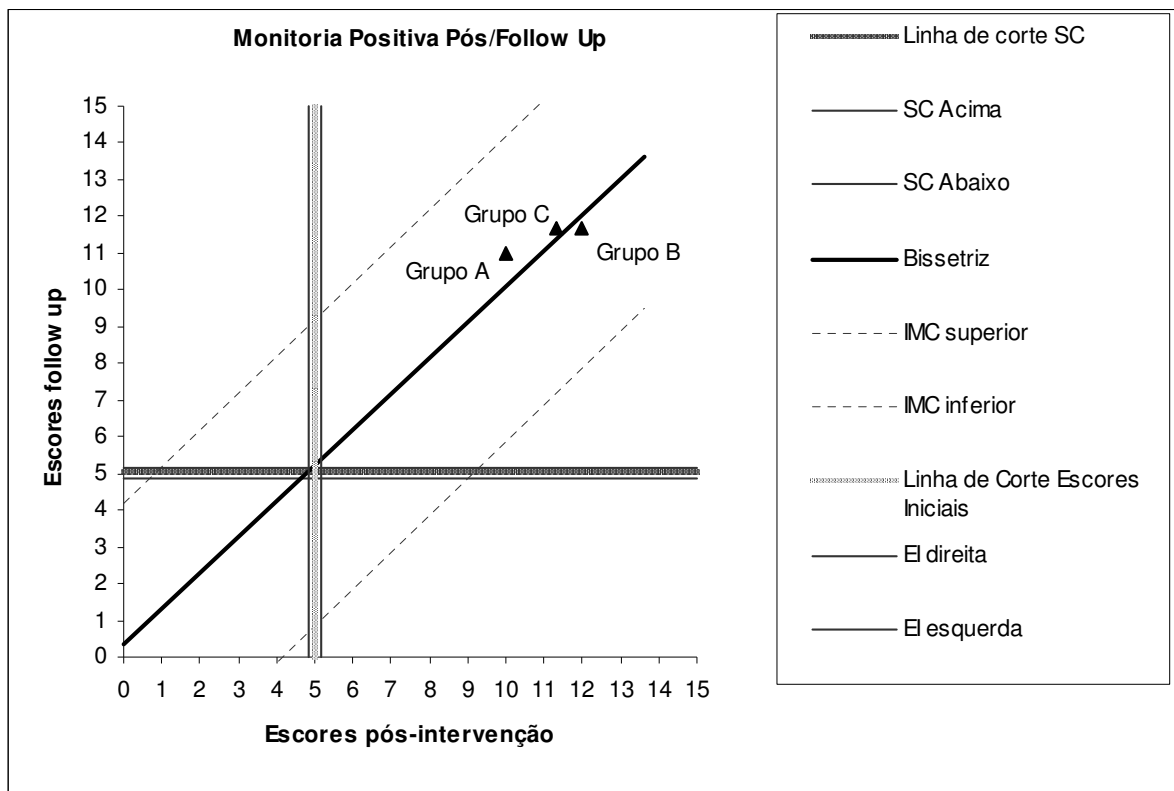


Figura 13: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento IEP – Monitoria Positiva comparando pós-teste/follow up.

Não foi verificada mudança positiva confiável nos escores dos grupos ilustrados na Figura 13, quando comparados nos momentos pós-teste/follow up. Não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

A seguir, nas Figuras 14, 15, 16 e 17 estão apresentados os dados referentes à categoria Comportamento Moral.

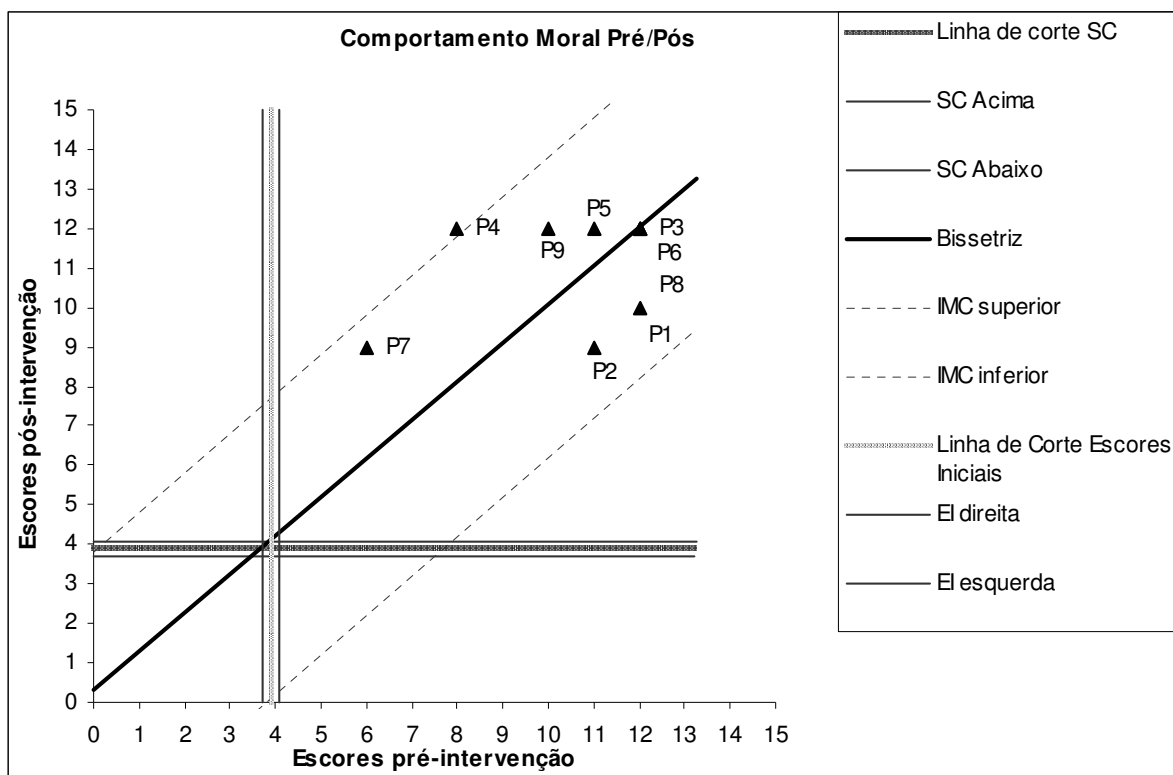


Figura 14: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – categoria Comportamento Moral comparando pré/pós-teste

Na Figura 14, pode-se observar que os escores de P4 apresentaram mudança positiva confiável quando comparados nos momentos pré/pós-teste. O restante não apresentou mudança positiva confiável e não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

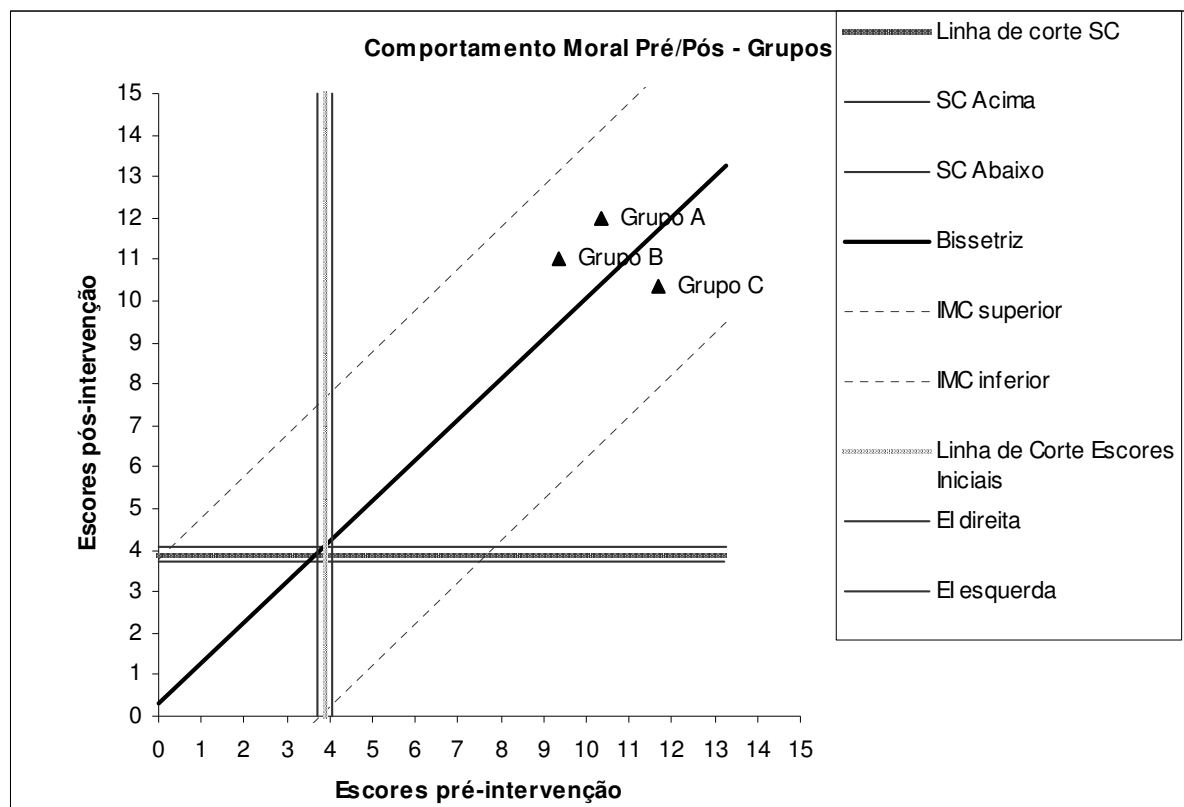


Figura 15: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento IEP – categoria Comportamento Moral comparando pré/pós-teste

Não foi possível verificar mudança positiva confiável nos escores dos grupos ilustrados na Figura 15, quando comparados nos momentos pré/pós-teste. Também não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

