

Adaptação do Questionário de Resposta Emocional à Violência (REV) À Mulheres Portuguesas Vítimas de Abuso Físico e Sexual

Lucia Xavier* & Alexandra Serra**

Aluna de Mestrado em Psicologia Clínica e da saúde do ISCS-N*

Professora Doutora Auxiliar do ISCSN. Investigadora de Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde do ISCSN**

Resumo

A Violência Física e Sexual Contra a Mulher Pelo Parceiro Íntimo têm repercussões avassaladoras para a saúde da vítima, sendo as consequências mais frequentes os sintomas de depressão e de ansiedade e o Transtorno do Estresse Pós – Traumático. O objectivo deste estudo consistiu na adaptação do questionário espanhol de resposta emocional à violência –REV (Soler, Barreto y González, 2005), traduzido por Rocha, Quintas, Serra, Oliveira e Alves (2008) para a população de mulheres portuguesas vítimas de abuso físico e sexual pelo parceiro íntimo. Neste sentido, o REV foi administrado a 215 mulheres, divididas em dois grupos: 106 mulheres não vítimas de violência nos últimos 3 anos com idade média em torno de 36 anos e mulheres vítimas de violência no mesmo período de tempo, com idade média em torno de 38 anos. Foram utilizados para o estudo uma Ficha Sociodemográfica (versão para investigação de Serra, Quintas, Fonseca e Sousa, 2010); o Questionário de Violência Doméstica – QVD (Quintas, Serra, Oliveira, Alves e Pacheco, 2008) e o Questionário de Resposta Emocional à Violência Doméstica – REV (Soler, Barreto y González, 2005, versão de Rocha, Quintas, Serra, Oliveira e Alves, 2008). O REV explora sintomas de depressão, de ansiedade, desajuste psicossocial e humor irritável. Os resultados encontrados indicam que o REV constitui um instrumento fiável e válido quando comparado com o original, podendo ser útil na avaliação psicológica em Centros de Cuidados de Saúde Primários, naqueles casos em que se configura Violência Doméstica.

Abstract

Physical and Sexual Violence Against Women By Intimate Partner have overwhelming implications for the health of the victim being the most frequent consequences symptoms of depression and anxiety disorder and Post - Traumatic Stress. The aim of this study was the adaptation to the Spanish emotional response to violence – REV ((Soler, Barreto y González, 2005), traduzido por Rocha, Quintas, Serra, Oliveira e Alves (2008) for the population of Portuguese women victims of physical and sexual abuse by intimate partner. Accordingly, the REV was self - administered to 215 women of whom 92.3% were Portuguese divided into two groups: 106 women who were not victims of violence in the last three years with an average age around 36 years and women victims of violence in the same time period with an average age of about 38 years. Were used to study one Sociodemographic Profile (version for research of Serra, Quintas, Fonseca e Sousa, 2010), the Domestic Violence Questionnaire – QVD ((Quintas, Serra, Oliveira, Alves e Pacheco, 2008) and the Emotional Response Questionnaire to Domestic Violence – REV (Soler, Barreto y González, 2005, versão de Rocha, Quintas, Serra, Oliveira e Alves, 2008). O REV explores symptoms of depression, anxiety, irritable mood and psychosocial maladjustment. The research findings indicate that the questionnaire REV is a reliable and valid instrument when compared with its original, and may be useful in psychological assessment at Centres Primary Health Care at those cases in which it configures Domestic Violence.

Palavras – Chave: Violência Doméstica; Respostas Emocionais; Impacto; Sintomatologia

A Violência Doméstica contra a mulher é uma problemática que tem sido amplamente estudada devido aos altos níveis de prevalência que se tem a nível mundial, as quais vem sofrendo um aumento nos últimos anos estando isto refletido nos estudos realizados em diversos países (Amor et al.,2001). Este considerável aumento da Violência Doméstica contra a mulher tem ocasionado um grande impacto não só a nível social mas também em matéria de Saúde Pública, sendo considerado, desde 1998 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como prioridade internacional para os Serviços de Saúde (Buitrago et al., 2003).

No sentido de perceber a violência doméstica, e como já referido, tem existido uma vasta investigação internacional quer no campo clínico, quer no campo social. Muitos destes estudos baseiam-se em instrumentos especificamente desenhados e construídos para a avaliação dos intervenientes nas dinâmicas de violência doméstica. Estes instrumentos focam-se, essencialmente, ao nível do agressor (por exemplo, Spousal Assault Risk Assessment (SARA) de Kropp, Hart, Webster, & Eaves, 1999, 2000, adaptado para a população portuguesa por Soeiro, 2010) ou nas dinâmicas psicológicas da relação (como o Conflict Tactic Scale de Strauss, 1979). Na atualidade, existem instrumentos que medem toda uma sintomatologia associada à violência Doméstica. Dentre os mais utilizados estão o Questionário de 90 sintomas – SCL-90-R; o Inventário de Depressão de Beck; e o Inventário de ansiedade estado- rasgo –STAI. Porém, apesar da grande diversidade de métodos de avaliação, existe uma grande carência de instrumentos que acedam diretamente e de forma geral ao estado emocional das mulheres vítimas de violência doméstica – violência física e/ou psicológica, abuso e agressão sexual, em situações críticas (Soler, Barreto & González, 2005). Deste modo, com tudo o que foi dito anteriormente, pode assinalar-se que a Violência Doméstica constitui uma problemática

tanto a nível social como a nível de saúde diante da qual tem-se realizado diversas ações a nível mundial e nacional.

