



CESPU

COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO

**PERFIL PSICOLÓGICO DAS MULHERES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SUAS REPERCUSSÕES**

2010

Noémia Maria Costa Carvalho

Tese de Mestrado em Psicologia Forense e da Transgressão

Trabalho efectuado sob a orientação do

Professor Doutor Jorge Quintas



CESPU

COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO

**PERFIL PSICOLÓGICO DAS MULHERES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SUAS REPERCUSSÕES**

Noémia Maria Costa Carvalho

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Jorge Quintas, um agradecimento muito especial pelo privilégio que foi contactar com sua orientação, compreensão e simpatia.

À Professora Doutora Alexandra Serra pela disponibilidade em fornecer material indispensável à realização deste trabalho.

À Instituição Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa e especialmente ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental deste Hospital pela colaboração prestada.

Ao Gabinete de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica “Janela Aberta”, seus directores e colaboradores, pela preciosa ajuda na recolha de dados, especialmente à Dra. Liliana Ribeiro.

À Direcção da Casa Abrigo Rosa do Pisão e seus colaboradores, especialmente à Dra. Ana Moreira, pela sua colaboração na recolha de dados.

A todas as mulheres que colaboraram nesta investigação.

A todos os colegas de mestrado, pela colaboração e amizade ao longo deste percurso.

À toda a minha família, pelo apoio incondicional e colaboração nos momentos difíceis.

Por fim, a todos que directa, ou indirectamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Índice Geral

Agradecimentos	ii
Índice geral.....	iii
Índice de tabelas e gráficos.....	vi
Lista de abreviaturas e símbolos.....	viii
Resumo.....	ix
Abstract	x
PARTE A: Revisão bibliográfica.....	xi
Capítulo I – INTRODUÇÃO.....	1
Capítulo II – VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	2
2.1. Enquadramento histórico.....	2
2.2. Ciclo da violência.....	5
2.3. Tipificação da violência doméstica.....	7
2.3.1. Abuso físico.....	7
2.3.2. Abuso verbal, emocional ou psicológico.....	7
2.3.3. Abuso sexual.....	7
2.4. Factores predisponentes para a vitimação.....	8
2.4.1. Teoria do masoquismo.....	9
2.4.2. Teoria intergeracional.....	9
2.4.3. Factores psicossociais	12
2.4.4. Factores de personalidade.....	13
2.5. Impacto da violência	14
2.5.1. Distúrbios físicos.....	15

2.5.2. Distúrbios sexuais.....	15
2.5.3. Distúrbios psico-emocionais.....	16
2.6. Factores de permanência na relação de violência.....	18
PARTE B: ESTUDO EMPÍRICO.....	22
Capítulo III – PERFIL PSICOLÓGICO NAS MULHERES VÍTIMAS	
DE VIOLÊNCIA CONJUGAL.....	23
3.1. Objectivos	23
3.2. Metodologia	23
3.2.1. Amostra.....	23
3.2.2. Instrumentos.....	24
3.2.3. Procedimentos.....	26
3.3. Resultados e análise.....	27
3.3.1. Exposição à violência conjugal.....	27
3.3.2. Impacto da violência conjugal.....	30
3.3.2.1. Consequências da violência no dia-a-dia.....	30
3.3.2.2. Consequências psicopatológicas.....	32
3.3.2.3. Consequências na personalidade	35
3.3.2.4. Situação clínica	36
3.3.3. Ideação e tentativa de suicídio.....	38
3.3.4. Crenças sobre a violência nas relações da conjugalidade.....	40
3.4. Discussão dos resultados.....	41
Capítulo IV – CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

ANEXOS	58
--------------	----

Índice de Tabelas e Gráficos

Tabela 1: Dados sócio-demográficos.....	24
Tabela 2: Violência na conjugalidade.....	28
Tabela 3: Exposição à violência no namoro e no início do casamento.....	28
Tabela 4: Exposição dos filhos à violência.....	29
Tabela 5: Violência e protecção na infância e na adolescência.....	30
Tabela 6: Impacto da violência conjugal	31
Tabela 7: Retaguarda familiar e social	31
Tabela 8: Expectativas de futuro.....	32
Tabela 9: Comparação das mulheres vítimas de VC da amostra com os valores normativos da população em geral (BSI).....	33
Tabela 10: Comparação das mulheres vítimas de VC com as perturbadas emocionalmente (BSI).....	34
Tabela 11: Comparação das mulheres vítimas de VC com o estudo de Gonzalez (REV).....	34
Tabela 12: Consequências na personalidade.....	35
Tabela 13: Situação clínica em adulto.....	37
Tabela 14: Situação clínica na infância/adolescência.....	38
Tabela 15: Comparação entre doença mental grave na infância/adolescência e doença crónica actual.....	38
Tabela 16: Comparação entre ideação e tentativa de suicídio nas mulheres vítimas de violência conjugal do estudo.....	39
Tabela 17: Comparação de médias entre mulheres vítimas que tentaram o suicídio, mulheres sem tentativa de suicídio e psicopatologia (BSI).....	39
Tabela 18: Comparação das vítimas de VC com cônjuges não abusadores (ECVC).....	40
Tabela 19: Comparação de médias totais nos 4 factores do ECVC.....	40

Tabela 20: Correlação de crenças (ECVC) nas mulheres vítimas de VC
com o Índice do Impacto da Violência, o Índice Geral de
Sintomas (BSI), o Índice de Violência Infantil e o Índice de
Violência Actual.....41

Gráfico 1: Psicopatologia - Percentagem de sintomas positivos em mulheres
vítimas de Violência Conjugal (BSI) e respectivos índices globais.....32

Lista de Abreviaturas e Símbolos

%	Porcentagem
χ^2	Qui-quadrado
€	Euro
<	Menor
16 PF	Personality Factor Questionnaire
APAV	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
BSI	Brief Symptom Inventory
C/	Com
CIDM	Comissão para a Igualdade e para os Direitos da Mulher
DP	Desvio Padrão
ECVC	Escala de Crenças sobre Violência Conjugal
EPE	Entidade Pública Empresarial
EUA	Estados Unidos da América
LVACE	Legitimação da Violência pela sua Atribuição a Causas Externas
LBPV	Legitimação e Banalização da Pequena Violência
LVCM	Legitimação da Violência pela Conduta da Mulher
LVPPF	Legitimação da Violência pela Preservação da Privacidade Familiar
M	Média
Nº - nº	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
ORL	Otorrinolaringologia
PSPT	Perturbação de Stress Pós-Traumático
REV	Questionário de Resposta Emocional à Violência Doméstica
S/	Sem
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UMAR	União de Mulheres Alternativa e Resposta
VC	Violência Conjugal

Resumo

A violência doméstica representa um grave problema social nos diversos países, não só pela alta incidência em todos os estratos sócio-culturais da população como pelas graves consequências que provoca nas suas vítimas.

Na parte teórica deste estudo de investigação, fez-se um levantamento bibliográfico sobre a violência conjugal, examinando-se o seu enquadramento histórico, os tipos de violência, os possíveis factores predisponentes para a vitimação, o impacto desta violência na vítima e os factores de permanência na relação de abuso.

Na segunda parte deste trabalho, desenvolvemos um estudo com o objectivo específico de avaliar o impacto da violência doméstica.

Para este efeito a investigação abrangeu 60 mulheres vítimas de violência conjugal, tendo sido utilizados quatro instrumentos, sendo um questionário semi-estruturado e três escalas específicas, entre elas um questionário de psicopatologia, uma Escala de Crenças e um Questionário de Resposta Emocional à Violência Doméstica.

Os resultados encontrados comprovam que a violência psicológica é a que prevalece, embora possa estar associada a outros tipos de violência como a física e a sexual. As mulheres vítimas de maus tratos conjugais apresentam sintomas psicopatológicos elevados. No que diz respeito à personalidade da vítima verificam-se alterações, designadamente uma maior prevalência dos traços de tensão, desconfiança, dependência, preocupação e consciência. Ainda de referir um declínio a nível cognitivo e da estabilidade. A nível das crenças associadas à violência, verifica-se que os resultados se aproximam dos encontrados em populações de sujeitos não abusadores.

Podemos concluir que a violência praticada contra a mulher, a longo prazo, atinge a sua saúde física e emocional e a sua conjuntura pessoal, social e familiar, ficando mais exposta a sofrer risco de doença mental.

Abstract

Domestic violence represents a serious social problem in various countries, not only because of the high incidence of it in all social-cultural strata of the populations but also for the grave consequences for its victims.

On the theoretical approach of this research, we carried out a bibliographical survey of conjugal violence and examined its historical frame, types of violence, possible predisposing factors towards victimization, the impact of this violence on the victim and the permanency factors in the relationship of abuse.

On the second part of this work, our main specific goal was to evaluate the impact of domestic violence.

To support our investigation we took into account the situation of 60 women victims of conjugal violence for which purpose we used four instruments: a semi-structured questionnaire and three specific scales, being one of them a psychopathological questionnaire, a scale of beliefs and a questionnaire of emotional response to domestic violence.

The results found confirm that psychological violence prevails though sometimes associated with other types of violence like physical and sexual ones. Women who are victims of conjugal ill treatment present a high psychopathological symptoms. With regard to the personality of the victim there are changes, including a higher prevalence of signs of tension, mistrust, dependence, concerns and awareness. There is still a cognitive and emotional stability decline. As to the beliefs associated with violence we can say that the results are similar to the ones found in populations of non-abusive individuals.

We can conclude that violence against a woman will – in the long term – hit her physically and emotionally and can affect her personal, social and familiar life eventually causing her a mental illness.

PARTE A
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

I - INTRODUÇÃO

O vocábulo violência vem da palavra latina *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. A violência é mutante pois sofre a influência de épocas, locais, circunstâncias e realidades muito diferentes. Existem violências toleradas e violências condenadas, pois desde que o homem vive sobre a Terra a violência existe, apresentando-se sobre diferentes formas, cada vez mais complexas e ao mesmo tempo mais fragmentadas e articuladas (Minayo e Souza, 2003).

A violência é um fenómeno extremamente difuso e complexo e tem várias definições, já que é uma questão de apreciação, sendo influenciada pela cultura e submetida a uma contínua revisão na medida em que os valores e as normas sociais evoluem (OMS, 2002).

Segundo Zacharias (1991), a violência é um “ato de força exercido contra uma pessoa ou coisa, para vencer-lhe a resistência ou causar-lhe algum dano; toda ação material ou pressão moral exercida contra uma pessoa, visando submetê-la à vontade de outrem”. Ainda de acordo com esse autor a violência pode ser física ou psíquica, de forma a que haja uma sujeição da vítima aos desígnios do agressor.

Alguns estudos de autores como Híjar-Medina e seus colaboradores (1997) referem que a violência é um fenómeno previsível e como tal, prevenível. Sendo assim devem identificar-se os grupos de alto risco e posteriormente colocar em marcha programas e estratégias de prevenção. Segundo os mesmos autores, na perspectiva da saúde pública a violência é um grave problema, pois ocasiona danos físicos, incapacidades, sequelas, um grande número de anos de vida perdidos e uma diminuição de qualidade de vida.

A violência sempre existiu e provavelmente sempre irá existir, quer a nível social, quer familiar, e só desde os anos 60, e devido às primeiras pesquisas concretizadas sobre casos de crianças maltratadas, que se considera ser o ponto de partida para a construção da problemática da violência doméstica, como objecto de estudo nas ciências sociais e humanas (Gelles, 1987; Figueiredo, 1998; Almeida *et al.*,

1999), ao desenvolvimento de novas estratégias de investigação, que abrange, para além das crianças, de forma muito particular, as mulheres, e, mais recentemente, os idosos.

II – VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

2.1. Enquadramento histórico

São vários os estudos sobre a conflitualidade e violência no seio da família. Para além do refúgio de intimidade e privacidade, o lar é também um espaço de agressividade e violência, o que tem constituído uma verdadeira violação dos direitos humanos no seio familiar, mais acentuada na vertente da agressão contra a mulher por parte do marido (Lourenço et. al., 1997; Silva, 1995).

O domínio do homem sobre a mulher tem fortes raízes históricas (Matos, 2001). Foi referido (Procuradoria Geral da República, 2000) que o problema da violência no seio da família não é um fenómeno novo, desde sempre existiu. Este fenómeno tem sido constante ao longo da história e não se consegue circunscrevê-lo a uma época, nem associar a um determinado lugar, classe social ou grau de instrução. Tem atravessado os séculos e tem-se perpetuado através de procedimentos enraizados nas tradições, preconceitos e falta de informação e até de algum incumprimento de leis já existentes.

Desde o início dos tempos a mulher teve um estatuto de submissão, em quase todas as sociedades, inclusivamente em Portugal (Pimentel, 2000), primeiramente em relação à figura de autoridade do pai e depois à do marido. Segundo Almeida (2001), muitas vezes os castigos dados pelo homem, à mulher, assim como as agressões físicas, eram vistos com naturalidade. Os valores culturais transmitidos por uma sociedade patriarcal levaram a que as vítimas ocultassem os maus tratos conjugais, não denunciando essa situação.

A violência sobre o companheiro pode envolver o uso intencional da força contra o outro, coagindo-o na sua acção, causando-lhe dano físico, emocional ou psicológico, podendo este último provocar consequências mais profundas do que a vitimação física por si só (Guelles, 1997).

A violência contra a mulher no ambiente intrafamiliar é uma forma específica e muito comum de violência interpessoal. Em todo o mundo, pelo menos uma em cada

três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso por parte de um agressor, membro de sua própria família (Day *et al*, 2003).

Segundo Walker (1999), na violência conjugal existe um padrão de condutas sucessivas que incluem um conjunto de maltratos (físico, sexual e psicológico) que são exercidos por uma pessoa contra outra, em contexto de uma relação íntima com a finalidade de abuso de poder, controle e autoridade sobre ela, sendo que na maioria dos casos esta violência é exercida por um homem sobre uma mulher. Maridos maltratados são uma minoria (Alarcão, 2000) e quanto ao facto das mulheres exercerem violência sobre os maridos, geralmente é em contexto de auto-defesa (Ravazola, 1997).

A violência doméstica é 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 actos de violência mais se manifestam, fazendo parte integrante de uma grande parte de nossos lares (Procuradoria Geral da República, 2000).

O conceito de violência doméstica proposto pela Comissão de Peritos para o Acompanhamento da Execução do Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2000), define-a como “qualquer conduta ou omissão que inflija, reiteradamente, sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo directo ou indirecto (por meio de ameaças, enganos, coacção ou qualquer outro meio) a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico ou que, não habitando, seja cônjuge ou companheiro ou ex-cônjuge ou ex-companheiro, bem como ascendentes ou descendentes” (Procuradoria Geral da República, 2000).

