

## **Intervenção em grupo com vítimas de violência doméstica: Uma revisão da sua eficácia**

Marlene Matos\* / Andreia Machado\*\* / Anita Santos\*\*\* / Carla Machado\*\*\*\*

\*Escola de Psicologia, Universidade do Minho; \*\*Bolsista de Investigação, Escola de Psicologia, Universidade do Minho; \*\*\*Escola de Psicologia, Universidade do Minho e ISMAI – Instituto Superior da Maia; \*\*\*\*Escola de Psicologia, Universidade do Minho

Após o reconhecimento social, a violência doméstica tem adquirido progressivamente uma expressão significativa nas estatísticas criminais no nosso país. Paralelamente, atendendo aos elevados custos que habitualmente estão associados a esta experiência (e.g., saúde física e psicológica), a actuação de profissionais especializados nesta área foi assumindo cada vez mais relevância, constituindo-se a mulher vítima como um dos principais alvos da intervenção. Nesse contexto, assistiu-se nos últimos anos ao desenvolvimento de diferentes modalidades psicoterapêuticas dirigidas a essa população, entre as quais a intervenção em grupo. O objectivo deste trabalho consiste, pois, em sistematizar o conhecimento actual sobre a eficácia da intervenção em grupo com mulheres vítimas desse tipo de violência, reflectindo criticamente sobre as suas potencialidades. Após uma revisão da literatura internacional (e.g., Cox & Stolberg, 1991; McBride, 2001; Rinfret-Raynor & Cantin, 1997; Tutty, Bidgood, & Rothery, 1993), constata-se que essa é uma das mais comuns modalidades de intervenção facultadas às vítimas, revelando-se útil e com grande impacto junto dessas mulheres (e.g., Trimpey, 1989, citado por McBride, 2001; Tutty et al., 1993). Finalmente, a partir dos estudos disponíveis, apontamos os principais desafios no desenvolvimento de estudos empíricos neste contexto, bem como algumas implicações práticas para a implementação de intervenções em grupo com esta população.

**Palavras-chave:** Estudos de eficácia, Intervenção em grupo, Mulheres vítimas, Violência doméstica.

### INTRODUÇÃO

A violência doméstica, durante muitos anos, permaneceu oculta na privacidade das famílias. No entanto, desde a década de setenta, diversos olhares têm sido lançados sobre o fenómeno, transformando-o num problema à escala mundial. Desde então, passou a ser objecto de investigação científica e motivou a definição de políticas públicas para a combater.

No nosso país, foram vários os factores que concorreram para esse crescente reconhecimento social do fenómeno e para que este assumisse progressivamente um lugar de relevo na sociedade em geral. Em 2007, um inquérito à população revelou uma prevalência de 38.1% de violência contra as mulheres (Lisboa, 2008). Além disso, tal como no inquérito análogo de 1995, os resultados de 2007 revelaram que a violência mais prevalente é a psicológica (53.9%), seguida da violência física (22.6%) e da violência sexual (19.1%). O local de maior risco para a ocorrência de violência persiste em ser a própria habitação e o marido continua a ser maioritariamente o

---

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Marlene Matos, Escola de Psicologia (EPsi), Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4710-057 Braga. E-mail: mmatos@psi.uminho.pt

agressor (72.7%) (Lisboa, 2008). Mais recentemente, em 2010, nas estatísticas nacionais, a violência doméstica constituiu-se como o terceiro crime mais participado ( $N=31235$ ), representando 7.3% do total das denúncias às forças de segurança. A violência psicológica domina as participações (76%), seguida da violência física (74%) (DGAI, 2010). De modo complementar, no mesmo ano, os indicadores ainda provisórios do homicídio conjugal informavam que foram mortas 43 mulheres de acordo com a União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR, 2010).

Vários estudos têm documentado os elevados custos que habitualmente estão associados a esta problemática (e.g., familiares, sociais), condicionando a saúde física e psicológica da mulher (e.g., Koss, Ingram, & Pepper, 2001; Stark, 2001; Stark & Flitcraft, 1996). As mulheres que estão expostas à violência doméstica reportam altos níveis de utilização dos cuidados de saúde e estão em risco de desenvolver perturbação psicológica e psiquiátrica (Campbell, 1998). A par disso, apresentam dificuldades comportamentais, emocionais e relacionais, para além do potencial carácter incapacitante e destrutivo dos maus-tratos (e.g., homicídio e suicídio).

Assim sendo, a elevada prevalência, o impacto significativo da violência doméstica a curto e a longo prazo, bem como os custos financeiros que lhe estão associados vieram reforçar o desenvolvimento de uma intervenção apropriada dirigida ao agressor e à vítima e também da sua avaliação (Constantino, Kim, & Crane, 2005).

No que respeita à vítima, e atendendo ao número crescente de pedidos de ajuda, tornou-se necessário desenvolver modalidades<sup>1</sup> de intervenção inovadoras e eficazes dirigidas à mulher. Ainda que de modo insuficiente, nos últimos anos têm sido documentadas diferentes modalidades psicoterapêuticas de intervenção nesta problemática. Internacionalmente, a literatura reporta intervenções de carácter individual, em grupo e, ainda, a terapia de casal (cf. Lundy & Grossman, 2001).

Em Portugal, tem assumido lugar de destaque a intervenção em crise (Matos & Machado, 1999), a intervenção de inspiração feminista (Neves & Nogueira, 2004) e a psicoterapia narrativa no formato individual (Matos & Gonçalves, 2002, 2005) e de grupo (Machado & Matos, 2001).

No plano científico, os estudos nacionais têm-se dirigido principalmente para a caracterização do fenómeno, sobretudo a nível da sua prevalência e do impacto causado às vítimas. Há estudos recentes sobre o processo de mudança da mulher (Matos, 2006; Santos, 2008) mas continuam ausentes investigações acerca da eficácia das intervenções preconizadas. Aliás, embora a intervenção nesta área assuma cada vez mais relevância e expressão, a literatura é consensual quanto à insuficiência de estudos que reportem a eficácia da maioria das intervenções disponíveis para as vítimas (Lundy & Grossman, 2001).

## VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: INTERVENÇÃO EM GRUPO COM MULHERES VÍTIMAS

Uma parte significativa do que conhecemos sobre a intervenção com mulheres vitimadas pelos seus parceiros deriva dos poucos estudos publicados sobre a eficácia das intervenções em grupo. Apesar desta modalidade poder assumir diferentes filosofias (e.g., grupos de suporte ou de auto-ajuda), neste espaço reflectiremos sobretudo acerca dos grupos terapêuticos.

O surgimento da intervenção em grupo dirigida a mulheres maltratadas deve-se, em grande parte, aos movimentos feministas dos anos sessenta e setenta (Wilson, 1997). Este tipo de

---

<sup>1</sup> A este respeito, importa ressaltar que não existe uma intervenção única dirigida a todas as situações, nem tão pouco uma forma de ajuda considerada mais eficaz a partir de uma componente singular (Walker, Logan, Jordan, & Campbell, 2004).

intervenção começou por ser implementado nas casas abrigo, uma vez que as mulheres viviam em comunidade, surgindo a necessidade de intervir num formato grupal (Tutty & Rothery, 2002). Refira-se, aliás, que a experiência de intervenção psicoterapêutica em grupo decorre da intenção, habitualmente manifestada pela vítima, de partilhar a sua experiência com outras mulheres com trajectos de vida semelhantes.

Segundo Tutty e colaboradores (1993), no plano internacional, o trabalho em grupo é a forma de intervenção mais comum junto de mulheres que viveram experiências de abuso. Uma das principais vantagens desta modalidade de intervenção reside no facto de quebrar o isolamento a que estas mulheres estão, muitas vezes, sujeitas. O contexto do grupo permite-lhes ainda validar a sua experiência, receber informação, dar e receber suporte (e.g., emocional), bem como perceber que o seu problema não é único e que existem formas alternativas de lidar com a situação. Assim, o grupo pode ajudar a mulher “a perceber que não está só e que os seus sentimentos de confusão, medo e desespero são reais e partilhados por outras mulheres” (Webb, 1992, p. 209). Nalguns casos, o grupo fornece também o suporte social necessário para a tomada de decisões.

Muitos autores recomendam que a intervenção em grupo assuma uma perspectiva feminista, na medida em que esta condena a violência, retira a responsabilidade da vítima situando-a no agressor, reconhece a forma como a sociedade perpetua essa violência e foca-se na violência em detrimento das interações do casal (Hartman, 1983, citado por Tutty & Rothery, 2002; Pressman, 1984, citado por Tutty et al., 1993).

Em 1984, Pressman (citado por Tutty et al., 1993) procurou definir as linhas orientadoras para a intervenção nesta problemática. Estas acabaram por se assumir como temas comuns aos grupos de intervenção entretanto documentados na literatura sobre o tema. Nesse contexto, a negação e/ou minimização da violência necessitam de ser identificadas, reconhecidas e trabalhadas de forma apoiante, através da educação acerca das dinâmicas violentas. A par disso, a mulher precisa também de explorar as razões que a levaram a permanecer numa relação violenta, de forma a reduzir o seu sentimento de culpa. Nesse sentido, muitos grupos abordam a forma como as crenças relativas aos papéis tradicionais masculino e feminino legitimam a violência na intimidade. Concomitantemente, apoiar as mulheres a identificar formas de resistir ao abuso, a protegerem-se a si e aos seus filhos são outros objectivos. Daí que a segurança da mulher (e dos filhos) seja prioritária na intervenção e, por isso, é muitas vezes necessário traçar um plano de segurança desde o início do grupo. Igualmente, é importante permitir à mulher sentir e expressar raiva por ter sido vitimizada, bem como proporcionar um espaço para esta lidar a perda da esperança que tinha na relação e, nalguns casos, ajudá-la a fazer o luto da relação que terminou. Finalmente, o sentimento de isolamento é atenuado se a mulher desenvolver laços fortes que possam evoluir para redes de suporte informais que sobrevivam ao grupo (Tutty & Rothery, 2002). McBride (2001) destaca ainda como principal vantagem da terapia em grupo o empoderamento que esta concede à mulher ao dotá-la de competências para tomar as suas próprias decisões e fazer escolhas. Em síntese, espera-se que estas linhas orientadoras potenciem o impacto positivo do grupo na auto-estima e sentido de eficácia da mulher.

Estão descritos na literatura alguns exemplos que demonstram que a intervenção em grupo se tem multiplicado. Estão documentadas, por exemplo, experiências desenvolvidas junto de mulheres com Perturbação de Stress Pós-Traumático (e.g., Schlee, Heyman, & O’Leary, 1998) e junto de mulheres idosas abusadas (e.g., Brandl, Hebbert, Rozwadowski, & Spangler, 2003). Contudo, e como já afirmámos antes, tem sido conduzida pouca investigação acerca da eficácia das intervenções com vítimas de violência doméstica (Tutty, Bidgood, & Rothery, 1996). De seguida, reflectimos sobre os estudos existentes nesta área, de modo a fornecer ao leitor uma visão geral sobre a eficácia da intervenção em grupo.

## INTERVENÇÃO EM GRUPO COM MULHERES VÍTIMAS: QUAL A SUA EFICÁCIA?

Em 1991, Holiman e Schilit conduziram uma intervenção em grupo psico-educacional com mulheres vítimas de violência na intimidade ( $n=12$ ), cujo objectivo era ajudar as participantes a aprender a centrar-se em si. Recorreram sobretudo a técnicas cognitivas, expressivas e de suporte social. A intervenção envolveu dez sessões de grupo, cada uma com duas horas de duração. A sessão inicial consistia numa orientação geral às participantes. Da segunda à quinta sessão incluíram uma parte inicial de cariz psico-educacional, seguida de uma hora de actividades de grupo. As últimas quatro sessões centravam-se no trabalho emocional (Abel, 2000). O *design* utilizado foi quase-experimental, com pré e pós-teste. No que se refere aos resultados, foram encontradas melhorias significativas no que se refere à raiva e à satisfação geral. No entanto, este estudo enfrentou algumas limitações, tais como a amostra reduzida, medidas insuficientes e a ausência de grupo de controlo (Abel, 2000).