É de referir ainda que o fenómeno da violência, ao longo dos anos se tem definido de formas distintas dependendo tanto da população a que se refere como também a perspectiva com que se pretende conceber o dito conceito. Desta forma, no que diz respeito a presente investigação o fenómeno da Violência Doméstica será abordado como uma das formas de violência contra a mulher a qual tem seu lugar no espaço doméstico, conceito este que não alude especificamente ao espaço físico da casa, mas entendendo sim, o espaço doméstico como “os relacionamentos íntimos em contextos privados”. Assim, pode associar-se com uma relação de noivado; namoro, casamento ou, simplesmente, uma relação entre parceiros íntimos com ou sem convivência, ou mesmo os vínculos entre ex-companheiros (Corsi, 2004).

Consequências da VD Física & Sexual

Dentre os quadros orgânicos resultantes, encontram-se lesões, obesidade, síndrome de dor crónica, distúrbios gastrintestinais, fibromialgia, fumo, invalidez, distúrbios ginecológicos, aborto espontâneo, morte. Muitas vezes, as sequelas psicológicas do abuso são ainda mais graves que seus efeitos físicos. Muitas mulheres agredidas não têm psicopatologia significativa prévia ao abuso e podem precisar de um mínimo de assistência psicológica para voltar ao seu nível anterior de funcionamento. No entanto, a maioria das mulheres agredidas parece estar sofrendo de um conjunto de sintomas psicológicos, o “Síndrome da Mulher Batida”, que é normalmente visto como um resultado do abuso (Walker, 1994). Este Síndrome, preenche os critérios diagnósticos

para Perturbação de Stress Pós-Traumático (DSM-IV, TR, 2002), contudo pode aparecer sintomatologia desta natureza sem ser nosologicamente significativa.

O abuso sexual e físico têm sido associados a uma variedade de sintomas psicológicos de curto e longo prazo, tais como, depressão, ansiedade, abuso de drogas e suicídio (Briere & Runtz, 1988 in Gutierrez et al.,2000). Potenciais efeitos a longo prazo também incluem um conjunto de dificuldades interpessoais, tais como, sentimentos de isolamento, baixa autoestima, desconfiança e vitimização repetida (Finkelhor & Browne, 1985 in Gutierrez et al., 2000). Da mesma forma, o abuso físico tem sido associado a sintomas depressivos, ansiedade generalizada, fobias, transtornos de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, sentimentos de desamparo, o rompimento do relacionamento interpessoal, sentimentos de culpa relativamente ao quotidiano, consumo excessivo de álcool ou outras substâncias e PTSD (Austin, Lawrence & Foy, 1993; Kaslow et al, in Gutierrez et al, 2000; Amor et al., 2002; Echebúria et al., 1997; Golding, 1999 in Carvalho, 2010).

Método

Em Espanha procedeu-se à construção de um instrumento intitulado de “Cuestionario de Respuesta Emocional a la Violencia Doméstica y Sexual (REV)” (Soler, Barreto & González, 2005). foi construído de forma a se obter uma estrutura fatorial simples que pudesse indicar de forma precisa, em situações de urgência, e na primeira entrevista, o mal estar emocional sentido pela mulher vítima. O Instrumento foi construído com 22 itens, onde 4 factores ficaram definidos. O primeiro dos factores, denominado de “Depressão” é constituído por 7 itens associados às dimensões da autoestima, sentimentos de culpabilidade e desesperança. O segundo factor, “Ansiedade”, sendo este constituído também por 7 itens associados às respostas fisiológicas da ansiedade, tais

como sensação de sufoco ou falta de ar. O terceiro factor, “Ajuste Psicossocial” é composto por 4 itens, contendo itens que se destinam à avaliação das respostas da vítima ao nível das atividades de vida diária tanto sociais como lúdicas. Por fim, o quarto factor, “Humor Irritável”, é constituído também ele por 4 itens sendo constituído por itens relacionados com sentimentos e respostas anímicas.