O fenómeno da violência doméstica tem assumido, quer no plano internacional quer a nível nacional, uma importância pública porque atenta contra os direitos e a qualidade de vida de muitas pessoas e comunidades e, sendo assim não deve ser encarado de forma particular ou privada (Machado & Gonçalves, 2003). Nesta problemática estão inseridos um conjunto de crimes, de que resultam vítimas na sua maioria mulheres, mas também crianças e idosos, ou ainda outros dependentes, que para além de sofrerem directamente os efeitos físicos e psicológicos da vitimação, também arcam com as consequências sociais.

O *Worldwatch Institute*, em 1989, já é citado por Meichenbaum (1994), referindo que a violência contra a mulher é o crime mais frequente no mundo, afectando igualmente populações de grandes diferenças étnico-culturais, assim como países em diversos processos de desenvolvimento.

No sentido de criar uma maior visibilidade deste problema foram desenvolvidas várias acções: mudanças na lei; mudanças na posição e no papel da mulher; maior consciência de seus direitos; nova interacção social e o exercício da cidadania (Matos, 2001). Com tudo isto tem havido um maior reconhecimento deste problema, sendo visto como um dos maiores riscos para a saúde pública.

Segundo Matos (2001), a visibilidade da problemática da violência conjugal deve o seu início aos movimentos feministas, dos anos 60, nos E.U.A., com a intenção de que o Estado interviesse na violência conjugal, desafiando questões de privacidade familiar (Matos, 2001). Este despertar vem de alguma forma revelar que a família é, em muitos casos, um lugar de maus tratos, em vez de um lugar de afecto e proximidade.

Em Portugal, só em 1982, é que os maus tratos entre cônjuges passam a ser crime, e é só em 1991 que surge uma das medidas mais importantes de protecção às mulheres vítimas de violência, com a lei nº 61/91 (Diário da República, 1991). Esta violência contra as mulheres passa a ser considerada um dos maiores crimes contra a humanidade assim como um problema de saúde pública (Matos, 2001) e desde aí têm vindo a surgir introduções à lei, acompanhadas por medidas de protecção e apoio à mulher, assim como de penalizações para o agressor.

Vários eventos foram surgindo, em simultâneo, no interesse das mulheres (Matos, 2001): A proclamação do Ano Internacional da Mulher, em 1975; realização de uma conferência no México, no mesmo ano; uma conferência em Copenhaga (1980); uma em Neirobi (1985), ambas sobre o tema da mulher; o VIII Congresso das Nações Unidas sobre prevenção criminal e tratamento de delinquentes, em 1990, aprova uma resolução sobre a violência doméstica (Pais, 1998). Ainda em 1991, nas Nações Unidas é adoptada uma recomendação sobre o mesmo tema, pelo comité para a eliminação da discriminação contra as mulheres; em 1993, na Conferência Mundial dos Direitos Humanos, fala-se sobre a importância de estudar e eliminar a violência contra a mulher.

Em Portugal tem vindo a ser criada uma rede de resposta às vítimas de violência, e dentre estas podemos citar a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM) e a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Esta última refere que em 2008 atendeu 18669 crimes, sendo que 90% se referem a casos de violência doméstica. Normalmente os casos de crimes continuados ascendem a cerca de 80%, a rondar de dois a três anos de duração, em média. Segundo um estudo da UMAR (União de Mulheres Alternativa e Resposta) o número de mulheres vítimas mortais de violência doméstica quase duplicou de 2007 para 2008. De referir, no entanto, que ainda assim, muitos casos de violência doméstica não são denunciados, sendo que as vítimas permanecem no silêncio, sem dar conhecimento às autoridades e às instituições de apoio.

Ainda no sentido de dar resposta a esta problemática e no âmbito da defesa dos direitos humanos, foram realizados vários acontecimentos como a criação de várias Campanhas, Seminários, Planos Contra a Violência Doméstica, Conferências Nacionais e Internacionais, criação de algumas Casas – Abrigo e ainda Legislação cada vez mais alargada e actualizada.

Tem sido feito um longo caminho no sentido de atenuar a violência contra a mulher, e tem havido um empenhamento no sentido da sua prevenção e da sua repressão, desde a protecção das vítimas à defesa dos seus direitos na esfera jurídica, penalizando as condutas que os violam, convertendo-os em crimes públicos.

2.2. Ciclo da violência

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.

Este fenómeno parece ter três fases distintas, que variam em tempo e intensidade e poderia chamar-se de “Teoria das três fases da violência familiar”, sendo a primeira a “fase da emergência da tensão”; a segunda é a “fase do incidente crítico da agressão” e a terceira a “fase da reconciliação ou de trégua”. Na fase da acumulação de tensão, a mulher tenta acalmar o agressor, podendo tornar-se submissa, antecipar os caprichos do companheiro ou ainda ter uma atitude de evitamento, no sentido de evitar a

continuidade da violência. Muitas vezes assume uma culpa que não tem, ou pode ainda arranjar desculpas para uma determinada situação de explosão do agressor. A tensão vai crescendo e o agressor não tenta controlar seus impulsos, apoiado na aparente passividade da mulher. A mulher tenta prolongar esta primeira fase, no entanto a fragilidade da relação pode ser abalada por qualquer mínima situação externa. À medida que o comportamento do agressor se torna mais hostil mais difícil é suportar a tortura psicológica, o que leva a mulher a evitar o agressor, criando neste ainda maior tensão.

Na segunda fase surge o descontrole total e a descarga de tensão acumulada na primeira fase. Aqui, não é o comportamento da mulher, mas sim algum comportamento externo ou ainda o estado interno do homem, que é o desencadeador. Por vezes também pode ocorrer ser a mulher a provocar o incidente, por não suportar mais a ansiedade e a raiva, para além desta também saber que após a agressão grave, vem um período de calma. Nesta fase é impossível prever o tipo de violência que ocorrerá neste estágio crítico. A única alternativa para a mulher é encontrar um lugar seguro. Normalmente este é o ciclo mais curto.

Na terceira fase, caracterizada pelo comportamento de bondade e amor arrependido, o agressor tenta compensar a mulher, lamentando a sua agressividade, e esta, por seu lado, acredita que ele pode realmente controlar-se. É nesta fase que normalmente as mulheres retiram a queixa e desistem da separação ou divórcio. É nesta fase também que elas percebem a fragilidade e insegurança do agressor.

O casal que vive uma relação violenta é muito dependente um do outro e é nesta fase que os laços se estreitam.

A dinâmica deste ciclo e das respectivas 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. Na continuidade da violência o ciclo altera-se sendo que a primeira fase torna-se cada vez mais curta e intensa, a segunda mais frequente e grave e a última cada vez mais curta (Machado & Gonçalves, 2003).

2.3. Tipificação da violência doméstica

Segundo Walker, (1994) os maus tratos à mulher geralmente ocorrem em contexto de uma vitimação múltipla, podendo incluir: maus tratos físicos, isolamento social, intimidação, maus tratos emocionais, verbais e psicológicos, recurso ao privilégio masculino, ameaças, violência sexual e controlo económico.

De referir que, normalmente, os vários tipos de violência surgem interligados. As agressões físicas, por exemplo, são frequentemente acompanhadas ou precedidas de abuso verbal e/ou psicológico (Annan, 2002; Matos, 2002; APAV 2005).

2.3.1. Abuso físico

A violência física é definida como a acção que implica o uso da força, podendo manifestar-se por pancadas, chutes, beliscões, mordidas, empurrões, bofetadas, surras, arranhões, socos, queimaduras, fracturas, lançamento e objectos, lesões com arma ou qualquer acto que atente contra a integridade física, produzindo marcas ou não, no corpo (Casique, 2004; Pérez, 2001; Aliaga, 2003).

2.3.2. Abuso verbal, emocional ou psicológico

A violência emocional, verbal e psicológica manifesta-se de diversas formas: desvalorizações contínuas (críticas e humilhações); posturas e gestos ameaçadores; imposição de condutas degradantes; restrições (controle de amizades, limitações de dinheiro, impedimentos nas saídas de casa); condutas destrutivas (relativamente a objectos de valor económico e afectivo, maltrato de animais domésticos); e ainda culpabilização da vítima pelas condutas violentas do agressor (Echeburúa, 1994, Echeburúa & Corral, 1998).

2.3.3. Abuso sexual

A violência sexual consiste em obrigar a mulher a práticas sexuais contra a sua vontade, consigo ou com outras pessoas, de forma muitas vezes violenta (APAV, 1999). A violação e a coacção sexual no casamento, o uso de pornografia, bem como outros actos contra a vontade da mulher são crimes e a mulher, em muitos casos, torna-se submissa, por considerar tais actos como obrigações suas dentro do casamento, devido a conteúdos de tolerância cultural. De acordo com alguns inquéritos nos EUA, 15% das

mulheres casadas têm relações sexuais forçadas, pelos seus maridos, pelo menos uma vez (Monteiro, 2000), embora existam muitas violadas repetidamente.

Existem ainda outros tipos de abuso mais subtil, como o abuso financeiro, económico, de propriedade e social.

2.4. Factores predisponentes para a vitimação

Segundo Machado & Gonçalves (2003), são habitualmente apontados três factores que contribuem para a violência: o isolamento, seja ele social, geográfico, físico ou afectivo; 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. Ainda de acordo com estes autores e outros (Monteiro, 2000; Costa & Duarte, 2000; Miller, 1990; Kaplan, 1994; Margolin, 1998; Walker, 1994), as causas mais conhecidas para a utilização de violência são as crenças e atitudes, as situações de stress, a frustração, o alcoolismo ou a toxicodependência, a personalidade sádica, as perturbações mentais ou físicas e as vivências infantis de agressão ou de violência parental.

Sendo assim, a origem da violência contra as mulheres não pode ser encontrada num único factor, mas varia em função de várias situações e de actos praticados como o local onde ocorrem, as características dos agressores e a própria reacção das vítimas (Lourenço & Lisboa, 1995).

Após vários estudos efectuados, parece não se poder definir a existência de um perfil típico da vítima de violência conjugal, a não ser que são maioritariamente mulheres ou a parte mais frágil da relação (Machado & Gonçalves, 2003).

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

Em relação ao agressor, em geral é homem ou a parte mais forte da relação. Refere-se ainda, em relação a estes, que têm uma baixa auto-estima, que podem estar alcoolizados ou sob efeito de outras substâncias, não assumindo a responsabilidade

pelos seus actos agressivos. Antunes (2003), refere que, do lado de fora, os agressores parecem ser homens responsáveis, dedicados, carinhosos e cidadãos exemplares. Diante do conhecimento da agressão, desculpabilizam-se ou justificam a agressão. Devem-se ainda salientar as características de personalidade do agressor (Matos, 2006), como tendo uma personalidade anti-social, narcísica, hostil, com traços de irritabilidade e um frágil auto-controle externo, tendo dificuldade em canalizar sua raiva e seus sentimentos de forma assertiva, sendo que quando actua de forma violenta contra a sua mulher, está a soltar a raiva sentida face às suas frustrações.

De referir ainda algumas ideias como “a precipitação da vítima” (Matos, 2006), quando esta inicia ou incita os maus tratos e a teoria da “predisposição da vítima para a violência”.

Existem algumas teorias que procuram explicar o desencadeamento da violência:

2.4.1. Teoria do masoquismo

A teoria do “masoquismo” refere que uma mulher maltratada que se mantém na relação ou deve gostar disso ou está doente (Alexander, 1993), no entanto a teoria da patologização da vítima aplica-se a uma minoria de mulheres. Um dos factores referido por Hydén (1995) relativamente às mulheres maltratadas é o de que estas são psicologicamente frágeis, o que levaria à sua vitimação.

2.4.2. Teoria intergeracional

A experiência de maus tratos na infância interfere de forma adversa na trajectória desenvolvimental do sujeito, sendo que estes são visíveis durante todo o percurso da criança até à fase adulta.

Estas experiências negativas vividas pela criança interferem de forma significativa nos processos de formação das estratégias de vinculação, assim como no significado que o sujeito dá à sua relação com os pais e com os outros.

Estudos comparativos quanto aos efeitos produzidos pela exposição à violência familiar revelaram que esta tem um grande impacto na criança devido à familiaridade e ao relacionamento do perpetrador e da vítima (Osofsky, 1998). A criança não necessita de experienciar violência directa, basta simplesmente testemunhar para que, em algumas crianças se manifestem sintomas desadaptativos.

A teoria intergeracional da violência tem tido algum relevo, na medida em que refere que a experiência de vitimação na infância favorece a sua perpetuação (Machado & Gonçalves, 2003) e, segundo esta perspectiva, o comportamento do indivíduo é determinado pelo ambiente social, principalmente por membros de sua família. 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). Vários estudos (Osofsky, 1997) demonstraram que crianças em idade escolar, que testemunharam episódios de violência, manifestaram mais tarde uma elevada frequência de comportamentos agressivos, delinquência ou ainda, isolamento e ansiedade.

Os efeitos que mais se salientam são os de natureza psicológica. A criança poderá crescer assistindo à violência conjugal, e essa experiência irá afectá-la em termos do seu auto-respeito e da sua auto-estima, assim como relativamente à confiança que poderá ter ou não no outro. (Margolin, 1998). Os sentimentos de insegurança que desenvolve, podem prejudicar a sua capacidade de regular as emoções e ter como consequência níveis elevados de reactividade comportamental, podendo condicionar sentimentos de medo e raiva.

O facto da criança estar exposta à violência do casal leva-a a aprender como a agressão pode ser usada nos relacionamentos íntimos e acaba por interiorizar informações negativas e disfuncionais acerca da aceitabilidade da violência como forma de resolver o conflito, ao racionalizar o uso da violência como essencial em situações de stress (Kaplan *et al*, 1994; Margolin, 1998). A criança desenvolve assim um modelo de representação das relações interpessoais. Ela pode aprender que o poder físico é necessário para satisfazer algumas necessidades, aprender certas estratégias de agressão e/ou evitamento, assim como depreender que a segurança é imprevisível (Rossman, 1998). De salientar, no entanto, que nem todas as crianças expostas à violência familiar apresentam respostas negativas. Existem factores de protecção, como: suporte dentro do sistema familiar (bom relacionamento com as figuras parentais ou irmãos); suporte fora do sistema familiar (amizades estáveis ou bom envolvimento na comunidade e os próprios atributos da criança (elevado nível intelectual, elevada auto-estima).