Cox e Stoltenberg publicaram, também em 1991, a avaliação de um programa de intervenção em grupo dirigido a mulheres vítimas de violência na intimidade. Recorrendo a uma amostra maior ( $n=21$ ) e a uma metodologia experimental. Os autores desenharam uma investigação com os seguintes objectivos: (a) avaliar as condições necessárias para aumentar as oportunidades das mulheres saírem da relação abusiva; e (b) identificar intervenções que possam ajudar as mulheres a lidar com problemáticas como o desenvolvimento pessoal, o ajustamento social e a orientação vocacional (Abel, 2000). A intervenção levada a cabo assumiu um cariz psico-educacional, decorria três vezes por semana, num total de doze horas e era conduzida por duas facilitadoras. A intervenção continha cinco módulos integrando várias técnicas: (1) terapia cognitiva, orientada para melhorar o auto-conceito da mulher, as suas competências relacionais e a sua preparação para o mundo do trabalho; (2) assertividade e competências de comunicação, com o objectivo de conhecer os seus direitos e praticar competências orientadas para a sua defesa. Uma vez que aumentar a assertividade da vítima encerra o risco de agressão, este módulo poderia incluir também competências de segurança (e.g., identificar pistas do abuso, desenvolver planos de fuga, treinar o auto-controlo emocional); (3) resolução de problemas, envolvendo questões como a definição do problema, a geração de alternativas de resposta, a tomada de decisões e a verificação da adequação destas; (4) aconselhamento vocacional, incluindo o despiste de áreas de interesse e competência, a identificação de recursos de formação profissional e o treino de procura de emprego e, finalmente, (5) a tomada de consciência de si e do seu corpo, momento em que se encorajava a mulher a discutir aspectos relacionados com a auto-imagem, nomeadamente em termos corporais. Na implementação deste programa foi utilizada uma multiplicidade de estratégias, incluindo discussões de grupo, estratégias mais didácticas e técnicas de disputa cognitiva. No que toca aos resultados, os autores concluíram que não havia diferenças significativas entre o grupo terapêutico e o grupo de controlo e que em ambos houve uma melhoria na auto-estima. Apesar de tudo, num dos dois grupos terapêuticos registou-se adicionalmente melhorias ao nível da ansiedade e depressão. O reduzido grupo de participantes (menos de dez participantes em cada grupo), bem como a ausência de avaliação de *follow-up* são as principais limitações apontadas a este estudo.

Por sua vez, Tutty, Bidgood e Rothery (1993) levaram a cabo doze grupos de suporte, cujo objectivo era colocar um fim à violência, através da (1) educação das participantes acerca do papel feminino e masculino, (2) (re)construção da sua auto-estima e (3) ajuda no desenvolvimento de planos concretos. As sessões de grupo estendiam-se ao longo de dez a doze semanas. Cada sessão de grupo durava de duas a três horas. As facilitadoras eram mulheres provenientes das várias áreas do trabalho social (Abel, 2000). O estudo de eficácia revelou, com uma amostra total de 76 participantes, com *design* quase-experimental e com pré e pós-teste, ganhos substanciais, nomeadamente ao nível do aumento do sentimento de inclusão/suporte emocional, da auto-estima, do *locus* de controlo interno e da diminuição do *stress* percebido, bem como das atitudes

tradicionais em relação ao casamento e à família. Verificaram-se, ainda, alterações ao nível do funcionamento marital (e.g., maior expressão de afecto, menos comportamentos de controlo) e uma diminuição (embora não cessação) dos comportamentos abusivos. Os autores não deixam, contudo, de fazer referência a um conjunto variáveis de processo que podem condicionar os resultados num formato de intervenção em grupo: o tamanho do grupo, os níveis de participação, a circunstância da mulher completar ou não todo o processo, a influência dos facilitadores (e.g., tipo de orientação e de formação – psicólogos, assistentes sociais), a experiência de participação da mulher em grupos anteriores, a idade da mulher, o facto de coabitar ou não com o parceiro. Em geral, estas condições não tinham um efeito significativo nos resultados, mas existiam algumas diferenças no *follow-up* após seis meses.

Um outro estudo quase-experimental foi desenvolvido por Rinfret-Raynor e Cantin (1997) com o objectivo de comparar o efeito de diferentes filosofias de intervenção, entre três grupos, envolvendo um total de sessenta mulheres vitimadas pelos parceiros. Um grupo foi conduzido de acordo com a orientação feminista, o segundo baseou-se na teoria feminista individual e o terceiro grupo recebeu uma intervenção *standard* (aquela que normalmente as instituições estatais fornecem). Embora inicialmente com o intuito de utilizar um *design* experimental, os autores tiveram muitas dificuldades no recrutamento das participantes. Os dados foram recolhidos através de entrevistas em quatro momentos diferentes: um primeiro momento no pré-teste; um segundo momento no pós-teste um mês depois da intervenção; no *follow-up* após 6 meses e, finalmente, no *follow-up* após um ano. As variáveis estudadas foram o tipo de terapia, o tipo de violência, a auto-estima, as estratégias de *coping*, a assertividade, o ajustamento social, o ajustamento do casamento e o ajustamento da díade. Este estudo demonstrou a eficácia das abordagens estudadas no trabalho com mulheres vítimas de violência na intimidade. Curiosamente, os autores não encontraram diferenças entre as diferentes orientações: as mulheres mudaram, por norma, nos três tipos de intervenção. Estes resultados são encorajadores, na medida em que se percebeu que, dando ajuda adequada às vítimas, estas são capazes de descobrir recursos pessoais e sociais, de forma a eliminar ou diminuir a violência que experienciam. Igualmente, são capazes de reconstruir a sua vida pessoal e social, à medida que experienciam melhores condições sócio-económicas, aumentam a sua auto-estima, melhoram a assertividade e o ajustamento social e promovem a sua condição geral de saúde (Rinfret-Raynor & Cantin, 1997). De referir que as mudanças que ocorreram nas participantes foram significativas, principalmente em duas áreas: na diminuição da violência e nas variáveis psicológicas afectadas pela violência (Rinfret-Raynor & Cantin, 1997).

