



CESPU

COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO

Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte – ISCSN

ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE RESPOSTA EMOCIONAL

À VIOLÊNCIA (REV)

PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

O Impacto, as Consequências e os Efeitos sobre a mulher vítima da Violência Física e Sexual pelo parceiro íntimo

Lucia Amélia Xavier Moreira

Orientadora: Prof^ª. Doutora Alexandra Serra

Dissertação apresentada no Departamento de Psicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte para obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Gandra, 2013

Dedico esta tese

À Deus, a minha amada e saudosa mãe, e aos filhos da África.

A minha família, professores, amigos, colegas de trabalho e orientadores pelo apoio, força, incentivo, companheirismo e amizade.
Sem eles nada disso seria possível.

Agradecimentos

- A Deus , por quem, com Ele, todas as coisas são possíveis.

- . Um especial agradecimento à Dra, Emília Areias e Prof. Dr. José Caldas que, no momento mais difícil da minha vida, com um carinho e generosidade inefáveis e que jamais será por mim esquecido, não permitiram que eu abandonasse o meu Curso.

- A minha Orientadora, Prof. Dra. Alexandra Serra, pela disponibilidade sempre presente em ajudar-me no esclarecimento de todas as minhas dúvidas, sempre com muita generosidade e paciência.

- . A minha muito querida prima e amiga Maria de Lurdes, funcionária da Cespu, que acreditou em mim, fazendo parte da minha vida nos momentos bons e maus.

- . A Dona Rosária funcionária da Secretaria da Cespu, por todos os momentos em que me acudiu com muita atenção e carinho quando em situações em que eu me sentia perdida nas horas, nas datas, nos prazos de tarefas a executar.

- À minha família, a qual amo muito, pela presença.

- A todos os amigos, familiares e profissionais que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando e incentivando.

- . Aos meus animaizinhos que sempre estiveram ao meu lado a aquecer-me nos momentos mais solitários deste percurso.

Índice

Capítulo I

I – Introdução.....	1
1. Definição.....	4
2. A Violência Doméstica e o Sistema Social – Evolução Legal do Fenómeno.....	7
3. Principais Dinâmicas, Processos e Fatores da Vitimação.....	11
3.1. Tipologias de Violência Doméstica e Múltipla Vitimação.....	12
3.2. A Roda do Poder e do Controle de Duluth.....	13
3.3. O Ciclo de Walker.....	15
3.4. Fatores Predisponentes.....	17

Capítulo II

1. O Impacto e as Consequências da Vitimação.....	20
1.1. Distúrbios Cognitivos e de Memória.....	22
1.2. Sintomas de Evitação.....	23
1.3. Sintomas de Excitação Alta.....	24
1.4. O “Síndrome da Mulher Batida”.....	24
1.5. A Perturbação do Stress Pós – Traumático (DSM-IV, TR, 2002).....	26
2. O Impacto e as Consequências da Violência Física e Sexual.....	26

Capítulo III

Enquadramento Metodológico

Participantes.....	33
Instrumentos.....	35
Procedimentos.....	37

Apresentação de Resultados	
Organização Conceptual.....	38
Quadro I.....	39
Comparação dos Resultados das Quatro Dimensões com a Amostra Espanhola.....	40
Quadro II.....	40
Comparação dos Resultados das Quatro Dimensões nos Dois Grupos.....	41
Quadro III.....	42
Quadro IV.....	43
Discussão dos Resultados.....	44
Conclusão.....	47
Bibliografia.....	50
Anexos.....	54
Anexo 1. Quadro de Pesquisas Realizadas para o Estudo	
Anexo 2. Questionários Utilizados (REV: QVD; Ficha Sociodemográfica)	

Introdução

De acordo com o Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica (1999) e, conforme algumas Leis e Projetos Legislativos recentes, o fenómeno da Violência Doméstica, nomeadamente dentro de um contexto nacional e nos dias atuais, apresenta um conceito relativamente indeterminado. Ou seja, a noção de Violência Doméstica, apesar de correntemente utilizada, não reflete uma homogeneidade quanto ao seu conteúdo. A verdade é que, a sua expressão parece mais uma escolha nominativa e não, exatamente, um fenómeno que corresponda a uma só e única realidade. Exemplificando, as violências cometidas contra crianças e mulheres, em contexto doméstico, não fazem parte de uma abordagem conjunta ou única, desta forma, parece não existir uma coerência interna do fenómeno da Violência Doméstica, quer na respectiva Abordagem Legal, Judiciária e Policial, quer do ponto de vista das diversas Instituições as quais lidam, direta ou indiretamente com ela (Machado & Gonçalves, 2003).

Num Plano Internacional e também a nível Nacional, o fenómeno da Violência Doméstica tem assumido uma importância verdadeiramente Pública (Machado & Gonçalves, 2003). Sob a Lei N.º 59/2007 de 04-09-2007, Artigo 152.º do Código penal Português, a Violência Doméstica passa a caracterizar-se como “Crime de Saúde Pública”; exatamente porque atenta contra os Direitos e contra a Qualidade de Vida Geral de muitas pessoas e Comunidades e, por esta razão, não podendo mais ser considerado como um problema de foro privado (Diário Da República nº 170 Série I de 04/09/2007).

A questão da Violência Doméstica reflete-se em amplitude universal, atualmente considerada um problema de qualidade de vida, de saúde pública e de paz social (Machado & Gonçalves, 2003).

A mais significativa pertinência deste trabalho está em que, não existe em Portugal qualquer escala, quer quantitativa quer qualitativa para a devida apreciação empírica do fenómeno da Violência Doméstica. A importância desta realidade, resulta evidente na verificação de que, assim como relata Machado & Gonçalves (2013), os investigadores estrangeiros, mais particularmente nos Estados Unidos da América, privilegiam, hoje, uma pluralidade de perspectivas teóricas e metodológicas. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo primordial, a implementação de um questionário breve que possa avaliar de forma mais precisa e simples possível, assim como não penosa à suposta vítima, quais seriam, as respostas emocionais mais concorrentes dadas pelas mesmas às situações de Violência Física e Sexual a que vêm sendo acometidas, as quais podem resultar em danos psicológicos severos ou moderados de acordo com o tipo, frequência e intensidade dos abusos, assim como pela própria estrutura emocional da vítima e condição sociodemográfica.

O presente trabalho apresenta-se dividido em Três Principais Capítulos. No Capítulo I, é abordado o Fenómeno da Violência Doméstica e suas Diferentes Tipologias, assim como as Diferentes Dinâmicas inerentes ao relacionamento entre cônjuges ou parceiros íntimos. No Capítulo II, procuramos abordar, de forma sucinta, o Impacto e as Consequências da Violência Conjugal e os danos, reversíveis ou fatais, que estas causam ao funcionamento psicológico da vítima e sobre a sua saúde geral. Pretendemos ainda demonstrar a verificação da pertinência do Questionário adaptado de Respostas Emocionais – REV, (Soler, Barreto e González, 2005, traduzido por Rocha, Quintas, Serra, Oliveira e Alves, 2008), para adaptação numa população de mulheres portuguesas vítimas de seus parceiros íntimos. No Capítulo III apresentamos a componente empírica do trabalho: aspetos metodológicos, resultados e discussão de resultados. Ao fim de todo o trabalho, será apresentado uma proposta de artigo a ser publicado e um *abstract*.

Capítulo I

«O fim da Guerra-Fria tem ocasionado mudanças internacionais e uma oposição menor entre as superpotências. A ameaça de um conflito armado mundial tem diminuído, as relações internacionais têm melhorado e as perspectivas de paz têm aumentado. Ainda que a ameaça de um conflito mundial se tenha reduzido, as guerras de agressão, os conflitos armados, a dominação colonial ou outras formas de dominação externa e de ocupação estrangeira, as guerras civis e o terrorismo seguem assolando muitas partes do mundo. Dentro deste contexto mundial, tem-se verificado, pelos estudos realizados, que é no contexto das relações familiares que os atos de violência mais se manifestam (Diário da República – I Série-B, No. 137, p. 3.426, 1999). Violações graves são cometidas contra os direitos humanos das mulheres, principalmente em épocas de conflito armado, e incluem o assassinato, a tortura, as violações sistemáticas, a gravidez forçada e os abortos forçados, em particular nos lugares onde são praticadas políticas de depuração étnica» (Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, Cap. II, p. 156, 11, 1995).

Em 2003, a Organização Mundial de saúde (OMS), considerou que a violência doméstica é um grave problema de saúde pública e, que as consequências que lhe estão associadas «são devastadoras para a saúde e para o bem-estar de quem a sofre comprometendo o desenvolvimento da criança, da família, da comunidade e da sociedade em geral (Comunicado de imprensa WHO/62, divulgado pela OMS a 24 de Novembro de 2005), “parece que as mulheres estão mais expostas ao risco de violência em casa do que na rua, o que tem graves repercussões na sua saúde. Um estudo realizado por Wook 2005) mostra a importância de se dar destaque ao problema da violência doméstica a nível mundial e de encarar tal problema como uma questão primordial de saúde pública” (Wook, Diretor Geral da organização Mundial de Saúde, 2005).

1. Definições e concetualizações de Violência Doméstica

O conceito de Violência Doméstica nasceu de um processo de investigação sobre as mulheres maltratadas, na década de 70. A pesquisa americana, ao tentar interpretar cientificamente o fenómeno da violência conjugal, classificou-o como uma forma de «violência na família» ou de «violência doméstica» dando origem, assim, a este conceito (Kirkwood, 1993 em Dias, 2004).

Conceituar a Violência Doméstica não é um trabalho fácil, ou seja, suscita inúmeros problemas de definição. Segundo Casimiro (1998), surgem tantas definições de violência doméstica quanto os autores que estudam este fenómeno. Assim sendo, não existe uma definição uniforme de violência doméstica e das múltiplas formas como esta se manifesta, nem, tampouco, há critérios claros e objetivos que permitam aos especialistas um entendimento comum sobre esta problemática (Pagelow, 1984 em Dias, 2004).

Ao mesmo tempo que controverso, o conceito da violência doméstica torna visíveis algumas formas de violência doméstica que se sobrepõe como, por exemplo, numa família pode ocorrer só um tipo de violência, enquanto, noutras, podem coexistir várias formas de violência. Trata-se também de um conceito largamente construído, que integra e liga entre si inúmeros e distintos tipos de abuso sobre os membros da família (Pagelow, 1984). Neste sentido, parece ser necessário que se distingam, pelo menos, os tipos mais básicos e frequentes de maus tratos, nomeadamente, o mau trato da criança, da mulher e do idoso (Idem). Conclui-se, também, neste caso que, em relação à vítima, os abusos também podem ser de um só tipo como também podem ser múltiplos e coexistirem, os mesmos, numa mesma pessoa (Pagelow, 1984 em Dias, 2004).

Diante de toda a dificuldade relativa à conceptualização do fenómeno, parece ser mais cómodo, fazer depender a definição de Violência Doméstica «dos contextos onde ela ocorre e das formas de violência que procuramos» (Gelles e Loseke, 1993 em Matos, 2002), o que nos vai conduzir a uma certa distância entre aqueles autores que dedicam-se ao estudo da Violência

doméstica geral e aqueles que centram-se, exclusivamente, em alguns tipos de mau trato (Dias, 2004). Por exemplo, Andrew (1944 citado em Dias, 2004) define a violência na família como qualquer ato ou ameaça que resulte em injúria física ou psicológica e que é praticado «por uma pessoa contra outro indivíduo com o qual tal pessoa tem ou teve parentesco por laços de sangue ou casamento ou outra forma legal de parentesco ou com quem tal pessoa está ou estava legalmente a residir». Portanto, trata-se aqui de uma definição mais extensa do conceito, em sentido lato, pois que não considera somente a violência como uso da força física, mas também, o abuso sexual, o incesto, a negligência, que, simultaneamente, representam injúria física e psicológica.

Por sua vez, a definição de violência doméstica proposta por Pagelow (1984 citado em Dias, 2004), «inclui qualquer ato, inclusive de omissão, por parte dos membros da família e quaisquer condições que resultam de tais ações ou inações, privando os outros membros da família de direitos e liberdades iguais e/ou interferindo com o seu desenvolvimento normal e a sua liberdade de escolha». Nesta definição, o que está a ser enfatizado pela autora, é a ideia de que, quando os direitos de qualquer pessoa, de qualquer idade, são violados por outros, numa família, este fato deve ser considerado um ato violento.

Embora na maioria das vezes os conceitos de Violência Doméstica e de Violência Conjugal sejam tratados como sinónimos, parece haver uma distinção importante entre esses dois fenómenos no que diz respeito aos tipos de abuso infligidos, à vítima e ao agressor, como será explicado a seguir.

O fenómeno da Violência Doméstica engloba todo o tipo de violência praticada no contexto familiar, nomeadamente aquela que é dirigida à crianças, idosos e entre cônjuges – classificada como uma forma de «violência na família». Nos Estados Unidos, o termo de Violência Doméstica foi adotado pelo Sistema de Justiça Criminal para descrever a violação de direitos contra a esposa (Blanchard, 2007 em Oliveira, 2010), embora tenha sido aplicado mais

tarde a outras situações que ocorriam dentro da família (Oliveira, 2010). Este fenómeno deu origem ao conceito de Violência Conjugal (Kirkwood, 1993 em Dias, 2004) como uma dimensão da Violência Doméstica. A Violência Conjugal é definida por Gonçalves (2004), como atos agressivos graves que são infligidos conscientemente, por um elemento do casal ao outro elemento, podendo traduzir-se em agressões físicas, psicológicas, sociais ou económicos, podendo culminar no homicídio (Marques, 2009). Já a Violência Doméstica é abordada pelo mesmo autor supra citado, que a refere como decorrente das dinâmicas familiares, podendo ser dirigidos, os seus atos abusivos, a outros membros da família que não o cônjuge, podendo também ocorrer no período pré-matrimonial ou de união de fato ou, ainda, em fase de ruptura (Marques, 2009).

Segundo o conceito adotado pela Procuradoria Geral da República, proposto pela Comissão de Peritos para o Acompanhamento da Execução do Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, esta, seria um modo de afirmação de poder que instaura uma luta desigual ao escolher, como alvos, elementos debilitados da cadeia de solidariedade que constitui a humanidade como um todo. Verifica-se que, é no contexto das relações familiares que os atos de violência mais se manifestam, fazendo parte integrante de uma grande parte de nossos lares.

Para além da dimensão Violência Conjugal, existem também outros conceitos relacionados ao fenómeno da Violência Doméstica como a Violência nas Relações de Intimidade (namoro) e a Violência de Género.

A violência em contextos de namoro tem sido reconhecida nas duas últimas décadas como um problema social preocupante (Browne & Williams, 1993, Makepeace, 1989, cit. Koss, Ingram & Pepper, 2001 in Matos, 2006), como demonstrado em um estudo realizado por Gelles, 1997, que retrata o fato das vítimas envolvidas numa relação violenta, não perceberem estas formas de interação, como abusivas: um quarto das vítimas e três em cada dez agressores interpretam a violência como uma evidência de amor (Matos, 2006).