Alguns estudos sugerem que indivíduos com história de maus tratos 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), experienciando dificuldades interpessoais entre si. Os modelos de experiências repetidas de maus tratos formam, assim, expectativas negativas a respeito de si mesmo e do outro, o que condiciona o perpetuar de experiências negativas.

Outros estudos ainda, referem que a exposição à violência parental na infância aumenta o risco de vitimação da mulher quando adulta, assim como, no caso de ter sido maltratada na infância pelos seus progenitores, mais provavelmente aceitará um companheiro predisposto para a violência (Giles-Sims, 1998).

Wekerle & Wolfe, (1998) afirmam que as experiências de maus tratos na infância contribuem de forma significativa, quer para a ocorrência de experiências em que o sujeito é perpetrador de abuso, quer para a ocorrência de experiências em que o sujeito é vítima de abuso nas relações íntimas, factor que é observado tanto nos rapazes como nas raparigas adolescentes. De acordo com o resultado deste estudo tanto a vitimização como a perpetração de abuso ocorrem com frequência na sequência de experiências de maus tratos na infância, sugerindo que “ a história de maus tratos durante a infância torna o homem e a mulher mais vulnerável à activação de ambos os papéis, o da vítima e o de ofensor” (Wekerle & Wolfe, 1998).

Um considerável número de estudos efectuados na idade adulta em sujeitos que foram vítimas de maus tratos na infância, mostraram que estes apresentam dificuldades no estabelecimento de relações íntimas, referindo menor satisfação e ajustamento ao companheiro, nomeadamente no desacordo, falta de intimidade e suporte (Figueiredo *et al*, 2003).

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 revictimizadas sexualmente na vida adulta (Ramirez & Uribe, 1993; Beichman *et al*, 1992; Urquiza & Goodlin-Jones, 1994; Krahe *et al*, 1992; Jankowski *et al*, 2002).

De referir ainda que vários estudos realizados com mulheres mexicanas revelaram também uma associação positiva entre violência durante a infância e violência na vida adulta (Alvarado-Zaldivar *et al*, 1998; Rivera-Rivera *et al*, 2004).

Rivera-Rivera e seus colaboradores (2006) concluíram em seus estudos que existe uma importante associação entre o facto de ser vítima de violência física ou abuso sexual na infância e voltar a ser vítima de violência física e sexual na idade adulta, indicando que a violência na infância tem efeitos duradouros que se propagam na vida emocional e social da mulher. Estes efeitos psicológicos e sociais poderão ser os detonadores para a vulnerabilidade da mulher na revitimização.

Investigações diferentes, em diversos países, também encontraram este fenómeno de repetição da violência em diferentes momentos da vida da mulher, executada por diferentes agressores, sendo clara esta revitimização (Wyatt *et al*, 1992; Kilpatrick *et al*, 1997; Coid *et al*, 2001; Cloitre *et al*, 1996).

De forma similar, Urquiza e seus colaboradores, após terem estudado uma população nos Estados Unidos, onde entraram mulheres de diferentes grupos étnicos, também concluíram que mulheres que haviam sofrido abuso sexual na infância tinham maior probabilidade de virem a ser violadas em adultas. Ainda com uma amostra de população de mulheres jovens, na Alemanha (Krahe *et al*, 1999), verificou-se que mulheres abusadas na infância referiram contacto sexual não desejado na adolescência.

Os resultados de várias investigações efectuadas permitem concluir que a qualidade das experiências vividas na infância é preditora do funcionamento interpessoal do indivíduo, nas suas relações na idade adulta (Figueiredo *et al*, 2003). Esta realidade é suficientemente grave, devendo-se considerar a intervenção psicológica junto destes adultos, assim como detectar as crianças em risco e utilizar medidas de protecção para estas.

2.4.3. Factores psicossociais e culturais

Para uma maior compreensão deste fenómeno, deve-se também avaliar quais os valores, as crenças e as normas sociais que criam um sistema de condutas esperadas para o sexo masculino, que a não serem satisfeitas, são socialmente avaliadas negativamente (Vicente, 2002; Scott, 2000), como nos casos de adultério de mulheres, o homem deve fazer a “lavagem de honra”. Assim como esta, muitas condutas associadas a posturas de autoridade masculina, podem traduzir-se na legitimação social de certas agressões físicas e sexuais.

Segundo autores como Lourenço e Lisboa (1992) e Straus, Gelles e Steinmetz (1980), havendo uma razão que se justifique, a violência familiar é culturalmente aceite e em certo grau, vista como necessária ou normal. Sendo assim, parece haver um posicionamento social e cultural em relação a este tema.

Nesta conjuntura, a violência é justificada pela premissa de que os homens reconhecem seu poder e sua autoridade sobre as mulheres, e o uso da força vem mostrar esse domínio (Sugarman & Frankel, 1996).

O indivíduo que maltrata recusa-se a aceitar a perda de poder e recorre ao uso da força no sentido de o mostrar. Neste sentido os maus tratos da mulher são o resultado de um processo normativo de socialização masculina, onde o homem usa a violência para dominar e controlar a parceira (Machado e Gonçalves, 2003).

Pode-se dizer que a violência contra as mulheres é socialmente construída, quer pelos contextos socioculturais mais próximos, quer pelos contextos da sociedade envolvente, que pela estigmatização dos géneros e dos papéis sociais institucionalizados criam condições para que esta ocorra (Lisboa *et al*, 2003).

Muitos desses factores sociais, integrados na construção da identidade, são resultado de uma sedimentação ao longo do tempo, que é necessário conhecer, pois só assim levará a mudanças sustentáveis (Archer & Lloyd, 2002).

2.4.4.Factores de personalidade

Vários estudos (Costa & Duarte, 2000; Miller, 1990; Barnett e Fagan, 1993; Straus, 1993; Dutton, 1996; Apt & Hurlbert, 1993; Sprenkle, 1992) têm procurado caracterizar as vítimas de agressão conjugal, no entanto os resultados não têm sido conclusivos. Existem, todavia, mecanismos de *coping* específicos, e que podem contribuir para a perpetuação desta.

Trata-se de padrões de ligação muito fortes e difíceis de modificar, embora disfuncionais. Segundo Costa & Duarte (2000), estes estudos não referem diferenças significativas entre mulheres vítimas e não vítimas de violência, nem do ponto de vista da personalidade prévia nem no contexto de tipologia familiar de origem.

No entanto, Foreman & Dallos (1993) identificaram um conjunto de características de personalidade dita dependente, que distinguiriam a mulher maltratada.

Esses atributos vão desde a tendência para a introspecção até à incapacidade de gerir o lar. Hydèn (1995) concebe as mulheres maltratadas como “frágeis”, sendo este um factor que contribui para a sua continuada vitimação.

Buzawa & Buzawa(1996) alegam que as mulheres que toleram esse tipo de abusos na intimidade sofrem de patologia, nomeadamente pela sua incapacidade de aprendizagem e pela sua não-mudança comportamental. Alguns estudos procuram isolar o perfil da mulher maltratada, a partir da “psicopatologização” e do diagnóstico de personalidade dependente no que se refere à mulher que “tolera” uma relação abusiva (Harway, 1993).

De acordo com Miller (1990), o abuso do álcool por parte das mulheres leva a que estas estejam mais predispostas a experienciar situações de violência conjugal do que as mulheres em geral. Sendo assim, o estigma associado à mulher alcoólica pode contribuir para a ocorrência de violência no casal. Outros autores, no entanto, referem que, em grande parte de episódios violentos, nenhum dos elementos do casal tinha bebido, salientando-se assim outros factores predisponentes da agressão (Costa e Duarte, 2000).

De acordo com a bibliografia revista, é consensual concluir que as diferentes investigações são controversas e apontam para a não existência de um perfil psicológico ou sócio-cultural pré-existente nas mulheres agredidas (Sprenkle, 1992). Também se pode concluir que os estudos não confirmam diferenças significativas entre mulheres vítimas de violência e as que não são (Costa & Duarte, 2000), nem do ponto de vista da personalidade prévia, nem em nenhum outro contexto.

2.5. Impacto da violência

Tanto a violência física, a psicológica ou qualquer outro tipo de violência, traz consequências muito nefastas para a vida da mulher, tendo um grande impacto na sua saúde física, sexual, emocional.

Numerosos estudos têm demonstrado que a violência física e/ou psicológica exercida de forma crónica produz severos danos à saúde. Estas vítimas apresentam um conjunto de sintomas e sinais que se englobam no que se denomina de Síndrome das

Mulheres Agredidas (Mc Cauley *et al*, 1995), que consta de desordens médicas, psicológicas e de conduta.

De acordo com vários autores, só uma pequena parte de mulheres vítimas teve história psiquiátrica anterior aos maus tratos sofridos. Na sua maioria, são mulheres emocionalmente estáveis e equilibradas, que passaram a sofrer transtornos psicológicos como consequência da violência crónica sofrida (Amor *et al.*, 2002).

A frequente invocação da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) para caracterizar esta população é um outro exemplo. A PSPT retrata a mulher como passiva e submissa (Rothenberg, 2003), portadora de diversos problemas psicológicos como depressão, baixa auto-estima, medo e mecanismos autodestrutivos.

Existem, no entanto, outros estudos, que revelam que as mulheres que vivem em instituições ou que foram entrevistadas em centros de saúde, parecem ser fortes, criativas e assertivas, contrariamente à patologia que é atribuída por alguma literatura (Campbell *et al*, 1995), considerando que estas mulheres sofreriam da Síndrome das Mulheres Agredidas.

2.5.1. Distúrbios físicos

Como consequências da violência conjugal, a nível físico, podem ir de ligeiras a muito graves. Podem-se salientar dentro destas as lesões abdominais, torácicas, contusões, edemas e hematomas, síndrome de dor crónica, fracturas, distúrbios gastrintestinais, cefaleias, dor abdominal, síndrome de intestino irritável, queimaduras, lacerações e escoriações, dano ocular, fadiga crónica, fibromialgia, mudanças bruscas de peso, até invalidez e morte (Casique & Furegato, 2006).

2.5.2. Distúrbios sexuais

Como consequências a nível sexual e reprodutivo, podemos citar os distúrbios ginecológicos, fluxo vaginal persistente, sangramento genital, infertilidade, doença inflamatória pélvica crónica, complicações na gravidez, aborto espontâneo, disfunção sexual, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, retardo no desenvolvimento intra-uterino, até morte fetal e materna. (Casique & Furegato, 2006). Para além destes, também podem surgir os transtornos psicológicos como o pavor de ter relações sexuais ou outros tipos de disfunção sexual (Lisboa, 2003). O Editorial

Amnistia Internacional (2004) sugere que a violência sexual doméstica dificilmente é denunciada, uma vez que muitas mulheres consideram que seus parceiros têm direito sobre seus corpos.

2.5.3. Distúrbios psico-emocionais

Mais do que a violência física e sexual, mais facilmente identificáveis, a violência psicológica apresenta-se de uma forma subtil e gera consequências muito negativas na saúde e bem estar emocional. 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). 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).

O estado psicológico das vítimas de maus tratos reflecte-se em vários aspectos, como baixa auto-estima, sintomatologia depressiva e ansiosa, isolamento social, etc. De acordo com a investigação de Lisboa (2003), cerca de um quinto das mulheres estudadas já foram seguidas em consulta de psiquiatria ou psicologia devido a perturbações emocionais e a probabilidade destas vítimas recorrerem a este tipo de consultas é praticamente o dobro, do que aquelas não vítimas. É ainda referido que uma grande percentagem de vítimas de violência doméstica apresenta um perfil psicopatológico caracterizado por transtorno de stress pós-traumático (PSPT), (Amor *et al.*, 2002; Echebúria *et al.*, 1997; Golding, 1999) com sintomas depressivos, ansiedade generalizada, fobias, transtornos de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, baixa auto-estima, sentimentos de culpa, consumo excessivo de álcool ou outras substâncias e inadaptação global, relativamente ao quotidiano. Segundo Walker (1994), a auto-medicação feita por algumas mulheres, se por um lado bloqueia os sintomas do PSPT, por outro, a quantidade destes consumos está relacionada com a gravidade da violência sofrida, ou seja, quanto maior a violência, maior o consumo. De referir ainda que sofrer de violência doméstica é um factor 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, acabar com a 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 PSPT (Resnick *et al*, 1992).

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), mostrando elevadas pontuações nos sintomas de PSPT. 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).

Segundo Gleason (1993), as vítimas de maus tratos podem ter determinados comportamentos compulsivos no sentido de se defenderem da ansiedade elevada que sentem, assim como da percepção negativa que têm a respeito de si mesmas. Para além disso, podem ainda sofrer de sintomas agorafóbicos, como viajar em transportes públicos, saírem sozinhas de casa ou enfrentar outras situações de grandes aglomerados, como estratégia protectora do comportamento do abusador (Saunders, 1994). Grande parte destes sintomas de ansiedade excessiva que sofrem as mulheres vítimas de violência devem-se à sua vitimização contínua, portanto este transtorno deve ser considerado como consequência dos actos continuados de violência e não como um sintoma isolado (Herman, 1992).

Relativamente aos sintomas depressivos, as mulheres vítimas de maus tratos apresentam indicadores significativamente mais elevados do que aquelas que não vivem esta situação, e quanto maior é a prevalência desta, maior a gravidade da sintomatologia (Amor & Bohórquez, 2006). De referir ainda que, após o término da violência, os sintomas depressivos tendem a regredir. Por vezes, a depressão acentuada leva a ideação suicida ou mesmo a risco elevado deste, sendo que uma em cada quatro mulheres que leva a cabo essa intenção é ou foi vítima de maus tratos (Stark & Flitecraft, 1988).

Segundo Cascardi & O'Leary (1992), as mulheres maltratadas também têm níveis de auto-estima muito baixos, como consequência de sua situação, o que se torna um factor de vulnerabilidade para o desencadeamento da sintomatologia depressiva, factor este que leva a uma maior dificuldade para sair da relação (Aguilar & Nightingale, 1994). Por vezes também, surgem sentimentos de culpa e de incapacidade relativamente ao facto de não conseguirem sair desta relação insatisfatória e de, por vezes, não conseguirem impedir que os maus tratos também se estendam a seus filhos (Amor, P. J. & Bohórquez, I. A., 2006). Quando a violência aumenta, as mulheres tendem a culpabilizar também o agressor, mas naqueles casos em que a vítima continua a culpar-se, os sintomas depressivos podem surgir mais intensos (Walker, 1979).

Na sua forma mais grave, a violência leva à morte da mulher (Day *et al*, 2003). Sabe-se que 40 a 70% dos homicídios femininos, no mundo, são cometidos por parceiros íntimos. Já os percentuais dos homens assassinados por suas companheiras são mínimos e, normalmente, nestes casos, as mulheres agiram em defesa própria, ou como contra-ataque do abuso sofrido.