Já o estudo desenvolvido por McBride (2001) teve como objectivo determinar os resultados de um programa de intervenção psico-educacional de duas fases que tinha sido oferecido, ao longo de muitos anos, a mulheres que estavam a ser ou tinham sido abusadas pelo parceiro. Cada grupo era altamente estruturado e baseava-se em técnicas feministas e cognitivo-comportamentais. A primeira fase era desenhada para introduzir as dinâmicas do abuso, bem como para avaliar o seu impacto nas participantes. A segunda fase, mais centrada em problemáticas consequentes ao abuso, abordava a culpa, a vergonha, as dinâmicas da família de origem e a comunicação não saudável. A autora utilizou um *design* quase-experimental, com pré e pós-teste e avaliou três grupos, com uma amostra total de 189 participantes. As variáveis estudadas foram: a auto-estima, a depressão, o impacto do abuso em termos de sintomas intrusivos relacionados com essa experiência abusiva (tais como sentimentos, ideias ou pesadelos) e o impacto do abuso quanto a evitar pensamentos, sentimentos ou situações associadas ao evento traumático. Foram encontradas melhorias estatisticamente significativas em todas as variáveis estudadas. Neste sentido, na primeira fase verificou-se uma redução de sintomas intrusivos, enquanto na segunda fase foi encontrada uma maior redução nos sintomas depressivos. As mulheres que obtiveram resultados mais baixos tinham em comum o facto de não ter emprego, não ter escolaridade, ter história psiquiátrica, já ter tido acompanhamento psicológico e não ter suporte social. Relativamente às limitações deste estudo, salienta-se a ausência de grupo de controlo e a selecção não aleatória das participantes,



bem como a utilização de medidas de auto-relato e ainda a discrepante ecologia dos grupos (e.g., diferentes facilitadores em diferentes fases; diferentes estilos dos facilitadores; ruído da sala onde se realizavam os grupos; assiduidade dos membros do grupo; disponibilização ou não de comida e água às participantes; compreensibilidade dos materiais distribuídos). Os autores também não estudaram a importância do suporte social, admitindo no entanto que o deveriam ter feito.

Em 2004, foi desenhada por Schwartz, Magee, Griffin e Dupuis uma intervenção em grupo para prevenir os factores de risco e aumentar os factores protectores associados à violência no namoro e à violência doméstica. O grupo recorreu a uma intervenção psico-educacional manualizada para abordar as questões de género, papéis sociais e conflitos, bem como atitudes saudáveis (e não saudáveis), competências de comunicação e gestão de raiva, ou seja, factores habitualmente relacionados com o envolvimento em relações violentas na intimidade. A amostra era constituída por vinte e oito participantes (seis grupos) que participaram em quatro sessões de grupo, cada uma de hora e meia. O grupo experimental ( $n=30$ ) foi comparado com o grupo de controlo ( $n=30$ ) que recebeu intervenção *standard*. Os resultados obtidos suportam a eficácia da intervenção preconizada já que permitiu modificar os factores que facilitam o envolvimento neste tipo de relações não saudáveis. Nesse sentido, o grupo experimental, quando comparados os resultados do pré e do pós-teste, registou uma diminuição na aceitação dos estereótipos tradicionais dos papéis de género e, ainda, no uso de estratégias de redução de escalada do conflito e de atribuições negativas acerca do alvo da raiva. Além disso, o grupo experimental também demonstrou um aumento significativo na capacidade de expressão emocional, de gestão da raiva e na adopção de atitudes saudáveis. No que se refere a limitações, destacam-se: o tamanho reduzido da amostra; a utilização de instrumentos de auto-relato; a variação das características do facilitador e da composição do grupo; a especificidade da população (i.e., estudantes de uma universidade) e a ausência de *follow-up*.

Mais recentemente, o estudo piloto de Constantino, Kim e Crane (2005) testou a eficácia de uma intervenção em grupo, a nível do suporte social, com vítimas de violência na intimidade que residiam numa casa abrigo ( $n=24$ ). A intervenção foi desenhada em oito sessões semanais, sendo cada sessão de noventa minutos. O principal objectivo era fornecer recursos e informação acerca dos recursos disponíveis na comunidade. No que se refere ao *design*, recorreu-se a instrumentos para avaliar a saúde geral, que foram examinados no pré e pós teste, utilizando-se ainda um grupo de controlo. Os autores concluíram que as intervenções no suporte social, com mulheres vítimas de violência na intimidade que se encontrem em casas abrigo, são eficazes no que respeita a melhorar a sua saúde geral e resultam numa menor utilização dos serviços de saúde (Constantino et al., 2005). As participantes melhoraram quanto aos sintomas de *stress*, quanto à percepção de suporte social e reportaram ainda uma menor utilização dos serviços de saúde.

Na Tabela 1 sistematizamos um conjunto de dimensões que caracterizam, de modo mais amplo, os estudos de eficácia descritos.

Em síntese, a partir da Tabela 1, constata-se que a maioria dos estudos internacionais documentam o sucesso da modalidade de intervenção em grupo, anunciando-a como útil para este tipo de população, nomeadamente ajudando a recuperar o controlo sobre a sua vida e a diminuir a violência que experienciam (e.g., Rinfret-Raynor & Cantin, 1997). Muitos dos estudos publicados (cf. Cox & Stoltenberg, 1991; Holiman & Schilt, 1991; Rinfret-Raynor & Cantin, 1997; Tutty et al., 1993) encontraram ainda melhorias estatisticamente significativas noutras áreas, como por exemplo aumento da auto-estima, das competências pessoais e sociais, diminuição da raiva e da depressão, alterações positivas de atitudes face ao casamento e à família, diminuição da tolerância ao abuso a que estão expostas. Alguns autores (e.g., Machado & Matos, 2001) afirmam, em complementaridade, que a terapia de grupo revela um grande pragmatismo na abordagem dos problemas trazidos por este tipo de clientes e uma significativa eficácia na consolidação dos resultados construídos a nível individual.