A Violência no namoro tem sido descrita na literatura em geral, como um fenómeno que envolve as mesmas dinâmicas da Violência Marital e que partilha alguns de seus fatores de risco como, a presença de violência na família de origem, o isolamento social, o funcionamento familiar disfuncional (Dalhlberg, 1998, cit. Glass et all., 2003; Kaura & Allen, 2003; Wilson, 1997 in Matos 2006). Portanto, neste contexto, a violência nas relações amorosas como o abuso de uma pessoa sobre outra, numa relação específica de intimidade, podendo ocorrer em relações maritais e não maritais (namoro, coabitação, separação).

Porque grande parte da vitimação assenta em conceções estereotipadas, social e culturalmente enraizadas, vem então ocasionar o fenómeno da Violência de Género que, resulta de um desequilíbrio de poder entre homens e mulheres, que se traduz em atos de violência física, psicológica e sexual, cujas vítimas são na sua grande maioria mulheres, e que no seu extremo podem conduzir ao homicídio conjugal (Diário da República, 1.ª série — N.º 243 — p.5766 - Dezembro de 2010).

2. A Violência Doméstica e o Sistema Social – Evolução legal do fenómeno

"É sempre interessante retomar a discussão sobre questões que ainda atravessam o respeito aos direitos humanos das mulheres, embora ele avance lentamente" (Gaspard, 2006)

Desde a Conferência de Pequim, em 1995, regularmente são feitos levantamentos sobre a condição feminina no mundo. Segundo Françoise, os principais problemas atualmente estão relacionados à segurança e à pobreza - especialmente à mortalidade materna e à violência conjugal. "O que muitas vezes ainda dificulta as pesquisas é que muitos países não divulgam estatísticas dos casos de discriminação e maus tratos" (Gaspard, 2006).

Durante muito tempo, o tema de violência na família permaneceu censurado no quotidiano de muitas famílias, encoberto pela sociedade e ausente dos discursos políticos (Matos, 2006). Aliás, durante muito tempo, a necessidade do Estado intervir nas interações familiares era sinónimo de fracasso na capacidade de autorregulação prevista no seio familiar

(Saraga, 1996 em Matos, 2006). Foi então que, à partir dos anos setenta, um novo movimento denominado a «redescoberta da vítima», promovido pela atividade feminista, despertou o interesse dos académicos pelo estudo dos crimes sexuais e dos maus tratos às mulheres. Este movimento, veio chamar a atenção para a violência praticada sobre as mulheres, enquanto componente problemática do comportamento familiar dos nossos tempos. O largo espectro de vitimação da mulher, a sua condição na família e na sociedade começaram a ser questões discutidas por grupos de mulheres que, como que acidentalmente, descobriram que tinham em comum, entre outros problemas, a violência de que eram alvo nas suas próprias famílias. Este problema *acidentalmente* descoberto, veio permitir a muitas mulheres perceber que a violência não era um problema individual, antes pelo contrário, a violência que experimentavam nos seus lares era um problema frequente em inúmeras famílias (Dias, 2004).

À partir desta altura, operou-se uma das maiores transformações: a descentração das causas da vitimação (Vitimologia Teórica) para a focalização na resposta à vítima (Vitimologia Aplicada), numa tentativa de atenuar as suas dificuldades e fazer prevalecer os seus direitos (Mawby & Walklate, 1994 em Matos, 2006).

Foi, portanto, depois da Segunda Guerra Mundial e a partir dos anos setenta que o conceito e o estatuto de família foi revisto quando se percebeu que este contexto não era imune à violência e que em muitas famílias esta violência não era um acontecimento extraordinário (Kury, Obergfell-Fuchs & Woessner, 2004 em Matos, 2006). Começou, então, nesta altura, sobretudo em países como os EUA e o reino Unido, a surgir as primeiras evidências empíricas que anunciavam a família como um «lugar de paradoxos» (Lourenço & Carvalho, 2001 em Matos, 2006), um lugar que pode representar um perigo para os seus membros, através da violação dos seus direitos básicos, um espaço de crime (Matos, 2006).

Segundo Gelles (1995), ao longo da história da violência praticada sobre as mulheres, foram desenvolvidos vários esforços no sentido de se alcançar o seu reconhecimento como um

problema social grave. Parece, no entanto, que tal só sucedeu após o reconhecimento público do *child abuse*, o qual teve igualmente o efeito de despertar a consciência pública, em geral, e dos profissionais, em particular, para outras formas de violência na família. Dez anos após a identificação da «síndrome da criança batida», a atenção volta-se, então, para os abusos cometidos sobre as mulheres no interior dos seus próprios lares (Dias, 2004).

“A visibilidade crescente que tem vindo a adquirir associada à redefinição dos papéis de género, e à construção de uma nova consciência social e de cidadania, bem como a afirmação dos direitos humanos, levaram os poderes públicos a definir políticas de combate a um fenómeno que durante muitos anos permaneceu silenciado” (CIG, 2008, p.15).

Enquanto na Europa e América do Norte surgia, em meados do século XIX, o Movimento Feminista, conscientizando a mulher de seus direitos, em Portugal somente com o 25 de abril de 1974 é reconhecida a Cidadania Plena à mulher. É neste contexto que surge o movimento da «Mulher Batida» que vem obrigar à implementação de respostas de apoio e proteção à mulher como vítima (Marques, 2009).

O Movimento feminista não parou, bem depressa avançou com outras exigências. Das incansáveis campanhas de sensibilização pública para o problema da vitimização da mulher, era imprescindível a implementação de políticas e medidas sociais de prevenção, assistência e intervenção na família, com vista à proteção dos membros mais vulneráveis. Também havia de se construir a conscientização da importância de adequar as leis vigentes às necessidades específicas de proteção da mulher na família (Silva, 1995 em Dias, 2004). Desta forma foi que, de acordo com Straus, Gelles e Steinmetz (1988), em 1980, o patamar em que se encontrava o abuso infantil em 1968, foi também alcançado no que diz respeito à questão das mulheres maltratadas, ou seja, as leis começaram a ser decretadas e promulgadas e as experiências com programas de proteção e tratamento foram iniciadas (Dias, 2004).

A história da investigação sobre a violência na família tem apenas quarenta anos. Especificamente em Portugal, essa realidade continua a suscitar muitas questões aos práticos e à comunidade científica relativamente as questões de apoio às diferentes situações de vitimização, as formas mais adequadas e eficazes de interromper os ciclos intergeracionais de violência e de abuso e, conseqüentemente, a mudança nas normas socioculturais que alimentam estes mesmos fenómenos (Matos, 2006). A nível Nacional, tem vindo a ser definido um percurso integrado e sistemático no combate à violência doméstica, através da adoção e implementação de Planos Nacionais contra a Violência Doméstica (CIG, 2008) com o objetivo de combater esta problemática. De todo um conjunto de respostas para o problema desencadeados à partir dos anos oitenta, destaca-se, a nível legislativo, a definição legal e a criminalização¹ no Código Penal das práticas familiares violentas (Código Penal, 1982).

Segundo o Código Penal atual, Violência Doméstica é « 1. Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de verdade e ofensas sexuais: a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge; b) a pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; c) À progenitor de descendente comum em primeiro grau » (Art. 152º, CP). Esta mudança no tratamento legal da conduta de maus tratos, bem como do abuso sexual, assumiram um papel fundamental na sinalização e na visibilidade da violência na família, assim como na definição das práticas (medidas processuais penais de proteção da vítima) face às diferentes situações.

Desde a década de 1990, se tem criado legislação específica voltada para a proteção dos direitos dos cidadãos vítimas de violência doméstica. Entre as diversas disposições legais neste domínio da vitimização familiar, destacam-se, para além do art. 152.º, o art. 143.º que constitui

¹ No Cenário Nacional, a Violência Doméstica assume o enquadramento jurídico de Crime Público, passando a ser uma responsabilidade de todos de depender da vítima a apresentação da queixa e de avanço de processo em tribunal, ainda que resguardado o direito à vítima de guardar o silêncio (Oliveira, 2010).

Ofensa à Integridade física, pune quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa. Foi pela Lei n.º 97/2000, de 27 de maio que este crime passou a ter natureza pública (Dias, 2010).

A nível político, os Planos Nacionais contra a Violência Doméstica são outros indicadores de mudança (Matos, 2006). Embora tenham surgido vários planos de combate contra a violência doméstica, alterações na legislação portuguesa e, o aumento da visibilidade e sensibilidade relativamente ao fenómeno da violência doméstica em Portugal, de acordo com os dados revelados pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), entre o ano de 2000 para 2011, o número de vítimas de violência doméstica que recorreu à APAV foi de 76.582. Recentemente foi criado o IV Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica (2011-2013). Este Plano procura consolidar o sistema de proteção das vítimas e o combate à violência doméstica, assim como promover a adoção de medidas estratégicas em relação à prevenção, às situações de risco, à qualificação de profissionais e à intervenção em rede, numa lógica de proximidade que procura envolver, cada vez mais, os municípios, os parceiros sociais e as organizações da sociedade civil. Tem como objetivo apresentar uma resposta integrada no combate à violência doméstica em Portugal, em consonância com as orientações europeias e internacionais (Diário da República, 1ª série – N.º 243 – 17 de dezembro de 2010).

3. Principais Dinâmicas, Processos e Fatores da Vitimização

Para iniciar este tópico, é de referir que, normalmente, os vários tipos de violência surgem interligados, ou seja, o fato de os tipos de violência, que se caracterizam pela diversidade de formas de maus tratos surgirem claramente associados à relação amorosa. É o caso da violência física e psicológica onde as agressões físicas, são frequentemente acompanhadas ou precedidas de abuso verbal e/ou psicológico (Matos, 2002; Barroso, 2007).

A Violência Doméstica contra a mulher, é mais comumente parte de um padrão repetitivo, de controle e dominação, do que um ato único de agressão física, podendo apresentar várias formas, agressões físicas, abuso psicológico e coerção sexual (Day et al., 2003).

3.1. Tipologias de Violência Doméstica e Múltipla Vitimação

Habitualmente considera-se três grandes tipos de Violência Doméstica: violência física, violência sexual e violência psicológica (Barroso, 2007; APAV, 2008; Carvalho, 2010; Oliveira, 2010 & Day et al., 2003).

A violência física é definida como a ação que implica o uso da força, podendo manifestar-se por pancadas, chutes, beliscões, mordidas, empurrões, bofetadas, surras, arranhões, socos, queimaduras, fraturas, lançamento de objetos, lesões com arma ou qualquer ato que atente contra a integridade física, produzindo marcas ou não, no corpo (Casique, 2004; Pérez, 2001; Aliaga, 2003 em Carvalho, 2010) podendo feri-la gravemente (Oliveira, 2010) ou mesmo provocar a sua morte.

Os atos de violência psicológica podem ser verbais ou não-verbais e apresentam-se de forma mais sutil do que os físicos (Oliveira, 2010). Inclui toda a ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Manifesta-se de diversas formas, como por exemplo, através de desvalorizações contínuas como críticas e humilhações; posturas e gestos ameaçadores; imposição de condutas degradantes; restrições, tais como, controle de amizades, limitações de dinheiro, impedimento de sair de casa; condutas destrutivas relativamente à objetos de valor económico e afetivo, maltrato de animais domésticos; e ainda culpabilização da vítima pelas condutas violentas do agressor (Echeburúa, 1994, Echeburúa & Corral, 1998 em Carvalho, 2010).

Outra forma de Violência é a violência sexual, que força à prática de atos sexuais contra a vontade da vítima (Oliveira, 2010) consigo ou com outras pessoas, de forma muitas vezes

violenta (APAV, 1999 em carvalho, 2010) utilizando força física, influência psicológica ou o uso de armas ou drogas (Day et al., 2003). A violação e a coação sexual no casamento, o uso de pornografia, bem como outros atos contra a vontade da mulher constituem-se crimes (Monteiro, 2000 em carvalho, 2010).

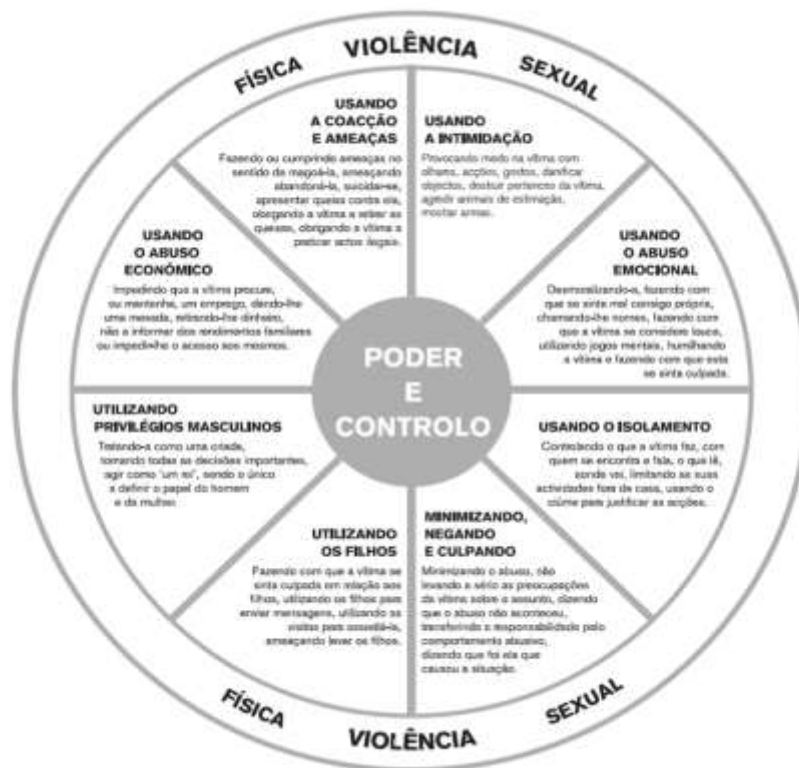
Para além das tipologias mencionadas, considera-se que a Violência Doméstica não é consequência de uma perda de controlo, mas sim de um controlo intencional face a outra pessoa (Benedictis, Saffel & Segal, 2006 em Oliveira, 2010). Por isso, não é uma situação pontual de agressão, nem um ato isolado de descontrolo face ao stress, mas antes um padrão continuado de abusos físicos, emocionais, psicológicos, sexuais, económicos e/ou sociais, em sua maioria das vezes, premeditados. Desta forma, existem várias relações abusivas onde há a ocorrência em simultâneo das várias formas de violência, conforme demonstrado num estudo português (Lisboa, Vicente e Barroso, 2005) que em uma significativa percentagem das situações de violência estudadas, é explicitamente mencionada pelas vítimas, a combinação de vários tipos de violência, tendendo esta a ocorrer mais dentro dos lares. Assim sendo, podemos falar de «Múltipla Vitimação», incluindo em associação (Matos, 2002) os maus tratos físicos, o isolamento social, a intimidação, os maus tratos emocionais e psicológicos, o recurso ao privilégio masculino, a ameaça, a violência sexual e o controlo económico (Oliveira, 2010).