2.6. Factores de permanência na relação de violência

Quase sempre as mulheres vítimas são encaradas com suspeição e raramente são vistas como inocentes. Se permanecem na relação, são acusadas de masoquismo ou ainda serem as próprias a provocarem o comportamento agressivo do companheiro e, se decidem pôr um fim a esta relação, são acusadas de falhar na sua missão de esposas e na sua responsabilidade de manter a família unida (Costa & Duarte, 2000).

De um ponto de vista psicossocial, podem-se colocar várias questões relativamente aos factores que condicionam as mulheres vítimas a conviverem com a violência prolongada. Num estudo sobre situações de violência extrema detectada nos Institutos de Medicina Legal, verifica-se que, num número considerável de casos, esta já ocorre no namoro e que se prolonga após a separação ou o divórcio (Lisboa *et al*, 2003). De acordo com Bourdieu (1998), existe uma teia de relações psicossociais que, externa e internamente, condicionam a forma de pensar e de agir destas mulheres.

Existem múltiplos factores para que a mulher tenha dificuldades em sair da relação de maus tratos, assim como factores explicativos do regresso à convivência com

o agressor, após uma saída deste. Por um lado o factor económico, quando o agressor é a única fonte de rendimento. Por outro lado existem os aspectos cognitivos e ainda os emocionais. Dentro destes últimos podem-se citar o enamoramento da mulher; a sua dependência emocional, as crenças, características de personalidade e sintomas psicopatológicos (Amor, P. J. & Bohórquez, 2006), no entanto as duas últimas devem considerar-se mais como consequências dos maus tratos sofridos. Ainda de referir as características do agressor, que dependendo do tipo de personalidade deste e suas condutas, podem influenciar a tomada de decisão da vítima.

Segundo a OMS (2002), o factor cultural também é uma característica associada à violência doméstica do parceiro, que favorece a permanência da mulher na relação agressiva. O maior risco de agressão normalmente está em sociedades nas quais o homem detém o poder económico e decisório frente aos demais residentes do domicílio.

De acordo com Bourdieu (1998), as razões que justificam a passividade feminina são várias: dependência económica ou de outra natureza, relativamente ao agressor, filhos pequenos, receio do estigma social associado à mulher separada/divorciada, medo da reacção do agressor, ou ainda situações em que a estruturação das percepções é feita segundo o modelo que domina, pelo que o conhecimento das vítimas transforma-se em reconhecimento e reprodução da submissão. Lisboa (2003) também refere que a dependência económica, a falta de alternativas profissionais e o receio de retaliações por parte do agressor podem levar a um comportamento inibitório da mulher, principalmente quando tem filhos. A reacção mais determinada começa a surgir em mulheres mais novas, mais instruídas, mais autónomas economicamente e com actividades profissionais mais prestigiadas. O apoio sociofamiliar também é determinante na decisão de sair do relacionamento (Day, 2003).

De acordo com a teoria do abandono aprendido (Walker, 1979), as mulheres agredidas interiorizam uma atitude passiva, culpando-se a si mesmas e acomodando-se ao comportamento do companheiro, apesar de reconhecerem o perigo em que vivem, no entanto são optimistas e esperam que este mude, permanecendo assim na relação, na esperança que a violência não se repita.

Existem dois grandes grupos de teorias explicativas sobre a permanência da vítima na relação de abuso:

- a. A primeira refere-se ao processo em que a mulher pondera os custos e benefícios ao abandonar a relação; analisa o grau de compromisso; acredita na fraude psicológica onde a mulher tem esperança que a violência termine e o modelo de tomada de decisão onde se questiona como estará melhor.
- b. A segunda está relacionada com a dependência emocional da vítima assim como as consequências psicopatológicas da violência (Dutton & Painter, 1981,1993; Long & Mcnamara, 1989). Nesta teoria, por um lado, a mulher sente-se apática e indefesa na relação, sem motivação para a mudança e tomada de decisão, sente-se ligada por um vínculo emocional ao parceiro, num modelo de reforço que se estabelece quando existe um padrão cíclico de comportamento a desvalorizar-se perante o agressor.

A ambiguidade da conduta feminina é muito grande (Saffioti, 1999) e a relação vítima-agressor tem múltiplas dependências recíprocas, e, as mulheres que suportam a violência de seus companheiros anos a fio, são co-dependentes da compulsão do homem e o relacionamento de ambos é fixado, na medida em que se torna necessário. Sendo assim, a própria violência é inseparável da relação. Segundo Kotliarenco e seus colaboradores (1997), existem ainda as mulheres consideradas resilientes, que não se deixam abater por condições adversas.

Não se podem também esquecer as crenças de legitimação da violência, sendo que estas podem assumir um impacto profundo, moldando o entendimento que os intervenientes da violência - vítimas e agressores - constroem acerca destas experiências. Esse tipo de crenças acerca dos maus tratos pode também interferir nos desempenhos daqueles que estão envolvidos nestas dinâmicas abusivas. As vítimas podem permanecer na relação, interpretando tais ocorrências como episódios sem significado e não denunciar os abusos e os agressores, por sua vez, podem desvalorizar a necessidade de modificar a sua conduta abusiva (Machado, Matos & Moreira, 2003).

Em relação aos agressores, Herzberger e Ruceckert (1997), as crenças tolerantes face aos maus tratos conjugais podem constituir-se quer como percursos, quer como consequências do comportamento violento, uma vez que os maltratantes tendem a acreditar que esta é justificável e que não devem ser unicamente responsabilizados ou punidos pelos actos praticados. Machado e seus colaboradores (2003), a partir de um estudo com a escala de crenças ECVC, concluíram que a generalidade das pessoas

apresenta um baixo nível de concordância com as crenças legitimadoras da violência. Contudo, os estudantes masculinos revelaram percepções mais tolerantes acerca da violência. Estes acreditam na crença de que a violência poderá ser justificável face a determinadas condutas da mulher, consideraram mais importante preservar a privacidade familiar, acreditaram que a violência pode ser atribuível a causas externas e fora de controlo do ofensor, tais como o álcool ou a pobreza e minimizavam mais a “pequena violência” no contexto das relações conjugais.

Existe ainda uma outra teoria, segundo Strube (1991), a qual é denominada de “teoria da troca”, que define que estas mulheres permanecem na relação abusiva, porque a alternativa que se lhes coloca é o desconhecido.

Por fim, a vergonha, o medo, a minimização da considerada “pequena violência”, a ambiguidade, o sentimento de impotência da vítima, o desconhecimento dos seus direitos e a falta de informação geral relativamente aos apoios, os comportamentos controladores do parceiro, o frágil suporte social e ausência de redes de apoio são razões muito fortes para que a mulher sinta que tem de permanecer nesta relação, não vislumbrando outra alternativa.

PARTE B

ESTUDO EMPÍRICO

**PERFIL PSICOLÓGICO NAS MULHERES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA CONJUGAL E SUAS REPERCUSSÕES**

III – PERFIL PSICOLÓGICO NAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

3.1. Objectivos

Este estudo tem os seguintes objectivos:

- Avaliar os níveis de exposição à violência conjugal;
- Avaliar o impacto da violência conjugal nas vítimas, a vários níveis, nomeadamente nos diferentes papéis: de companheira, de mãe, no trabalho, na família, na sociedade e na saúde física e mental;
- Verificar a possibilidade de ocorrência de psicopatologia, como consequência da vitimação;
- Analisar as alterações de personalidade decorrentes da violência doméstica;
- Avaliar os valores, as crenças e as normas sociais, que estão associadas à violência conjugal.

3.2. Metodologia

3.2.1. Amostra

A amostra foi intencionalmente constituída por mulheres vítimas de violência conjugal, nos seus variados tipos.

Participaram do estudo 60 mulheres, que se enquadravam nos pré-requisitos, ou seja, mulheres que possuíam um histórico de violência. Na Tabela 1 pode verificar-se que as mulheres têm idades compreendidas entre 21 e 62 anos (M= 39,9 anos; DP=10,1), sendo a maioria casada (60%). No entanto só 23,2% vive com o agressor. Uma minoria não tem filhos (5%). Em termos de nível de escolaridade, a maioria situa-se até o 9º ano e só 5% tem ensino superior. No que respeita à profissão a maioria são domésticas (30%). Sinaliza-se ainda que só 35% das mulheres se encontram a trabalhar. Uma maioria vive em zona rural (62%) e a maior parte apenas tem como rendimento mensal o salário mínimo nacional (40%) e 35% tem um rendimento inferior a 250€.

Tabela 1: Dados sócio demográficos

IDADE (21-62) M=39.9 DP=10.1		Nº PESSOAS 60	%
PROFISSÃO	Doméstica	18	30,00
	Empregada doméstica	6	10,00
	Operária fabril	6	10,00
	Costureira	5	8,33
	Administrativa operacional	4	6,67
	Professora	3	5,00
	Administrativa	3	5,00
	Empregada de balcão	3	5,00
	Outros	12	20,00
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	A trabalhar	21	35,00
	Doméstica	18	30,00
	Desempregada	11	18,30
	Outra	7	11,70
	Atestado/baixa	3	5,00
ESTADO CIVIL	Casada	36	60,00
	Divorciada	10	16,67
	Solteira	9	15,00
	Separada	4	6,67
	Outra	1	1,67
ÁREA DE RESIDÊNCIA	Rural	38	62,00
	Urbana	22	38,00
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	-4º Ano	3	5,00
	4º Ano	22	36,67
	6º Ano	20	33,33
	9º Ano	11	18,33
	12º Ano	1	1,67
	Ensino Superior	3	5,00
RESIDE COM QUEM	Sem marido	31	24,8
	Com marido/companheiro	29	23,2
	Com marido/ companheiro + filhos	23	18,4
	Em casa abrigo	16	12,8
	Só com filhos	15	12
	Em casa abrigo e filhos	11	8,8
Nº DE FILHOS (0 – 6) M= 2.1 DP= 1.2	Inexistência de filhos	3	5,00
	1filho	17	28,33
	2 filhos	21	35,00
	3 filhos	14	23,33
	4 a 6 filhos	5	8,33
RENDIMENTO MENSAL	Inferior a 250€	21	35,00
	De 250€ a 500€	24	40,00
	De 501€ a 750€	10	16,67
	De 751€ a 1000€	2	3,33
	Mais de 1.000€	3	5,00

3.2.2. Instrumentos

Foram quatro os instrumentos de colecta de dados, sendo um questionário semi-estruturado e três escalas específicas.

- Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, que foi elaborado com base em dois questionários: O Questionário Sócio-Demográfico e Clínico de Maia e Paixão (2007) e o Questionário de Violência

Doméstica (versão da investigação de Quintas e seus colaboradores, 2008). Neste questionário, para além de 9 perguntas gerais sobre as vítimas de violência doméstica, como idade, estado civil, profissão, número de filhos, também menciona 9 questões relativamente à situação clínica, dados sobre a exposição à violência doméstica em si, no total de 7 itens, 11 relativamente às consequências e 5 sobre as perspectivas futuras da vítima. Ainda de salientar 13 questões relativamente a dados desenvolvimentais na infância. Também foram abordados os traços de personalidade na infância e na vida adulta, num total de 16 cada um (baseados na tipologia da personalidade do 16 PF – Cattell, 1975). (Anexo 2)

- BSI (Derogatis, 1993) – Brief Symptom Inventory (Versão portuguesa de Canavarro, 1999). Trata-se de um questionário com 53 itens que avalia psicopatologia em 10 sub escalas: somatização, depressão, hostilidade, ansiedade, ansiedade fóbica, psicoticismo, ideação paranóide, comportamento obsessivo-compulsivo e sensibilidade interpessoal. Há ainda três índices: Índice geral de sintomas (IGS), índice de sintomas positivos (ISP) e total de sintomas positivos (TSP). (Anexo 3)
- R.E.V. (Soler, Barreto & González, 2005) – Questionário de Resposta Emocional à Violência Doméstica e Sexual. Este questionário é constituído por 22 itens, que avalia o estado emocional geral de mulheres vítimas de violência de género. Os itens são cotados de 0 a 3 (de “nada” a “muito”). Os 4 factores avaliados são: depressão, ansiedade, ajuste psicossocial e humor irritável. (Anexo 4)
- E.C.V.C. (Matos, Machado & Gonçalves, 2001) – Escala de Crenças sobre Violência Conjugal. Esta escala é constituída por 25 itens, que consistem em afirmações que se referem à legitimação da violência conjugal. Os itens são cotados de 1 a 5 (de “totalmente em desacordo” a “totalmente de acordo”). A pontuação total da escala é obtida pelo somatório directo das respostas a cada um dos itens. Desta forma, a pontuação total da escala mede o grau de tolerância quanto à violência

conjugal. Esta escala evidencia uma elevada fidelidade (alpha de Cronbach de 0.90). Foram identificados 4 factores: a legitimação e banalização da pequena violência, a legitimação da violência pela conduta da mulher, a legitimação da violência pela sua atribuição a causas externas e a legitimação da violência pela preservação da privacidade familiar. (Anexo 5)

Utilizou-se a versão 16.0 do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), para o tratamento estatístico e análise dos dados.

3.2.3. Procedimento

Foi feita uma recolha de informação entre Abril e Julho do ano 2009 em diferentes instituições de consulta e apoio psicológico onde estas mulheres, vítimas de maus tratos por parte dos companheiros, estavam a ser apoiadas, sendo que algumas destas encontravam-se institucionalizadas.

As instituições em causa são:

- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa – EPE – Penafiel. Consulta de Psicologia, Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e Adolescência.
- Gabinete de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica “Janela Aberta”, Penafiel.
- Associação de Desenvolvimento da Figueira – Casa Abrigo Rosa do Pisão.

A recolha de informação foi feita através de administração directa às vítimas, tendo sido asseguradas as melhores condições ambientais e de sigilo, tendo em vista a complexidade e o carácter íntimo do tema. Foi realizada uma única entrevista com cada participante, com duração média de uma hora. A colecta de dados foi feita mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética de uma das Instituições abordadas, o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

A entrevista teve a seguinte ordem: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1), Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (anexo 2), Inventário Breve de Sintomas (anexo 3), Questionário de Resposta Emocional à

Violência Doméstica (anexo 4) e Escala de Crenças sobre Violência Conjugal (anexo 5).

As participantes ficaram livres para interromper o entrevistador sempre que sentissem necessidade.

3.3. Resultados e análise

3.3.1. Exposição à violência conjugal

A exposição dos resultados neste estudo começa por examinar a situação da violência em duas situações diferentes: a exposição à violência na actualidade e na infância/adolescência.