Ao nível da consistência interna foram encontrados valores Alpha de Cronbach de 0.85, para o factor “Depressão”, 0.84 para o factor “Ansiedade”, 0.76 para o terceiro factor “Ajuste Psicossocial”, e 0.79 para o factor “Humor irritável. No seu total a escala apresentou um Alpha de Cronbach situado acima de 0.70 considerado como Razoável (Tabachnick & fidell 2007). Após a análise factorial exploratória foi realizada uma análise factorial confirmatória que indicaram uma adequada ajustabilidade. O CFI (0.87) ficou próximo dos valores optimos (0.90), e o RMSEA (0.06) ligeiramente superior ao recomendado (0.05), no entanto perfeitamente dentro dos limites estabelecidos (0.08). Tanto o GFI (0.92) como o AGFI (0.91) alcançaram valores superiores a 0.90 indicando um bom ajuste. O RMR (0.09) encontra-se dentro dos limites estabelecidos (0.1) para se considerar o modelo bem ajustado, assim como o valor do quociente $\chi^2 / g.l.$ (3.06).

Em Portugal, constatamos que existe igual necessidade de instrumentos de avaliação das repercursões a nível psicológico presentes na vítima de violência doméstica. Assim, o presente estudo tem como objectivo a adaptação do Questionário de Resposta Emocional à Violência - REV ((Soler, Barreto y González, 2005, versão de Rocha, Quintas, Serra, Oliveira e Alves, 2008) para a população portuguesa.

Participaram neste estudo 215 mulheres portuguesas com uma idade média de 37 anos ($M= 36.99$; $DP=9.45$) que se organizam por dois grupos, mulheres vítimas de Violência Doméstica nos últimos três anos e mulheres que não foram alvo deste tipo de violência no mesmo período de tempo.

O questionário REV foi autoadministrado a 106 mulheres que não tinham sido vítimas de Violência Doméstica nos últimos três anos. A média de idades rondava, no momento da recolha dos dados, os 36 anos ($M= 36.09$; $DP=9.73$), sendo que a idade das entrevistadas oscilava entre os 19 e os 61 anos. Relativamente ao estado civil, 75.5% das mulheres encontravam-se casadas, 14.2% solteiras, 5.7% estavam divorciadas e 2.3% eram viúvas. Relativamente à caracterização socioprofissional, 55.8% estava empregada, 40.4% em situação de desemprego e 3.8% eram reformadas. Em relação às habilitações literárias, 35.8% tinha completado o 9º ano e 11.3% o 6º ano de escolaridade¹.

Foram entrevistadas 109 mulheres identificadas pelos serviços como vítimas DE Violência Doméstica provenientes de várias instituições/serviços da zona Norte como, da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) de Valongo, da CPCJ de Barcelos, da Associação para o Desenvolvimento de Figueira (concretamente do Gabinete de Apoio à Vítima (GAV) e da Casa Abrigo) e do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, especialmente do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental deste Hospital. Todas as mulheres tinham sido vítimas de violência física².

Em relação às características sociodemográficas realça-se que 92.3% são de nacionalidade portuguesa. A média de idades rondava, no momento da recolha dos dados, os 38 anos ($M= 37.84$; $DP=9.15$), sendo que a idade das entrevistadas oscilava entre os

¹ Curiosamente, 36 mulheres não responderam a esta questão.

² Não foi possível apresentar aqui resultados relativos à Vitimação das participantes por uma questão de exaustividade deste documento. Sugerimos a consulta de Oliveira (2010) e Carvalho (2010) para aceder a estes resultados.

20 e os 62 anos. Relativamente ao estado civil, 59.3% das mulheres encontravam-se casadas, 15.3% solteiras, 23.7% estavam divorciadas ou separadas de facto e 1.7 % eram viúvas. 65.4% não se encontrava a viver com o parceiro e 90.4% encontrava-se a viver com os filhos. Uma minoria não tem filhos (5%). Relativamente à caracterização socioprofissional da amostra, 5.1% estava empregada, 42.4% em situação de desemprego, 33.8% eram reformadas e 18.6 apresentavam incapacidade temporária. Numa análise das profissões, apesar da grande diversidade, destacavam-se as profissões não especializadas. Em relação às habilitações literárias, 32.7% tinha completado o 6º ano e 30.8% o 4º ano de escolaridade. Numa breve observação da situação clínica percebe-se que 26.9% apresentavam doenças físicas, 19.2% doenças psicológicas e 11.5% doenças crónicas. No que concerne à medicação, 40.4% referiam a necessidade de medicação regular e a automedicação estava presente em 34.6%. Sobre o consumo de substâncias, concretamente álcool, cigarros e drogas, 17.3% eram fumadoras e nenhuma referiu o consumo de drogas. Uma última palavra destina-se aos antecedentes os quais, segundo os dados são inexistentes, contrariamente aos antecedentes de vitimação, presentes na família de origem em 32.7% dos casos e em relações afetivas anteriores 15.4% das mulheres.