3.2. A Roda do Poder e do Controlo de Duluth

A questão do poder esteve sempre subjacente às dinâmicas da violência contra as mulheres, nomeadamente na assimetria de direitos durante vários anos. Assim, e pela necessidade em explicar o fato de haver casos em que a violência era uma força constante na relação de casal (Manita, 2005 em Oliveira, 2010), surge a imagem da Roda do Poder e

Controlo de Duluth, como se apresenta na Figura 1 (Adaptado de Domestic Abuse Intervention Programs, 2011).

Desde o início de 1980, uma pequena comunidade no norte de Minnesota chamada Duluth, representou uma inovação das formas de conter os agressores responsáveis pela violência contra a mulher e manter as vítimas seguras. O "Modelo de Duluth" é uma forma cada vez mais evoluída de pensar sobre como uma comunidade funciona, de forma coesa, para acabar com a



violência doméstica (Domestic Abuse Intervention Programs, 2011). Este modelo foi desenvolvido para explicar a manutenção das vítimas na relação abusiva, identificando um conjunto de mecanismos de controlo usados entre as várias formas de comportamentos e, mostra pontos comuns entre várias formas de maus tratos que conduzem à violência (Oliveira, 2010).

3.3. O Ciclo de Walker

Segundo Walker (1979), os maus tratos nas mulheres não são constantes, nem a violência é ao acaso. Existe um ciclo definido para estes, o que vem explicar porque as mulheres se sentem desamparadas, confusas e com dificuldades em sair da violência (Carvalho,2010).

Um padrão comum ao agressor de violência doméstica é o que alterna entre a violência e um comportamento agradável com promessas de mudança (Benedictis, Saffel & Segal, 2006 em Oliveira, 2010), levando a uma ambiguidade de sentimentos e dificuldade de tomada de decisão pela vítima (Oliveira, 2010). O Ciclo de Walker organiza as diferentes fases do comportamento do agressor, de maneira que nos torna mais fácil a compreensão do porque das vítimas se manterem na relação abusiva durante tanto tempo ou por toda a vida.

Walker descreveu o Ciclo da Violência em três fases: a Fase da Emergência da Tensão “*Building Tension*”, a Fase da Agressão “*Battering*”, e a Fase da Reconciliação ou “*Honeymoon*”, variando no tempo e na intensidade dos atos (Takeshita, 2002 em Oliveira, 2010).

Na fase de acumulação de tensão (*Building Tension*), existe uma sucessão de pequenos episódios (mesmo que não relacionados com a vida em família ou com a pessoa que será a vítima) que provocam um aumento constante de ansiedade, e de hostilidade (raiva e zanga). Corresponde a uma escalada gradual de stress e tensão, culminando em ameaças verbais severas e pequenos incidentes de violências física, em que a atitude passiva vítima, leva o agressor a interpretar essa passividade como aceitação do abuso (Takeshita, 2002 em Oliveira, 2010). Na fase de ocorrência da agressão (*Battering*), a tensão acumulada na fase anterior, dá lugar a uma explosão descontrolada de violência, que pode assumir uma ou diversas formas de agressão. O agressor descarrega a tensão sobre a vítima, sob a forma de maus-tratos físicos, psicológicos ou sexuais, independentemente da atitude da vítima. O que melhor caracteriza a passagem para esta fase do ciclo de violência é a falta de controlo é o que melhor caracteriza a

passagem para esta fase (Takeshita, 2002 em Oliveira, 2010). Na fase de lua-de-mel (*Honeymoon*), depois da tensão ter sido “descarregada” sobre a vítima, o(a) agressor(a) manifesta arrependimento e assume o compromisso de mudar o comportamento violento. Esta fase permite à vítima desculpar e minimizar as agressões sofridas e voltar a acreditar numa relação de intimidade à medida do seu sonho, multiplicando-se em esforços para corresponder às exigências, desejos e imposições do parceiro. As manifestações do arrependimento do agressor traduzem-se em tratamento delicado e manifestações amorosas à vítima, incutindo-lhe a crença e a esperança de um recomeço da relação segundo o que ela (vítima) tinha idealizado. É nesta fase que normalmente as mulheres retiram a queixa e desistem da separação e divórcio.

Este ciclo repete-se de forma continuada, verificando-se a redução gradual da primeira fase (a “tensão” acontece “por tudo e por nada”) e a intensificação e prolongamento do período em que ocorrem as agressões, ao mesmo tempo que vai desaparecendo progressivamente a fase de tentativa de compensação amorosa da violência infligida. A repetição deste ciclo transforma-se usualmente num outro, composto por duas únicas fases, a fase da acumulação de tensão e a fase da ocorrência de agressão. É então que, mais facilmente, a vítima deixa de acreditar na possibilidade de mudança e mais conscientemente assume a sua condição de vítima, passo essencial e necessário para assumir uma mudança de atitude e usar os recursos pessoais (capacidades, condições,) ou comunitários (família, amigos, serviços) até aí desvalorizados. Porém, pode também acontecer que os danos possam ser tão profundos que retirem toda a capacidade de reação à vítima, relegando-a para um estado de desespero e “desamparo aprendido” (PRCVD, 2009-2011).

Assim sendo, a dinâmica deste ciclo e das respetivas fases ajuda a explicar a razão que leva as mulheres a sentirem-se culpadas e envergonhadas pela violência cometida pelos seus companheiros e porque se torna tão difícil sair desta relação de maus tratos, mesmo quando correm perigo de vida.

3.4. Fatores predisponentes

Os fatores predisponentes da violência doméstica, referem-se aos aspetos que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção da violência, podendo ser relativo a características individuais da vítima, a características do meio familiar, e a características sócio culturais. Nenhum fator de risco é por si só, garantia de que uma situação de violência possa ou esteja a acontecer: a conjugação de diversos fatores predisponentes aumenta a probabilidade de se verificar uma vitimação (Magalhães, 2010).

Vários estudos negam as explicações para o abuso à partir das características típicas individuais da mulher maltratada, mencionando a ausência de qualquer fator de risco que distinga as mulheres maltratadas das não-maltratadas (Buzawa & Buzawa, 1996 em Carvalho, 2010). A revisão das características da vítima, evidencia que o fator precipitante mais poderoso, é ser mulher (Holtzworth-Munroe et al., 1997).

Alguns autores que suportam a argumentação de que as mulheres maltratadas diferem daquelas que não o são, no essencial, alegam que as mulheres que toleram esse tipo de abuso na intimidade sofrem de patologia, nomeadamente pela sua incapacidade de aprendizagem e pela sua não-mudança comportamental (Buzawa & Buzawa, 1996 em Matos, 2010). Subjacente a essas conceções psicopatológicas da mulher maltratada estão, muitas vezes, ideias como “a precipitação da vítima” (esta inicia ou incita os maus-tratos), a teoria da “predisposição da vítima para a violência” e, por fim, a teoria do “masoquismo”, baseada num discurso de inspiração Freudiana que acabou por ser dominante e que insistia no carácter masoquista da “Mulher batida” (Dias, 2004), ou seja, sustenta a ideia de que a mulher permanece numa relação abusiva e continua a professar que ama o seu parceiro, depois deste lhe ter batido, ou deve gostar de estar numa relação perigosa onde é batida ou então está doente e necessita de apoio psiquiátrico (Alexander, 1993 em Matos, 2010). Porém é de ser salientado o fato de que existem

muitas mulheres agredidas que desconhecem as alternativas legais e sociais ao seu dispor para por fim a uma relação conjugal violenta (Dias, 2004). Tal como é referido por Choice e Lanke (1997, p. 291) “[...] todas as mulheres têm a possibilidade de escolher se se mantêm ou abandonam as suas relações conjugais, mas nem todas as mulheres possuem a percepção de que dispõem desta possibilidade, nem sequer têm uma posição de igualdade para o assumir” .

São, ainda, habitualmente apontados três fatores que contribuem para a violência: o isolamento, seja ele social, geográfico, físico ou afetivo; a fragmentação, que consiste em considerar apenas uma parte menor do problema e que rotula a pessoa em concreto; o poder e o domínio ou influência moral (Machado & Gonçalves, 2003).

Temos também a Teoria intergeracional que tem tido algum relevo, na medida em que refere que a experiência de vitimação na infância favorece a sua perpetuação (Machado & Gonçalves, 2003; Matos, 2010). Os autores que propõem esta teoria, sustentam que um indivíduo que foi vítima de abuso ou testemunhou o mesmo na infância, poderá tornar-se um maltratante (Doerner & Lab, 1995 em Carvalho, 2010).

Alguns estudos sugerem que indivíduos com história de maltratos, não só tendem a desenvolver um padrão inseguro de vinculação, como também tendem a escolher companheiros com padrões inseguros de vinculação, desenvolvendo nestas relações as suas histórias de vinculações negativas (Machado & Gonçalves, 2003).

Ainda outras investigações referem que a experiência de abuso físico ou sexual sofrido durante a infância provoca diversos resultados negativos na vida adulta, assim como, meninas que foram vítimas de abuso sexual têm maior probabilidade de serem revitimizadas sexualmente na vida adulta (Ramirez & Uribe, 1993; Beichman et al., 1992; Urquiza & Goodlin-Jones, 1994; Jankowski et al., 2002 em Carvalho, 2010).

Os valores, as crenças e as normas sociais, também são importantes para a compreensão desse fenómeno, pois criam um sistema de condutas esperadas para o sexo masculino, que a

não serem satisfeitas, são socialmente avaliadas negativamente (Vicente, 2002; Scott, 2000 em Carvalho, 2010), como nos casos de adultério de mulheres, o homem deve fazer a “lavagem da honra”. Assim como esta, muitas condutas associadas a posturas de autoridade masculina, podem traduzir-se na legitimação social de certas agressões físicas e sexuais (Carvalho, 2010). Contudo, de acordo com os estudos realizados, é consensual concluir que as diferentes investigações são controversas e apontam para a não existência de um perfil psicológico ou sociocultural pré-existente nas mulheres agredidas (Sprenkle, 1992 em Carvalho, 2010). Também se pode concluir que os estudos não confirmam diferenças significativas entre mulheres vítimas de violência e as que não são (Costa & Duarte, 2000).

Capítulo II

O estudo acerca do Impacto e das Consequências da Violência Doméstica é diverso e amplo e ainda possui inúmeras lacunas e obstáculos metodológicos. Ao longo da análise das referências encontradas, permite-se concluir que são várias as consequências da vivência de uma relação abusiva. E, ainda são muitos os domínios pessoais afetados. Estes integram, desde a saúde física da vítima, percorrendo a saúde psíquica e emocional, até a sua integração na sociedade. Por outro lado, encontra-se bem documentado o fato de existir uma significativa prevalência na sobreposição dos atos abusivos como, por exemplo, o da violência física e o da violência sexual, o que faz com que a sinalização das consequências específicas de um só tipo de abuso, transforme-se em uma tarefa praticamente impossível de se realizar. Por essa razão e, para não incorrer no risco de apresentar uma investigação demasiado pautada pela repetição e redundância, resolveu-se num primeiro momento, expor acerca do impacto da Violência Doméstica no seu sentido lato e inespecífico e, num segundo momento pensou-se em dar particular relevo às conclusões de estudos sobre violência física e violência sexual na medida em que a escala que queremos adaptar à população portuguesa está direcionada para estas duas tipologias de violência.

1. O Impacto e as Consequências da Vitimização

Em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida. O agressor é, geralmente, um membro de sua própria família. As consequências negativas da agressão atingem a saúde física e emocional das mulheres, o bem-estar de seus filhos e até a conjuntura económica e social das nações, seja imediatamente ou a longo prazo (Day et al, 2003). 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. Diversos estudos longitudinais têm mostrado que o abuso psicológico frequentemente precede o maltrato físico (Marshall, 1996; Murphy y O`Leary, 1999 em Calvet, Corral & Estévez, 2005) e coexiste com este (Shepard y Campbell, 1992; Tolman, 1989; Walker, 1984 em Calvet, Corral & Estévez, 2005), o qual alerta acerca da relevância do abuso psicológico tanto em termos de prevenção como de tratamento.

A violência psicológica apresenta-se de uma forma sutil e gera consequências muito negativas na saúde e bem-estar emocional da mulher agredida. De acordo com Follingstad e seus colaboradores (1990), as humilhações contínuas provocam um grande impacto sobre a estabilidade emocional das vítimas, muito semelhante ao produzido pela violência física. Estudos recentes nem sequer encontraram diferenças significativas no perfil psicopatológico em vítimas de violência física comparativamente às de violência psicológica (Amor et al., 2001 em Carvalho, 2010). Existem, inclusive, investigações que referem que a violência psicológica ainda que não provoque sequelas físicas, pode produzir impacto mais prejudicial e duradouro que a violência física (Goldberg & Tomlanovich, 1984; Walker, 1994 em Carvalho, 2010).

A vitimização na intimidade é uma experiência que acarreta um preço elevado, sendo bastante notórios os danos diretos e indiretos, tanto para as vítimas, como para os seus filhos, destacando-se o problema de saúde, as dificuldades comportamentais, emocionais e relacionais. Analisando vários estudos levados a cabo neste domínio, os dados da investigação nacional corroboram dados internacionais, indicando que a falta de recursos diversos de apoio, assim como os próprios efeitos que decorrem da experiência de vitimização, condicionam o momento da tomada de decisão da vítima (Matos, 2006 em Cortez, 2009).

Segundo o Conselho da Europa, “a violência contra mulheres no espaço doméstico é a maior causa de morte e invalidez entre as mulheres dos 16 aos 44 anos, superando o cancro, os acidentes de viação e as mortes em contextos de guerra” (cit. CIDM, 2003, in Matos, 2006 em Cortez, 2009).

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.

1.1. Distúrbios cognitivos e de memória

Os distúrbios cognitivos ocorridos em mulheres batidas são muito parecidos com aqueles vistos nos PTSDs. A mulher, reexperiencia o acontecimento traumático ou os fragmentos de acontecimentos traumáticos, espontaneamente ou, em associação estímulo familiares aos mesmos (Walker, 1994). Outros distúrbios cognitivos incluem a confusão mental que pode se assemelhar a um transtorno de pensamento. O pensamento desordenado pode ter a função de proteção, ajudando a proteger a mulher de uma consciência constante, penetrante, e intensa da probabilidade ou inevitabilidade do próximo ataque violento. Este comportamento, por mais estranho que pareça é uma reação comum e compreensível como resposta aos eventos que ela experimentou e para a situação em que ela vive (Idem).