Podemos verificar na Tabela 2 que relativamente à exposição à violência conjugal, das sessenta mulheres inquiridas, todas referiram já terem sido alvo de abuso verbal/psicológico (100%), quer ao longo da vida quer no último ano. Esta forma de abuso ocorreu com uma elevada incidência ($M=1,52$; $DP=0,701$).

Relativamente ao abuso físico uma grande percentagem (91,67%) foi também vítima, sendo inclusivamente largamente maioritária no último ano (78,18%); com uma periodicidade em média de 2,72 ($DP=0,911$).

Ainda na mesma tabela, podemos verificar que as mulheres inquiridas que referiram já terem sido alvo de violência sexual são cerca de metade (51,7%). Destas mulheres que sofreram abuso sexual ao longo de suas vidas, 74% sofreu este tipo de violência no último ano. Das que foram abusadas sexualmente a periodicidade média é de 2,88.

Pelo exposto, verifica-se que predominam as situações de violência psicológica, seguida de violência física e por último a sexual, estando estas interligadas com frequência. (Anexo 6)

Tabela 2 - Violência na conjugalidade

		%	M	DP
Abuso verbal/psicológico		100,00		
Destas - No último ano		100,00		
Periodicidade	Diariamente	60,00	1,52	0,701
	Semanalmente	28,33		
	Mensalmente	11,67		
	Anualmente	0,00		
Abuso físico		91,67		
Destas - No último ano		78,18		
Periodicidade	Diariamente	7,27	2,72	0,911
	Semanalmente	27,27		
	Mensalmente	30,91		
	Anualmente	18,18		
	NR	16,36		
Abuso sexual		51,7		
Destas - No último ano		74,19		
Periodicidade	Diariamente	6,45	2,88	0,850
	Semanalmente	12,90		
	Mensalmente	41,94		
	Anualmente	16,13		
	NR	22,58		

Escala utilizada: de 1 = diariamente a 4 = anualmente

É possível criar um índice de violência actual ($M=2,93$; $DP=0,69$) calculado com base na periodicidade da violência nas mulheres vítimas, sendo que a consistência dos itens avaliado pelo *alpha de cronbach* é de 0,75.

Relativamente à exposição de violência no namoro e tendo em conta os resultados obtidos, como mostra a Tabela 3, das 60 mulheres inquiridas 13 referem ter tido essa experiência (21,67%) com uma periodicidade em média de 2,75. (Anexo 6)

Ainda na mesma tabela podemos verificar que a exposição à violência no início do casamento é um factor ainda mais relevante, sendo que uma elevada percentagem de mulheres refere ter sido vítima (58,33%) tendo tido uma exposição à violência com uma periodicidade média de 2,21. (Anexo 6)

Tabela 3: Exposição à violência no namoro e no início do casamento

		%	M	DP
Violência no namoro		21,67		
Periodicidade	Diariamente	15,38	2,75	1,138
	Semanalmente	23,08		
	Mensalmente	23,08		
	Anualmente	30,77		
	NR	7,69		
Violência no início do casamento		58,33		
Periodicidade	Diariamente	28,57	2,21	0,978
	Semanalmente	28,57		
	Mensalmente	31,43		
	Anualmente	8,57		
	NR	2,86		

Escala utilizada: de 1 = diariamente a 4 = anualmente

Directa ou indirectamente os filhos destas mulheres vítimas de violência conjugal também acabaram por ser vítimas, assistindo à violência parental ou ainda sendo também agredidos pelo progenitor.

Uma boa parte destas mulheres identificaram que os seus filhos também foram vítimas de violência por parte do progenitor. Pode-se verificar na Tabela 4 que 81,67% destas crianças observaram situações de violência, por parte do progenitor para com suas mães, sendo elevada a sua periodicidade ($M=1,96; DP=0,865$). Para além desta violência indirecta, mais de metade dos filhos (53,33%) também foram vítimas de agressões por parte do progenitor, com uma periodicidade ainda relativamente elevada ($M=2,41; DP= 0,875$). (Anexo 7)

Tabela 4: Exposição dos filhos à violência

		%	M	DP
Violência observada pelos filhos		81,67		
Periodicidade	Diariamente	38,8	1,96	0,865
	Semanalmente	26,5		
	Mensalmente	34,7		
Filhos foram vítimas		53,33		
Periodicidade	Diariamente	15,6	2,41	0,875
	Semanalmente	37,5		
	Mensalmente	37,5		
	Anualmente	9,4		

Escala utilizada: de 1 = diariamente a 4 = anualmente

A partir da informação obtida sobre a existência de violência na família de origem, verifica-se, como podemos observar na Tabela 5 que nas mulheres que sofreram violência na infância ou adolescência, as médias são relativamente baixas (sempre inferiores a 3; ponto intermédio da escala). Contudo destacam-se as que foram magoadas ou insultadas ($M=2,62$) e as que sofreram castigos cruéis ($M=2,51$). A violência sexual é inferior ($M= 1,30$). Ao mesmo tempo podemos verificar ainda na Tabela 5 que a percentagem de mulheres que, em crianças, sofreram violência sexual é a mais reduzida (16,67%). Relativamente às restantes situações de violência, cerca de metade da amostra foi vítima.

A boa consistência interna dos itens *alpha de cronbach* em 0,84 permite criar um índice de violência na infância e adolescência ($M=2,07; DP=0,98$).

Tabela 5: Violência na infância e adolescência

	M	DP	% violência
Família batia de forma a deixar marca	2,17	1,51	45,00
Castigada com objectos duros	2,19	1,53	47,67
Violência física entre membros da família	2,40	1,55	55,00
Castigos cruéis	2,51	1,60	56,67
Foi magoada ou insultada	2,62	1,59	60,00
Obrigada a comportamentos sexuais	1,30	0,83	16,67
Ameaças se não colaborasse em comportamentos sexuais	1,30	0,83	16,67
Era cuidada por alguém	3,88	1,39	

Escala utilizada: de 1 = nunca a 5 = muitas vezes

Relativamente aos cuidados dispensados por elementos da família na infância e adolescência, como se verifica na Tabela 5, a média é mais elevada (M= 3,88; DP=1,39), ou seja, apesar da violência poder ser sentida, a protecção para com a criança tem um peso relevante.

A correlação do índice de violência na infância e adolescência e o índice de violência actual é próximo de zero e não significativo ($r = - 0,04$; $p = 0,74$), ou seja, em termos de intensidade de violência não existe relação entre a violência na infância/adolescência e a violência actual.

3.3.2. Impacto da violência conjugal

O impacto da violência conjugal é avaliado através das consequências da violência no dia-a-dia da mulher, nas consequências psicopatológicas, na alteração dos traços de personalidade de criança para a fase adulta e na avaliação da situação clínica.

3.3.2.1. Consequências da violência no dia-a-dia

Como se pode verificar na Tabela 6, a maioria das mulheres vítimas refere consequências graves de violência conjugal. Destaca-se que, entre as consequências percebidas como mais graves, as relativas à saúde psicológica e ao papel de companheira (Anexo 8). Ao nível da saúde física, na sociedade, na família e no trabalho os impactos são também relevantes embora a um nível menos extremado. Por fim, é ao nível do papel de mãe que os valores são mais baixos.

Tabela 6: Impacto da violência conjugal

	M	DP
Como Companheira	3,72	0,55
Como mãe	2,54	1,15
No trabalho	2,80	1,05
Na família	2,85	1,12
Na sociedade	2,95	1,11
Na saúde física	3,07	0,97
Na saúde psicológica	3,85	0,51

Escala utilizada: de 1 = nenhum impacto a 4 = impacto grave

Como é possível verificar, o impacto da violência conjugal é considerável a nível da relação com o parceiro, e com repercussões a nível psicológico e emocional acentuadas.

É possível criar um índice do impacto da violência conjugal embora a consistência interna dos itens avaliado pelo *alpha de Cronbach* seja de 0,57 (M=3,11; DP=0,50).

Para além da avaliação destas consequências, há ainda um conjunto importante de mudanças concretas na sequência da vitimação como se pode verificar na Tabela 7. Cerca de metade das mulheres muda de residência e obtiveram retaguarda familiar e cerca de 1/3 foram mesmo acolhidas em instituições. (Anexo 8)

Tabela 7: Retaguarda familiar e social

	N	%
Mudança residência	32	53,33
Retaguarda familiar	34	56,67
Acolhimento em instituições	21	35,00

Apesar da vitimação e destas consequências as participantes neste estudo mantêm uma expectativa de vida relativamente positiva frente ao futuro. Na Tabela 8 podemos verificar que boa parte destas mulheres têm esperança de virem a ser felizes e recomeçarem suas vidas sendo que a média das que são mais pessimistas é inferior.

Para construir um índice de expectativas face ao futuro, foram, em primeiro lugar, invertidos os itens formulados de forma negativa (Tabela 8), alterando-se a pontuação da escala nestes, e, posteriormente, adicionados aos restantes itens e feita então a análise com todos eles.

Tabela 8: Expectativas de futuro

	M
Marido nunca me vai permitir seguir a minha vida	2,41
Nunca vou progredir	2,15
Futuro igual	2,22
Recomeçar	2,91
Ser feliz	2,90

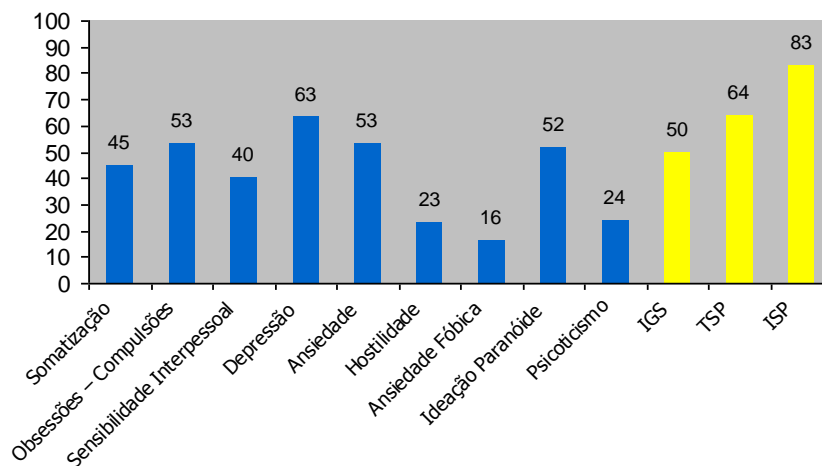
Escala utilizada: de 1 = discordo totalmente a 4 = concordo totalmente

O índice de expectativas de futuro nestas mulheres tem um bom nível de consistência interna dos itens avaliados pelo *alpha de Cronbach* que é de 0,88 (M=2,80; DP=0,70)

3.3.2.2. Consequências psicopatológicas

A frequência de sintomatologia psicopatológica¹ das mulheres neste estudo é muito elevada, conforme se pode verificar no Gráfico 1.

Gráfico 1: Psicopatologia – percentagem de sintomas psicopatológicos em mulheres vítimas de VC (BSI) e respectivos índices globais



¹ Para análise dos dados encontrados, o valor do ponto de corte foi obtido a partir das médias e desvios-padrão, obedecendo à fórmula de Fisher para o ponto de corte: $(M1+DP1)+(M2-DP2)/2$. (Inventário de Sintomas Psicopatológicos de Canavarro -BSI, 1999).

Podemos verificar que nas diferentes dimensões psicopatológicas do BSI, a percentagem do índice de sintomas psicopatológicos é muito elevada (83%). A depressão é a que apresenta uma percentagem mais elevada (63%), seguida da ansiedade e das obsessões-compulsões, ambas com 53% e ideação paranóide (52%). Os traços de menor relevo são a ansiedade fóbica (16%) e a hostilidade (23%). (Anexo 9)

Na comparação das variáveis psicopatológicas em mulheres vítimas de violência conjugal deste estudo (BSI) com a população em geral os resultados apresentados são estatisticamente significativos para todas as dimensões estudadas. Como podemos verificar na Tabela 9, a elevada percentagem de sintomas clínicos específicos deixa antever que os valores dos sujeitos da amostra se situam todos acima dos valores da população geral em termos psicopatológicos.

Tabela 9: Comparação das mulheres vítimas de VC da amostra com os valores normativos da população em geral (Canavaro - BSI - 1999).

Sintomas psicopatológicos	Amostra		População em geral		t	gl	p
	Média	DP	Média	DP			
SOM	1,68	1,07	0,57	0,92	7,60	59	0,000***
OC	1,79	0,83	1,29	0,88	4,64	59	0,000***
SI	1,65	1,00	0,96	0,73	5,33	59	0,000***
DEP	2,11	1,10	0,89	0,72	8,60	59	0,000***
ANS	1,80	0,85	0,94	0,77	7,80	59	0,000***
HOS	1,17	0,75	0,89	0,78	2,85	59	0,006**
AF	1,07	0,75	0,42	0,66	6,75	59	0,000***
IP	1,89	0,85	1,06	0,79	7,53	59	0,000***
PSI	1,18	0,76	0,67	0,61	5,18	59	0,000***
IGS	1,62	0,72	0,83	0,48	8,3	59	0,000***
TSP	35,23	11,25	26,99	11,72	5,67	59	0,000***
ISP	2,36	0,58	1,56	0,38	10,64	59	0,000***

*Nível de significância: $p < 0.05$

Por este motivo, comparamos todos os valores da amostra, com indivíduos emocionalmente perturbados. A Tabela 10 mostra que as mulheres vítimas de violência conjugal apresentam valores próximos das pessoas com perturbação emocional, sendo que apresentam valores significativamente superiores especialmente em Depressão, Ansiedade e Ideação Paranóide. Apresentam apenas valores inferiores aos indivíduos com perturbação emocional em Hostilidade, Psicoticismo e Obsessão-Compulsão.

Tabela 10: Comparação das mulheres vítimas de VC com indivíduos perturbados emocionalmente
(Canavarro – BSI -1999)

Sintomas psicopatológicos	Amostra		População em geral		t	gl	p
	Média	DP	Média	DP			
SOM	1,68	1,07	1,35	1,00	1,97	59	0,054
OC	1,79	0,83	1,92	0,92	-1,26	59	0,214
SI	1,65	1,00	1,60	1,03	0,41	59	0,685
DEP	2,11	1,10	1,83	1,05	2,01	59	0,049*
ANS	1,80	0,85	1,75	0,94	0,43	59	0,047*
HOS	1,17	0,75	1,41	0,90	-2,49	59	0,016*
AF	1,07	0,75	1,02	0,93	0,55	59	0,585
IP	1,89	0,85	1,53	0,85	3,24	59	0,002**
PSI	1,18	0,76	1,40	0,82	-2,31	59	0,025*
IGS	1,62	0,72	1,43	0,70	1,99	59	0,051
TSP	35,23	11,25	37,35	12,17	-1,46	59	0,150
ISP	2,36	0,58	2,11	0,59	3,29	59	0,002**

*Nível de significância: $p < 0.05$

Tendo em conta os resultados da análise efectuada, a elevada percentagem encontrada nas mulheres deste estudo reflecte a intensidade da sintomatologia e a gravidade dos transtornos de que padecem.