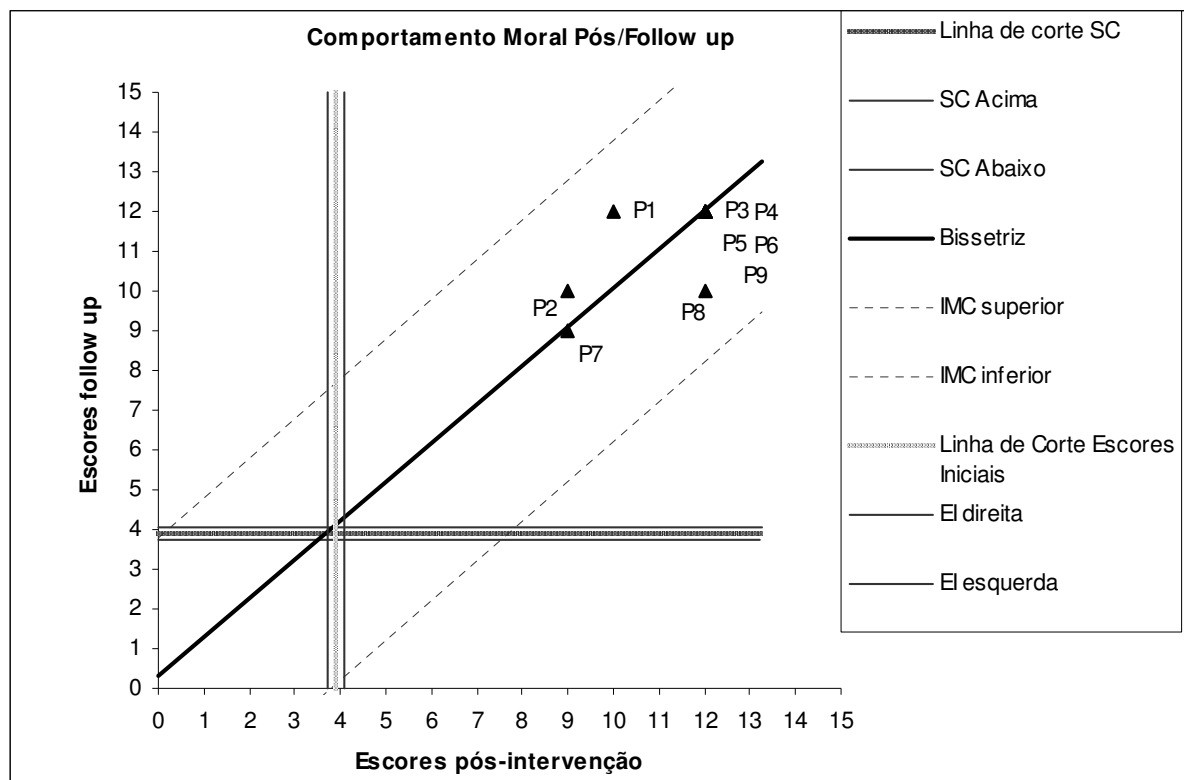


Figura 16: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – categoria Comportamento Moral comparando pós-teste/follow up

Com base na Figura 16, foi observado que os escores das participantes não apresentaram mudança positiva confiável quando comparado nos momentos pós-teste/follow up. Não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

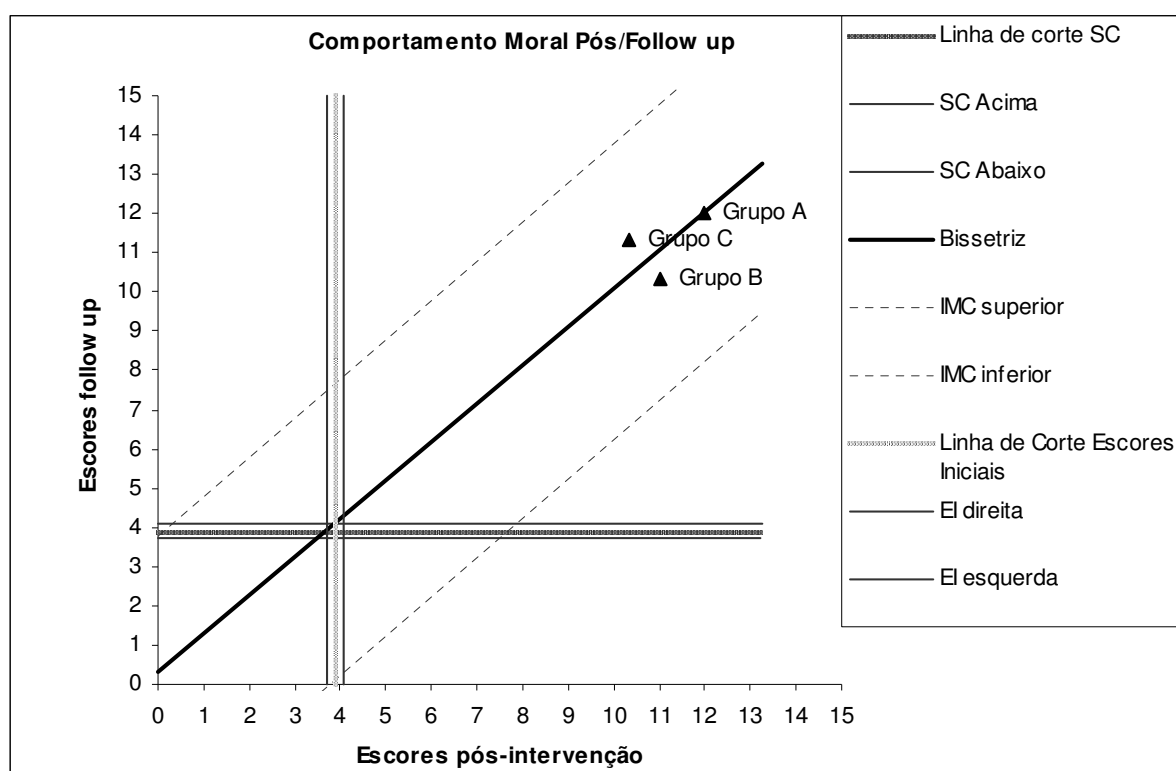


Figura 17: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento IEP – categoria Comportamento Moral comparando pós-teste/follow up

Os escores dos grupos não apresentaram mudança positiva confiável quando comparados nos momentos pós-teste/follow up, apresentados na Figura 17. Além disso, não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico. Assim como na categoria Monitoria Positiva, a maioria dos escores de todas as análises apresentou um repertório de entrada alto e assim se manteve ao longo de toda a intervenção.

A seguir, nas Figuras 18, 19, 20 e 21 estão apresentados os dados referentes à categoria Punição Inconsistente.

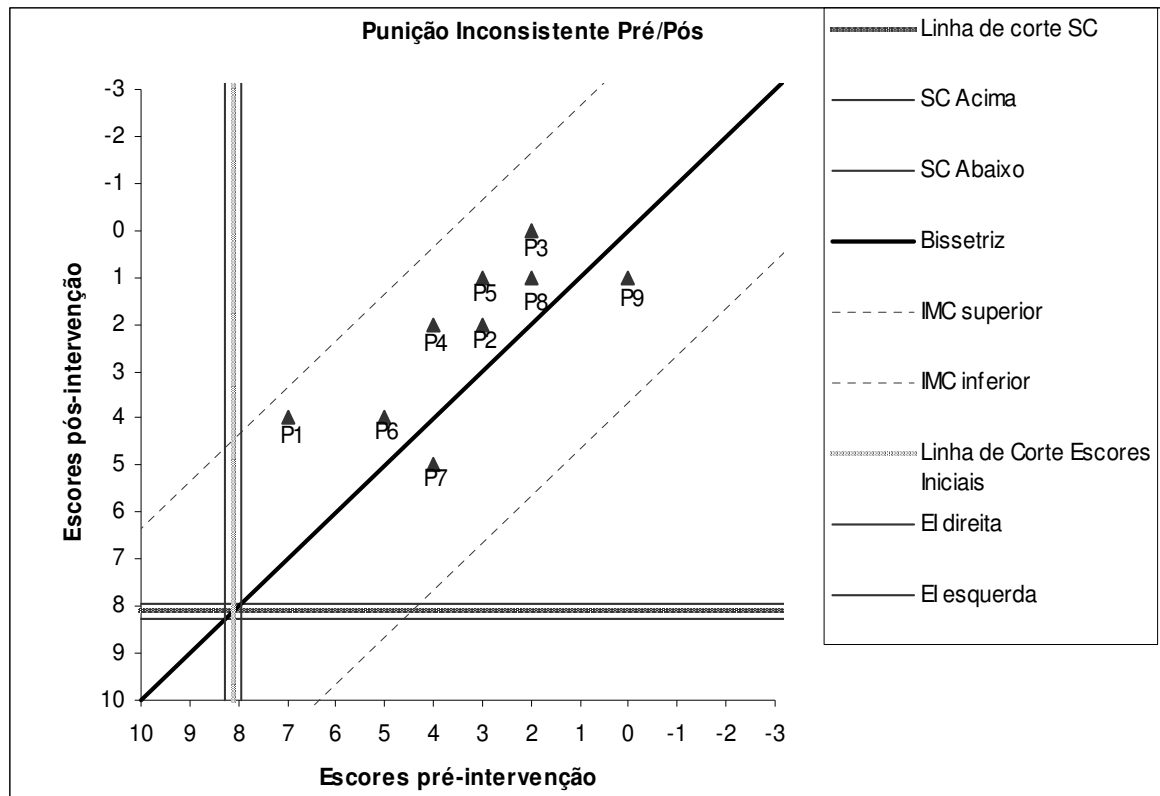


Figura 18: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – categoria Punição Inconsistente comparando pré/pós-teste

Com base na Figura 18, verificou-se que os escores das participantes não apresentaram mudança positiva confiável quando comparado nos momentos pré/pós-teste. Não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