Mulheres maltratadas podem também apresentar distúrbios cognitivos na área da atenção. A mulher agredida pode ter dificuldades para atender a vários aspetos de seu ambiente a nível físico e social ou de seu eu interior. Às vezes, sua atenção pode involuntariamente focar

tanto em fragmentos externos (algum aspeto do quarto, ela se encontra) quanto internos (uma memória, um sonho acordado). Este intenso foco seletivo cognitivo, pode provocar um estado dissociativo, e a mulher pode parecer estar a entrar em transe leve. Mais uma vez, esta função cognitiva pode estar a servir como uma função protetora, permitindo que a mulher reduza (pelo menos temporariamente) o grau de sofrimento psicológico e, quando ela está a ser maltratada, da dor física que ela está experimentando. Este transe dissociativo é semelhante a um estado hipnótico leve induzido pelo reconhecimento do perigo iminente (idem).

1.2. Sintomas de Evitação

Para além dos distúrbios cognitivos, comportamentos de evitação associados com a depressão são comuns entre as vítimas de abuso. Mulheres agredidas adotam estratégias de enfrentamento para evitar novos abusos ou para minimizar a dor e o dano quando o abuso parece inevitável (Walker,1994). Dessa forma, algumas mulheres agredidas desistem acreditando que as coisas nunca irão mudar, tornam-se menos interessadas em atividades que antes lhes eram agradáveis, e se retiram da vida (Walker,1994).

A Teoria de Walker (1979), designada por «Learned Helplessness» vai mostrar que a “mulher batida”, à semelhança da criança que chora para chamar a atenção para a fralda molhada ou o estômago vazio e não obtém resposta, devido às agressões constantes, começa a sentir-se desprotegida e, tal como a criança que se encontra desprotegida, e é incapaz de alterar a situação, a mulher é desde muito cedo socializada «para desenvolver, mais tarde, relações mal sucedidas. Tal aprendizagem e socialização pode criar uma expectativa sadomasoquista na relação, onde se induz e se procura a dor» (Walker, 1983, pp.31-48 cit. by Dias, 2004). Desta forma, algumas mulheres agredidas desistem acreditando que as coisas nunca irão mudar, tornam-se menos interessadas em atividades que antes lhes eram agradáveis e se retiram da vida (Walker,1994).

1.3. Sintomas de Excitação Alta

O terceiro grupo de sintomas de saúde mental demonstrada por mulheres agredidas inclui comportamentos de excitação elevados, tais como ansiedade, fobias, distúrbios de sono e alimentares, disfunções sexuais (especialmente quando a violação conjugal está presente) e uma hiper-vigilância aos sinais de perigo adicional, incluindo uma mais pronunciada resposta de sobressalto. Embora a mulher espancada frequentemente reage a estímulos que são impercetíveis para a pessoa não abusada, na maioria das vezes suas percepções são precisas.

Esta sensibilidade ao perigo potencial muitas vezes dura muito tempo depois que o relacionamento abusivo está terminado. Sintomas psicofisiológicos associados geralmente com alta tensão e ansiedade como palpitações, dificuldade em respirar, ataques de pânico, nervosismo extremo, dores de estômago e doenças físicas estão associados com a estimulação do sistema nervoso autónomo. No abuso crónico, muitos destes sintomas estão presentes em momentos diferentes, dependendo da situação particular. Embora as pesquisas ainda não estabeleçam uma ligação clara entre o abuso crónico e um colapso do sistema imunológico, a percentagem do aumento da procura do sistema médico por mulheres abusadas sugerem fortemente tais ligações (Koss, Woodruff, e Koss, 1991 em Walker, 1994).

1.4. O “Síndrome da Mulher Batida”

O termo «Battered Woman» foi aplicado pela primeira vez na Grã-Bretanha pelo movimento das mulheres que objetivavam transmitir a experiência de violência persistente e severa contra as mulheres (Dobash e Dobach, 1992 in Dias, 2004). A partir daí, sucederam-se inúmeras expressões, tendo-se gerado um processo inacabado de discussão a volta das virtualidades e limitações de cada uma (Dias, 2004).

Pagelow (1984) afirma que a expressão mulheres batidas, refere-se a mulheres adultas que foram intencionalmente agredidas de maneira a causar dor ou ferimentos, ou que foram forçadas a ações involuntárias ou restringidas, à força, de ações voluntárias por parte de homens adultos, com quem elas têm ou tiveram relações estabelecidas, envolvendo, normalmente, intimidade sexual, independentemente de ocorrer, ou não, no contexto do casamento legalmente constituído. Por sua vez, Alexander (1993), a propósito do termo «battered wife», considera que se trata de uma designação degradante. Trata-se definitivamente de uma pessoa que foi agredida e que, portanto, designá-la por “esposa”, não lhe confere qualquer outra identidade além daquela que consiste no fato de estar ligada a um homem que comete atos de agressão contra ela (Pagelow, 1984 e Alexander, 1993, Cit. by Dias, 2004).

O “Síndrome da Mulher batida” se torna mais complexo quando há um histórico de outros abusos. De acordo com Primo Levi (1988), "a memória de um trauma sofrido ou infligido é, em si mesmo, traumática porque relembrar isso é doloroso ou no mínimo perturbador". Confusão com os diagnósticos de distúrbios de ajuste, às vezes, ocorrem porque muitos dos sintomas podem ser semelhantes. No entanto, um transtorno de adaptação ocorre quando há uma resposta emocional anormal no ciclo de eventos situacionais da vida (geralmente julgada pela duração no tempo, ou a gravidade da reação). Ao fazer um diagnóstico diferencial, a pergunta sobre o abuso físico, sexual ou psicológico deve ser totalmente explorado (Walker, 1994). Mulheres com este Síndrome são muitas vezes confundidas como estando a sofrer de uma Perturbação de Personalidade. Quando sintomas como perturbações de dependência, nas relações interpessoais, dissociação, raiva intensa, e as características histéricas são vistos fora do contexto da relação de espancamento, o Síndrome pode parecer ser inerente à organização da personalidade da mulher.

1.5.A Perturbação de Stress Pós-Traumático (DSM-IV, TR, 2002)

São muitos os estudos que investigam a relação entre a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) e o contexto da violência doméstica (e.g. Walker, 1999; Morell & Rubin, 2001; Woods, 2004; Keyser, 2005; Sleg, 2006; Tyson, Herting & Randell, 2007; Owens, 2008 (Oliveira, 2010). Segundo a American Psychiatric Association (2002), as características essenciais desta perturbação passam pelo desenvolvimento de sintomas característicos como o reexperienciar persistente do acontecimento traumático a seguir à exposição a um stressor traumático extremo. Já no estudo de Walker (1989; 1991; 1993; 1994 in Tameskita, 2002) a autora classifica o “Síndrome da Mulher Batida”, como uma subcategoria da PTSD. Os sintomas que as mulheres apresentam englobam muitas vezes o estresse de lidar repetidamente com as agressões verbais, humilhações e isolamento social (Lisboa, Vicente & Barroso, 2005 in Oliveira, 2010).

Pela literatura consultada, verifica-se que a presença de Perturbação de Stress Pós-Traumático empobrece os recursos psicológicos da vítima necessários para terminar uma relação abusiva e assegurar a sua independência (Arias & Pape, 1999 in Taft, Casey, Murphy, King, Dedeyn, & Musser, 2005; Humphreys, 2003 in Tyson, Herting & Randell, 2007 em Oliveira, 2010), o que pode explicar a longa duração de algumas relações conjugais violentas e a sua atitude de (aparente) resignação face aos abusos (Oliveira, 2010).

2. O Impacto e as Consequências da Violência Física e Sexual

As principais consequências da violência física e sexual, denominada por Heiser (1994) como “consequências não-mortais”, incluem lesões permanentes; problemas crónicos, tais como dor de cabeça, dor abdominal, infeções vaginais, doença pélvica inflamatória, gravidez indesejada, abuso de drogas ou álcool, comportamentos danosos à saúde, tais como fumar, distúrbios do sono e da alimentação e doenças de efeito retardado, que incluem artrite,

hipertensão e doenças cardíacas. O mesmo autor, relata ainda, uma escassez de dados sobre as consequências para a saúde em países “em desenvolvimento” e aponta, ainda, que os efeitos relacionados com o trauma são exacerbados pelo fato de o agressor ser um conhecido íntimo, o que aumenta as sensações de vulnerabilidade, perda, traição e falta de esperança (Giffin, 1994).

As consequências negativas sobre a saúde física e mental da mulher devido ao abuso pelo parceiro íntimo são amplamente reconhecidas e também foram sugeridos como potenciais sinais e sintomas de violência doméstica (Golding, 1999; McCauley et todas., 1995, Mellman & Bell, 1997; Mullen, Romans-Clarkson, Walton, & Herbison, 1988; Ratner, 1993 in Dienemann et al, 2000). Além disso, as evidências sugerem também que o abuso físico pode ser o fator etiológico mais importante de suicídio feminino (Bergman & Brismar; Stark & Flitcraft de 1995 em Dienemann et al, 2000).

Apesar de todas as consequências negativas do abuso sexual, as mulheres podem ter mais medo da agressão física (Rigger, Kilpatrick & Resnick, 1992 in Vogel e Marshall, 2001). Numa meta-análise, Weaver & Clum, (1995), descobriram que em cinco fatores subjetivos, aqueles que foram percebidos como ameaça à vida, foram mais importantes para gerar angústia do que os fatores objetivos, incluindo lesões de gravidade, ou o uso de uma arma (Vogel & Marshall, 2001).

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). Os sintomas de depressão, ansiedade, somatização, abuso de substâncias e sintomas de stress pós-traumático são frequentemente encontrados em vítimas de agressão sexual (Winfield, George, Swartz, e Blazer de 1990 em Guterrez 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). Segundo Walker (1994), a automedicação feita por algumas mulheres bloqueia os sintomas do PTSD, mas quanto mais intensa a violência, maior a necessidade de consumo. De referir ainda que sofrer de violência doméstica é um fator de risco para o surgimento de ideação suicida. O sofrimento, o desamparo, o medo e a desesperança levam a que estas mulheres procurem, por vezes, dar termo à vida. Segundo Rhodes e seus colaboradores (2002), as mulheres vítimas de violência doméstica que recorrem às urgências dos hospitais têm cinco vezes maior intenção suicida que as outras. Por último, as vítimas que já tenham sofrido de violência anteriormente, como abusos sexuais na infância, agressões sexuais e outros tipos de violência, mostram uma maior predisposição ao PTSD (Resnick *et al*, 1992 in Carvalho, 2010).

Por vezes, as mulheres vítimas de agressão sexual, ao revelarem a sua vitimização, podem ser consideradas culpadas por esta situação e nestes casos as consequências do abuso são agravadas (Marx, 2005 em Carvalho, 2010), mostrando elevadas pontuações nos sintomas de PTSD. Os estudos de Amor e seus colaboradores (2001) também indicam que a agressão sexual cometida na conjugalidade tem efeitos similares àquela cometida por desconhecidos, no entanto a percentagem de episódios, desta ordem, sofridos dentro do casamento, é dez vezes maior que a sofrida por um desconhecido (Mahoney, 1999 em Carvalho, 2010).

A agressão sexual por si só é pouco estudada, apesar de seus efeitos nocivos (Resick, 1994 in Vogel & Marshall, 2001). Distinguir diferentes tipos de abuso parece ser de suma importância, pois múltiplos traumas e revitimização estão associados com sintomas em mais e maiores taxas de PTSD (Vogel & Marshall, 2001). Se diferentes tipos de abuso são

conceituados como traumas múltiplos, a probabilidade de sintomas de PTSD deve ser maior entre as mulheres que denunciam a violência e agressão sexual, em seguida, entre as mulheres que sustentam qualquer tipo de abuso sozinho (Voguel & Marshall, 2001).

A partir da pesquisa efetuada em relação aos estudos que têm sido realizados sobre as consequências do abuso físico e sexual contra a mulher pelo parceiro íntimo na última década (cf. anexo 1 – Quadro resumo dos estudos realizados na última década - , pode-se destacar alguns resultados importantes para a compreensão das consequências negativas que a relação abusiva acarreta para a saúde geral da mulher como, a incidência do PTSD e a sua relação com a saúde mental e psicológica, assim como a presença de prejuízos no funcionamento cognitivo da vítima.

Num estudo realizado por Voguel e Marshall (2001) foi sugerido que o PTSD e sintomas associados são potenciais resultados do relacionamento violento vivenciado pelas mulheres. Esta investigação colocou ainda a hipótese de a probabilidade de sintomas do PTSD ser maior entre as mulheres cujo parceiro infligiu violência grave e violação e, menor entre mulheres que relataram violência moderada, sem violação. O que confirmou, pois, a proporção de mulheres do grupo de sintomas elevados do PTSD foi maior quando expostas à violência grave e violação por seus parceiros e, mais baixos entre as mulheres que relataram violência moderada sem violação. Contudo, o risco de violência moderada e violação foi semelhante à violência severa e violação severa. Por seu turno, Bennice, Resick, Mechanic e Astin (2003), realizaram um estudo com o objetivo de examinar os efeitos relativos da violência física e sexual pelo parceiro íntimo na sintomatologia do PTSD, onde os resultados indicaram que a gravidade da violência sexual explica uma percentagem significativa da variância na gravidade dos sintomas do PTSD.

Ludermir, Schraiber, D'Oliveira, Junior e Jansen (2008) realizaram um estudo em que os resultados mostraram que, os distúrbios mentais, foram todos significativamente associados com todas as formas de violência, além das psicológicas e físicas. A associação entre violência

sexual sozinha ou acompanhada por violência física ou psicológica tornou-se menor e não significativa.

Na pesquisa de Hatzenberger, Lima, Lobo, Leite e Kristensen (2010) todas as mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo preencheram critérios para o diagnóstico de PTSD e apresentaram sintomatologia pós-traumática, corroborando a relevância clínica do transtorno. Em relação às variáveis de psicopatologia, foram observados níveis graves de sintomas de ansiedade e sintomas moderados de depressão. De maneira geral, foram encontrados prejuízos em funções cognitivas, como atenção, memória e funções executivas. Este estudo sugere que a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo está associada a prejuízos cognitivos e sofrimento psicológico.

Em suma, a violência contra a mulher vem sendo pesquisada em uma diversidade significativa de países de todos os continentes. Os artigos sobre o tema, são mais facilmente encontrados nas publicações de revistas das ciências médicas, na língua inglesa, e grande percentagem descreve pesquisas realizadas nos Estados Unidos, por pesquisadoras mulheres e enfoque metodológico quantitativo. Desta forma, no panorama geral sobre as características dos estudos sobre a Violência contra a Mulher parece carecer de um aprofundamento cada vez maior do conhecimento sobre o tema a fim de possibilitar a elaboração de políticas fundamentadas para uma verdadeira e efetiva mudança social e erradicação do problema (Frank, Coelho e Boing, 2003-2007).

Capítulo III

Verificamos assim que a violência doméstica é uma problemática que apresenta um impacto desde o nível do funcionamento pessoal, ao nível familiar e social, havendo na actualidade um esforço económico e governamental significativo, ao nível preventivo e ao nível interventivo nas vítimas.