Instrumentos

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: (i) Questionário de violência Doméstica – QVD (Quintas, Serra, Oliveira, Alves & Pacheco, 2008) desenvolvido com base na conceptualização do Exposure to Domestic Violence/Abuse – Child Scale, Chemtob & Carlson, 2004, e no Inventário sobre Violência Conjugal de Machado, Matos e Gonçalves (2000). O Questionário de Violência Doméstica contempla

duas partes: a primeira parte prendesse às variáveis demográficas da vítima e do parceiro conjugal, designadamente, Dados Pessoais; Situação Clínica; Comportamentos Aditivos; e Antecedentes Criminais. A segunda parte do Questionário aborda as diferentes tipologias de abuso; a perceção do impacto da violência sofrida no papel de mãe, parceira e profissional. Assim também como as características inerentes aos contextos onde se materializou a vitimação. Na avaliação e caracterização dos vários tipos de violência, foram definidos diversos atos relativamente a cada um dos tipos de violência. Quatro atos para a violência verbal (e.g. “Insultar/chamar nomes”); seis atos para a violência contra a liberdade ou dignidade (e.g. “Diz que é incapaz”); sete atos para a violência sob a forma de ameaças ou intimidação (e.g. “Ameaçar com armas”); oito atos definidos para a violência física (e.g. “Pontapés”); e quatro atos para a violência sexual (e.g. “Forçar fisicamente a ter relações sexuais”). A partir da exploração dos diferentes tipos de violência reportados pela vítima, busca-se obter dados referentes à frequência dos abusos, periodicidade, intensidade e duração. O Questionário de Violência Doméstica inclui ainda uma parte referente a exposição dos filhos às situações de violência. Se estes tentavam interferir e, quais as estratégias utilizadas pelos mesmos, caso interviessem nos atos de violência e, ainda, se a presença dos filhos influenciava ou não na perpetuação dos mesmos. Relativamente às questões, algumas delas são de resposta curta, e outras, as participantes devem assinalar a alternativa de resposta que melhor corresponde a sua experiência pessoal no processo de vivência da exposição aos abusos no contexto de Violência Doméstica.

(ii) Questionário de Resposta Emocional à Violência Doméstica –REV (Soler, Barreto e González, 2005). Traduzido por Rocha, Quintas, Serra, Oliveira e Alves (2008). O REV já foi parcialmente descrito em ponto anterior. Interessará clarificar que é solicitado à participante que confira um grau de intensidade a cada um dos sintomas mencionados ao

longo do instrumento, numa disposição de opções que compreende “Nada”, “Algum”, “Bastante” e “Muito”, com o intuito de caracterizar a intensidade emocional experienciada pela vítima durante a vivência ou mesmo depois da exposição aos atos de violência. Para além do já exposto acima, o REV permite-nos também obter informações sobre áreas emocionais inerentes ao bem-estar das mulheres (Soler, Barreto e González, 2005), direcionando-se especificamente para a situação de crise, como é o caso da Violência Doméstica e, indo ao encontro do que se pretende estudar. A primeira fase deste estudo, consistiu na tradução do instrumento para a língua portuguesa, com recurso à tradução espanhola existente. Esta tradução foi feita por dois investigadores, ambos de nacionalidade portuguesa, recorrendo à equipa que desenvolveu o REV na sua versão original. Dadas as especificidades culturais da amostra, introduziram-se algumas pequenas alterações ao nível da linguagem mas nada de muito significativo.

(iii) Ficha Sociodemográfica (versão para investigação de Serra, Quintas, Fonseca e Sousa, 2010). Esta ficha foi aplicada às participantes do grupo que não tinha sido vítima de Violência Doméstica.

Procedimento

A administração dos instrumentos não foi assegurada pela candidata que agora apresenta este trabalho. Efetivamente, ambos os estudos (com vítimas de Violência Doméstica e com participantes sem historial de Violência Doméstica) já tinham, decorrido em períodos temporais diferentes.

O período de administração do protocolo³ respeitante às mulheres vítimas decorreu

³O protocolo de avaliação é constituído por 7 instrumentos: Questionário de Violência Doméstica (QVD) (Versão experimental, Quintas, Serra, Oliveira, Alves & Pacheco, 2008); Brief Symptom Inventory-BSI (L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995); Questionário de Resposta Emocional à Violência Doméstica e Sexual (Soler, Barreto e González, 2005, traduzido por Rocha,

entre Novembro de 2008 e Maio de 2009, tendo os instrumentos sido administrados por três investigadores juniores da UniPSa, todos licenciados em Psicologia Clínica. A aplicação do protocolo de avaliação implicava a assinatura do Consentimento Informado pela vítima e, no caso de a mulher estar institucionalizada era ainda necessária uma autorização prévia da instituição. Nesse sentido, havia a preocupação de realizar uma apresentação cuidada sobre os objetivos do estudo, de explicar o modo de aplicação individual, confidencialidade, anonimato e a possibilidade de desistência. Foi dada às participantes a possibilidade de escolherem entre serem as próprias a preencher os instrumentos ou obter a ajuda do entrevistador tendo, a grande maioria, optado pela segunda hipótese. Foram, então, esclarecidas as instruções existindo, contudo, a possibilidade de se clarificarem dúvidas ao longo da aplicação.