Em termos de psicopatologia, ainda é possível verificar, como mostra a Tabela 11, que a depressão e a ansiedade avaliada no Questionário de Resposta Emocional à Violência Doméstica (REV), também são as patologias mais significativas. Para além destas é possível verificar ainda que estas mulheres têm transtornos do humor e maiores dificuldades de adaptação social. Ao compararmos os valores da amostra com o estudo de González (REV) verificamos que os valores da amostra são significativamente superiores, destacando-se a ansiedade.

Tabela 11. Comparação das mulheres vítimas de VC com um estudo de González R. *et al* (REV, 2005).

	Amostra		Estudo de González		t	gl	p
	Média	DP	Média	DP			
Depressão	10,93	5,21	9,45	5,50	2,21	59	0,031*
Ansiedade	10,23	6,37	7,37	4,95	3,48	59	0,001**
Ajuste psicossocial	6,22	3,94	5,13	3,55	2,14	59	0,037*
Humor irritável	7,30	3,69	6,26	3,20	2,18	59	0,033*

*Nível de significância: $p < 0.05$

3.3.2.3. Consequências na personalidade

Após o levantamento de determinados traços de personalidade, baseados nas dimensões básicas de personalidade do 16 PF5, foi feita uma comparação de médias entre os mesmos traços em duas fases distintas, ou seja, como a mulher se vê actualmente e como se lembra de ser na infância.

Na comparação de médias entre as duas fases, nos diferentes traços, verifica-se a existência de resultados estatisticamente significativos em algumas das variáveis como se pode verificar na Tabela 12.

Tabela 12: Consequências na personalidade

Traços	Infância/adolescência		Adulto		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Expansiva	2,65	1,16	2,75	1,02	0,62	59	0,54
Capacidade cognitiva	2,97	0,79	2,80	0,69	2,20	58	0,03*
Estável	2,85	0,81	2,56	0,82	2,14	58	0,04*
Afirmativa	2,80	0,78	2,77	0,72	0,26	59	0,80
Preocupada	3,37	0,83	3,75	0,60	3,03	58	0,004**
Conscienciosa	3,23	0,65	3,48	0,50	2,75	59	0,008**
Desenvolta	3,17	0,85	3,05	0,75	0,86	59	0,39
Sensível	3,44	0,62	3,58	0,62	1,24	58	0,22
Desconfiada	2,42	1,01	2,83	1,01	3,71	59	0,000***
Imaginativa	3,05	0,83	2,93	0,69	1,04	59	0,30
Simples	3,27	0,52	3,37	0,52	1,52	59	0,14
Auto-confiante	2,68	0,77	2,68	0,83	0,00	59	1,00
Adaptável	3,08	0,67	3,15	0,61	0,81	59	0,42
Dependente	2,40	0,87	2,75	0,75	2,96	59	0,004**
Tolerante	3,13	0,70	3,28	0,69	1,54	59	0,13
Tensa	3,07	0,84	3,58	0,59	4,49	59	0,000***

*Nível de significância: $p < 0.05$

Os resultados relativamente à capacidade cognitiva ($t=2,20$; $p=0,03$) e à estabilidade emocional ($t=2,14$; $p=0,04$) são significativos, revelando uma diminuição destes dois factores na fase adulta, ou seja uma diminuição na capacidade cognitiva e na estabilidade. Os factores preocupação ($t=3,03$; $p=0,004$), consciência ($t=2,75$; $p=0,008$) e dependência ($t=2,96$; $p=0,004$) registam alterações significativas e revelam um aumento nestas áreas, ou seja, estas mulheres em adultas são mais preocupadas, conscienciosas e dependentes. Os traços desconfiança ($t=3,71$; $p=0,000$) e tensão ($t=4,49$; $p=0,000$) são extremamente significativos tendo havido um aumento muito acentuado nestes factores, o que revela que estas mulheres violentadas passaram a ser muito mais desconfiadas e ansiosas.

Relativamente aos resultados dos traços de expansividade, capacidade afirmativa, desenvoltura, sensibilidade, imaginação, simplicidade, auto-confiança, adaptação e tolerância não há diferenças significativas.

Podemos, assim, afirmar que após a violência sofrida, estas mulheres passaram a ter uma percepção diferente de si mesmas, percebendo-se essencialmente muito mais ansiosas, desconfiadas e preocupadas. De verificar ainda que também se sentem mais dependentes, com grande instabilidade emocional e ainda referem uma perda na sua capacidade cognitiva.

3.3.2.4. Situação clínica

Ao analisar os dados obtidos para a saúde das mulheres vítimas de maus tratos conjugais, na actualidade, pode-se verificar na Tabela 13 que das 60 mulheres entrevistadas uma percentagem significativa identifica danos físicos e psicológicos em si própria.

No que se refere a doenças crónicas, 45% do total destas mulheres assinala-as, sendo que destas, a depressão é aquela que aparece com um índice mais elevado (25%), seguido de doenças respiratórias como asma e bronquite (12,5%) como mostra a Tabela 13. Relativamente a idas ao médico no último mês, a percentagem é elevada (56,67%) sendo que 33,33% foi apenas uma vez, sendo a Clínica Geral a especialidade mais procurada (56,82%), embora a Psiquiatria também tenha uma percentagem relevante (18,18%). Recorreram ainda à urgência 40% das mulheres, especialmente por motivo de agressão (20,83%) e ainda 12,50% por ingestões medicamentosas.

Mais de metade (52,50%) assume andar com medicamentos na carteira, sendo que 85% foram prescritos pelo médico, assim como grande parte também faz auto-medicação (55%) e já fez tentativas de suicídio (45%) sendo que destas últimas uma percentagem altamente significativa (92,59%) considera que estas se devem a maus tratos conjugais.

Tabela 13: Situação clínica em adulto

		Nº PESSOAS	%
Doença crónica		27	45,00
Tipo de doença	Depressão	8	25
	Asma/Bronquite	4	12,5
	Gastrite	3	9,38
	Tiróide	3	9,38
	Outras	14	43,75
Idas ao médico no último mês		34	57,00
Especialidade médica	Clínica geral	25	56,82
	Psiquiatria	8	18,18
	Ginecologia	3	6,82
	ORL	3	6,82
	Outras	5	11,36
Ida à urgência (últimos meses)		24	40,00
Razões da urgência	Agressão	5	20,83
	Constipação/gripes	3	12,50
	Ingestão medicamentosa	3	12,50
	Outras	13	54,17
Medicamentos na carteira		31	52,50
Medicação com prescrição médica		51	85,00
Auto-medicação		33	55,00
Tentativa de suicídio		27	45,00
Motivo tentativa de suicídio	Maus tratos conjugais	25	92,59
	Humilhações	2	7,41
Pensamentos de morrer		43	71,67
Ocorrem muitas vezes		29	67,44
Antecedentes criminais		3	5,00
Motivos destes antecedentes	Agressão	2	66,67
	Falsas declarações	1	33,33

Pensamentos de morte foram relatados por 71,67%, sendo que destes 67,44% são frequentes.

Ainda na Tabela 13 é possível verificar que relativamente a antecedentes criminais só 5% refere possuir, sendo que 66,67% foi devido a agressão.

Na tabela 14 verifica-se que, de todas as mulheres entrevistadas, 23,33% sofreu doença grave na infância, sendo que a bronquite asmática foi apontada como a de maior incidência (30,77%), havendo necessidade de uma grande percentagem fazer medicação (84,62%). De referir ainda que 23,33% também foram internadas na infância, especialmente por motivos de cirurgia (76,92%). Tiveram acompanhamento em consulta de Psicologia e ou Psiquiatria 8,33%, tendo sido referido como causa deste, problemas comportamentais (40%) e violência doméstica (40%).

Tabela 14: Situação clínica na infância/adolescência

		Nº PESSOAS	%
Doença na infância/adolescência		14	23,33
Tipo de doenças	Bronquite asmática	4	30,77
	P. Auditivos	2	15,39
	Outras	8	53,85
Necessidade de medicação		12	84,62
Internamento na infância/adolescência		14	23,33
Razões do internamento	Cirurgia	11	76,92
	Problemas respiratórios	2	15,38
	Hemorragia	1	7,69
Consultas de Psiquiatria /Psicologia		5	8,33
Razões	Problemas comportamentais	2	40,00
	Violência doméstica	2	40,00
	Luto	1	20,00

No que respeita à situação de doença crónica na infância/adolescência e doença crónica na fase adulta, existe uma diferença significativa, como evidencia o teste de qui-quadrado ($\chi^2(1) = 8,32; p = 0,004$).

A Tabela 15 mostra que esta diferença se deve essencialmente ao facto de as mulheres da amostra que tiveram doença na infância também referem doença crónica na actualidade.

Tabela 15: Comparação entre doença grave na infância/adolescência e doença crónica actual.

Doença na infância	Doença na fase adulta					
	N		%		Total	
	Sim	Não	Sim	Não	N	%
	11	3	(78,6)	(21,4)	14	23,3
	16	30	(34,8)	(65,2)	46	76,7
	27	33	45	55	60	100

3.3.3. Ideação e tentativa de suicídio

Como é possível verificar na Tabela 16, a percentagem de mulheres vítimas de violência conjugal que tentam o suicídio é muito elevado, correspondendo a quase metade da amostra (45%), no entanto as que pensam em fazê-lo é ainda superior (72%). Estas mulheres vítimas de violência por parte de seus companheiros, em algum momento, perderam completamente a esperança não vendo outra alternativa de vida.

Como seria de prever nestas mulheres, há uma associação muito significativa entre pensamentos de morte e a tentativa de suicídio, como evidencia o teste de qui-quadrado ($\chi^2(1)=7,17;p=0,007$).

Essencialmente esta relação, como é possível verificar na Tabela 16, deve-se a que as mulheres que tentam o suicídio têm quase todas ideação suicida.

Tabela 16: Comparação entre ideação e tentativa de suicídio nas mulheres vítimas de violência conjugal do estudo

	Pensamentos de morte							
	N		%		N		%	
	Sim		Não		Total			
Tentativa de suicídio	Sim	24	(88,9)	3	(11,1)	27	45	
	Não	19	(57,6)	14	(42,4)	33	55	
	Total	43	72	17	28	60	100	

Na comparação de médias nos indicadores de psicopatologia entre mulheres que realizaram tentativa de suicídio e as que não realizaram (Tabela 17) encontram-se diferenças muito significativas. As mulheres que tentaram o suicídio têm indicadores significativamente superiores de psicopatologia.

Tabela 17: Comparação de médias entre mulheres vítimas que tentaram o suicídio, mulheres sem tentativa de suicídio e psicopatologia (BSI - Canavarro 1999)

Índices e Dimensões do BSI	Mulheres c/ tentativa suicídio		Mulheres s/ tentativa suicídio		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Total de Sintomas Positivos	39,41	9,55	31,82	11,51	2,74	59	0,008**
Índice de Sintomas Positivos	2,64	0,46	2,12	0,56	3,83	59	0,000***
Índice Geral de Sintomas	1,99	0,60	1,31	0,68	4,02	59	0,000***
Sensibilidade Interpessoal	2,02	0,94	1,35	0,96	2,70	59	0,009**
Somatização	2,14	0,94	1,21	1,01	3,69	59	0,000***
Obsessões - Compulsões	2,17	0,69	1,48	0,82	3,46	59	0,001**
Depressão	2,73	0,89	1,61	0,99	4,58	59	0,000***
Ansiedade	2,23	0,79	1,45	0,74	3,93	59	0,000***
Hostilidade	1,51	0,68	0,89	0,69	3,47	59	0,001**
Ideação Paranóide	2,12	0,79	1,70	0,86	1,96	59	0,054*
Psicoticismo	1,44	0,66	0,96	0,77	2,58	59	0,012*
Ansiedade Fóbica	1,21	0,85	0,96	0,65	1,25	59	0,214

Correlação estatisticamente significativa ($p < ,05$) assinalada com *, muito significativa ($p < ,001$)

assinalada com ** e altamente significativas ($p < ,000$) assinalada com***

3.3.4. Crenças sobre a violência nas relações da conjugalidade

As crenças e preconceitos sobre a relação de intimidade contribuem objectivamente para a legitimação e adopção de atitudes por vezes negligentes face à violência conjugal minimizando e desculpabilizando os actos dos agressores.

No presente estudo, ao fazermos a comparação da média global das mulheres vítimas de violência conjugal com cônjuges não abusadores (ECVC)², como se pode verificar na Tabela 18, que não há diferenças significativas ($t=1,67$; $p=0,10$).

Tabela 18: Comparação das vítimas de VD com cônjuges não abusadores (ECVC - Machado, 2006)

Amostra		Cônjuges não abusadores		t	gl	p
Média	DP	Média	DP			
53,95	14,85	50,74	14,8	1,67	59	0,10

No que respeita aos 4 factores do ECVC, verifica-se que as médias mais elevadas são referentes aos dois últimos factores da Tabela 19 (LVACE e LVPPF), ou seja, estas mulheres vítimas de maus tratos justificam, legitimam ou ainda minimizam a violência especialmente quando se trata de violência atribuída a causas externas e pela preservação da privacidade familiar. Relativamente aos dois primeiros factores da Tabela 19, legitimação e banalização da pequena violência (LBPV) e legitimação da violência pela conduta da mulher (LVCM), as participantes deste estudo revelam uma menor adesão a este tipo de crenças.

Tabela 19: Comparação de médias totais nos 4 factores do ECVC

Factores do ECVC	M	DP
Legitimação e banalização pequena violência	1,948	0,621
Legitimação da violência pela conduta da mulher	2,260	0,661
Legitimação da violência atribuída a causas externas	2,509	0,749
Legitimação da violência pela preservação da privacidade familiar	2,460	0,798

² Esta escala não foi testada com vítimas de violência doméstica, apenas com cônjuges abusadores e cônjuges não abusadores.