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 as diferentes versões do conhecido Conflict Tactic Scale de Strauss, 1979). Neste sentido, e apesar da grande diversidade de métodos de avaliação, existe uma grande carência de instrumentos que acedam directamente 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). Tal poderá ser constatado pela análise do quadro que apresentamos no Anexo 1: para a avaliação de consequências psicológicas associadas às dinâmicas de violência utilizam-se instrumentos como o Beck Depression Inventory – BDI – (Beck, Sterr, & Garbin, 1988) ou o Questionário SCL – 90 – R (Derogatis, 2002), comparando-se os resultados com os dados normativos.

Em Espanha procedeu-se à construção de um instrumento intitulado Cuestionario de Respuesta Emocional a la Violencia Doméstica y Sexual (REV) (Soler, Barreto & González, 2005). O REV é um instrumento construído a partir de uma amostra de 430 mulheres (seleccionadas de forma aleatória de um universo de 861 vítimas) e foi construído de forma a se

obter uma estrutura factorial simples que pudesse indicar de forma precisa, em situações de urgência, e na primeira entrevista, o mal estar emocional sentido pela mulher vítima. De 54 itens seleccionados (de um total de 63 itens) procedeu-se ao método de rotação Promax, com método de extração de componentes principais. A escolha do método de rotação Promax deveu-se ao facto de os factores serem correlacionados entre si, e não independentes. Desta análise factorial exploratória foi obtido um instrumento com 22 itens, com uma variância explicada total de 38,47%. Esta variância é obtida pela soma da variância de cada um dos 4 factores que ficaram definidos. O primeiro dos factores, denominado de “Depressão”, explica 24,32% da variância, e é constituído por 7 itens associados às dimensões da auto-estima, sentimentos de culpabilidade e desesperança. O segundo factor, “Ansiedade”, explica 6,42% da variância, sendo constituído por 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 que explicam 4,18% da variância, contendo itens que se destinam à avaliação das respostas da vítima ao nível das actividades de vida diária tanto sociais como lúdicas. Por fim, o quarto factor, “Humor Irritável”, é constituído também ele por 4 itens que explicam 3,52% da variância, 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 REV para a população portuguesa.

Participantes

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 escolaridade².

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

² Curiosamente, 36 mulheres não responderam a esta questão.

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 física³.

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 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.

³ 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.

Instrumentos

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos (cf. Anexo 2): (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 protocolo⁴ respeitante às mulheres vítimas decorreu 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

⁴O 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, 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).

Oportunidades da CESP, CRL com formação em psicologia que aceitou colaborar nesta investigação. A aplicação do protocolo de avaliação implicava também a assinatura do Consentimento Informado.

Apresentação dos Resultados⁵

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 componente⁶, ficando então reduzida a 4 componentes principais. No Quadro 1, apresentamos a solução, com rotação *Varimax*⁷, 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*⁸.

⁵ No que respeita aos métodos de análise dos dados recolhidos, neste estudo, serão utilizados vários métodos de análise estatística, fazendo para tal uso do programa informático Statistical Package from Social Sciences (SPSS), versão 19.0.

⁶ 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.

⁷ $KMO = .88$, *Teste de esfericidade de Bartlett*, $\chi^2(171) = 1284.97$, $p < .001$.

⁸ 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).

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	20.98	17.95	15.59	13.82			
α de Cronbach ⁹	.89	.87	.84	.86			

O fator 3, composto por cinco itens, agrupa estados relacionados com *Sintomas de Depressão*. Por último, o quarto fator aglomera um conjunto de 3 sentimentos ligados a *Humor*

⁹ 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 $r = .67$.

Irritável. Assumindo esta estrutura fatorial, testámos a consistência interna de cada uma das componentes, invertendo o item que apresenta uma saturação fatorial negativa no último fator.

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>Amostra portuguesa</i>	<i>M</i>	1.43	1.25	1.23	1.53
	<i>(DP)</i>	(0.82)	(0.86)	(0.95)	(1.01)
<i>Amostra espanhola</i>	<i>M</i>	1.35	1.05	1.28	1.57
	<i>t</i> (109)	< 1, <i>ns.</i>	= 2.47 , <i>p</i> = .015	< 1, <i>ns.</i>	< 1, <i>ns.</i>

Comparação dos resultados das quatro dimensões nos dois grupos

Efetuíamos 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		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 hiper 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.

No observar de todos os trabalhos já realizados dentro do contexto da Violência Doméstica e, mais particularmente, no âmbito da Violência Doméstica contra a mulher, podemos concluir que, apesar dos grandes avanços, em nossos tempos atuais, realizados neste domínio em seus mais diferentes níveis de interesse social até as mais severas medidas legais no domínio do Direito e da Justiça, o fenómeno da violência nas suas mais diversas e malévolas formas de exprimir-se, continua a vigorar, com toda a força de sua insanidade, contra os direitos humanos dos mais frágeis e/ou dependentes de nossa sociedade, a saber, as crianças; os idosos e as mulheres que, segundo Gelles (1995), referindo-se a este último grupo de vítimas, afirma

situar-se a mulher, no rol da lista de pessoas historicamente mais agredidas no seio da família e, que estas agressões, que datam de longínquos tempos, têm sido impunemente praticadas pelo homem contra a mulher.

O Impacto, as consequências e os efeitos da violência contra a mulher pelo parceiro íntimo, sem dúvida, detetados e confirmados pelas pesquisas científicas realizadas através dos instrumentos de medidas de avaliação empírica e, ainda através das estatísticas fornecidas pelas Instituições de apoio à Vítima, como a APAV; CIG e outras, além da projeção do fenómeno através de Órgãos de expressão Internacional como a ONU, OMS, etc., tudo isto vem denunciar as graves lesões físicas, sexuais, emocionais, mentais e psicológicas e casos de múltipla vitimação, sofridas pela mulher ao longo do tempo em que permanece na relação de abuso, assim como também, mesmo após a sua distanciação do agressor, podendo até serem as consequências da violência, agravadas neste momento da separação, em que não são poucas as vezes em que acontece o ponto ápice de tais ofensas no culminar do homicídio da mulher, perpetrado pelo agressor.

Neste mesmo âmbito da violência contra a mulher, de acordo com a visão de Kartz Y Arias, 1999; O Leary, 1999; Afonso et al.,2006, o estudo dos maus-tratos psicológicos, em geral, têm sido abordados em menor escala que o da violência física.

Pela sua própria natureza, os efeitos psicológicos sobre a vítima, têm sido minimizados na sua importância e grau de severidade quanto aos seus efeitos sobre a vítima, mais particularmente em comparação com os maus-tratos físicos, cujas sequelas são muito mais facilmente visíveis.

Porém, parece ser de suma importância referir que, qualquer que seja a natureza dos maus tratos infligidos sobre a vítima, segundo as investigações bibliográficas realizadas, estes constituem sempre elementos de efeitos devastadores sobre a saúde mental da mulher e sobre o seu bem-estar geral.

A avaliação do abuso contra a mulher dentro de um contexto de violência doméstica, apresenta uma grande dificuldade que é falta de uma definição consensual sobre este tema, problema este que vem causar importantes dificuldades no momento da operacionalização dos resultados das investigações científicas.

Ao longo dos anos têm vindo a surgir diversas tentativas de delimitação do fenómeno da Violência Doméstica, a fim de solucionar as dificuldades inerentes ao problema de diferenciação dos diferentes tipos de dinâmicas, contextos, intervenientes desta problemática (por exemplo, violência conjugal e violência doméstica). Embora isto não preencha o vazio concetual ainda encontrado nas pesquisas realizadas sobre o tema traduz a preocupação de investigadores e técnicos sobre este problema. Para além disto, do que foi possível constatar pela pesquisa efectuada, os questionários utilizados remontam de longa data, sendo ainda pouco diversificados. Efetivamente, os estudos e pesquisas sobre o tema têm aumentado em número, devido mesmo a maior visibilidade e conseqüente interesse da parte das autoridades médicas e legais sobre a atrocidade deste crime, mas as pesquisas mantêm-se “aprisionadas” em uns poucos instrumentos de medida empírica, quiçá ultrapassados para os tempos atuais.

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°. 1. Santiago.

Amor, A. & Bohórquez, I. (2006). Mujeres victimas de Maltrato Doméstico. En Curso: Os Processos de Victimización Y Su Abordaje em Médios No Especializados. 2º Edição.

Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasúa, B. & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato Físico Y Maltrato Psicológico em Mujeres Victimadas de Violencia en el Hogar: Un Estudio Comparativo. Univ. Del País Vasco. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*. Vol. 6. N. 3. pp. 167-178.

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

Atas dos X Cursos Internacionais de Verão de Cascais. (2003-2004). Vol. 4.

Barroso, Z. (2008). Violência nas Relações Amorosas. VI Congresso Português de Sociologia. *Mundos Sociais: Saberes e Práticas*. Univ. Nova de Lisboa.

Bennice, P., Resnich, M., Mechanic, M. & Astin. (2003). The PTSD Symptoms Scale.

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

Calvete, E., Estévez, A. & Corral, S. (2005). Intimate Patern Violence and Depressive Symptoms in Women: Cognitive Schemas As Moderators and Mediators. Spain.

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

Código Penal Português. Decreto Lei N°. 400/82. Republicado pela Lei N°. 59/2007.

Comunicado de Imprensa WHO/62 (2005) – OMS.

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

Cortez, A. (2009). *Histórias de Vitimação e Seus Significados*. Dissertação de Mestrado.

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

Day, P., Telles, L., Zoratto, P., Azambuja, M., Machado, D. Silveira, M., Debiaggi, M., Reis, M., Cardoso, R., Blank, P. (2003). Violência Doméstica e Suas Diferentes Manifestações. *Revista de Psiquiatria. RS. 25 (Suplemento 1): 9-21.*

Day, V., Azambuja, M., Blank, P. (2003). Violência Doméstica e Suas Diferentes Manifestações. Relatórios.

Day, V., Telles, L., Zoratto, P., Azambuja, M., Machado, D., Silveira, M., Debbuggi, M., Reis, M., Cardoso, R. & Blank, P. (2003). Violência Doméstica e Suas Diferentes Manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Br.*

Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher. (1995) Cap. II. p. 156.

Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher.(1995). Pequim.

Diário Da República. (1999). I Série – B, Nº 137. p. 3.426.

Diário da República. (2010) 1ª Série – Nº. 243. P.5.763.

Dias, I. (2000). A Violência Doméstica em Portugal: Contributos para a sua visibilidade. *IV Congresso Português de Sociologia.*

Dias, I. (2003). Noites de Sociologia. XII Edição. Amor e Guerra entre os Sexos.

Dias, I. (2004). Violência Doméstica e Justiça – Uma Relação Complexa. *In Cândido Agra (Dir.), A Criminologia: Um Arquipélago Interdisciplinar.* Porto: Editorial 2012.

Dias, I. (2004). Violência na Família- Uma Abordagem Sociológica. Porto: Edições Afrontamento.

Dias, I. (2010). Violência Doméstica e Justiça – Sociologia. *Revista do Departamento de Sociologia da FLUP. Vol. XX.*

Dienemann, J., Boyle, E., Backer, D., Resnick, W., Wiederhom, N., Campbell, J. (2000). Intimate Patern Abuse Women Diagnosed With Depression.

Domestic Abuse Intervention Program – DAIP. (2011). Home of the Duluth Model. Social Chang to End Violence Against Women.

Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. & Corral, P. (2009). Evaluación de La Eficacia de um Tratamiento Cognitivo – Conductual para Hombres Violentos Contra la Pareja en un Marco Comunitario: Una Experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology.*

- Ficha Sociodemográfica. Versão para Investigação (Serra, Quintas, Fonseca e Sousa, 2010).
- Frank, S., Coelho, E. & Boing, A. (2010). Perfil dos Estudos Sobre Violência Contra a Mulher Por Parceiro Íntimo (2003-2007).
- Giffin, K. (1994). Violência de Género, Sexualidade e Saúde. Artigo. RJ. Br.
- Gutiérrez, M., Lira., Méndez, M., Mendonza, M., Vélez, M. (2001). Violencia Sexual Y Problemas Asociados en una Muestra de Usuarias de un Centro de Salude. Artigo. *Revista de Saúde Pública de México. Vol. 43.*
- 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.
- Hatzenberger, R., Lima, A., Lobo, B., Leite, L. & Kristensen, C. (2010). Rastreo para Sintomas de Estresse Pós – Traumático (SPTSS – 2001).
- II Plano Regional Contra a Violência Doméstica (PRCVD). (2009-2011). Resolução N°. 1384/2009 da Contituição Portuguesa.
- IV Plano Nacional Contra A Violência Doméstica (2011-2013). CIG. Diário Da República. 1ª Série. N°. 243. 17 de Dezembro de 2010.
- Ludemir, A., Schraiber, A. & Jansen, H. (2008). The Self Reporting Questionnaire (SRQ – 20 – Harding et al., 1980).
- Magalhães, T. (2010). Violência e Abuso. Respostas Simples para Questões Complexas. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Manual de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais. (1987). Terceira Edição Revisada. DSM – III – R.
- Matos, M. (2006). Violência nas Relações de Intimidade. Estudo Sobre a Mudança Terapêutica na Mulher.
- Matos, M. (2006). Violência nas Relações de Intimidade: Estudo sobre Mudança Psicoterapêutica na Mulher.
- 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.*
- Oliveira, M. (2010). (Des)Afetos: O Impacto da Violência Conjugal no Funcionamento Psicológico das Vítimas. Tese de Mestrado em psicologia Forense e da Transgressão. ISCSN.

Pais, E. (1998). Homicídio Conjugal em Portugal. Lisboa.

Pais, E. (1998). Homicídio Conjugal em Portugal. Rupturas Violentas da Conjugalidade. Lisboa: Hungin Editores Limitada.

Pérez, I. (2006). Women`s Response to Intimate Patern Violence. Artigo. Andaluzian School of Public Health. Granada. Spain.

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

Questionário de Violência Doméstica – QVD (Quintas, Serra, Oliveira, Alves e Pacheco, 2008).

Tabanich, LS Fidel. (2007). (Citação) Experimental Designs Using ANOVA.

The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) de Kropp, Hart, Webster & Eaves, 1999, 2000. Adaptado Para a População Portuguesa por Soeiro, 2010.

Voguel, L. & Marshall, L. (2001). PTSD Symptoms and Patern Abuse: Low Income Women at Risk. Journal of Traumatic Stress.

Walker, E. (1999). Adult Health Status of Women. HMO Members With Histories of Childhood Abuse and Neglect. *American Journal of Medicine*.

Walker, L. (1979). The Battered Women. Harper and Row. NY.

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

Walker, L. (1994). Battering. Cap. III.

Walker, L. (1994). Planning and Conducting na Assessment. Cap. 11.

Walker, L. (1999). Psychology and domestic Violence Around the World. American Psychology.

Wook, L. (2003). Relatório Mundial de Saúde. Genebra.