O tempo de execução do protocolo rondava os 90 minutos, apesar da sua aplicação ser realizada sem tempo limite. A administração dos instrumentos foi efetuada de uma só vez, numa aplicação individual.

O período de administração do REV a mulheres não vítimas decorreu entre Fevereiro e Março de 2011, ocorrendo em pequeno grupo e sendo preenchidos sempre pela própria participante face pedido de colaboração realizado por formador do Centro de Novas Oportunidades da CESPUP, CRL com formação em psicologia que aceitou colaborar nesta investigação. A aplicação do protocolo de avaliação implicava também a assinatura do Consentimento Informado.

Resultados

Quintas, Serra, Oliveira e Alves, 2008); Escala de Investimento Parental na Criança (EIPC) (Bradley Whiteside-Mansell & Brisby, 1997) – Versão Gameiro & Moura - Ramos, 2008); Child Behaviour Checklist 1-5 (CBCL) (Achenbach, T. M., 1991); Inventário do Comportamento da Criança para Pais 7/16 (ICCP) (Fonseca, Simões, José, Ferreira, & Cardoso, 1994); Inventário do Comportamento da Criança para Professores 7/16 (ICCP) (Fonseca, Simões, José, Ferreira, & Cardoso, 1994).

O primeiro passo na análise dos resultados consistiu em testar a estrutura fatorial do REV. Seguidamente efetuou-se a comparação dos resultados obtidos por dimensão pelas participantes vítimas de Violência Doméstica com os dados obtidos pela amostra espanhola e, por fim, comparámos os resultados entre os dois grupos.

Organização “conceptual”

Submetemos os 22 ítems a uma Análise em Componentes Principais (ACP), no sentido de testar a existência de uma potencial estrutura “latente” na organização das mesmas. Utilizando o critério gráfico, foi testada uma solução fatorial forçada a 5 componentes. Esta solução resultou na eliminação de 3 ítems: 2 por apresentarem múltiplas saturações fatoriais e 1 por saturar isoladamente numa única componente⁴, ficando então reduzida a 4 componentes principais. No Quadro 1, apresentamos a solução, com rotação *Varimax*⁵, para os 19 ítems nas 4 componentes.

Na solução apresentada no Quadro 1, verificamos que o primeiro fator é constituído por 7 ítems, sendo que todos eles parecem apontar para um conjunto de *Sintomas de Ansiedade*. Por sua vez, a segunda componente é constituída por 4 ítems, que se relacionam com um conjunto de situações que podem sobressair em contextos sociais como individuais – tomando por isso a designação de *Desajuste Pessoal*⁶. O fator 3, composto por cinco ítems, agrupa estados relacionados com *Sintomas de Depressão*. Por último, o quarto fator aglomera um conjunto de 3 sentimentos ligados a *Humor Irritável*. Assumindo esta estrutura fatorial, testámos a consistência interna de cada uma das

⁴ Por terem saturações equivalentes em duas ou mais componentes, foram eliminados dois ítems: item 4 - “Baixa Autoestima”, saturações de .29, .45, .45 e .34, respetivamente nas 4 componentes; item 22 - “Alterações de Humor”, (2) .43, (4) .53; O item 1 - “Sentimento de culpa” foi excluído por saturar isoladamente numa quinta componente.

⁵ $KMO = .88$, *Teste de esfericidade de Bartlett*, $\chi^2 (171) = 1284.97$, $p < .001$.

⁶ Optamos pelo termo Desajuste Psicossocial e não Ajuste Psicossocial por uma questão de coerência com a escala e com a leitura dos resultados (quanto mais elevado o valor, mais elevado o desajuste).

componentes, invertendo o item que apresenta uma saturação fatorial negativa no último fator.

Quadro 1. *Análise em Componentes Principais (com rotação Varimax).*

<i>Componente</i>				<i>Com</i>	<i>M</i>	<i>(DP)</i>
1	2	3	4			
				.		

REV8. Sensação de Falta de Ar	.79		.73	1.06 (1.07)	
REV9. Sensação de Sufoco	.75		.70	1.09 (1.11)	
REV13. Tonturas	.70		.57	1.17 (1.07)	
REV14. Rigidez, tensão muscular	.68		.69	1.21 (1.13)	
REV11. Aperto no peito	.66		.70	1.52 (1.18)	
REV12. Nó na garganta	.64		.69	1.41 (1.13)	
REV10. Transpiração	.59		.61	1.30 (1.11)	
REV16. Diminuição de atividades sociais		.86	.81	1.48 (1.14)	
REV17. Desinteresse por atividades agradáveis		.82	.78	1.17 (1.09)	
REV15. Diminuição de atividades agradáveis		.77	.71	1.37 (1.14)	
REV18. Diminuição da atividade doméstica		.70	.56	0.92 (1.09)	
REV6. Confusão		.68	.71	1.80 (1.06)	
REV5. Sentimento de Inutilidade		.68	.66	1.08 (1.09)	
REV3. Sentimento de fracasso		.63	.56	1.34 (1.03)	
REV2. Sentimento de Insegurança		.61	.56	1.47 (0.92)	
REV7. Desesperança face ao futuro		.60	.64	1.44 (1.14)	
REV20. Irritabilidade			.80	.84	1.69 (1.10)
REV19. Raiva			.77	.75	1.36 (1.20)
REV21. Zanga			.67	.73	1.53 (1.14)
Variância explicada (%) = 68.35	20.9	17.9	13.8	15.59	
	8	5	2		