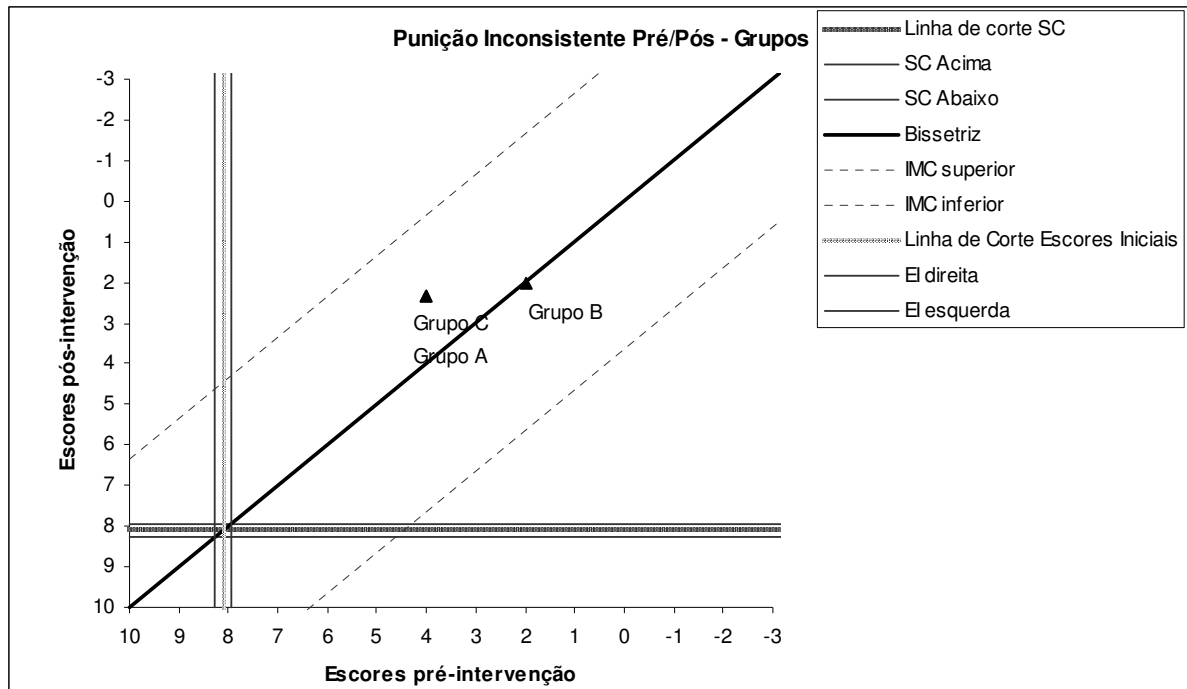


Figura 19: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento IEP – categoria Punição Inconsistente comparando pré/pós-teste

Não foi possível verificar mudança positiva confiável nos escores dos grupos apresentados na Figura 19, quando comparados nos momentos pré/pós-teste. Também não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

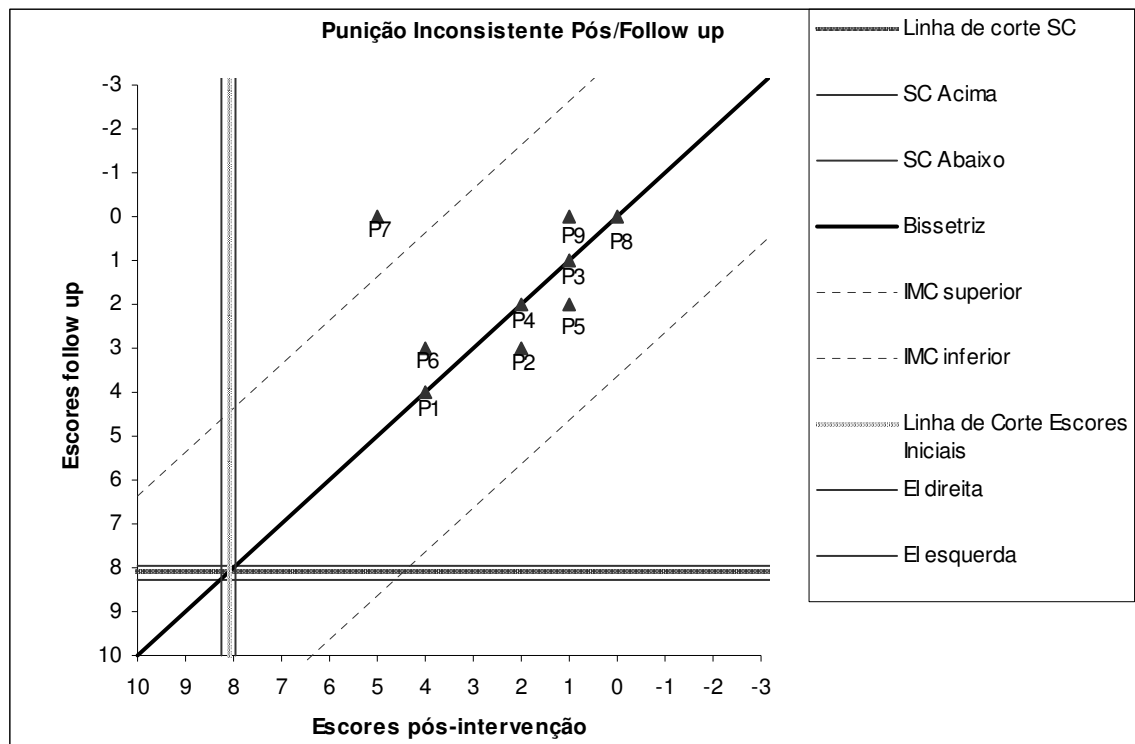


Figura 20: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – categoria Punição Inconsistente comparando pós-teste/follow up.

De acordo com a Figura 20, verificou-se que os escores de P7 apresentaram mudança positiva confiável quando comparados nos momentos pós-teste/follow up. O restante não apresentou mudança positiva confiável e não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

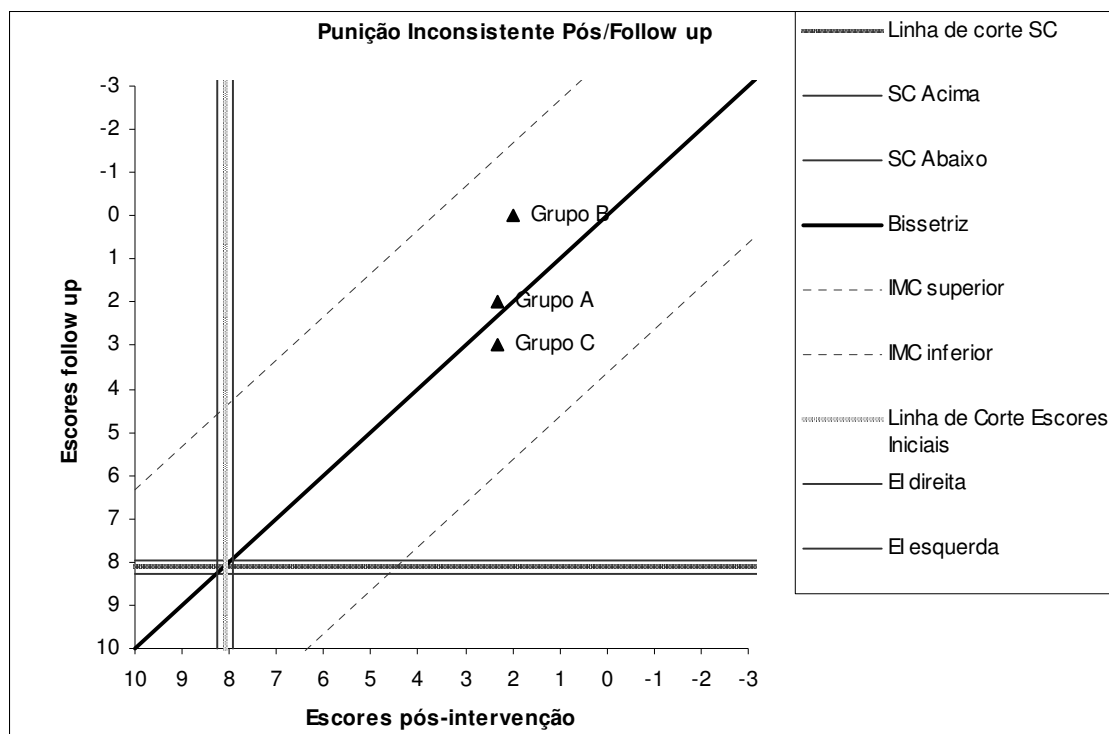


Figura 21: Significância clínica e mudança confiável por grupo no instrumento IEP – categoria Punição Inconsistente comparando pós-teste/follow up.

Os dados apresentados na Figura 21 apontam que os escores dos grupos não apresentaram mudança positiva confiável quando comparados nos momentos pós-teste/follow up. Não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

A seguir, nas Figuras 22, 23, 24 e 25 estão apresentados os dados referentes à categoria Negligência.

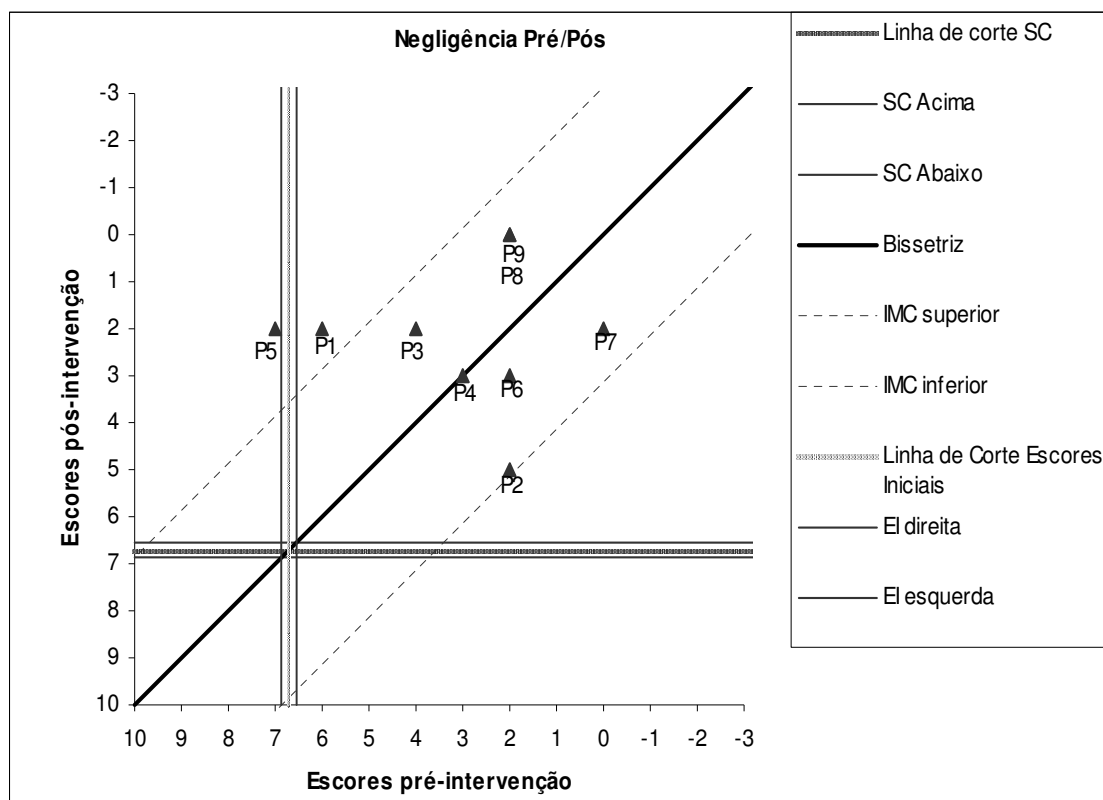


Figura 22: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – categoria Negligência comparando pré/pós-teste.