Anexos I

Autor	Ano	Objetivo	Instrumentos p/avaliação da violência doméstica	Instrumentos p/avaliar sintomas psicológicos na violência doméstica	Principais Resultados
S, Tang	1998	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Facilitar a compreensão do abuso psicológico contra as esposas chinesas ◦ Determinar a validade e a consistência interna do ISA – Index of Spouse Abuse. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Index of Spouse Abuse (ISA: Hudson and McIntosh, 1981). ◦ Conflict Tactics Scale (CTS: Straus, 1979). ◦ Verbal and Physical Abuse Subscales of CTS (Straus, 1979). 		<p>A Escala ISA poderia diferenciar adequadamente entre esposas vítimas de abuso daquelas mulheres que não sofreram experiências de abuso, assim como, correlacionado com o CTS, diferenciar entre insatisfação conjugal e medidas negativas de saúde dos sintomas gerais psicológicos, depressão e ansiedade.</p>
M, Haj-Yahia	1999	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Verificar a incidência da Multipla vitimação contra as esposas e também as consequências psicológicas como revelado no 1º Inquérito Nacional Palestino 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Background and sociodemographic variables. ◦ . Wife Abuse and battering Questionnaire, composto por atos retirados das escalas: CTS- Straus, 1979; Psychological Maltreatment of women Inventory – Tolman, 1989; Measure of Wife Abuse – Hudson & McIntosh, 1981; Abusive Behavior Inventory – Shepard & Campbell, 1992. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ . Versão breve do Scales of Psychological Distress – Peterson & Kellam, 1977; Turner, Frankel, & Levin, 1983. ◦ . The fear of negative Evaluation Scale – FNE – Watson & Friend, 1969. 	<p>Os resultados indicam que as mulheres palestinas experienciaram altos níveis de abuso psicológico, violência física, abuso sexual e abuso económico durante os 12 meses que precederam o estudo. Além disso, as análises de variância revelaram que haviam experienciado tais abusos expressaram altos níveis de sofrimento psicológica, raiva e medo, diferentemente daquelas que não sofreram abusos.</p>
J, Dienemann; E, Boyle; D, Baker; W, Resnick; N, Wiederhorn; J, Campbell	2000	<p>Investigar em que grau a VD faz parte da história de mulheres diagnosticadas com depressão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Um questionário incluindo seis questões demográficas. ◦ The abuse assessment Screen – McFarlane; Parker, Soeken, & Garbin, 1988. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ The Beck Depression Inventory – BDI – Beck, Sterr, & Garbin, 1988). 	<p>A prevalência do abuso entre mulheres diagnosticadas com depressão é mais alta do que nas amostras da população geral. A violência na intimidade é considerada como estando intimamente relacionada com o diagnóstico clínico de depressão nas mulheres incluindo a depressão maior e o transtorno bipolar do humor.</p>
A, Coker; P, Smith; L, Bethea; M, King; R, McKeown.	2000	<p>Estimar a prevalência da Violência de parceiro íntimo (IPV) por tipo e associadas às consequências físicas entre mulheres que procuram cuidados de saúde primários.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ A modified version of the Index of Spouse Abuse Physical (ISA: Hudson & McIntosh, 1981). ◦ The Women`s experience with Battering (WEB: Paige Hall Smith, Jo Anne Earp, and Robert DeVellis, 1995). ◦ Abuse Assessment Screen (AAS) - versão modificada (Judith McFarlane, Barbara Parker, Karen Soeken, & Linda Bullock, 1992) 		<ul style="list-style-type: none"> ◦ Mulheres que experimentaram IPV psicológicas eram significativamente mais propensas a relatar problemas de saúde física e mental. ◦ IPV psicológica foi associada com uma série de resultados adversos para a saúde, incluindo a prevenção de incapacidade de trabalho. ◦ IPV psicológica foi fortemente associada com a maioria dos efeitos adversos à saúde, como foi a IPV física.

Autor	Ano	Objetivo	Instrumentos p/avaliação da violência doméstica	Instrumentos p/avaliar sintomas psicológicos na violência doméstica	Principais Resultados
L, Voguel & L, Marshall	2001	<p>Confirmação ou negação de 2 hipóteses relativas à questão das diferenças étnicas ocorrerem nos sintomas de PTSD ou no abuso com renda tida em conta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ A probabilidade de sintomas de PTSD ser maior entre as mulheres cujo parceiro infligiu violência grave e violação, e menor entre mulheres que relataram violência moderada, sem violação . ◦ As mulheres com mais altos níveis de sintomas de PTSD relatam mais histórias de abuso em seus relacionamentos do que as mulheres com sintomas menos severos de PTSD. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ The Severity of violence against women scales (SVAWS: Marshall, 1992). 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ The crime related PTSD (CR – PTSD: Saunders, Arata, & Kilpatrick, 1990 – medida desenvolvida à partir do Symptoms Checklist – 90 – revised; Derogatis, 1983). 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Os resultados sugerem que as diferenças nas taxas de PTSD encontradas anteriormente entre africanos-americanos, euro-americanos e mexicano-americanos, podem surgir à partir de uma confusão com o estatus sócio-económico ◦ PTSD e sintomas associados são potenciais resultados do relacionamento violento sofrido pelas mulheres ◦ Diferenças étnicas não foram encontradas para a gravidade desses sintomas ◦ A questão da vitimação múltipla teve suporte nos itens do subconjunto agressão sexual em consonância com as definições legais de violação ◦ A proporção de mulheres do grupo de sintomas elevados de PTSD foi maior quando expostas à violência grave e violação por seus parceiros (71/) e, mais baixos entre as mulheres que relataram violência moderada sem violação (47/). Contudo, o risco de violência moderada e violação (63/) foi semelhante a violência severa e violação severa (65/)

Autor	Ano	Objetivo	Instrumentos p/avaliação da violência doméstica	Instrumentos p/avaliar sintomas psicológicos na violência doméstica	Principais Resultados
J, Campbell.	2002	<p>Um estudo de revisão sobre as seqüelas da saúde física e mental deixadas pela IPV.</p> <p>Revisão de pesquisas, sobre as sequelas na saúde física e mental da violência por parceiro íntimo, publicadas em inglês durante a última década, e uma atenção especial para as conclusões que foram replicadas fora dos EUA. A revisão inclui resultados de inquéritos de base populacional e estudos com tamanho de amostra suficiente, seleção mínima ou viés de resposta, comparações controladas, ou rigorosos métodos qualitativos que foram replicados em mais de uma amostra.</p>			<ul style="list-style-type: none"> ◦ Os ferimentos, medo e estresse associados à violência por parceiro íntimo podem resultar em problemas crônicos de saúde ou sintomas recorrentes do sistema nervoso central, incluindo desmaios e convulsões. ◦ Mulheres agredidas também têm significativamente mais auto-relatos de sintomas gastrointestinais (perda de apetite, distúrbios alimentares) que a média. Assim como disfunções gastrointestinais diagnosticadas (síndrome do intestino irritável crônica associada com estresse crônico). ◦ Problemas psicológicos são os mais consistentes, mais duradouras e maiores diferenças entre mulheres batidas e mulheres não batidas. ◦ A combinação do abuso físico e sexual (múltipla vitimação) que caracteriza a experiência de aproximadamente 40/ a 45/ das mulheres batidas, colocam estas mulheres num patamar de risco para problemas de saúde muito mais alto do que para as mulheres abusadas apenas fisicamente. ◦ Depressão e PTSD (Pós-traumático stress disorder) que têm comorbidade significativa, são as mais prevalentes sequelas de saúde mental do IPV (Violência por Parceiro Íntimo). ◦ Algumas mulheres batidas poderiam apresentar depressão crônica que é exacerbada pelo estresse do relacionamento violento, mas também é uma evidência que os primeiros episódios de depressão podem ser desencadeados pela mesma violência e há evidências longitudinais da diminuição da depressão com o decréscimo da IPV.

Autor	Ano	Objetivo	Instrumentos p/avaliação da violência doméstica	Instrumentos p/avaliar sintomas psicológicos na violência doméstica	Principais Resultados
J, Campbell; A, Jones; J, Dienemann; J, Kub; J, Schollenberger; P, O'Campo; A, Gielen; C, Wynne.	2002	Este estudo avalia e descreve informações sobre sinais, sintomas e doenças de indivíduos cuja história de abuso físico é conhecido. Ele também investiga diferenças nos efeitos do abuso físico vs sexual pelo parceiro íntimo.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ The Abuse Assessment Screen (ASS, Reichenheim ME et al., 1989) ◦ The general health perceptions subscale of the Medical Outcomes Study Health Survey Short-Form 36-Item Medical measured general health – (SF-36), (Campbell A, Converse PE, Rodgers WL, 1992) ◦ The Miller Abuse Physical Symptom and Injury Scale (Miller & Campbell, 1993) 	-----	Mulheres vítimas de violência apresentaram mais queixas de dores de cabeça, dores nas costas, doenças sexualmente transmissíveis, hemorragia vaginal, infecções vaginais, dor pélvica, relações sexuais dolorosas, infecções do trato urinário, perda de apetite, dor abdominal e problemas digestivos. Mulheres vítimas de violência também apresentaram mais problemas ginecológicos relacionados ao estresse, problemas de sistema nervoso central e problemas de saúde em geral.
J, Bennice; P, Resick; M, Mechanic; M, Astin.	2003	Examinar os efeitos relativos da violência física e sexual pelo parceiro íntimo na sintomatologia do PTSD.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Supplemented Conflict Tactics Scale – The supplemented conflict tactics scale (CTS; Straus, 1979, 1990) 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ The PTSD symptom scale (PSS; Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993) é o 17º item da escala de auto-relato com base nos critérios da DSM-III-R, incluindo reexperiências de PTSD. 	Resultados indicam que a gravidade da violência sexual explica uma percentagem significativa da variância na gravidade no PTSD para além do que já foi explicado por severidade de violência física.

Autor	Ano	Objetivo	Instrumentos p/avaliação da violência doméstica	Instrumentos p/avaliar sintomas psicológicos na violência doméstica	Principais Resultados
K Hegarty; J, Gunn; P, Chondros; R, Small.	2004	Explorar a associação entre depressão e abuso físico, emocional e sexual por parceiros ou ex-parceiros íntimos de mulheres atendidas em clínica geral.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ The composite abuse scale – CAS (Um novo questionário de rastreamento de abuso por parceiro íntimo) – (os itens que medem as três áreas de abuso de parceiro foram extraídos de quatro escalas: ◦ The revised Conflict Tactics Scale – (CTS2; Strauss et al., 1996) ◦ The Index of spouse abuse (ISA; Hudson and McIntosh, 1981) ◦ The Measure of Wife Abuse(MWA; Rodenberg and Fantuzzo, 1993) ◦ Inventory of spouse abuse, and Psychological maltreatment of women inventory (PMWI) 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Inventário de Depressão de Beck (BDI, Beck, Sterr, & Garbin, 1988) ◦ SF-36). 	<p>Das mulheres atualmente consideradas como estando provavelmente deprimidas sofreram algum tipo de abuso em um relacionamento íntimo em adulto.</p> <p>Mulheres deprimidas foram significativamente mais propensas a ter experimentado graves tipos de abuso combinados do que aquelas mulheres que não estavam deprimidas.</p> <p>Os abusos físico, emocional e sexual estão fortemente associados com a depressão em mulheres atendidas em clínica geral</p>
E, Calvet; S Corral; A, Estévez	2005	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Desenvolver um inventário breve de avaliação do abuso psicológico nas relações entre parceiros íntimos, à partir da classificação em acordo com o mencionado painel de experts. ◦ Explorar a prevalência e intensidade dos atos de abuso psicológico numa amostra de mulheres da sociedade espanhola 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ CTS 2: Straus et al., 1996 ◦ Inventário de Abuso Psicológico nas relações entre parceiros íntimos (IAPRP: Saltzman et al., 1999) 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Escala de Depressão do Centro para Estudos Epidemiológicos (CES-D, Radloff, 1997) ◦ Escala de Ansiedade do Questionário SCL – 90 – R (Derogatis, 2002) 	<p>Os resultados apoiaram uma estrutura unidimensional para o IAPRP com uma boa consistência interna. As mulheres da amostra de vítimas obtiveram pontuações mais altas em todos os indicadores de abuso psicológico que as da comunidade. As pontuações do IAPRP correlacionaram consistentemente com as escalas do CTS 2 e com os sintomas de ansiedade e depressão.</p>

Autor	Ano	Objetivo	Instrumentos p/avaliação da violência doméstica	Instrumentos p/avaliar sintomas psicológicos na violência doméstica	Principais Resultados
V, Gurgel; R, Carvalho; V, Siqueira; F, Matos e Souza	2005	Avaliar a qualidade de vida e depressão nas mulheres vítimas de Violência Doméstica; estabelecer o perfil socioeconômico da mulher agredida pelo parceiro e as particularidades das agressões sofridas	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Questionário para obtenção de dados demográficos e dados sobre a violência sofrida ◦ General health Questionnaire (GHQ: Goldberg, 1970) 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ The Beck Depression Inventory – BDI – Beck, Sterr, & Garbin, 1988) 	<p>Álcool e ciúmes foram os fatores mais referidos como desencadeantes das agressões, tendo 84/ das mulheres sofrido agressão física. Foi observado que 72/ delas apresentaram quadro sugestivo de depressão clínica; 78/ tinham sintomas de ansiedade e insônia; 39/ já pensaram em suicídio e 24/ passaram a fazer uso de ansiolíticos após o início das agressões. A análise dos dados sugere que a violência doméstica está associada a uma percepção negativa da saúde mental da mulher.</p>
E, Krause & S, Kaltman; L, Goodman; M, Dutton	2008	Ampliar as pesquisas já existentes e abordar alguns dos problemas metodológicos das mesmas sobre o enfrentamento e a saúde mental na sequência da violência por parceiro íntimo. Além disso, foi analisado um modelo longitudinal de enfrentamento evitante sobre o PTSD que controlava a história de violência, recursos de coping e interveniente revitimização.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ The revised Conflict Tactics Scale 2 – form A (CTS2; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996) 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ The cognitive avoidance subscale of the coping responses Inventory (Moss, 1993) and the Avoid-Scape subscale of the “Ways of Coping Questionnaire” (Folkman & Lazarus, 1985) ◦ The PTSD Checklist – Civilian Version (PCL; Weathers, Lita, Herman, Huska, & Keane, 1993) 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Aproximadamente 89/ dos participantes relataram IPV classificando-a como severa ◦ A exposição a um evento que é susceptível de envolver ameaça de morte ou lesão grave do próprio ou de outros. ◦ As taxas de revitimização durante o ano indicaram que muitos participantes continuaram a ser vítimas, ou por seus parceiros (39%) ou por algum outro indivíduo (16%) e que 32% dos casos de reabuso da IPV envolviam violência grave. Cerca de 36/ da amostra de vítimas também relataram história de CSA (Children Sexual Abuse)
A, Ludermir; L, Schraiber; A, D’Oliveira; I, a-Junior; H, Jansen.	2008	Investigar a associação entre a violência cometida contra as mulheres por seus parceiros íntimos, definidos pelos atos psicologicamente, fisicamente e sexualmente abusivos e transtornos mentais comuns.		Self Reporting Questionnaire (SRQ-20 – Harding et al., 1980)	Os resultados mostraram que, a consequência dos distúrbios mentais, foi significativamente associada com todas as formas de violência.