Comparação dos resultados das quatro dimensões com a amostra espanhola

Tendo como base a investigação realizada por Soler, Barreto e González (2005), foram efetuadas comparações das médias obtidas nas participantes vítimas de violência doméstica do presente estudo com os resultados obtidos no estudo-base.

O resultado dos T-tests realizados revelam que nas dimensões *Depressão*, *Desajuste* e *Humor Irritável* não existem diferenças significativas entre a amostra portuguesa e amostra espanhola (maior $t < 1$, *ns.*). Contudo, salienta-se a diferença obtida no fator *Ansiedade*, pela qual se demonstra que as participantes portuguesas vítimas de violência doméstica revelam uma maior presença de sintomas de Ansiedade comparativamente às participantes espanholas, também vítimas de violência (1.25 vs. 1.05) – cf. Quadro 2.

Quadro 2. *Comparação dos resultados obtidos das dimensões do REV comparativamente ao estudo de Soler, Barreto e González, 2005*

		<i>Depressão</i>	<i>Ansiedade</i>	<i>Desajuste</i>	<i>Humor Irritável</i>
	<i>M</i>	1.43	1.25	1.23	1.53
<i>Amostra portuguesa</i>	<i>(DP</i>	(0.82)	(0.86)	(0.95)	(1.01)
	<i>)</i>				

⁷ A correlação média entre os itens das diferentes componente é de: $r = .53$ para a componente 1; $r = .63$ para a componente 2; $r = .51$ para a componente 3 e para a componente 4 é de $r = .67$.

<i>Amostra espanhola</i>	<i>M</i>	1.35	1.05	1.28	1.57
	<i>t</i>		= 2.47,		
	(109)	< 1, <i>ns.</i>	p = .015	< 1, <i>ns.</i>	< 1, <i>ns.</i>

Comparação dos resultados das quatro dimensões nos dois grupos

Efetuámos uma ANOVA de medidas repetidas entrando as quatro as dimensões de REV como fator intra-sujeitos, e grupo (*Vítimas de Violência* vs. *Não Vítimas*) como fator inter-sujeitos. Esta análise revelou os seguintes efeitos: O efeito principal do fator intrasujeitos ($F 3, 639 = 9.45, p < .001, \eta^2 = .04$) que indica que nas mulheres da amostra estão mais presentes os sintomas de *Depressão* ($M = 1.13, DP = 0.77$) e *Humor irritável* ($M = 1.08, DP = 0.95$) do que os sintomas de *Ansiedade* ($M = 0.96, DP = 0.77$) e *Desajuste* ($M = 0.90, DP = 0.85$). Por sua vez, o efeito principal do fator inter-sujeitos ($F 1, 213 = 64.95, p < .001, \eta^2 = .23$) revela que as 4 dimensões em análise estão mais presentes nas participantes vítimas de violência doméstica ($M = 1.36, DP = 0.75$) do que nas que não foram vítimas de violência ($M = 0.67, DP = 0.47$).

Contudo aqueles efeitos são qualificados pela interação entre estes dois efeitos principais ($F 1, 639 = 4.31, p = .005, \eta^2 = .02$). Decompondo a interação em função do fator inter-sujeitos *Vítimas de Violência* vs. *Não Vítimas* (cf. Quadro 3), verificamos que nas participantes não vítimas de violência doméstica ($F 3, 315 = 4.31, p < .001, \eta^2 = .08$) há uma maior presença de sintomas de *Depressão* ($M = 0.83, DP = 0.59$) do que de *Ansiedade* ($M = 0.66, DP = 0.52$), *Desajuste* ($M = 0.57, DP = 0.58$) e *Humor Irritável* (M

= 0.63, $DP = 0.61$), entre os quais não existem diferenças significativas. No que concerne às participantes vítimas de violência doméstica ($F 3, 324 = 5.99, p < .001, \eta^2 = .05$), verifica-se que nestas estão mais evidentes os sintomas de Depressão ($M = 1.43, DP = 0.82$) e Humor Irritável ($M = 1.53, DP = 0.82$) do que de Ansiedade ($M = 1.25, DP = 0.86$) e Desajuste ($M = 1.23, DP = 0.95$).