TABELA 1

## Violência doméstica: Revisão dos estudos sobre eficácia da intervenção em grupo

Estudo	Tipo	Formato	Duração	N	Orientação teórica	Design	Avaliação	Instrumentos	Resultados	Limitações
Cox e Stollenberg (1991)	Psico-educacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fechado e de curta duração</li> <li>• Líder profissional</li> </ul>	2 semanas (3 vezes por semana, num total de 12 horas)	21	Cognitivo-comportamental	Experimental	Pré e pós-teste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>The Rosenberg Scale</i></li> <li>• <i>Internal-External Locus of Control Scale</i></li> <li>• <i>Adult Self-Expression Scale</i></li> <li>• <i>Multiple Affective Adjective Checklist</i></li> <li>• <i>Carrer Maturity Inventory</i></li> </ul>	O grupo de intervenção apresentou melhorias significativas na ansiedade, depressão, hostilidade, assertividade e auto-estima. No grupo de controlo não se verificaram diferenças	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número reduzido da amostra</li> <li>• Inexistência de <i>follow-up</i></li> <li>• Amostra aleatória</li> </ul>
Holiman e Schilit (1991)	Psico-educacional e suporte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fechado</li> <li>• Líder voluntário (sem historial de violência)</li> </ul>	10 sessões, de 2 horas cada	12	Cognitiva, expressiva e suporte social	Quasi-experimental, sem grupo de controlo	Pré e pós-teste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Fitzbbons Anger Inventory</i></li> <li>• <i>Index of Self Esteem</i></li> <li>• <i>General Contentment Scale</i></li> <li>• <i>Hudson's Physical Abuse Scale and Verbal Abuse Scale</i></li> </ul>	Melhorias significativas no que se refere à raiva e satisfação geral. Ausência de melhorias na auto-estima.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de grupo de controlo</li> <li>• Ausência de <i>follow-up</i></li> <li>• Ausência de dados estatísticos</li> </ul>
Kimfret-Raynor e Cantim (1997)	Comparação de 3 modalidades de intervenção (intervenção em grupo; intervenção individual; intervenção standard)	—	—	60	Feminista	Quasi-experimental	Pré-teste; pós-teste (um mês depois do fim da intervenção); <i>follow up</i> (6 meses e após um ano)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Conflict Tactics Scales</i></li> <li>• <i>Rathus Assertiveness Schedule</i></li> <li>• <i>Marital Assertion Scale</i></li> <li>• <i>Dyadic Adjustment Scale</i></li> <li>• <i>Social Adjustment Scale</i></li> <li>• <i>Tennessee Self-Concept Scale</i></li> <li>• <i>SCL-90-R</i></li> <li>• <i>Sex Role Ideology Scale</i></li> <li>• <i>Client Satisfaction Questionnaire</i></li> <li>• <i>Therapist Expectancy Inventory</i></li> <li>• <i>Scale of Attitudes Toward Battered Women</i></li> </ul>	As três abordagens foram eficazes no trabalho com as vítimas. As mulheres aumentam a sua auto-estima, assertividade e o ajustamento social, e promoveram a sua condição geral de saúde, bem como se assistiu a uma diminuição da violência de que eram alvo.	—

Estudo	Tipo	Formato	Duração	Orientação		Design	Avaliação	Instrumentos	Resultados	Limitações
				N	teórica					
Tutty, Bidgood, & Rothery (1993)	Grupos de suporte	• Fechado • Conduzido por um profissional	10 a 12 semanas, cada sessão de 2 a 3 horas	76	—	Quasi-experimental e follow-up	Pré, pós teste e follow-up	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>The Interpersonal Support Evaluation List</i></li> <li><i>Internal and External Locus of Control Scale</i></li> <li><i>The Coopersmith Self Esteem Inventory</i></li> <li><i>Attitudes toward Marriage</i></li> <li><i>Family Scale</i></li> <li><i>Family Assessment Measure</i></li> <li><i>Index of Domestic Violence</i></li> <li><i>Conflict Tactics Scale</i></li> </ul>	Melhorias significativas em todas as variáveis estudadas (i.e., auto-estima, suporte, locus de controlo, atitudes menos tradicionais face ao casamento e à família, stress e funcionamento conjugal). Os ganhos das participantes mantiveram-se no <i>follow up</i> , 6 meses depois.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimentos de amostragem não aleatórios</li> </ul>
McBride (2001)	Abordagem psico-educacional de grupos de suporte (fase 1: introduzir as dinâmicas do abuso e seu impacto; fase 2: trabalhar sentimentos, história familiar e comunicação)	Fase 1: semi-aberto Fase 2: fechado Fase 3: aberto (para quem desistiu mas concluiu a fase 2)	Fase 1 – 8 sessões Fase 2 – 16 sessões	189	Feminista e cognitiva	Pré e pós teste	Experimental	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Index of Self-esteem</i></li> <li><i>Beck Depression Inventory</i></li> <li><i>Impact of Event Scale</i></li> <li><i>Partner Abuse Scale: Non-Physical</i></li> <li><i>Partner Abuse Scale: Physical</i></li> </ul>	Melhorias em todas as variáveis estudadas; maiores diferenças na redução de sintomas intrusivos na fase 1; na fase 2 maior redução na depressão. Na fase 3 do programa, percebeu-se que as mulheres que tendem a desistir estavam desempregadas, tendiam a ter experienciado abuso físico mas não económico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de grupo de controlo</li> <li>Ausência de aleatoriedade para os grupos</li> <li>Utilização de medidas de auto-retrato</li> <li>Ecologia do grupo</li> </ul>
Constantino, Kim, & Crane (2005)	Intervenção em grupo (promoção do suporte social)	8 sessões, 1 por semana, 90 minutos cada	24	—	—	Estudo piloto	Pré e pós-teste Grupo de controlo	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>The Interpersonal Self Evaluation List</i></li> <li><i>The Brief Symptom Inventory (BSI)</i></li> <li><i>The Health Screening Questionnaire (HSQ)</i></li> </ul>	O grupo experimental melhorou muito quanto aos sintomas de <i>distress</i> , quanto à percepção de suporte social, e demonstrou uma menor utilização dos serviços de saúde.	—
Schwartz, Magee, Griffin, & Dupuis (2004)	Psico-educacional (prevenção dos factores de risco e aumento dos factores protectores associados a violência)	• Grupo misto • Dois facilitadores	4 sessões de 1h30m	28	—	Pré e pós teste Grupo de controlo	—	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Gender Role Conflict Scale</i></li> <li><i>Entitlement Attitudes Scale</i></li> <li><i>Gender Role Journey Measure</i></li> <li><i>Anger Management Scale</i></li> </ul>	Menor tolerância face aos estereótipos e papéis tradicionais de género Melhoria na saúde geral Aumento nas capacidades de gestão da raiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tamanho da amostra e não aleatoriedade</li> <li>Instrumentos de auto-retrato</li> <li>Características do facilitador e a composição do grupo variavam</li> <li>Ausência de <i>follow-up</i></li> </ul>