Autor	Ano	Objetivo	Instrumentos p/avaliação da violência doméstica	Instrumentos p/avaliar sintomas psicológicos na violência doméstica	Principais Resultados
R, Hatzenberger; A, Lima; B, Lobo; L, Leite; C, Kristensen.	2010	Investigar a presença de sintomatologia do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PTSD) numa amostra de mulheres vítimas de violência pelo parceiro, identificar a presença de sintomas de depressão e ansiedade e avaliar prejuízos em funções cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Rastreamento para Sintomas de Estresse Pós-Traumático (SPTSS) (Carlson, 2001; Kristensen, 2005), ◦ Repetição de Dígitos (Lezak <i>et al.</i>, 2004), ◦ Teste de Trilhas (TMT) (Lezak <i>et al.</i>, 2004), ◦ Teste de Associação de Palavras Controladas (COWAT) (Lezak <i>et al.</i>, 2004), ◦ Memory Assessment Clinics Self-Rating Scale - Short Version (MAC-SV) (Crook e Larrabee, 1990, 1992) ◦ Questionário sobre dados sociodemográficos e saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Inventário Beck de Depressão (BDI) (Beck e Steer, 1993; Cunha, 2001), ◦ Inventário Beck de Ansiedade (BAI) (Beck e Steer, 1993; Cunha, 2001), ◦ Rastreamento para Sintomas de Estresse Pós-Traumático (SPTSS) (Carlson, 2001; Kristensen, 2005), ◦ Repetição de Dígitos (Lezak <i>et al.</i>, 2004), ◦ Teste de Trilhas (TMT) (Lezak <i>et al.</i>, 2004), ◦ Teste de Associação de Palavras Controladas (COWAT) (Lezak <i>et al.</i>, 2004), ◦ Memory Assessment Clinics Self-Rating Scale - Short Version (MAC-SV) (Crook e Larrabee, 1990, 1992) 	Todas as mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo preencheram critérios para o diagnóstico de PTSD e apresentaram sintomatologia pós-traumática, corroborando a relevância clínica do transtorno. Em relação às variáveis de psicopatologia, foram observados níveis graves de sintomas de ansiedade e sintomas moderados de depressão. De maneira geral, foram encontrados prejuízos em funções cognitivas, como atenção, memória e funções executivas. O presente estudo sugere que a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo está associada a prejuízos cognitivos e sofrimento psicológico.

Autor	Ano	Objetivo	Instrumentos p/avaliação da violência doméstica	Instrumentos p/avaliar sintomas psicológicos na violência doméstica	Principais Resultados
Blasco-Ros, Sánchez-Lorente, M, Martin	2010	Avaliar o curso da depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (PTSD), sintomas e comportamento suicida.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Sociodemographic Questionnaire ◦ Evolution of the Relationship With the Agressor/Partner Questionnaire ◦ Evolution of Intimate Partner Violence (Psychological violence, Physical violence, Sexual violence) Questionnaire ◦ Lifetime History of Violence Questionnaire ◦ Life Events Questionnaire ◦ Echeburua`s Severity of Symptoms Scale Of Post-Traumatic Stress Disorder based on DSM-IV criteria 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Beck Depression Inventory (BDI) ◦ Spielberger`s State-Trait Anxiety (STAI) – Spanish version of the STAI, which was validated and adapted by TEA Editions, 1988 ◦ Echeburua`s Severity of Symptoms Scale Of Post-Traumatic Stress Disorder based on DSM-IV criteria 	Os resultados do estudo de acompanhamento indicaram que, enquanto as mulheres expostas a IPV físico/psicológico recuperaram seu estado de saúde mental, com uma diminuição significativa na depressão, ansiedade e sintomas de PTSD, a não recuperação ocorreu em mulheres expostas à IPV psicológica sozinha. A evolução da IPV também era diferente: enquanto continuou em ambos os momentos, em 65,21% das mulheres abusadas psicologicamente, continuou em apenas 12,12% das mulheres fisicamente/psicologicamente abusadas ao mesmo tempo que foi reduzida para IPV psicológica em 51,5%. Análises de regressão múltipla hierarquizada indicaram que a cessação da IPV física e apoio social percebido contribuiu para a recuperação da saúde mental, enquanto a percepção correta dos acontecimentos ao longo da vida enquanto a percepção correta dos acontecimentos ao longo da vida previu a continuidade de sintomas do PTSD.
R. Nixon; P. Resick; P. Nishith.	2010	Investigação dos fatores que contribuem para o transtorno de estresse pós-traumático (PTSD) e comorbidade com depressão maior (MDD) em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo (IPV).	<ul style="list-style-type: none"> ◦ The Conflict Tactics Scale-2 (CTS – 2; Status <i>et al.</i>, 1996) ◦ Sexual Abuse Exposure Questionnaire (SAEQ; Rowan <i>et al.</i>, 1994) ◦ Assessing Environments-III-Physical Punishment Scale (AE-III-PP; Berger <i>et al.</i>, 1988) ◦ The Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS; Foa, 1995) ◦ The Schema Questionnaire (SQ; Young, 1990). 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck <i>et al.</i>, 1996). ◦ The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS, Blake <i>et al.</i>, 1995). ◦ Structured Interview for DMS-IV (SCID; First <i>et al.</i>, 1996) ◦ The Behavior and Symptoms Identification Scale (BASIS-32; Eisen <i>et al.</i>, 1994) 	Foram observados níveis elevados de PTSD (75% da amostra) e de MDD (Comorbid Major Depression- depressão maior comórbida, 54% da amostra). Indivíduos com PTSD e MDD relataram significativamente maiores níveis de PTSD e sintomas de depressão do que os indivíduos com apenas PTSD ou sem grandes psicopatologias. Indivíduos com PTSD e comorbidade MDD tinham estilos cognitivos depressogênicos mais adaptativos do que indivíduos sem PTSD. A agressão psicológica por um abusador e gravidade da PTSD foi

-
- The Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS; Foa, 1995) responsável por 52% da variância nos sintomas depressivos.
 - The Schema Questionnaire (SQ; Young, 1990)
-



CESPU - Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário

ISCS-N - Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte

CICS – Centro de Investigação em Ciências da Saúde

UnIPSa – Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde

A CESPu, Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário está a realizar um estudo com mulheres sobre a maneira de ser e de reagir, de acordo com as suas características sociais e demográficas.

Neste sentido, pedimos a sua colaboração voluntária para a boa realização deste estudo.

As suas respostas a este estudo são confidenciais, destinando-se exclusivamente a fins de investigação científica.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar Alexandra Serra do Departamento de Psicologia do ISCSN pelo telefone 224157177.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

**Declaração de Consentimento para a Participação em Trabalho de
Investigação Académica**

Declaro que aceito participar no trabalho de investigação da responsabilidade da CESPU - Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário.

Declaro que me foram explicados os objectivos do estudo e que autorizo a CESPU a utilizar os meus dados para efeitos da investigação, desde que respeitando a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Declaro que compreendi todas as condições relativas à participação neste trabalho de investigação.

_____, ____ de _____ de 2011.

(A participante)

QREVDS

(Soler, Barreto e González, 2005, traduzido por Quintas, Serra, Oliveira, Alves e Pacheco, 2008)

A seguir encontra-se uma lista de sensações que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, para cada uma, o grau em que essa sensação a afectou **durante o último mês**, colocando uma cruz (X) no espaço correspondente. Por favor, não deixe nenhuma afirmação por responder.

	Nada	Algum	Bastante	Muito
1. Sentimento de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentimento de insegurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sentimento de fracasso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Baixa auto-estima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sentimento de inutilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Confusão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Desesperança face ao futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sensação de falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sensação de sufoco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Transpiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Aperto no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nó na garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Rigidez, tensão muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Diminuição de actividades agradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Diminuição de actividades sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Desinteresse por actividades agradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Diminuição da actividade doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Raiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Irritabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Zanga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Alterações de Humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados Socio-demográficos

Idade: _____

Situação Profissional:

Desempregado/a Empregado/a Profissão: _____

Reformado/a Motivo: _____

Incapacidade Temporária (Baixa Médica) Motivo: _____

Habilitações Literárias: _____

Estado Civil:

Solteiro/a Casado/a / União de Facto Divorciado/a

Separado/a de Facto Viúvo/a

Situação Familiar:

Actualmente vive com:

(preencher todas as opções que se verifiquem)

Só Com cônjuge / companheira/o Com filhos

Com sogros Com pai Com mãe Com irmãos

Outros Quem? _____

Área de residência : _____

Foi vítima de violência doméstica nos últimos três anos? Sim Não

Por favor verifique se respondeu a todas as questões.

Uma vez mais agradecemos a sua contribuição!

**UNIPSA – Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde
Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte**

Questionário de Violência Doméstica*

Agradecemos desde já a sua participação VOLUNTÁRIA neste estudo sobre Violência Doméstica

Não há respostas certas nem erradas. O que nos interessa é a sua opinião sincera e pessoal.

As suas respostas são CONFIDENCIAIS E ANÓNIMAS.

Data __/__/_____

Assinatura do Investigador: _____

* Versão para investigação de Quintas, Serra, Oliveira, Alves e Pacheco (2008)

PARTE 1: DADOS PESSOAIS, FAMILIARES E CLÍNICOS

DADOS PESSOAIS

1. Idade: ____
2. Escolaridade completa

3. Nacionalidade:

4. Concelho de residência

5. Profissão

6. Neste momento, está empregada?
Não ____ Sim ____
Desempregada ____ Doméstica ____
Estudante ____ Reformada ____
Outra _____
7. Estado civil: _____
- Obs: _____

AGREGADO FAMILIAR

8. Nº de elementos: _____
9. Com quem vive?
Parceiro Não ____ Sim ____
Filho(s). Não ____ Sim ____ Quantos? ____
Idades dos filho(s)? ____; ____; ____; ____; ____;
Outras crianças a cargo? Não ____ Sim ____
Quantas? _____
Outros elementos? Não ____ Sim ____
Quais? _____

10. Rendimento mensal do agregado?
_____ Euros (aproximadamente)
Obs: _____

SITUAÇÃO CLÍNICA

11. Doenças:
Físicas: Não ____ Sim ____
Quais? _____
Psicológicas: Não ____ Sim ____
Quais? _____
12. Consumo de substâncias:
Álcool: Não ____ Sim ____
Consumo médio diário: _____ copos
Tabaco: Não ____ Sim ____
Consumo médio diário: _____ cigarros
Drogas: Não ____ Sim ____
Quais? _____
Consumo médio diário: _____ doses
13. Medicação prescrita regular:
Não ____ Sim ____
Qual? _____
14. Auto-Medicação: Não ____ Sim ____
Qual? _____
15. Antecedentes criminais:
Não ____ Sim ____
Quais? _____
Obs: _____

Muitas pessoas, por vezes, vivem situações que sentem como violentas. Recordando que todas as respostas são confidenciais e anónimas, diga-nos se alguma vez já se sentiu vítima de violência conjugal?

N ___ S ___

As situações de violência ocorreram no âmbito da sua relação conjugal mais recente?

N ___ S ___

Localize no tempo a última relação em que se sentiu vítima de violência conjugal.

De. _____ a _____.

AGREGADO FAMILIAR NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA CONJUGAL
(se for igual ao actual ir para a **Q.19**)

16. Nº de elementos: _____

17. Com quem vive?

Parceiro Não ___ Sim ___

Filho(s). Não ___ Sim ___ Quantos? ___

Idades dos filho(s)? ___; ___; ___; ___; ___;

Outras crianças a cargo? Não ___ Sim ___

Quantas? _____

Outros elementos? Não ___ Sim ___

Quais? _____

18. Rendimento mensal do agregado?

_____ Euros (aproximadamente)

Obs: _____

DADOS PESSOAIS DO PARCEIRO¹

19. Idade: _____

20. Escolaridade completa

21. Nacionalidade:

22. Concelho de residência

23. Profissão

24. Neste momento, está empregado?

Não ___ Sim ___

Desempregado ___ Estudante ___

Reformado ___

Outra _____

25. Estado civil: _____

Obs: _____

SITUAÇÃO CLÍNICA DO PARCEIRO

26. Doenças:

Físicas: Não ___ Sim ___

Quais? _____

Psicológicas: Não ___ Sim ___

Quais? _____

27. Consumo de substâncias:

Álcool: Não ___ Sim ___

Consumo médio diário: _____ copos

Tabaco: Não ___ Sim ___

¹ Entenda-se por parceiro aquele que praticou o abuso

Consumo médio diário: _____ cigarros

Drogas: Não ___ Sim ___

Quais? _____

Consumo médio diário: _____ doses

28. Medicação prescrita regular:

Não___ Sim___

Qual? _____

29. Auto-Medicação: Não___ Sim___

Qual? _____

30. Antecedentes criminais:

Não___ Sim___

Quais? _____

Obs: _____

PARTE 2: EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Referiu que foi vítima de violência conjugal. Existem, no entanto, vários tipos de violência. Gostaríamos de saber se:

A - Já alguma vez foi vítima de algum tipo de abuso verbal (por exemplo, é insultada ou difamada) por parte do seu parceiro?

N S (Ir para pág. 6)

B - Já alguma vez o seu parceiro agiu de forma a procurar atingir a sua dignidade como pessoa ou a sua liberdade (por exemplo, diz-lhe que é incapaz, impede o contacto com outras pessoas)?

N S (Ir para pág. 7)

C - Já alguma vez foi vítima de algum tipo de ameaça ou de intimidação (por exemplo, ameaça de agressão, perseguição para meter medo) pelo seu parceiro?

N S (Ir para pág.8)

D - Já alguma vez foi vítima de algum tipo de abuso físico (por exemplo, bofetadas, ferimentos) pelo seu parceiro?

N S (Ir para pág.9)

E - Já alguma vez foi vítima de algum tipo de abuso sexual (por exemplo, obrigar a carícias, obrigar a actos sexuais) pelo seu parceiro?

N S (Ir para pág. 10)

Indicou algumas situações em que foi vítima de abuso. Agora, eu gostaria de lhe perguntar alguns detalhes sobre elas.

PARTE 2A: QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE EXPOSIÇÃO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Mencionou ter sido vítima de abusos verbais por parte do seu parceiro.