Com base na Figura 22, verificou-se que os escores de P1 e P5 apresentaram mudança positiva confiável quando comparado os momentos pré/pós-teste; P5 também apresentou significância clínica: mudou o status clínico, passando da faixa da população não-funcional para funcional. O restante não apresentou mudança positiva confiável e não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

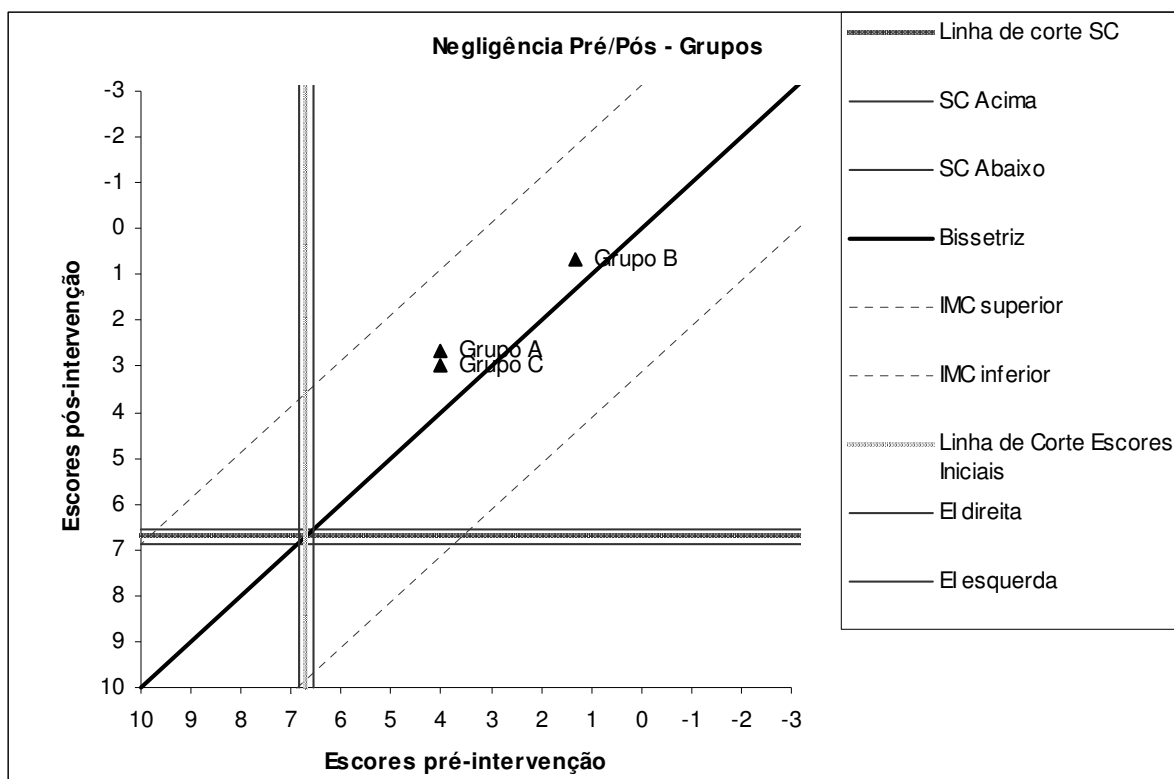


Figura 23: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Negligência comparando pré/pós-teste

Não foi verificada mudança positiva confiável dos escores dos grupos apresentados na Figura 23, quando comparados nos momentos pré/pós-teste. Também não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

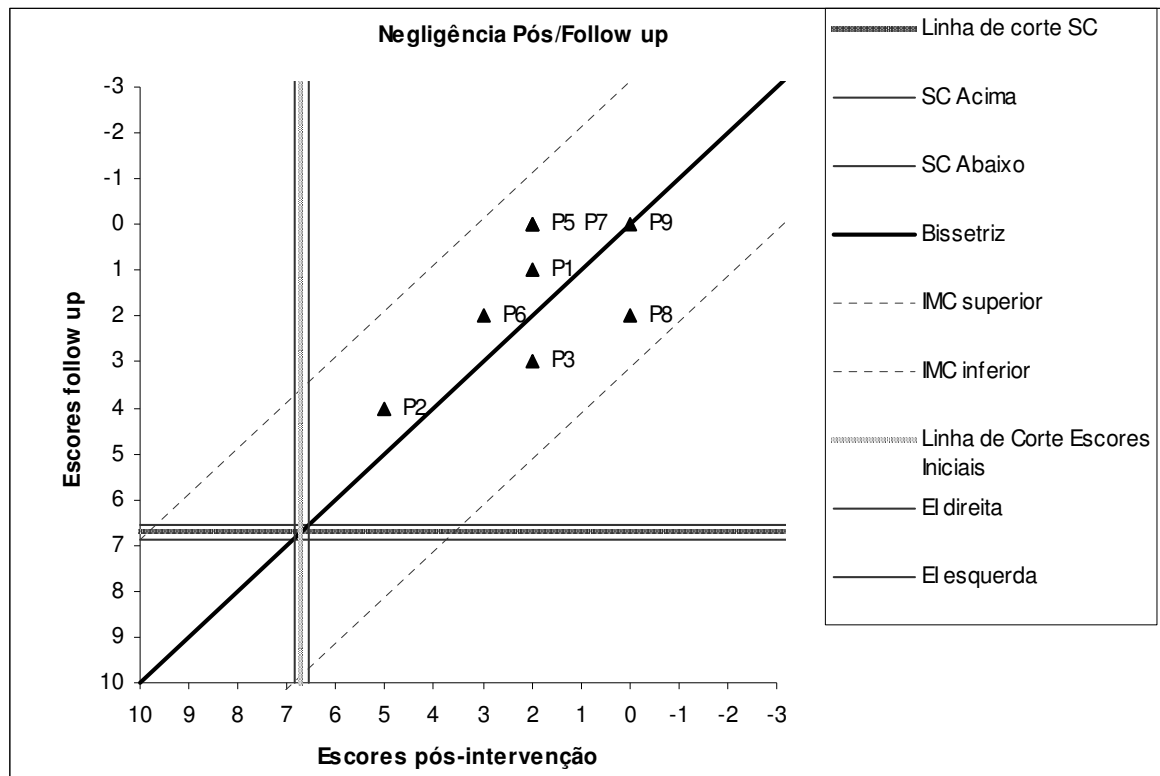


Figura 24: Significância clínica e mudança confiável por participantes no instrumento IEP – categoria Negligência comparando pós-teste/follow up.

Com base na Figura 24, verificou-se que os escores das participantes não apresentaram mudança positiva confiável quando comparado nos momentos pós-teste/follow up. Não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

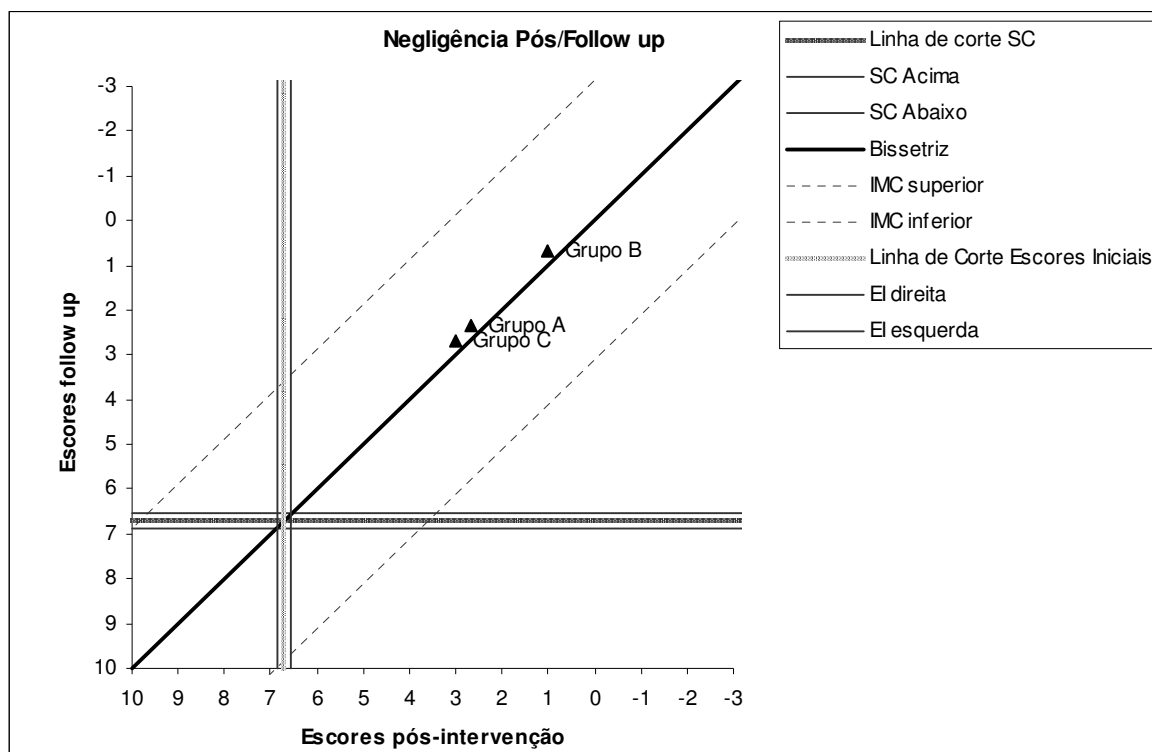


Figura 25: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Negligência comparando pós-teste/follow up

Os dados ilustrados na Figura 25 não apontam mudança positiva confiável nos escores dos grupos, quando comparados nos momentos pós-teste/follow up. Não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

A seguir, nas Figuras 26, 27, 28 e 29 estão apresentados os dados referentes à categoria Disciplina Relaxada.