Quadro 3. Médias e desvios-padrão das dimensões do REV por grupo (Vítimas de Violência vs. Não Vítimas)

Grupo de Comparação	de				
		Depressão	Ansiedade	Desajuste	Humor I.
Vítimas	<i>M</i>	1.43	1.25	1.23	1.53
	(<i>DP</i>)	(0.82)	(0.86)	(0.95)	(1.01)
Não Vítimas	<i>M</i>	0.83	0.66	0.57	0.63
	(<i>DP</i>)	(0.59)	(0.52)	(0.58)	(0.61)
Total	<i>M</i>	1.13	0.96	0.90	1.08
	(<i>DP</i>)	(0.77)	(0.77)	(0.85)	(0.95)

Para perceber a relação entre a presença das diferentes dimensões em mulher vítimas de violência, efetuamos correlações entre as 4 dimensões (Depressão, Ansiedade, Desajuste, Humor Irritável). Os resultados obtidos apontam para uma forte relação entre as 4 dimensões, sendo que quanto maior a presença de sintomas de Depressão, maior a presença de sintomas de Ansiedade ($r = .67, p < .001$), de Desajuste ($r = .58, p < .001$) e de Humor Irritável ($r = .63, p < .001$). Por sua vez, quanto mais estão manifestos sintomas de Ansiedade nas participantes vítimas de violência, maior o seu Desajuste ($r = .54, p < .001$) e Humor Irritável ($r = .54, p < .001$). Por último, quanto maior o Desajuste destas participantes maior o nível de Humor Irritável ($r = .47, p < .001$) das mesmas (cf. Quadro 4).

Quadro 4. *Correlações entre as quatro dimensões do REV*

<i>Dimensões</i>		Ansiedade	Desajuste	Humor Irritável
Depressão	<i>r</i>	.67	.58	.63
	(<i>p</i>)	(<.001)	(<.001)	(<.001)
Ansiedade	<i>r</i>		.54	.54
	(<i>p</i>)		(<.001)	(<.001)
Humor Irritável	<i>r</i>		.47	
	(<i>p</i>)		(<.001)	

Discussão dos Resultados

A Violência Doméstica contra a mulher é uma problemática que tem sido amplamente estudada, dentre outros fatores, devido aos altos índices de prevalência que se encontra a nível mundial. O considerável aumento da Violência Doméstica contra a mulher tem gerado um grande impacto não somente a nível social mas também em matéria de saúde pública, sendo considerado desde 1998 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma prioridade internacional para os serviços de saúde, devendo assim serem investidos recursos para a sua atenção e prevenção nos Serviços de Cuidados Primários de Saúde pelas mais diversas e avassaladoras consequências que esta problemática acarreta (OMS, 1998 citado em Buitrago, F., Fernández, M., Ciurana, R., Chocron, L., Garcia, J., Herrero, S., et al. 2003 in Contreras e seus colaboradores, 2010).

Após o tratamento de dados obtidos na aplicação do Questionário de Resposta Emocional à Violência – REV (Soler, Barreto & González, 2005; versão experimental de Quintas, Serra, Oliveira, Alves & Pacheco, 2008), foram excluídos 3 dos 22 ítems originais. Ficaram assim 19 ítems que se mantiveram nas dimensões previstas pela escala original.

Esta investigação permitiu verificar a fiabilidade do Questionário (REV) adaptado à população de mulheres portuguesas vítimas de Violência Doméstica através dos elevados *Alpha de Cronbach*: para *Ansiedade* foi .89; para a dimensão *Desajuste Psicossocial* foi .87; para a *Depressão* foi .84 e, finalmente para a dimensão *Humor Irritável* foi .86.

Ainda, na interpretação dos resultados obtidos na avaliação com o REV, verificou-se que as vítimas de violência apresentam sintomatologia nas quatro dimensões, exatamente como constatado na amostra espanhola e, não surgindo com igual intensidade de sintomas na amostra sem historial de violência. Existem diversos estudos que

chegaram a resultados semelhantes, onde os transtornos mais comuns que estariam associados à violência seriam: os a depressão, a ansiedade e a PTST (e.g. Ahumada, Aliaga, y Marfull, 2003; Amor, De Corral, Echeburúa, Sarasúa y Zubizarreta, 2001; Barreto, Calvete, Corral y Estévez, 2007; González y Soler, 2005).

Neste sentido conclui-se que a sintomatologia tem uma expressão muito significativa nos resultados encontrados, sugerindo que as mulheres vítimas têm de fato reações psicológicas negativas quando expostas à situação abusiva.

Foi também constatado que as mulheres portuguesas apresentam um nível de ansiedade mais elevado que as mulheres espanholas, o que vem a tratar-se de um fato curioso. Arrisca-se dizer que cerca de 5% destas mulheres continuam a coabitar com o agressor apesar da violência, fato este que poderá explicar a presença de sintomas elevados de ansiedade ligados à condição de híper vigilância a que se encontram cativas. É importante referir que a amostra de vítimas mulheres espanholas, encontravam-se todas numa estrutura de abrigo/acolhimento no momento da avaliação, logo, sem contacto com o agressor.