De acordo com Rinfret-Raynor e Cantin (1997) há factores comuns a estas intervenções que explicam o seu sucesso, tais como: (1) uma perspectiva feminista sobre o problema; (2) o trabalho centrado na mulher, em detrimento do casal ou da família; (3) a ênfase em (re)construir a auto-estima, o desenvolvimento pessoal e a autonomia e, por fim, (4) o trabalho emocional.

No que se refere aos objectivos de intervenção, ainda que se encontrem algumas diferenças entre os estudos, percebe-se que estes vão de encontro às metas habitualmente traçadas no trabalho técnico com esta população. Estes incluem, entre outros, a redução do isolamento, o aumento da auto-estima e do auto-conceito, a planificação da segurança pessoal, a educação acerca do ciclo da violência, a promoção da tomada de decisão, a resolução de problemas, a consciencialização acerca do papel feminino e masculino na sociedade, o treino da assertividade e o empoderamento.

Quanto à filosofia de intervenção, conclui-se que predominam as intervenções de cariz psico-educacional (Cox & Stoltenberg, 1991; Holiman & Schilit, 1991; McBride, 2001; Schwartz et al., 2004), com orientação cognitivo-comportamental e feminista (Cox & Stoltenberg, 1991; Holiman & Schilit, 1991; McBride, 2001; Rinfret-Raynor & Cantin, 1997).

Em termos de formato, em média, os grupos decorrem ao longo de oito a dez sessões (Constantino et al., 2005; Holiman & Schilit, 1991; McBride, 2001; Tutty et al., 1993), tal como recomendado pela literatura sobre a intervenção em grupo (e.g., Yalom, 1995). Relativamente à estrutura dos programas de intervenção e às técnicas utilizadas, assistimos a alguma homogeneidade entre as propostas. Assim, tal como Fleming (1979, citado por Margolin, Sibner, & Gleberman, 1988) recomenda, assiste-se ao uso simultâneo de técnicas didácticas (e.g., exposição de temas, biblioterapia), treino de competências (e.g., *role-playing*, relaxamento, gestão da raiva) e, ainda, a modalidades de intervenção menos estruturadas, tais como as discussões de grupo.

Contudo, apesar das múltiplas recomendações à intervenção em grupo, esta modalidade não está imune a críticas. Desde logo, um dos problemas identificados é a escassez dos estudos publicados até ao momento acerca da eficácia destas intervenções. Além disso, como se constata através da Tabela 1, os estudos disponíveis sobre os resultados da terapia de grupo com mulheres vítimas conhecem um conjunto de limitações, nomeadamente metodológicas. As amostras envolvidas nos estudos são normalmente pequenas, como se pode verificar nos estudos de Cox e Stoltenberg (1991,  $n=21$ ), e de Holiman e Schilit's (1991,  $n=12$ ), a título de exemplo. Outro constrangimento importante tem sido o facto de raramente serem contemplados grupos de controlo – apenas três dos estudos incluídos nesta revisão tinham grupo de controlo – nem avaliações de *follow-up* – relatados apenas em duas investigações. Os problemas relacionados com a confidencialidade, a centralização das sessões em determinados temas e o facto deste formato nem sempre responder às necessidades individuais dos seus membros são outras críticas frequentemente apontadas (Hamby, 1998).

Contudo, e não obstante essas lacunas, os resultados encontrados até ao momento podem ser interpretados como fornecendo evidência inicial da eficácia da intervenção em grupo com mulheres vítimas de violência na intimidade (Tutty & Rothery, 2002), a qual carece ser mais comprovada. Nesse contexto, persistem muitos *desafios para a investigação* da intervenção em grupo nesta problemática, nomeadamente:

- 1) Seleção aleatória das participantes: A violência na intimidade traça um percurso que nem a própria vítima consegue controlar (Davies, Lyon, & Monti-Cantania, 1998, citado por Zink & Putman, 2005). A vítima quebra o segredo acerca desta problemática selectivamente e escolhe onde quer pedir ajuda e que tipo de ajuda precisa, fazendo estas escolhas com base na sua capacidade para lidar com o abuso e para procurar apoio (Zink, Elder, & Jacobson, 2004, citado por Zink & Putman, 2005). Dessa forma, uma selecção aleatória de participantes torna-se uma tarefa complexa. Adicionalmente, pode ser difícil seleccionar as vítimas para os diferentes tipos de intervenção (grupo, individual). O mais importante é

ir de encontro às necessidades individuais da vítima e aos seus desejos que dependem, muitas vezes, da forma como elas estão a lidar com a violência.