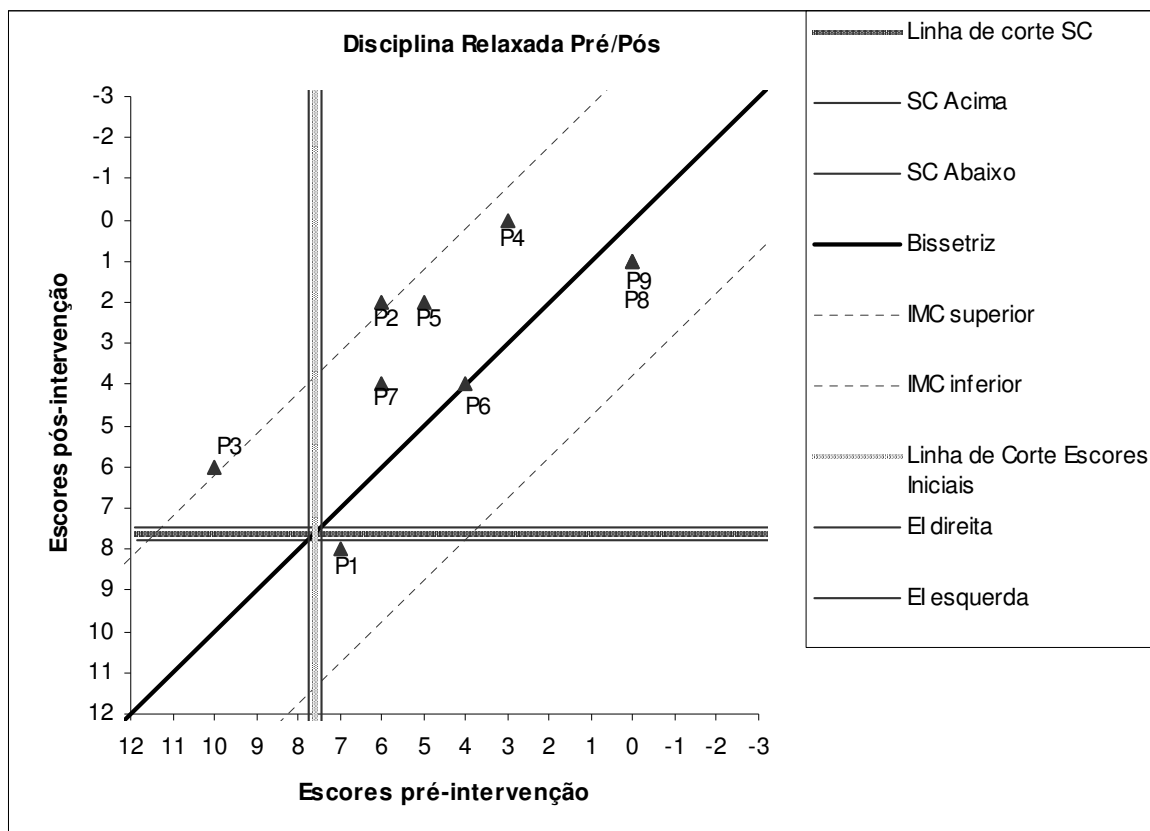


Figura 26: Significância clínica e mudança confiável por participante no instrumento IEP – categoria Disciplina Relaxada comparando pré/pós-teste

De acordo com a Figura 26, verificou-se que P2 e P3 apresentaram mudança positiva confiável quando comparado os escores dos momentos pré/pós-teste; sendo que P3 também apresentou significância clínica, alterando o status de não-funcional para funcional. P1 também apresentou alteração no status clínico, passando de funcional para não-funcional. No entanto, é importante ressaltar que tal alteração encontra-se dentro do intervalo de incerteza para mudança confiável (ou seja, pode estar relacionado com erro de medida). O restante não apresentou mudança positiva confiável e não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

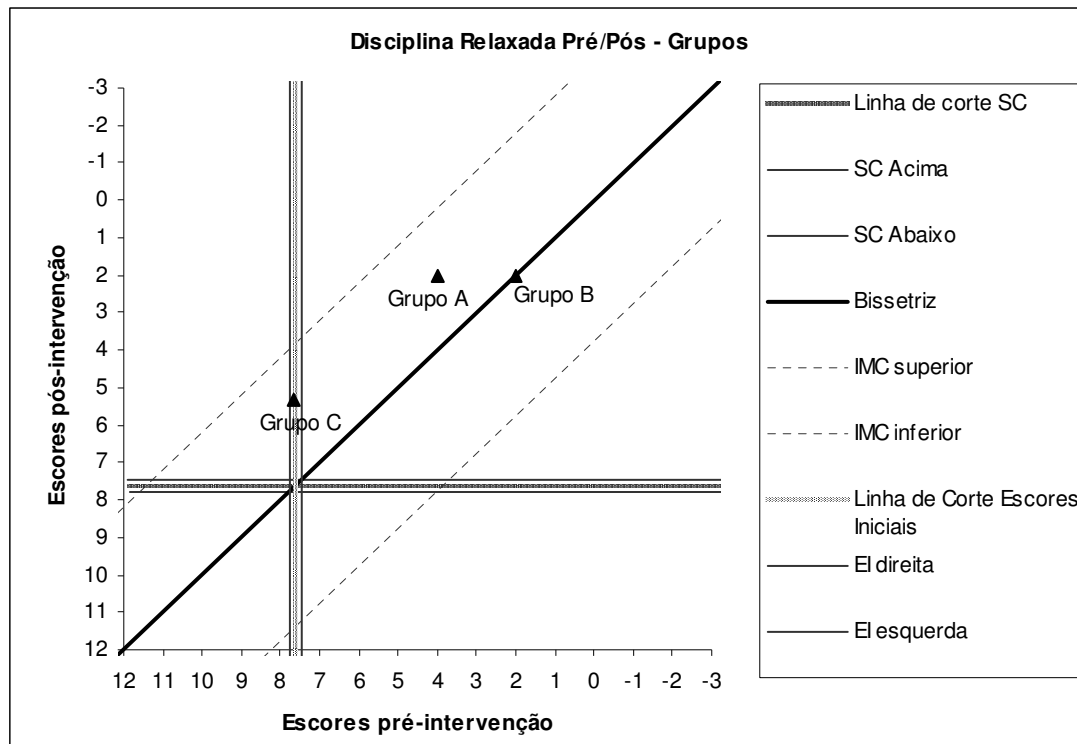


Figura 27: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Disciplina Relaxada comparando pré/pós-teste

Não foi observada mudança positiva confiável nos escores dos grupos ilustrados na Figura 27, quando comparados nos momentos pré/pós-teste. O Grupo C ficou no intervalo de confiança de significância clínica, não sendo possível fazer afirmações a seu respeito. Assim, não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

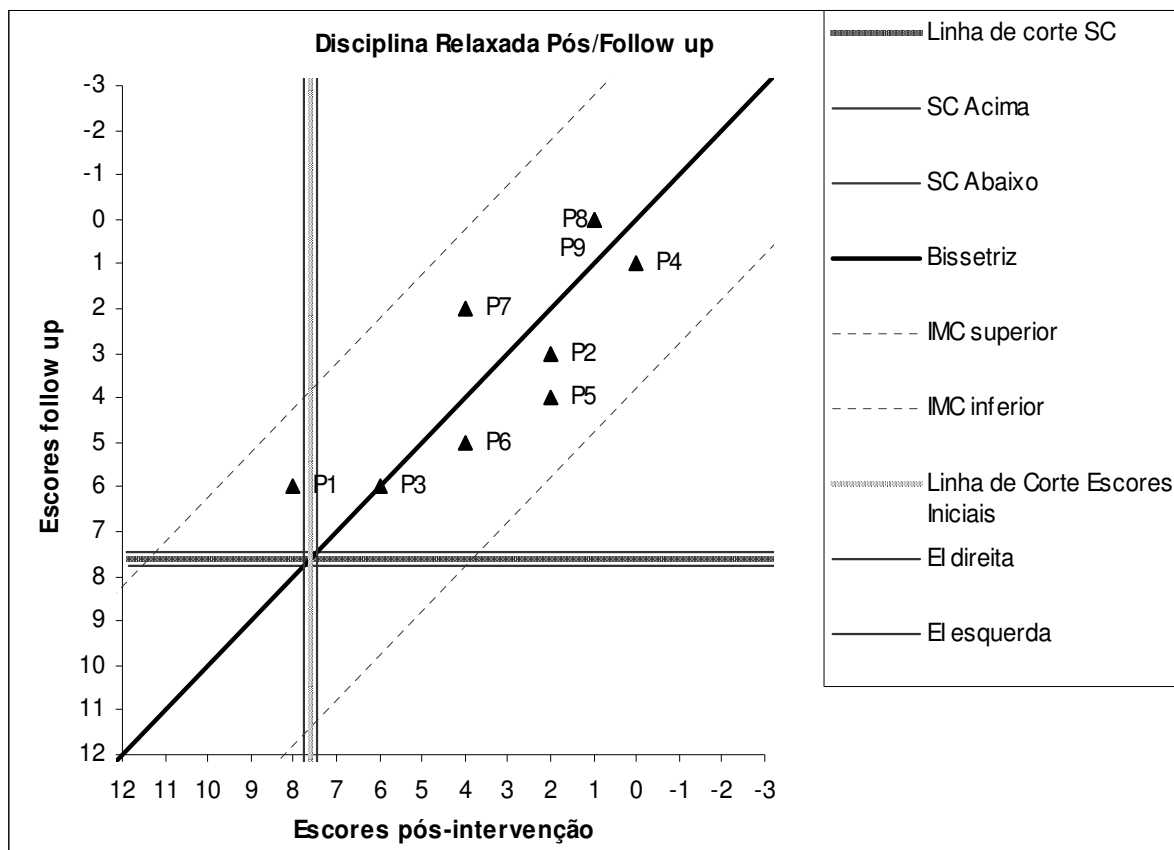


Figura 28: Significância clínica e mudança confiável por participantes no instrumento IEP – categoria Disciplina Relaxada comparando pós-teste/follow up.