Ainda podemos verificar, na Tabela 20, que existe uma correlação significativa, embora negativa, entre as crenças das mulheres vítimas de violência com o índice do impacto da violência, ou seja, quanto mais estas mulheres vítimas legitimam a violência menos impacto esta tem. Também há uma correlação significativa entre as crenças e o índice geral de sintomas psicopatológicos do BSI. Os resultados mostram-nos que estas mulheres dizem aceitar, mas os sintomas psicopatológicos são elevados. No que respeita ao índice de violência infantil e ao índice de violência actual não existe relação significativa com as crenças.

Tabela 20: Correlação de crenças (ECVC) nas mulheres vítimas de VC com o Índice do Impacto da Violência, Índice Geral de Sintomas (BSI), Índice de Violência Infantil e Índice de Violência Actual.

ECVC	Índice impacto violência		Índice Geral Sintomas (BSI)		Índice Violência Infantil		Índice Violência Actual	
	r	p	r	p	r	p	r	p
	-0,25	0,05*	0,26	0,05*	0,191	0,144	0,24	0,07

Correlação estatisticamente significativa ($p < ,05$) assinalada com *

3.4. Discussão dos resultados

Inicialmente neste estudo com mulheres vítimas de violência conjugal, procurou-se rever múltiplas investigações relacionadas com o tema da violência doméstica e verificou-se que este é altamente complexo.

Podemos verificar que, e após análise dos resultados obtidos, que existem vários tipos de actos percebidos como violentos, normalmente surgindo de forma interligada, sendo que a violência psicológica é aquela que surge com maior frequência nas vítimas, como já foi documentado em diferentes estudos (Annan, 2002; Matos, 2002, Goldberg & Tomlanovich, 1984, Walker, 1994). Este tipo de violência, para além de estar presente conjuntamente com os outros tipos (físico e sexual), também se apresenta de forma mais frequente e permanente. As vítimas de abuso sexual, embora, no geral, tenham uma percentagem inferior, sentem esta vitimação com uma periodicidade elevada.

Uma das nossas metas era avaliar o impacto da violência conjugal na mulher, em diferentes âmbitos. No nosso estudo ficou evidente que as sequelas ocorrem a vários

níveis, especialmente na relação com o companheiro e ainda de forma mais acentuada a nível do seu estado psicológico, sendo que esta constatação está de acordo com vários estudos nacionais e internacionais já efectuados (Lisboa, 2003; Machado & Gonçalves, 2003; Matos, 2002; Amor & Bohórquez, 2006; Walker, 1994; Campbell *et al*, 1995; Marx, 2005; Day *et al*, 2003). As consequências menos significativas referem-se à relação com os filhos, ou seja, apesar de em alguns casos as mulheres sentirem que a vitimação que sofrem também afecta o seu comportamento na relação com seus filhos, no entanto esta ainda é a que é menos considerada. Mais de metade destas vítimas acabam por ter de fugir de casa, ficando à mercê de apoio familiar ou social, conforme mostra este estudo, sendo também documentado por alguns autores (Vicente, 2002; Scott, 2000) que certas condutas de autoridade praticadas pelo sexo masculino, na relação conjugal, são socialmente aceites, sendo assim certo tipo de violência praticado por estes é desvalorizada, levando a uma revitimização da mulher. Em alguns destes casos são acolhidas em instituições e quase sempre vão acompanhadas dos filhos.

Outro dos objectivos vem de encontro ao primeiro, ou seja a verificação ou não de ocorrência de patologia em mulheres vítimas de maus tratos conjugais. Verificamos que, após análise dos dados obtidos, a grande maioria das mulheres apresentou sintomatologia. Estes resultados vêm ao encontro de estudos largamente difundidos tanto a nível nacional como internacional (Lisboa, 2003; Follingstad *et al*, 1990; Gleason, 1993 entre outros) que referem a existência de vários traços patológicos na decorrência da vitimação. A nível emocional, as consequências são devastadoras e levam a uma desestruturação psíquica da vítima, com manifestação de sintomas a vários níveis. No presente estudo, a depressão surge com um especial relevo, seguida de ansiedade e das obsessões, apresentando valores patológicos em mais de metade das vítimas de violência conjugal. Cerca de 45% destas mulheres já fizeram tentativas de suicídio. Verificamos que em quase todas as mulheres que tentaram o suicídio, o motivo apresentado para este comportamento, foi o de maus tratos conjugais.

Como se pode verificar na literatura sobre este tema (StarK & Flitecraft, 1988; Rhodes, 2002), a depressão acentuada pode levar a ideação suicida ou mesmo à tentativa de suicídio, por sofrimento, desesperança e o facto de, em determinados momentos de suas vidas, estas mulheres não percepcionarem saída para a sua situação. De salientar também que na nossa amostra a recorrência às urgências é elevada (40%), sendo que mais de 20% é por motivo de agressão por parte dos companheiros e quase

13% por ingestões medicamentosas. Verificamos, assim, que o impacto psicológico da violência conjugal na nossa amostra é elevado, mostrando uma grande reactividade emocional e níveis significativos de sintomatologia psicopatológica. A literatura tem sublinhado que em decorrência do maltrato conjugal, uma grande percentagem de vítimas apresenta um perfil psicopatológico caracterizado por transtorno de stress pós-traumático (Amor, *et al.*, 2002; Echebúria *et al.*, 1997; Golding, 1999; Walker, 1994), sendo que este estudo vem confirmar estes dados. Em todas as dimensões psicopatológicas do BSI assim como nos índices os valores são elevados. Os resultados obtidos na nossa amostra relativamente à psicopatologia é muito significativa, comparativamente aos sintomas psicopatológicos da população em geral, o que nos revela claramente que as mulheres vítimas de maus tratos conjugais, apresentam em termos de psicopatologia, valores particularmente elevados e estão muito acima das outras que não sofrem este tipo de violência. Ao compararmos os resultados da nossa amostra com indivíduos emocionalmente perturbados, concluímos que os resultados são idênticos, ou seja, a patologia encontrada nas mulheres vítimas de abuso conjugal aproxima-se da patologia encontrada em doentes psiquiátricos, sendo que em determinados sintomas clínicos, como depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, ideação paranóide, somatização e sensibilidade interpessoal, os resultados da nossa amostra ainda são superiores, o que reflecte a gravidade da sintomatologia destas mulheres vítimas.

Vários estudos têm sido efectuados no sentido de definir uma personalidade tipo para as mulheres vítimas de maus tratos conjugais (Costa e Duarte, 2000; Foreman & Dallos, 1993; Hydèn, 1995) que justifiquem sua permanência na relação de abuso, no entanto muitos destes são controversos. Neste estudo foi feito um levantamento de traços de personalidade e posteriormente comparamos estes na actualidade com a percepção que a mulher tem de como era na infância/adolescência e constatamos que em alguns desses traços houve uma alteração significativa. De salientar, como seria de esperar, o facto de as mulheres vítimas passarem a ser muito mais desconfiadas e ansiosas. Outros traços de personalidade que também se salientam é o facto de serem mais dependentes, conforme já citado por Foreman & Dallos (1993), preocupadas, mas também conscienciosas de sua realidade.

Relativamente à hipótese da “psicopatologização” referenciada por Harway (1993), para justificar a permanência da mulher na relação, parece-nos que não é devido

à patologia que a mulher se mantém na relação de abuso mas sim esta parece ser uma consequência já que não foram encontrados resultados muito significativos na comparação entre patologia na infância/adolescência e fase adulta. Apesar deste resultado, verificamos que mais de 8% das mulheres já tinham sido seguidas em consulta de Psicologia/Psiquiatria em fase mais precoce, e que destas, uma grande percentagem, foi por motivo de violência doméstica e problemas comportamentais (40%). A literatura referencia que a experiência de vitimação na infância favorece a sua perpetuação (Machado & Gonçalves, 2003; Wekerle & Wolfe, 1998) e no nosso estudo aproximadamente metade das mulheres foi alguma vez vítima de maus tratos na infância, apesar dos sentimentos de protecção terem tido um peso relevante. Tendo em conta os resultados obtidos não podemos afirmar ou delimitar uma personalidade prévia nestas mulheres, nem tampouco afirmar que a violência na infância é um factor crucial para a permanência na violência na fase adulta, apenas foi possível verificar que alguns traços de personalidade foram alterados.

Neste estudo, os resultados encontrados relativamente à violência na infância/adolescência não justificam a continuidade desta violência na fase adulta, pois, após a comparação destes dois factores, verificamos que não existe relação significativa em termos de frequência da violência. Estes dados vêm contrariar os estudos de alguns autores (Machado & Gonçalves, 2003; Wekerle & Wolfe, 1998; Figueiredo *et al*, 2003; Rivera-Rivera *et al*, 2004) que têm referido que os maus tratos na infância contribuem de forma significativa para a continuidade de maus tratos na fase adulta.

Um dos factores muitas vezes referidos na literatura como significativo para a continuidade dos maus tratos conjugais prende-se com as crenças e normas sociais (Lisboa *et al*, 2003; Herzberger e Ruceckert, 1997). Os resultados encontrados relativamente a este factor mostram-nos que existe uma certa tolerância frente à violência perpetuada pelo companheiro, principalmente no que se refere à legitimação da violência pela preservação da privacidade familiar e legitimação da violência pela sua atribuição a causas externas. Uma das hipóteses que podemos levantar é a de que a mulher entende que determinados comportamentos não devem passar da esfera privada ou ainda seu receio de ser mal compreendida por parte da sociedade em geral. Este tipo de resultados acaba por desculpabilizar a violência sofrida por parte do companheiro, o que poderá levar a uma continuidade da mesma por parte do agressor.

IV – CONCLUSÃO

A problemática da violência conjugal tem vindo a afectar diferentes famílias de vários estratos sociais. Não existem estatísticas exactas sobre a violência doméstica em Portugal, pois muitas mulheres nunca pedem ajuda ou demoram anos a pedir, no entanto tem vindo a surgir cada vez mais estudos sobre esta situação, o que tem levado à implementação de legislação sobre o assunto.

Uma das conclusões que se destacam neste estudo está relacionada com o impacto da violência sofrida pela mulher relativamente ao companheiro. Os resultados encontrados vêm reforçar as consequências que a violência conjugal tem na família e em particular na saúde física, emocional, social e financeira da mulher.

É de grande visibilidade as consequências na saúde psicológica da mulher, sendo que se verificou uma alta incidência de sintomas depressivos e ansiosos, entre outros, com uma grande tendência para a ideação suicida.

Não foi possível especificar, nestas vítimas, um determinado perfil, em termos de personalidade. Apenas se verificou que, na sua generalidade, as mulheres vítimas de maus tratos conjugais deste estudo percebem uma alteração em termos de sua identidade, ou seja, referem que, em termos de personalidade, passaram a ser mais ansiosas, desconfiadas, com um nível de preocupação superior e ainda mais dependentes. Também expressam menores competências cognitivas e maior instabilidade geral.

Estes resultados vêm mostrar que estas mulheres vítimas passam a ter uma perspectiva de vida alterada, percebendo-se como pouco apoiadas tanto socialmente como familiarmente.

Um outro factor pertinente se refere ao pressuposto inicial de que poderia haver uma relação entre a violência na infância e/ou adolescência e a vitimação na fase adulta. Nos resultados encontrados não foi possível constatar uma ligação consistente entre a violência nestas duas fases da vida da mulher, contrariamente a outros estudos que já foram efectuados.

Existem variados factores relacionados com a vitimação na relação conjugal, e as crenças existentes na nossa sociedade são um deles. Neste contexto e apesar da

evolução sócio-cultural da nossa sociedade, ainda existem papéis bem definidos a nível da família, sendo estes distribuídos, muitas vezes, de forma desigual e sobrevalorizando o poder de cada um dos membros da mesma. Neste estudo, verificou-se que ainda estão muito enraizadas determinadas crenças e normas sociais no que diz respeito aos membros da família e à sua hierarquia. Foi possível verificar uma relação entre o impacto da violência e as crenças assim como uma legitimação destas principalmente quando se trata da privacidade familiar.

Podem-se apontar algumas limitações deste estudo nomeadamente o número reduzido da amostra, a área geográfica limitada, o nível sócio-económico reduzido e a baixa escolaridade.

Sendo assim, seria interessante, na continuidade desta investigação, retomar o mesmo tema porém com uma amostra em larga escala e levando em consideração outros factores de forma mais heterogénea.

Os resultados encontrados foram de enorme relevância no sentido de uma tomada de consciência cada vez maior sobre os impactos da violência conjugal, e para finalizar, é importante reflectir sobre a problemática deste tipo de violência e a dimensão das suas consequências a vários níveis.

A prevenção da violência e de suas sequelas físicas e psíquicas é essencial e cada vez mais se torna necessário criar espaços de discussão e reflexão no sentido de tornar as gerações de famílias futuras mais conscientes e saudáveis.

Bibliografia

- Aguilar, R.J. & Nighingale, N.N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9, 35-45.
- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alexander, R. (1993). Wife battering: An Australian perspective. *Journal of Family Violence*, 8, 29-245.
- Aliaga, P.P., Ahumada, G. S., Marfull, J. M.(2003). Violencia hacia la mujer: un problema de todos. *Re. Chil. Obstet. Ginecol*, 68(1), 75-8.
- Almeida, A. N. *et al.* (1999). Famílias e maus tratos às crianças em Portugal. Relatório final. Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.
- Almeida, S. (2001). Violência na família. In Silva, L. (org) *Acção Social na Área da Família*. (pp. 253-282). Lisboa: Universidade Aberta.
- Altamirano, R. I. (2000). La violencia intrafamiliar: Los mitos. *Revista Méd de Guanajuato*, 10(1-2), 206-9.
- Alvarado-Zaldivar, G., Salvador-Moysén, J., Estrada-Martínez, S., Torrones-González, A. (1998). Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Publica Mex*, 40, 481-486.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico & maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en lo hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 167-178.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.
- Amor, A. P. J. & Bohórquez Ortega, I. A. (2006). Mujeres víctimas de maltrato doméstico. En *Curso: los procesos de victimización Y su abordaje en medios no especializados*. (2ª ed.).