Verifica-se ainda que nas vítimas a sintomatologias com maior predominância, são a Depressão e o Humor Irritável, enquanto nas não vítimas predominam os sintomas de Depressão. Este resultado é interessante, contudo não o conseguimos contextualizar teoricamente.

Encontrou-se uma forte relação entre as quatro dimensões que interagem da seguinte forma: quanto maior for a presença de sintomas de Depressão, maior é a presença de sintomas de Ansiedade; de Desajuste Psicossocial e de Humor Irritável. Por sua vez, quanto mais manifestos os sintomas de Ansiedade nas participantes vítimas de violência, maior se apresentará o seu Desajuste Psicossocial e Humor Irritável. Por último, quanto

maior o Desajuste Psicossocial destas participantes vítimas, maior será o nível de Humor Irritável das mesmas.

Parece oportuno falar aqui do fenómeno da comorbidade (co-ocorrência de dois ou mais transtornos) que tanto em amostras clínicas como em estudos populacionais, é um fenómeno comum. Em estudos populacionais, aproximadamente 30% dos indivíduos que apresentam algum transtorno psiquiátrico nos 12 meses anteriores à entrevista têm dois ou mais transtornos associados. Estudos recentes indicam que as mulheres apresentam maior comorbidade entre depressão e transtornos de ansiedade, particularmente transtorno de pânico e fobias simples (Andrade et al, 2006). Portanto, a Violência Doméstica está associada à graves problemas de saúde mental. Mulheres vítimas de Violência Doméstica têm grande probabilidade de apresentar várias comorbidades psiquiátricas relacionadas à presença de histórico violento (Mozzambani et al, 2011).

Conclusão

Como já visto, o objetivo primordial da adaptação do Questionário Espanhol de Respostas Emocionais à Violência de Soler, Barreto y González (2005) e traduzido para o Português por Quintas, Serra, Oliveira, Alves & Pacheco (2008), é a necessidade urgente de se ter em Portugal, à disponibilidade dos Serviços de Cuidados primários, um instrumento que seja simples e ao mesmo tempo eficaz na deteção dos sintomas de Violência doméstica, atendendo a demanda da urgência, pouco tempo disponível nos Serviços de Cuidados primários e a precariedade de pessoal qualificado nesses mesmos Serviços e, assim a possibilidade da aplicabilidade do mesmo em mulheres que se apresentam nesses Serviços com a necessidade premente de serem avaliadas o mais cedo

possível a fim de receberem os cuidados necessários sem que venham a sentir-se ainda mais oprimidas devido ao tempo de exposição a lembrança do ocorrido sofrimento.

Uma outra vantagem que podemos vislumbrar na existência do instrumento mencionado seria a possibilidade de ser aplicado tanto em emergência quanto em situações de acompanhamento e reavaliação das mulheres vítimas que estejam a ser seguidas por profissionais.

Bibliografia

Aliaga, P., Ahumada, S., Marfull, M. (2003). Violencia Hacia La Mujer: Un Problema de Todos. Universidade do Chile. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*. Vol. 68. N^o. 1. Santiago.

Andrade, H., Carmem, M. & Silveira, S. (2006). Epidemiologia Dos Transtornos Psiquiátricos Na Mulher. Univ. de São paulo. *Revista de Psiquiatria Clínica*. S.P. Br.

Buitrago, F., Fernández, M., Ciurana, R., Chocron, L., Garcia, J., Herrero, S., et al. (2003), Contreras e seus colaboradores. (2010). Organização Mundial de Saúde, 1998.

Buitrago, F., Fernández, M., Ciurana, R., Chocron, L., García, J., Herrero, S., et al. (2003).

Carvalho, N. (2010). Tese de Mestrado em Psicologia Forense e da Transgressão. CESPU-N.

Corsi, J., (Comp.). (2004). Maltrato Y Abuso En El Âmbito Doméstico. Buenos Aires. Paidós

Cuestionario de Resposta Emocional a La Violencia Doméstica Y Sexual (Soler, Barreto Y González, 2005).

Cuestionario de Resposta Emocional a La Violencia Doméstica Y Sexual (Soler, Barreto Y González, 2005).

Ficha Sociodemográfica. Versão para Investigação (Serra, Quintas, Fonseca e Sousa, 2010).

Gutiérrez, P., Thakkar, R. & Kuczen, C. (2000). Exploration Of The Relationship Between Physical and/or Sexual Abuse. Attitudes About Life and Death, and Suicidal Ideation In Young Women. USA.

Mozzambani, A., Ribeiro, R., Fuso, S., Ficks, J., Mello, M. (2011). Grau de Psicopatologia em Mulheres Vítimas de Violência Doméstica. *Revista de Psiquiatria*. RS. Br.

Questionário de Resposta Emocional à Violência – REV (Soler, Barreto Y González, 2005, Traduzido por Rocha, Quintas, Serra, Oliveira e Alves, 2008).

Walker, L. (1994). Abuse Women and Survivor Therapy: A Pratical Guide For The Psychoterapist. American Association. Washington. DC.