Com base na Figura 28, verificou-se que os escores de P1 apresentaram alteração no status clínico, passando da população não-funcional para funcional quando comparado nos momentos pós-teste/follow up; porém, não se pode considerar essa mudança como confiável. O restante não apresentou mudança positiva confiável e não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

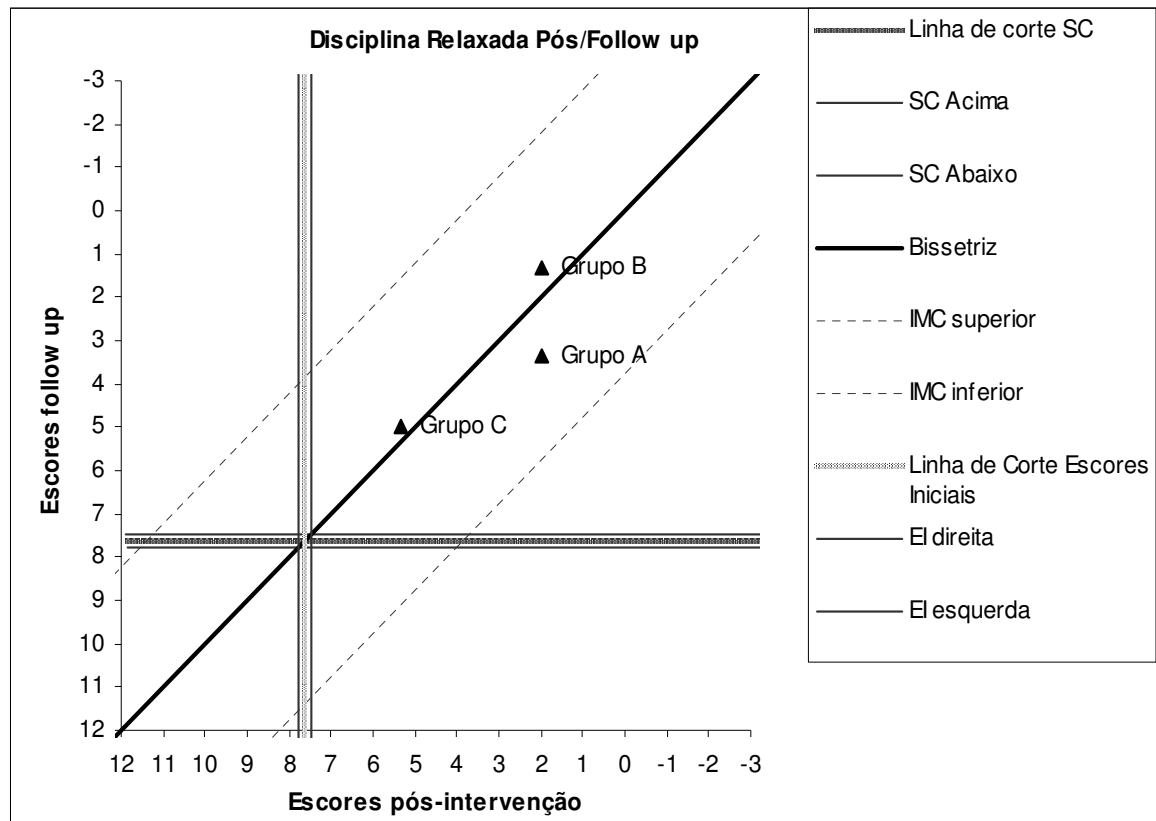


Figura 29: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Disciplina Relaxada comparando pós-teste/follow up

De acordo com a Figura 29, verificou-se que os escores dos grupos não apresentaram mudança positiva confiável quando comparados nos momentos pós-teste/follow up. Não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

A seguir, nas Figuras 30, 31, 32 e 33 estão apresentados os dados referentes à categoria Monitoria Negativa.

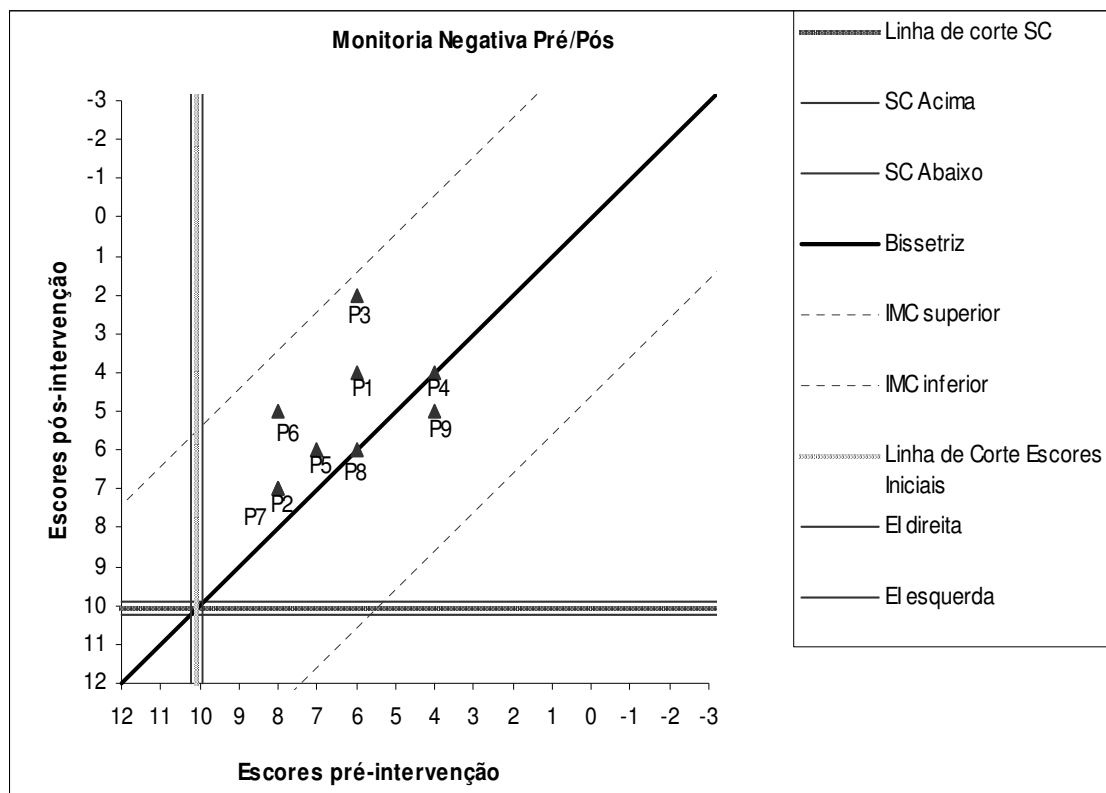


Figura 30: Significância clínica e mudança confiável por participantes no instrumento IEP – categoria Monitoria Negativa comparando pré/pós-teste

Não foi possível verificar mudança positiva confiável dos escores das participantes ilustrados na Figura 30, quando comparado nos momentos pré/pós-teste. Também não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

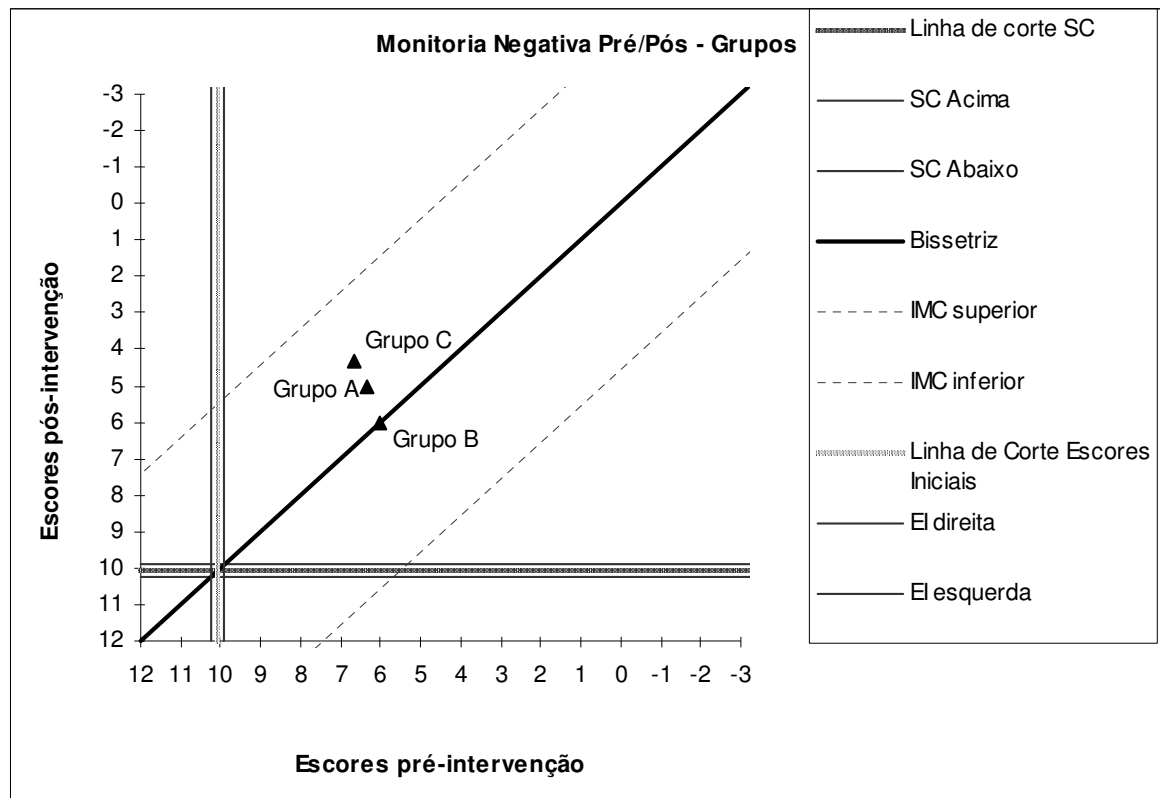


Figura 31: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Monitoria Negativa comparando pré/pós-teste