- Annan, K. (2002). United Nations Radio News. Disponível em www.un.org/av/radio/portuguese/2002/nov/021114.html.
- Apt, C. & Hurlbert, D. F. (1993). The sexuality of women in physically abusive marriages; a comparative study. *Journal of Family Violence*, 8, 157-69.
- Archer, J. & Lloyd, B. (2002). *Sex and Gender* (2ª Ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (1999). *Compreender*. Manual Alcipe. Para o atendimento de mulheres vítimas de violência. Parte I. Lisboa.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2005). Estatísticas de 2004. Lisboa.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2009). Relatório anual. Disponível em www.apav.pt.
- Barnett, O. W. & Fagan, R. W. (1993). Alcohol use in males pouse abusers and their female partners. *Journal of Family Violence*, 8(1), 1-25.
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Paris: Seuil.
- Buzawa, E. S. & Buzawa, C.G. (1996). *Domestic violence: The criminal justice response*. London: Sage.
- Beichman, J. H., Zucker J. K., Hood, J.E. & Da Costa J.A. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 16(I), 101-118.
- Canavarro, M. (1999). *Inventário de sintomas psicopatológicos – B. S. I.* In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, Vol. II (pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Cascardi, M. & O’Leary, K.D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 249-259.
- Casique, L.C. (2004). *Violência perpetrada por companheiros íntimos às mulheres em Celaya. Ribeirão Preto – SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão preto: USP. São Paulo.*
- Casique, L.C. & Furegato, A.R.F. (2006). Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6). Ribeirão Preto.
- Cattell, R. B. (1975). *Cuestionario de personalidad 16 PF*. Madri: TEA Ediciones.

- Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P.M., Leon, A.C. & Portera, L. (1996). Childhood abuse and subsequent sexual assault among female inpatients. *Journal Trauma Stress*, 9(3), 473-482.
- Coid, J., Petruckevitch, A., Feder, G., Chung, W.S., Richardson, J. & Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet*, 358, 450-454.
- Costa, M. E. & Duarte, C. (2000). *Violência Familiar*. Ambar. Porto.
- Day, V. P., Telles, L. E. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F., Machado, D. A., Silveira, M. B., Debiaggi, M., Reis, M. G., Cardoso, R. G. & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 9-21.
- Diário da República (1991), nº 185, Série I-A.
- Doerner, W. D. & Lab, S. P. (1995). *Victimology*. Cincinnati: Anderson Publishing Co.
- Dutton, D. G. & Painter, S. L. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachment in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology: Na International Journal*, 6, 139-155.
- Dutton, D. G. & Painter, S. L. (1993). The battered women syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 614-622.
- Dutton, D. G., Starzomski, A. & Ryan, L. (1996). Antecedents of abusive personality and abusive behavior in wife assaulters. *Journal of Family Violence*, 11(2), 113-132.
- Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: um estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- Editorial Amnistia Internacional (EDAI). (2004). *Está en nuestras manos: no más violencia contra las mujeres*. Madrid: España.
- Figueiredo, B. (1998). Maus tratos à criança e ao adolescente: situação e enquadramento da problemática. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. Universidade do Minho, Instituto de Educação e psicologia (3), 5-20.

- Figueiredo, B., Fernandes, E., Matos, R. & Maia, A. (2003). *Maus tratos na infância: Trajectórias desenvolvimentais e intervenção psicológica na idade adulta*. In Machado, C. & Gonçalves, R. A. (Coords.). *Violência e Vítimas de Crimes*. Vol.1. Quarteto. Coimbra.
- Foreman, S. & Dallos, R. (1993). Domestic Violence. In R. Dallos & E. McLaughlin. *Social problems and the family*, 7-46.
- Gelles, R. (1987). *Family violence* (2ªEd.). London Sage Publications.
- Gianini, R.J., Litvoc, J. & Eluf-Neto, J. (1999). Agressão física por classe social. *Revista Saúde Pública*, 33(2),180-6.
- Giles-Sims, J. (1998). The aftermath of partner violence. In J. L. Jasinski & L. M. Williams (Eds.). *Partner violence. A comprehensive review of 20 years of research*, 44-72.
- Gleason, W.J. (1993). Mental disorders in battered women: Na emoirical study. *Violence and Victims*, 8, 53-68.
- Goldberg, W. G. & Tomlanovich, M. C. (1984). Domestic violence victims in the emergency department. *Journal of the American Medical Association*, 251, 3259-3264.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Guelles, R. J. (1997). *Intimate violence in families*. Thousand Oaks: Sage
- Harway, M. (1993). *Battered women: Characteristics and causes*. In M. Hansen & M. Harway (Eds.), *Battering and family therapy: A feminist perspective* (pp. 29-53). Thousand Oaks: Sage.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Híjar-Medina, M., López-López, M.V. & Blanco-Muñoz J. (1997). La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud pública de México*, 39(6), 1-8.
- Holtzworth-Munroe, A., Smutzler, N. & Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence. Part II: The psychological effects of husband violence on battered women and their children. *Aggression and Violent Behaviour*,

2(2), 179-213.

Hydèn, M. (1995). Verbal aggression as a prehistory of woman battering. *Journal of Family Violence, 10*, 55-71.

JanKowski, M.K., Leitenberg H., Henning K. & Coffey P. (2002). Parental caring as a possible buffer against sexual revictimization in young adult survivors of child sexual abuse. *J Trauma Stress, 15*(3), 235-244.

Kaplan, T., Hendriks, J. H., Black, D. & Blizzard, B. (1994). *Enfants qui survivent après qu'un de leurs parents a tué l'autre*. In C. Chiland & J. G. Young (Eds), *Les Enfants et la violence*. (pp. 73-96). Paris: Presses Universitaires de France.

Kilpatrick, D.G., Acierno, R., Resnick, H.S., Saunders, B.E. & Best, C.L. (1997).

A 2- year longitudinal analysis of the relationship between violent assault and substance use in women. *Journal Consult Clin psychol, 65*, 834-847.

Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. & Fontecilla, M. (1997). Estado de arte en resiliência. Organización Panamericana de la Salud, Ceanim – Centro de Estudios y Atención del Niño y la mujer.

Krahe B., Scheinberger-Olwig R., Waizenhofer E. & Kolpin S. (1999). Childhood sexual abuse and revictimization in adolescence. *Chil Abuse Negl, 23*(4), 383-394.

Lourenço, N. & Lisboa, M. (1992). *Representações da violência*, nº 2/9, CEJ. Lisboa.

Lourenço, N & Lisboa, M. (1995). *Relatório Final sobre a Violência Contra as Mulheres*. Lisboa: CIDM

Lourenço, N., Lisboa, M. & Pais, E. (1997). *Violência contra as mulheres*. Lisboa: CIDM.

Lisboa, M., Carmo, I., Vicente, L. B & Nóvoa, A. (2003). Custos Sociais e Económicos da Violência Contra as Mulheres – Síntese dos Resultados do Inquérito Nacional de 2002. Universidade Nova de Lisboa.

Lisboa, M., Barroso, Z. & Marteleira, J. (2003). *O contexto social da violência contra as mulheres detectada nos Institutos de Medicina Legal*. Lisboa: CIDM.

Long, G. M. & McNamara, J. R. (1989). Paradoxical punishment as it related to the battered women syndrome. *Behavior modification, 13*(19), 2-205.

- Machado, C. & Gonçalves, R. A. (2003). *Violência e Vítimas de Crimes*. Coimbra: Quarteto, 2ª edição. Vol.1 – (pp.45-62).
- Machado, C., Matos, M. & Moreira, A. I. (2003). Violência nas relações amorosas: Comportamentos e atitudes na população universitária. *Psychologica*, 33, 69-83.
- Mc Cauley, J., Kern, D., Kolodner, K. *et al.* (1995). The “Battering Syndrome”: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med*, 123, 737 – 146.
- Mahoney, P. (1999). High rape chronicity and low rates of help-seeking among wife rape survivors in a nonclinical sample: Implications for research and practice. *Violence Against Women*, 5, 993-1016.
- Margolin, G. (1998). *Effects of domestic violence on children*. In P. K. Trickett & C. J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community*. (pp. 57-101). Washington: APA.
- Marx, B. P. (2005). Lessons learned from the last twenty years of sexual violence research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 225-230.
- Matos, M., Machado, C. & Gonçalves, M. (2000). E.C.V.C. – *Escala de Crenças sobre a violência conjugal (Scale of beliefs of marital violence)*. Braga: Universidade do Minho, I.E.P.
- Matos, M. (2001). Retratos da violência na Conjugalidade. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*. Coimbra Editora.
- Matos, M. (2002). Violência conjugal. In Gonçalves, R. A. & Machado, C. (Coords.). *Violência e Vítimas de Crimes*. (Vol. 1), pp. 81-130. Coimbra: Quarteto Editora.
- Matos, M. (2006). Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher.
- Meichenbaum, D. (1994). *Victims of Domestic Violence (Spouse Abuse)*. A clinical Handbook/Practical Therapist Manual: For Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): pp 77-91. Waterloo, Ontario/ Canadá: Institute Press.
- Miller, B. A. (1990). The interrelationships between alcohol and drugs and family violence. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series*, 103, 117-207.

- Minayo S. M. C. & Souza, R.E. (2003). *Violência sob o olhar da saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz.
- Ministério da Igualdade. (2000). I Relatório Intercalar de Acompanhamento do Plano Nacional Contra a Violência Doméstica. Lisboa.
- Monteiro, F. (2000) Mulheres agredidas pelos maridos: De vítimas a sobreviventes. Organizações não governamentais do Conselho Consultivo da CIDM. Lisboa.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Oficina Regional para las Américas. Informe mundial sobre la violencia Y la salud*. OMS, Washington.
- Osofsky, J. (1997). *Children and youth violence: na overview of the issue*. In J. D. Osofsky, *Children in a violent society*, (pp. 3-8). New York: The Guilford Press.
- Osofsky, J. (1998). *Children as invisible victims of domestic and community violence*. In G. W. Holden, R. Geffner & E. N. Jouriles, *Children exposed to marital violence*. (pp. 95-117). Washington: APA.
- Pais, E. (1998). *Rupturas violentas da conjugalidade: O homicídio conjugal em Portugal*. Lisboa: Hugin.
- Pérez, R.R. & Casique, L. C.(2001). Tipos de violência que sofre la mujer. Guanajuato (MX). Universidad de Guanajuato.
- Pimentel, I. (2000). História das Organizações Femininas no Estado Novo. Rio de Mouto: Círculo de Leitores.
- Procuradoria Geral da República. (2000). Gabinete da Ministra para a Igualdade.Violência doméstica. Procuradoria Geral da República. Lisboa.
- Ramirez Rodriguez J. C. & Uribe Vázquez G. (1993). Mujer y violencia: Un hecho cotidiano. *Sal Pub Mex*, 35(2), 148-160.
- Ravazola, M. C. (1997). *Historias infames: Los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Best, C. L. & Kramer, T. L. (1992). Vulnerability-stress factors in development of posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 424-430.

- Rhodes, K. V., Lauderdale, D. S. & Howes, D. S. (2002). "Between me and the computer": Increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire. *Annals of Emergency Medicine*, 40, 476-484.
- Rivera-Rivera, L., Lazcano-Ponce, E., Salmerón-Castro, J., Salazar-Martínez, E., Castro, R. & Hernández-Ávila, M. (2004). Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: A population-based study. *Salud Publica. Mex*, 46, 113-122.
- Rivera-Rivera, L., Allen, B., Chávez-Ayala, R. & Avila-Burgos, L. (2006). Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. *Salud Publica Mex*, 48(2), 268-S278.
- Rossmann, E. B. (1998). *Descartes's error and posttraumatic stress disorder: cognition and emotion in children who are exposed to parental violence*. In G. W. Holden, R. Geffner & E. N. Jouriles (Eds.). *Children exposed to marital violence*. (pp. 223-256). Washington: APA.
- Rothenberg, B. (2003). "We don't have time for social change": Cultural compromise and the battered woman syndrome. *Gender & society*, 7(5), 771-787.
- Saffioti, H. I. B. (1999). Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *Revista São Paulo em Perspectiva*, 13(4).
- Saigal, M. (2000). "Domestic Violence", in Report of Colloquium on Justice for Women Empowerment through Law, *Domestic Violence and Law*. New Delhi: Butterworths, (pp. 178-182).
- Saunders, D.G. (1994). Posttraumatic Stress Symptom Profiles of Battered Women. A comparison of Survivors in Two Settings. *Violence and Victims*, 9, 31-44.
- Scott, D. (2000). "Toleration and Historical Traditions of Difference". In Chatterjee, Partha & Jeganathan, Pradeep (Eds.). *Community, Gender and Violence*. New Delhi: Ravi Dayal Publisher, (pp. 283-304).
- Silva, L. (1995). *Entre marido e mulher alguém meta a colher*. Campo de Besteiros: A Bolina.
- Soler, E., Barreto, P. & González, R. (2005). *Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y Sexual – R.E.V.* España: Universidad de Oviedo.
- Sprenkle, D. H. (1992). Violence: the dark side of the family (special issue). *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 36-49.

- Stark, E. & Flitcraft, A. (1988). *Violence among intimates: na epidemiologic review*. In V.B. Van Hasselt, R.L. Morrinson, A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.). *Handbook of Family Violence*. New York, Plenum Press.
- Straus, M., Gelles, R., Steinmetz, S. (1980). *Behind closed Doors: Violence in the American Family*. New York. Doubleday.
- Straus, M. A. (1993). Identifying offenders in criminal justice research on domestic assault special issue: the impacto f arrest in domestic assault. *American Behavioral Scientist*, 36(5), 587-600.
- Strube, M. J. (1991). A rational decision making approach to abusive relationships. *Revista Intercontinental de Psicologia Y Educacion*, 4(1), 105-120.
- Sugarman, D. B. & Frankel, S. L. (1996). Patriarchal ideology and wife assault: A meta analytic review. *Journal of Family Violence*, 11, 13-35.
- União de mulheres Alternativa e Resposta – UMAR. (2008). Disponível em www.umarfeminismos.org.
- Urquiza A. J. & Goodlin-Jones B. L. (1994). Child sexual abuse and adult revictimization with women of color. *Violence Vict*, 9(3), 223-232.
- Vicente, A. (2002). *Os Poderes das Mulheres. Os Poderes dos homens*. Lisboa: Gótica.
- Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. Harper and Row. New York.
- Walker, L. E. (1994). *Abused women and survivor therapy: A pratical guide for the psychotherapist*. American Psychological Association. Washington, DC.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychology*, 54(1), 21-29.
- Wekerle, C. & Wolfe, D. (1998). The role of child maltreatment and attachment style in adolescent relationship violence. *Development and Psychopathology*, 571-586.
- World Health Organization. (2002). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violència doméstica contra la mujer*. Departamento Género y Salud de la Mujer. Grupo Organico Salud de la Familia y la Comunidad. Ginebra: Suiza.
- Wyatt, G.E., Guthrie, D. & Notgrass, C. M. (1992). Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *Journal Consult Clin Psychol*, 60(2), 167-173.

Zacharias, E. (1991). *Dicionário de Medicina Legal*. Curitiba – PR: Editora Universitária Champagnat.

ANEXOS