(só para pessoas com filho(s) ou crianças a cargo)

1. A que tipo de abusos verbais se referia?

- (1) Insultar/chamar nomes
- (2) Difamar/caluniar
- (3) Gritar ou berrar
- (4) Ser rude ou grosseiro

(se for o caso deve sinalizar mais do que uma opção)

2. Com que frequência aconteceram estes abusos verbais?

- (1) Raramente
- (2) Algumas vezes
- (3) Muitas vezes
- (4) Sempre

3. Esses abusos aconteceram:

- (1) Anualmente ou menos
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente

4. Durante quanto tempo se prolongaram os abusos verbais?

- (1) Uma semana ou menos
 - (2) Um mês
 - (3) Um ano
 - (4) Vários anos
- Quantos anos? _____

5. Classifique a intensidade dos abusos verbais?

- (1) Ligeira
- (2) Moderada
- (3) Severa
- (4) Extrema

6. Os abusos verbais aconteceram durante o último ano em que manteve a relação conjugal?

N ___ S ___

Quantas vezes, no último ano? _____

7. Os abusos verbais foram observados pelos seus filho(s)?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Muitas vezes
- (5) Sempre

8. Os seus filho(s) alguma vez tentaram intervir?

N ___ S ___

De que forma? _____

9. Se os filho(s) estavam presentes, os abusos eram

- (1) Mais prováveis
- (2) Não interferia
- (3) Menos prováveis



Mencionou ter sido vítima de tentativas de diminuir a sua dignidade ou a sua liberdade por parte do seu parceiro.

1. A que tipo de abusos se referia?

- (1) Diz que é feia e pouco atraente
- (2) Diz que é incapaz
- (3) Impede o contacto com outras pessoas
- (4) Trata-a como se fosse sua criada
- (5) Exige que fique em casa
- (6) Controla todo o dinheiro da casa

(se for o caso deve sinalizar mais do que uma opção)

2. Com que frequência aconteceram estes abusos verbais?

- (1) Raramente
- (2) Algumas vezes
- (3) Muitas vezes
- (4) Sempre

3. Esses abusos aconteceram:

- (1) Anualmente ou menos
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente

4. Durante quanto tempo se prolongaram os abusos verbais?

- (1) Uma semana ou menos
 - (2) Um mês
 - (3) Um ano
 - (4) Vários anos
- Quantos anos? _____

5. Classifique a intensidade dos abusos verbais?

- (1) Ligeira
- (2) Moderada
- (3) Severa
- (4) Extrema

6. Os abusos verbais aconteceram durante o último ano em que manteve a relação conjugal?

N ___ S ___

Quantas vezes, no último ano? _____

(só para pessoas com filho(s) ou crianças a cargo)

7. Os abusos verbais foram observados pelos seus filho(s)?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Muitas vezes
- (5) Sempre

8. Os seus filho(s) alguma vez tentaram intervir?

N ___ S ___

De que forma? _____

9. Se os filho(s) estavam presentes os abusos eram

- (1) Mais prováveis
- (2) Não interferia
- (3) Menos prováveis

B

Mencionou ter sido vítima de ameaças ou intimidação por parte do seu parceiro.

(só para pessoas com filho(s) ou crianças a cargo)

1. A que tipo de situações se referia?
 - (1) Gritar para causar medo
 - (2) Chantagear
 - (3) Ameaçar bater
 - (4) Ameaçar com armas
 - (5) Partir coisas para causar medo
 - (6) Perseguir para causar medo
 - (7) Ameaçar retirar acesso a filhos

(se for o caso deve sinalizar mais do que uma opção)
2. Com que frequência aconteceram estes abusos verbais?
 - (1) Raramente
 - (2) Algumas vezes
 - (3) Muitas vezes
 - (4) Sempre
3. Esses abusos aconteceram:
 - (1) Anualmente ou menos
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente
4. Durante quanto tempo se prolongaram os abusos verbais?
 - (1) Uma semana ou menos
 - (2) Um mês
 - (3) Um ano
 - (4) Vários anosQuantos anos? _____
5. Classifique a intensidade dos abusos verbais?
 - (1) Ligeira
 - (2) Moderada
 - (3) Severa
 - (4) Extrema
6. Os abusos verbais aconteceram durante o último ano em que manteve a relação conjugal?

N ___ S ___

Quantas vezes, no último ano? _____

7. Os abusos verbais foram observados pelos seus filho(s)?
 - (1) Nunca
 - (2) Raramente
 - (3) Algumas vezes
 - (4) Muitas vezes
 - (5) Sempre
8. Os seus filho(s) alguma vez tentaram intervir?

N ___ S ___

De que forma? _____
9. Se os filho(s) estavam presentes os abusos eram
 - (1) Mais prováveis
 - (2) Não interferia
 - (3) Menos prováveis



Mencionou ter sido vítima de abusos físicos por parte do seu parceiro.

(só para pessoas com filho(s) ou crianças a cargo)

1. A que tipo de abusos físicos se referia?

- (1) Puxar cabelos com força
- (2) Empurrões violentos
- (3) Bofetadas
- (4) Murros
- (5) Pontapés
- (6) Cabeçadas
- (7) Dar sovas
- (8) Causar ferimentos que não exigem ajuda médica
- (9) Causar ferimentos que exigem ajuda médica

(se for o caso deve sinalizar mais do que uma opção)

2. Com que frequência aconteceram estes abusos verbais?

- (1) Raramente
- (2) Algumas vezes
- (3) Muitas vezes
- (4) Sempre

3. Esses abusos aconteceram:

- (1) Anualmente ou menos
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente

4. Durante quanto tempo se prolongaram os abusos verbais?

- (1) Uma semana ou menos
 - (2) Um mês
 - (3) Um ano
 - (4) Vários anos
- Quantos anos? _____

5. Classifique a intensidade dos abusos verbais?

- (1) Ligeira
- (2) Moderada
- (3) Severa
- (4) Extrema

6. Os abusos verbais aconteceram durante o último ano em que manteve a relação conjugal?

N ____ S ____

Quantas vezes, no último ano? _____

7. Os abusos verbais foram observados pelos seus filho(s)?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Muitas vezes
- (5) Sempre

8. Os seus filho(s) alguma vez tentaram intervir?

N ____ S ____

De que forma? _____

9. Se os filho(s) estavam presentes os abusos eram

- (1) Mais prováveis
- (2) Não interferia
- (3) Menos prováveis



Mencionou ter sido vítima de abusos sexuais por parte do seu parceiro.

(só para pessoas com filho(s) ou crianças a cargo)

1. A que tipo de abusos sexuais se referia?

- (1) Obrigar a beijar ou a dar carinhos
- (2) Exigir a prática de actos sexuais de que não gosta
- (3) Exigir relações sexuais quer queira quer não
- (4) Forçar fisicamente a ter relações sexuais

(se for o caso deve sinalizar mais do que uma opção)

2. Com que frequência aconteceram estes abusos verbais?

- (1) Raramente
- (2) Algumas vezes
- (3) Muitas vezes
- (4) Sempre

3. Esses abusos aconteceram:

- (1) Anualmente ou menos
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente

4. Durante quanto tempo se prolongaram os abusos verbais?

- (1) Uma semana ou menos
- (2) Um mês
- (3) Um ano
- (4) Vários anos

Quantos anos? _____

5. Classifique a intensidade dos abusos verbais?

- (1) Ligeira
- (2) Moderada
- (3) Severa
- (4) Extrema

6. Os abusos verbais aconteceram durante o último ano em que manteve a relação conjugal?

N ___ S ___

Quantas vezes, no último ano? _____

7. Os abusos verbais foram observados pelos seus filho(s)?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Muitas vezes
- (5) Sempre

8. Os seus filho(s) alguma vez tentaram intervir?

N ___ S ___

De que forma? _____

9. Se os filho(s) estavam presentes os abusos eram

- (1) Mais prováveis
- (2) Não interferia
- (3) Menos prováveis



PARTE 2B: OUTRAS QUESTÕES SOBRE EXPOSIÇÃO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

No seu conjunto as situações de violência doméstica podem ter impactos na vida das pessoas. Gostaríamos que classificasse o impacto das situações que viveu em várias áreas.

1. Classifique o impacto da violência doméstica no seu papel de mãe?
 - (1) Nenhum
 - (2) Ligeiro
 - (3) Moderado
 - (4) Severo
 - (5) Extremo
 - Não se aplica
2. Classifique o impacto da violência doméstica no seu papel de parceira?
 - (1) Nenhum
 - (2) Ligeiro
 - (3) Moderado
 - (4) Severo
 - (5) Extremo
3. Classifique o impacto da violência doméstica no seu trabalho?
 - (1) Nenhum
 - (2) Ligeiro
 - (3) Moderado
 - (4) Severo
 - (5) Extremo
 - Não se aplica

As situações de violência doméstica levam frequentemente a consequências. Gostaríamos que nos indicasse se teve:

4. Assistência Médica decorrente de Vitimação
Não ____ Sim ____ nº vezes ____
5. Internamentos hospitalares decorrentes de Vitimação:
Não ____ Sim ____ nº vezes ____
6. Lesões decorrentes da Vitimação:
Não ____ Sim ____
Quais? _____

7. Acolhimento em casa de familiares ou amigos?
Não ____ Sim ____
Quanto tempo? _____
Esteve acompanhada pelos seus filho(s)?
Não ____ Sim ____
● Não se aplica
8. Acolhimento em estabelecimento residencial/ instituição?
Não ____ Sim ____
Quanto tempo? _____
Esteve acompanhada pelos seus filho(s)?
Não ____ Sim ____
● Não se aplica
9. Permaneceu em situação de sem abrigo?
Não ____ Sim ____
Quanto tempo? _____
Esteve acompanhada pelos seus filho(s)?
Não ____ Sim ____
● Não se aplica
10. Mudanças de habitação?
Não ____ Sim ____
11. Mudanças de emprego?
Não ____ Sim ____
12. Esteve separada dos seu(s) filho(s) em sequência das situações de violência doméstica?
Não ____ Sim ____
Quanto tempo? _____

As vítimas de violência doméstica podem realizar algumas diligências. Gostaríamos que nos indicasse se fez:

13. Tentativas de abandono da relação:

Não___ Sim___ nº de vezes _____

14. Apresentação de queixa/denúncia à polícia ?

Não___ Sim___ nº de vezes _____

15. Apresentação de queixa/denúncia ao Tribunal

Não___ Sim___ nº de vezes _____

16. Foram tomadas algumas medidas restritivas ou de protecção?

Não___ Sim___

Quais? _____

17. Pediu apoio a instituições:

Não___ Sim___

Quais? _____

Que tipo de apoio recebeu das instituições?

18. Pediu apoio a familiares ou amigos?

Não___ Sim___

A quem? _____

Que tipo de apoio recebeu?

Outras questões relativas à situação de violência doméstica:

19. Em que medida sentiu apoio da sua família ou amigos?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Muitas vezes
- (5) Sempre

20. Na sua opinião o que motiva as situações de violência doméstica de que foi vítima?

21. Foi vítima de violência doméstica:

Na sua família de origem?

Não ___ Sim ___

Em relações afectivas anteriores?

Não ___ Sim ___

22. Exerceu algum tipo de violência doméstica:

Na sua família de origem?

Não ___ Sim ___

Em relações afectivas anteriores?

Não ___ Sim ___

23. Tem conhecimento que o seu parceiro tivesse sido vítima de violência doméstica:

Na sua família de origem?

Não ___ Sim ___

Em relações afectivas anteriores?

Não ___ Sim ___

24. Tem conhecimento que o seu parceiro tenha exercido algum tipo de violência doméstica:

Na sua família de origem?

Não ___ Sim ___

Em relações afectivas anteriores?

Não ___ Sim ___

(só para pessoas com filho(s) ou crianças a cargo)

As situações de violência doméstica podem ter impactos nas crianças. Gostaríamos que classificasse o impacto das situações de violência doméstica em várias áreas da vida dos seus filho(s).

1. Classifique o impacto da violência doméstica no comportamento dos seus filho(s)?
 - (1) Nenhum
 - (2) Ligeiro
 - (3) Moderado
 - (4) Severo
 - (5) Extremo
2. Classifique o impacto da violência doméstica no rendimento escolar dos seus filho(s)?
 - (1) Nenhum
 - (2) Ligeiro
 - (3) Moderado
 - (4) Severo
 - (5) Extremo
3. Classifique o impacto da violência doméstica no relacionamento com os outros dos seus filho(s)?
 - (1) Nenhum
 - (2) Ligeiro
 - (3) Moderado
 - (4) Severo
 - (5) Extremo
4. Classifique o impacto da violência doméstica no estado emocional dos seus filho(s)?
 - (1) Nenhum
 - (2) Ligeiro
 - (3) Moderado
 - (4) Severo
 - (5) Extremo
5. Classifique o impacto da violência doméstica na maneira de ser dos seus filho(s)?
 - (1) Nenhum
 - (2) Ligeiro
 - (3) Moderado
 - (4) Severo
 - (5) Extremo

Por vezes as crianças são também vítimas directas de violência. Gostaríamos que nos indicasse se:

6. Os seus filho(s) sofreram abusos por parte do seu parceiro?
 - (1) Nunca
 - (2) Uma ou duas vezes
 - (3) Mensalmente
 - (4) Semanalmente
 - (5) Diariamente
7. De que tipo de abusos foram vítimas os seus filho(s)?
 - (1) Abusos verbais
 - (2) Atentados à dignidade ou liberdade
 - (3) Ameaças e Intimidação
 - (4) Abusos físicos
 - (5) Abusos sexuais
 - Não se aplica

(se for o caso deve sinalizar mais do que uma opção)
8. Durante quanto tempo se prolongaram os abusos dos seus filho(s) pelo seu parceiro?
 - (1) Uma semana ou menos
 - (2) Um mês
 - (3) Um ano
 - (4) Vários anos
 - Quantos anos? _____
 - Não se aplica
9. Classifique a intensidade dos abusos dos seus filho(s) pelo seu parceiro?
 - (1) Ligeira
 - (2) Moderada
 - (3) Severa
 - (4) Extrema
 - Não se aplica

10. Existe processo aberto dos seus filho(s) na Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco?

Não ____ Sim ____

Por que motivo?

11. Existe processo aberto dos seus filho(s) em Tribunal?

Não ____ Sim ____

Por que motivo?

12. Durante o ultimo ano lectivo, quantas vezes foi à escola do seu filho falar com os professores?

Nº de vezes _____

Qual o principal motivo para ir à escola?

13. Durante ultimo ano lectivo, quantas vezes foi buscar o seu filho à escola no fim das aulas?

Nº de vezes _____

Qual o principal motivo para ir buscar o seu filho no fim das aulas?

14. Durante ultimo ano lectivo, quantas vezes ajudou o seu filho nas tarefas escolares?

Nº de vezes _____

Qual o principal motivo para ajudar o seu filho?

15. Durante o ultimo ano lectivo, costumava levar o seu filho a passear ou outras actividades de lazer?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Muitas vezes
- (5) Sempre

Qual o principal motivo para levar a passear o seu filho?

16. Durante o ultimo ano lectivo, costumava brincar ou jogar com o seu filho?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Muitas vezes
- (5) Sempre

Qual o principal motivo para brincar ou jogar com o seu filho?

17. Durante o ultimo ano lectivo, procurou que o seu filho mantivesse os mesmos horários durante o dia (refeições, sono, estudo)?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Muitas vezes
- (5) Sempre

Qual o principal motivo para ter os mesmos horários ao longo do dia?