Com base na Figura 31, verificou-se que os escores dos grupos não apresentaram mudança positiva confiável quando comparados nos momentos pré/pós-teste. Não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

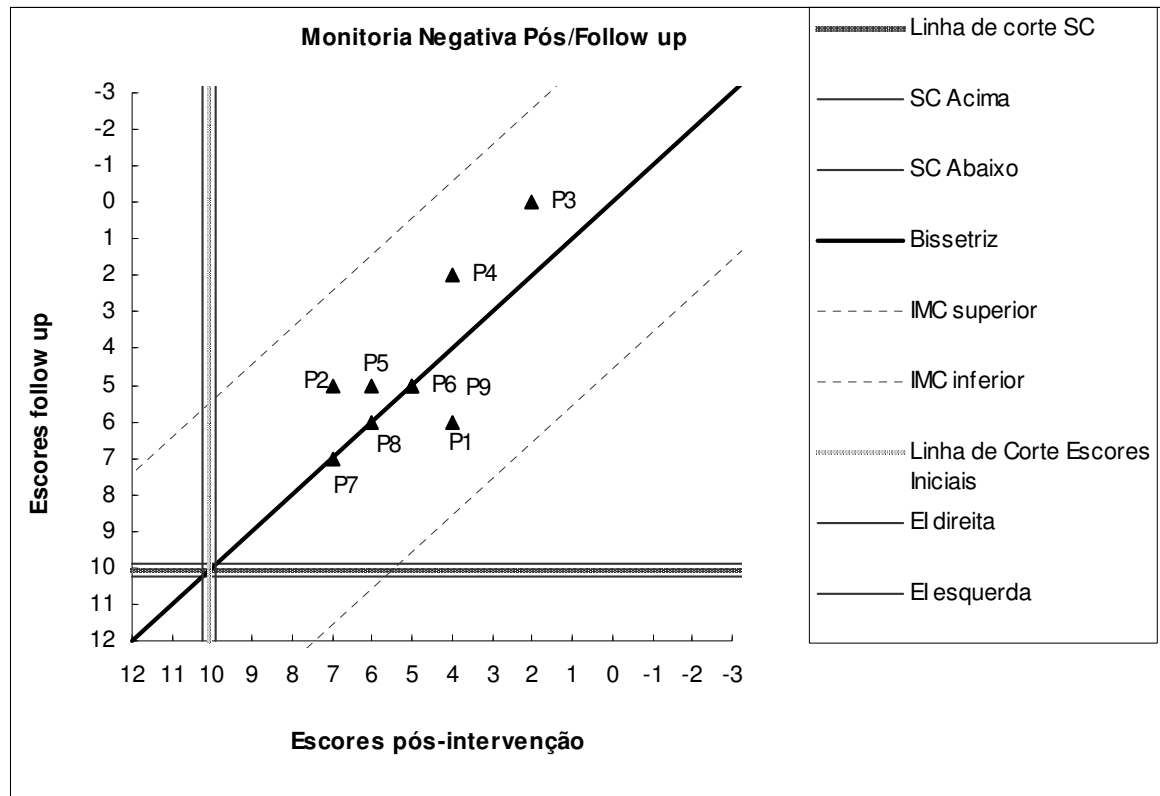


Figura 32: Significância clínica e mudança confiável por participantes no instrumento IEP – categoria Monitoria Negativa comparando pós-teste/follow up

Os escores pós-teste/follow up das participantes, apresentados na Figura 32, não indicam mudança positiva confiável quando comparado nos momentos. Não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

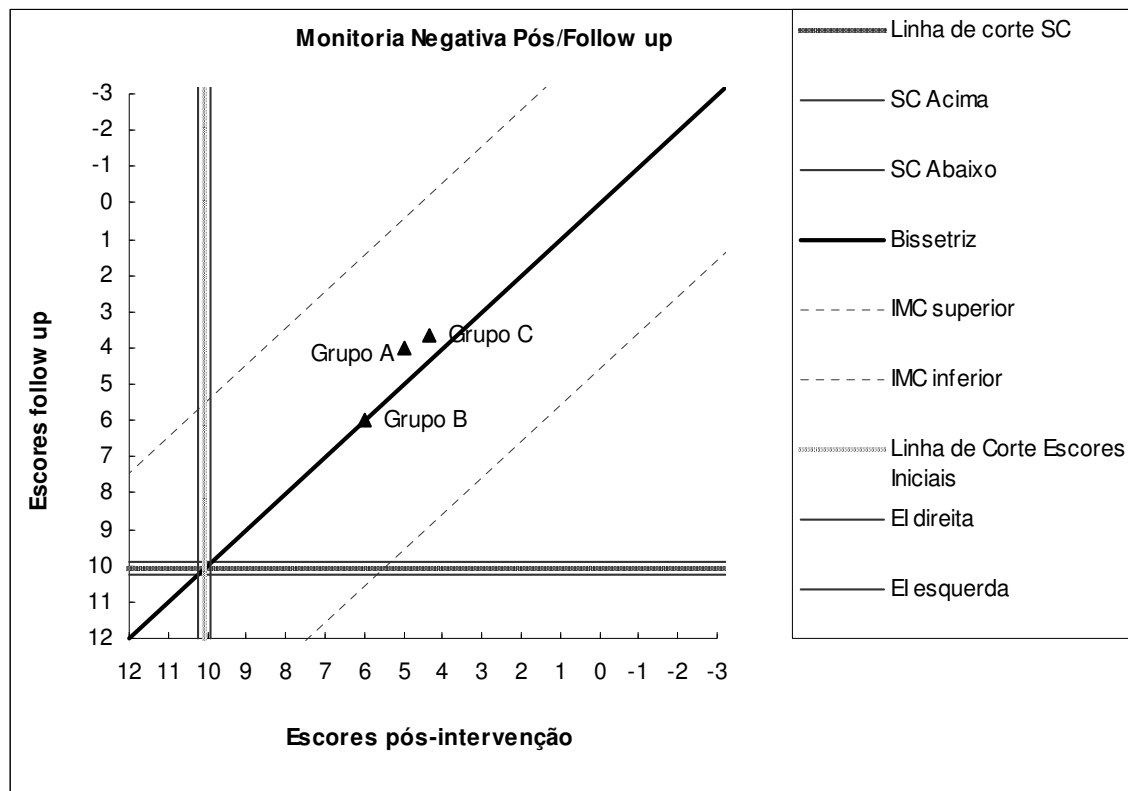


Figura 33: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Monitoria Negativa comparando pós-teste/follow up

De acordo com a Figura 33, verificou-se que os escores dos grupos não apresentaram mudança positiva confiável quando comparados nos momentos pós-teste/follow up. Não foi observada significância clínica; os grupos se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

A seguir, nas Figuras 34, 35, 36 e 37 estão apresentados os dados referentes à categoria Abuso Físico.

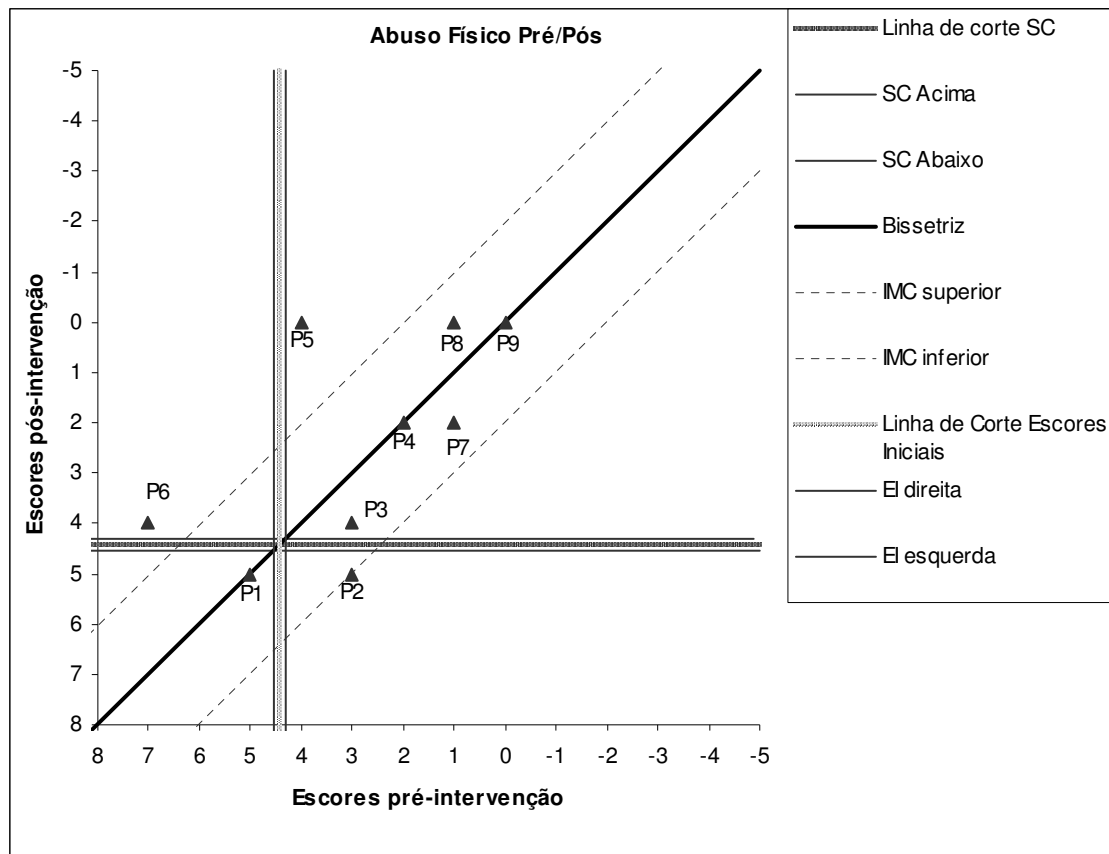


Figura 34: Significância clínica e mudança confiável por participantes no instrumento IEP – categoria Abuso Físico comparando pré/pós-teste

Foi possível observar na Figura 34 que os escores de P5 e P6 apresentaram mudança positiva confiável quando comparados nos momentos pré/pós-teste; sendo que P6 também apresentou significância clínica, alterando o status de não-funcional para funcional. P1 pertencia a faixa clínica e permaneceu nela e P2 alterou seu status de funcional para não-funcional. O restante não apresentou mudança positiva confiável e não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