- 2) *Utilização de grupo de controlo*: Constituir uma amostra de controlo (nomeadamente aleatório) é um dos maiores desafios. A utilização da lista de espera nesta problemática, enquanto grupo de controlo, coloca também questões éticas importantes, como a de não providenciar apoio numa situação em que pode estar em causa a vida de uma vítima.
- 3) *Avaliação de seguimento (follow-up)*: Monitorizar os resultados de uma intervenção ao longo do tempo é um outro dos grandes desafios devido à mobilidade das vítimas por motivos de segurança. Como consequência, os estudos longitudinais, além de muito dispendiosos, implicam um grande esforço e um trabalho muito exigente por parte dos investigadores.
- 4) *Seleção criteriosa dos instrumentos utilizados*: Os estudos nesta área são habitualmente criticados porque os resultados são obtidos através de medidas de auto-relato (Wathen & McInerney, 2003, citado por Zink & Putman, 2005). Para além disso, a análise dos instrumentos utilizados demonstrou a ausência de consenso acerca deste aspecto já que raramente o mesmo instrumento é utilizado nos vários estudos (cf. Tabela 1). A acrescentar, medidas para avaliar a qualidade de vida e o estado de saúde normalmente não são utilizadas (Ramsay et al., 2002, citado por Zink & Putman, 2005) e são poucos os instrumentos disponíveis criados especificamente para esta população maltratada.

Ainda assim, com base nos estudos disponíveis, é possível reunir um conjunto de *implicações práticas*, que poderão aumentar a qualidade das intervenções em grupo implementadas para que estas sejam efectivamente facilitadoras de mudanças qualitativas na vida das participantes. Assim, inicialmente, importa fazer uma avaliação eficaz para determinar se as participantes possuem recursos, estratégias de *coping* e resistência emocional para ingressar num grupo. Outras variáveis que, igualmente, se recomendam avaliar são: (1) perceber se a mulher possui os recursos básicos de vida, tais como condições habitacionais, alimentação, acesso a transportes; (2) avaliar os constrangimentos externos que possam facilitar a desistência do grupo (e.g., não ter com quem deixar os filhos; viver numa situação de alto risco de violência, na qual o parceiro restringe os movimentos da mulher); (3) avaliar se *stressores* actuais presentes na vida das participantes estão a diminuir as suas capacidades de *coping* ou os recursos de que dispõe; e iv) determinar se a mulher está emocionalmente pronta para uma experiência em grupo (McBride, 2001). Todas estas sugestões<sup>2</sup> visam assegurar que as participantes estão prontas para integrar a intervenção em grupo e para garantir/aumentar a permanência destas no grupo. Para além disso, essa informação permitirá adequar os procedimentos a adoptar às respectivas participantes.

Além disso, com vista ao desenvolvimento de estratégias de intervenção empiricamente validadas, seria igualmente importante estudar as variáveis que contribuem para uma intervenção em grupo com sucesso (McBride, 2001). Tutty e colaboradores deram o mote nesse campo ao analisar vários grupos e dinâmicas situacionais utilizadas no seu estudo de 1993, como por exemplo o tamanho do grupo e a sua assiduidade, o número de facilitadores do grupo, bem como as características individuais das participantes (e.g., idade, situação actual da relação).

Por outro lado, torna-se relevante conduzir investigações no sentido de comparar/contrastar estudos nas diferentes modalidades disponíveis de intervenções em grupo para ajudar a identificar quais permitem uma melhoria significativa do bem-estar da vítima. Por exemplo, está por documentar se existem diferenças nas intervenções em grupo que (1) são abertas ou fechadas; (2)

---

<sup>2</sup> Outras boas práticas estão documentadas em Matos e Machado (2011). *Violência Doméstica: Intervenção em grupo com mulheres vítimas. Manual para profissionais*. Lisboa: CIG.

são compostas por mulheres que estão na relação ou que saíram da relação; (3) são psico-educacionais ou não estruturadas.

Tornou-se também claro, ao longo desta análise, a indispensabilidade da avaliação dos resultados terapêuticos da intervenção em grupo. Além de perceber “quanto” mudou com a intervenção, através do estudo da mudança do ponto de vista estatístico, seria ainda imperativo conduzir estudos acerca dos processos psicoterapêuticos. Assim, teríamos acesso ao “como” as mulheres empreenderam mudanças realmente significativas na sua vida. Para este efeito seriam necessários *designs* de análise do processo terapêutico, com recurso a metodologias qualitativas. Paralelamente, outra área de interesse seria dar voz às mulheres acerca das intervenções em grupo em que participaram, através de entrevistas que captassem a sua narrativa após o término do grupo.

Estas orientações para o estudo da intervenção em grupo com mulheres vítimas de violência na intimidade têm como objectivo último promover o conhecimento sobre a mudança das mesmas, de modo a informar os psicólogos que actuam nesta área acerca da(s) forma(s) mais adequada(s) de intervir nestas situações.

## REFERÊNCIAS

- Abel, E. M. (2000). Psychosocial treatments for battered woman: A review of empirical research. *Research on Social Work Practice, 10*(1), 55-77.
- Brandl, B., Hebert, M., Rozwadowski, J., & Spangler, D. (2003). Feeling safe, feeling strong: Support groups for older abused woman. *Violence Against Woman, 9*(12), 1490-1503.
- Campbell, J. C. (1998). Making the health care system an empowerment zone for battered women: Health consequences, policy recommendations, introduction and overview. In J. C. Campbell (Ed.), *Empowering survivors of abuse* (pp. 3-22). Thousand Oaks: Sage.
- Constantino, R., Kim, Y., & Crane, P. (2005). Effects of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: A pilot study. *Issues in Mental Health Nursing, 26*, 575-590.
- Cox, J. W., & Stoltenberg, C. D. (1991). Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence, 6*, 395-403.
- Direção-Geral da Administração Interna (DGAI). (2010). *Violência doméstica. Análise das ocorrências participadas às forças de segurança durante o ano de 2010*. Retirado de ([http://www.dgai.mai.gov.pt/cms/files/conteudos/VD\\_Relatorio%20Anual\\_2010\\_2\\_5\\_2011.pdf](http://www.dgai.mai.gov.pt/cms/files/conteudos/VD_Relatorio%20Anual_2010_2_5_2011.pdf))
- Hamby, S. (1998). Partner violence. Preventive and intervention. In J. Jasinski & L. Williams (Eds.), *Partner violence – A comprehensive review of 20 years research* (pp. 211-260). Thousand Oaks: Sage.
- Holiman, M., & Schilit, R. (1991). Aftercare for battered women: How to encourage the maintenance of change. *Psychotherapy, 29*, 345-353.
- Koss, M. P., Ingram, M., & Pepper, S. L. (2001). Male partner violence: Relevance to health care providers. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 541-557). Lawrence Erlbaum Associates.
- Lisboa, M. (2008). *Inquérito Nacional Violência de Género. Apresentação de resultados*. Lisboa: SociNova/CesNova, FCSH-UNL.
- Lundy, M., & Grossman, S. (2001). Clinical research and practice with battered women: What we know, what we need to know. *Trauma, Violence & Abuse, 2*(2), 120-141.
- Machado, C., & Matos, M. (2001). A intervenção narrativa com um grupo de mulheres maltratadas: Da desconstrução da posição de vítima à reconstrução de identidades preferenciais. In M. Gonçalves & O.

- Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp. 207-234). Coimbra: Quarteto Editora.
- Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança terapêutica na mulher*. Tese de doutoramento não publicada. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Matos, M., & Gonçalves, M. (2002). Espaços identitários na vitimação conjugal: Da narrativa problemática à narrativa preferencial. *Psicologica*, 29, 53-70.
- Matos, M., & Gonçalves, M. (2005). Narratives on marital violence: The construction of change through re-authoring. In R. Abrunhosa, R. Roesch, C. Machado, C. Soeiro, & F. Winkel (Eds.), *Assessment, intervention and legal issues with offenders and victims*. Bruxelas: Politea.
- Matos, M., & Machado, C. (1999). Violência conjugal e o modelo de intervenção em crise. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 373-388.
- Margolin, G., Sibner, L. G., & Gleberman, L. (1988). Wife battering. In V. B. Van Hasselt, A. S. Bellack, R. L. Morrison, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of marital violence* (pp. 89-118). New York: Plenum.
- McBride, D. L. (2001). *Groups for abused women: Treatment outcome*. Dissertation submitted to the faculty of graduate studies for the degree of doctor of philosophy to Department of Applied Psychology of The University of Calgary, Alberta.
- Neves, S., & Nogueira, C. (2004). Terapias feministas, intervenção psicológica e violência na intimidade: Uma leitura feminista crítica. *Psicologica*, 36, 15-32.
- Rinfret-Raynor, M., & Cantin, S. (1997). Feminist therapy for battered women: An assessment. In G. K. Kantor & J. L. Jasinski (Eds.), *Out of the darkness: Contemporary perspectives on family violence* (pp. 219-234). Thousand Oaks: Sage.
- Santos, A. (2008). A mudança narrativa no processo terapêutico de re-autoria. Tese de doutoramento não publicada. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Schwartz, J., Magee, M., Griffin, L., & Dupuis, C. (2004). Effects of a group preventive intervention on risk and protective factors related to dating violence. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 8, 221-231.
- Schlee, K. A., Heyman, R. E., & O'Leary, K. D. (1998). Group treatment for spouse abuse: Are women with PTSD appropriate participants? *Journal of Family Violence*, 13(1), 1-19.
- Stark, E. (2001). Health interventions with battered women: From crisis intervention to complex social prevention. In C. M. Renzetti, J. L. Edleson, & R. K. Bergen (Eds.), *Sourcebook on violence against women* (pp. 345-369). Thousand Oaks: Sage.
- Stark, E., & Flitcraft, A. (1996). *Women at risk. Domestic violence and women's health*. London: Sage.
- Tutty, L. M., & Rothery, M. (2002). Beyond shelters: Support groups and community-based advocacy for abused women. In A. Roberts (Ed.), *Handbook of domestic violence intervention strategies: Policies, programs, and legal remedies* (pp. 396-418). Oxford: Oxford University Press.
- Tutty, L. M., Bidgood, B., & Rothery, M. (1993). Support groups for battered women: Research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, 8(4), 325-343.
- Tutty, L. M., Bidgood, B., & Rothery, M. (1996). Evaluating the effect of group process and client variables in support groups for battered women. *Research on Social Work Practice*, 6(3), 308-324. doi: 10.1177/104973159600600303
- UMAR. (2010). Observatório de mulheres assassinadas. Retirado de [www.umarfeminismos.org](http://www.umarfeminismos.org)
- Walker, R., Logan, T. K., Jordan, C. E., & Campbell, J. C. (2004). An integrative review of separation in the context of victimization: Consequences and implications for women. *Trauma, Violence & Abuse*, 5(2), 143-193.

- Webb, W. (1992). Treatment issues and cognitive behavior techniques with battered women. *Journal of Family Violence, 7*, 205-217.
- Wilson, K. J. (1997). *When violence begins at home*. CA: Hunter House Publishers.
- Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zink, T., & Putnam, F. (2005). Intimate partner violence research in the health care setting: What are appropriate and feasible methodological standards? *Journal of interpersonal violence, 20*(4), 365-372.

After being socially recognized, domestic violence has been having a significant expression in Portuguese surveys. Moreover, due to the high costs associated with this problem (e.g., physical and mental health), the intervention by specialized professionals in this area is now more relevant, being the woman victim the main target. Within the last years, several psychotherapeutic modalities addressing women victims were developed, being group intervention one of those. The aim of the present work is to give a clear picture of the state of the art concerning research on efficacy of group intervention with women victim of domestic violence, as well as critically reflect on its' potential. After reviewing international literature (e.g., Cox & Stolberg, 1991; McBride, 2001; Rinfret-Raynor & Cantin, 1997; Tutty, Bidgood, & Rothery, 1993), it is possible to recognize group intervention as one of the most common intervention with victims, often assessed as being useful and with a positive impact (e.g., Trimpey, 1989, as cited in McBride, 2001; Tutty et al., 1993). Finally, major challenges on the development of empirical studies on this intervention are pointed out, as well as implications for practitioners in order to develop group intervention with women victim of domestic violence.

**Key-words:** Domestic violence, Efficacy research, Group intervention, Women victim.