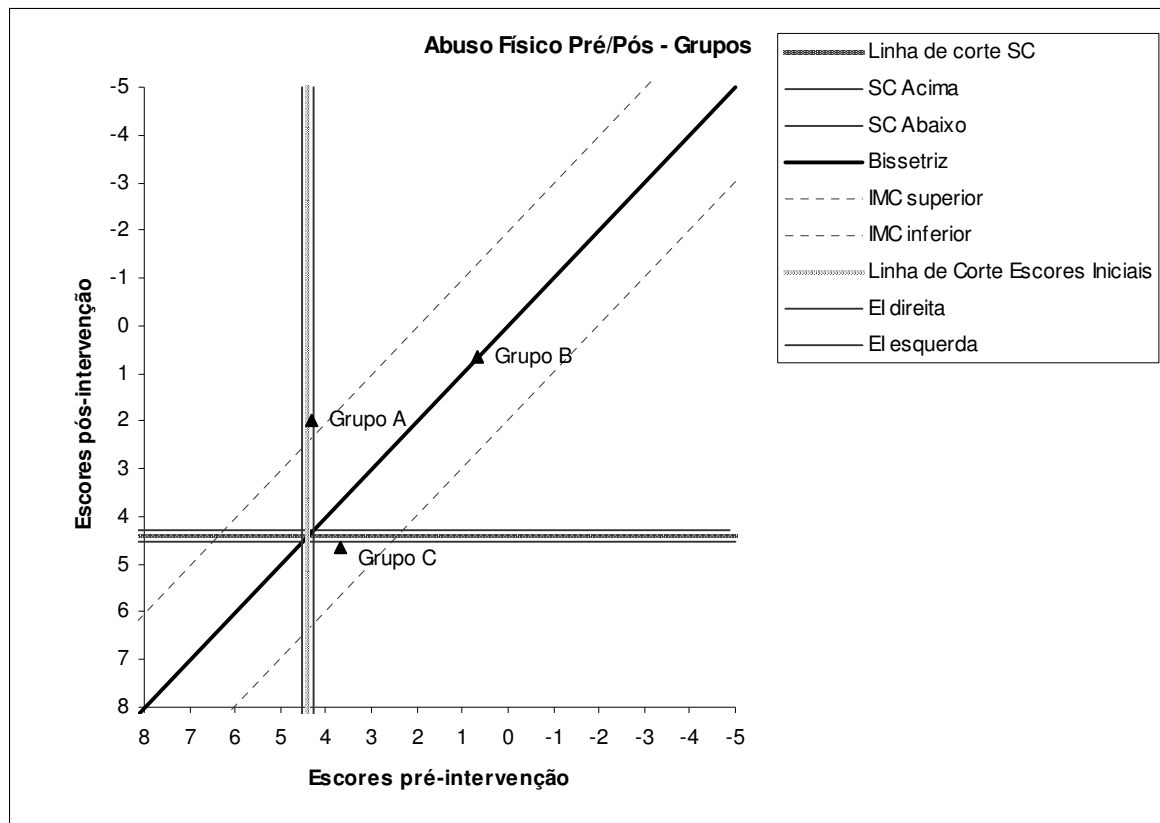


Figura 35: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Abuso Físico comparando pré/pós-teste

Ao observar os escores pré/ pós intervenção dos grupos apresentados na Figura 35, verificou-se que os escores do Grupo A apresentaram mudança positiva confiável e se situou no intervalo de confiança para significância clínica. O Grupo B permaneceu no intervalo de confiança de mudança confiável e o Grupo C apresentou alteração de status, passando da faixa da população funcional para não-funcional.

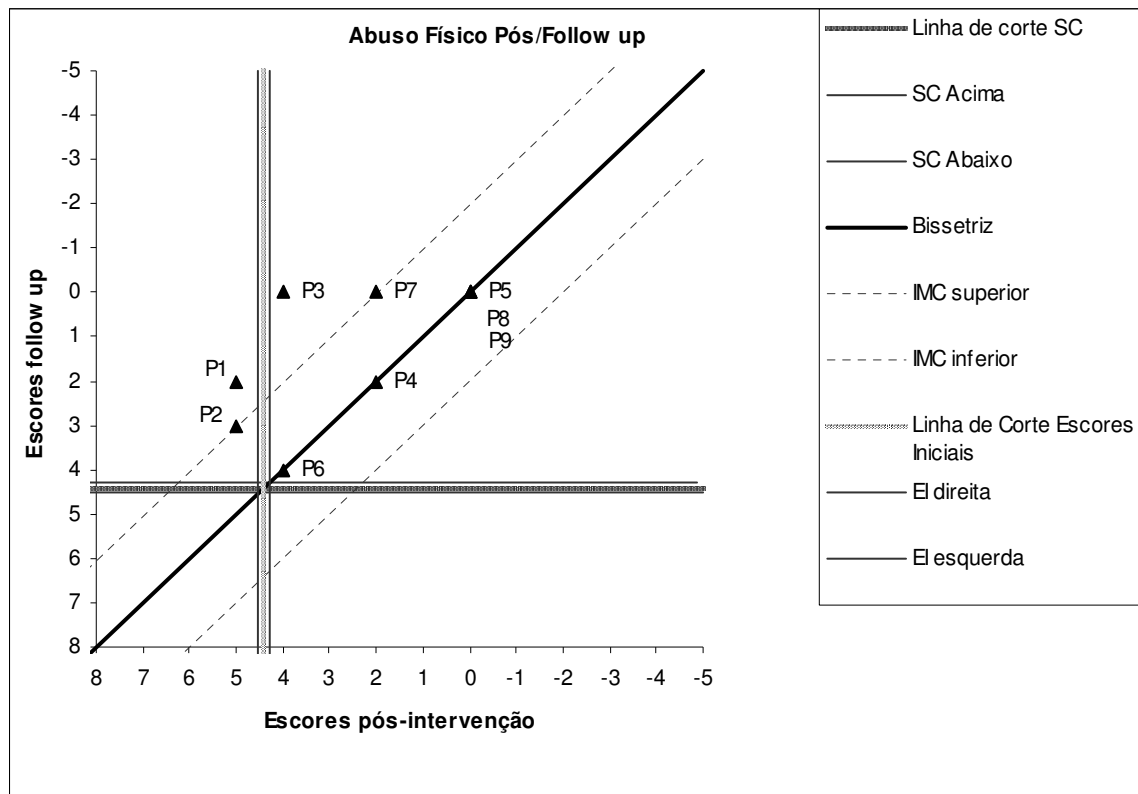


Figura 36: Significância clínica e mudança confiável por participantes no instrumento IEP – categoria Abuso Físico comparando pós-teste/follow up

De acordo com a Figura 36, verificou-se que os escores de P1 e P3 apresentaram mudança positiva confiável, P2 e P7 ficaram no limite para a mudança positiva confiável. P1 e P2 apresentaram alteração do status clínico, passando da população não-funcional para funcional. O restante não apresentou mudança positiva confiável e não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.

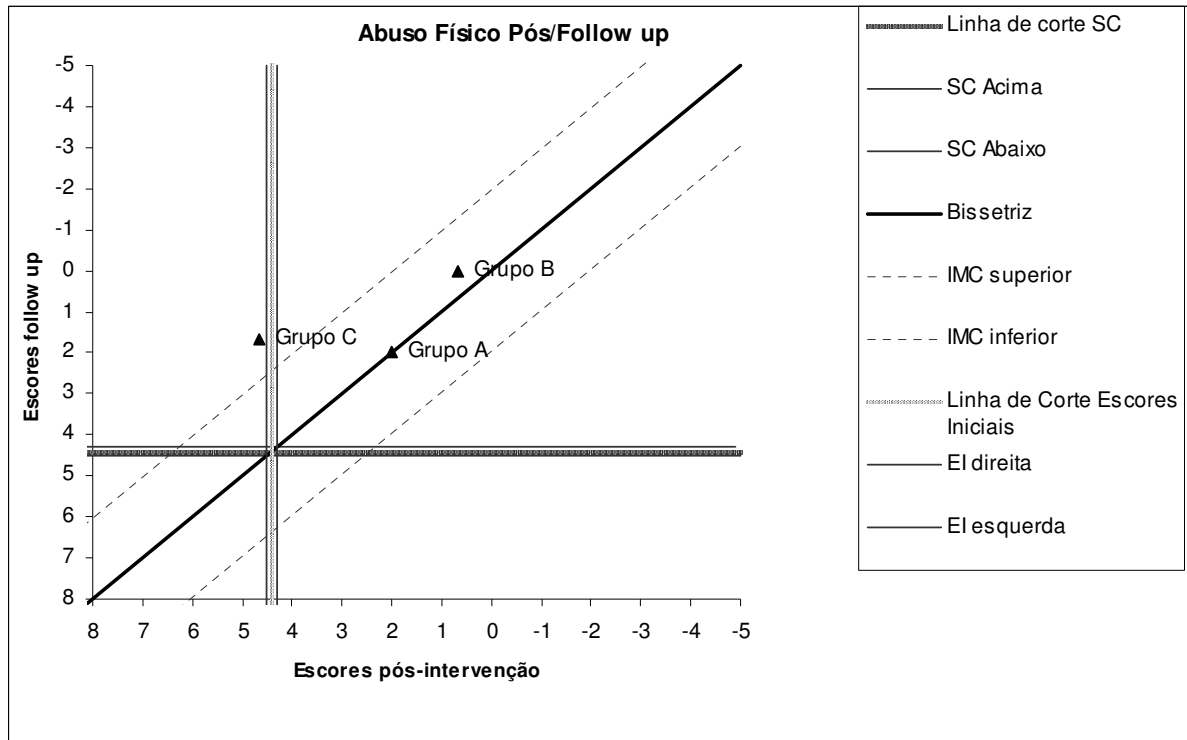


Figura 37: Significância clínica e mudança confiável por grupos no instrumento IEP – categoria Abuso Físico comparando pós-teste/follow up

Os dados ilustrados na Figura 37 aponta que o Grupo C apresentou mudança positiva confiável e alteração no status clínico, passando da faixa da população não-funcional para funcional. O restante não apresentou mudança positiva confiável e não foi observada significância clínica; as participantes se mantiveram na população funcional, sem alteração de status clínico.