



# Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Sintomatologia de *Stress* Pós-Traumático nas Vítimas de  
Violência Conjugal: Tipos de Abuso, *Stress* e Suporte Social

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Ana Carolina Machado Rodrigues**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
MARÇO DE 2015



# Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

## Sintomatologia de *Stress* Pós-Traumático nas Vítimas de Violência Conjugal: Tipos de Abuso, *Stress* e Suporte Social

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Ana Carolina Machado Rodrigues**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Eleonora Cunha  
Veiga Costa**  
Co-Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Carla Alexandra  
dos Santos Paiva**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
MARÇO DE 2015

## Resumo

A violência conjugal é um fenómeno transversal com um impacto negativo na saúde física e mental das mulheres. Este estudo caracteriza o impacto dos diferentes tipos de abuso da violência conjugal, na sintomatologia de *stress* pós-traumático (PTSD), no *stress* e suporte social. A amostra é constituída por 65 mulheres, vítimas de violência conjugal, atendidas na Associação Portuguesa de Apoio à Vítima de Braga (APAV). Os instrumentos aplicados foram: Questionário Sócio-Demográfico; Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD (PSS-SR); Questionário de Conservação de Recursos (COR-E); Escala de Suporte Social (SPS) e Escalas Táticas de Conflito Revisadas (CTS2). Os resultados indicam que os tipos de abuso se correlacionam. Existem diferenças significativas ao nível da sintomatologia de PTSD entre as vítimas e as não vítimas de coerção sexual. Encontram-se correlações positivas entre os diferentes tipos de abuso, a sintomatologia de PTSD e os indicadores de *stress* e a existência de correlações negativas entre os tipos de abuso e o suporte social. Torna-se importante a realização de estratégias de prevenção e intervenção psicológica no âmbito da PTSD e no aumento dos recursos e o desenvolvimento de estudos para a implementação de medidas legais que apoiem a vítima.

## Abstract

Intimate partner violence is a cross phenomenon with a negative impact in women's physical and mental health. This study characterizes the impact of different types of abuse in intimate partner violence, in posttraumatic symptomatology *stress* disorder (PTSD), *stress* and social support. The study sample consists of 65 women, victims of intimate partner violence who search care at the Portuguese Victims Support Association (APAV). The instruments administrated were: Socio Demographic Questionnaire; PTSD Symptom Scale: Self-Reported (PSS-SR); Conservation of Resources Evaluation Questionnaire (COR-E); Social Provisions Scale (SPS) and the Revised Conflict Tactics Scale (CTS2). The results indicate different types of abuse correlate. There are significant differences at PTSD symptomatology between victims and non-victims of sexual coercion. There are positive correlations between types of abuse, PTSD symptomatology, *stress* and negative correlations between types of abuse and social support. It is important to carry out prevention and psychological intervention strategies within the PTSD and the increase of resources and the development of studies for the implementation of legal measures to support the victim.

## **Agradecimentos**

Após um longo percurso de crescimento ao nível académico e pessoal, agradeço a todas as pessoas que me acompanharam nesta etapa da vida.

À Professora Doutora Eleonora pela orientação, interesse e confiança demonstrada.

À Professora Doutora Carla pela orientação, confiança e disponibilidade demonstrada.

Ao Centro de Estudos Filosóficos e Humanísticos da Universidade Católica Portuguesa (CEFH).

À direção geral da APAV por ter permitido que o estudo fosse realizado e a todos os profissionais do Gabinete de Apoio à Vítima da APAV de Braga pelo acolhimento e partilha de conhecimentos.

A todas as participantes no estudo, agradeço o testemunho, a disponibilidade e a partilha de sentimentos e experiências tão dolorosas.

Aos meus *Pais* agradeço pelo amor, compreensão, apoio que me deram ao longo de toda esta jornada académica, sem eles este caminho não seria o mesmo!

Ao *Nuno*, por me ter apoiado em todos os meus momentos de elaboração deste relatório e de me ter ouvido quando mais precisei, obrigada por estares ao meu lado!

Aos meus *Avós* por todo o carinho e preocupação!

À *Ângela*, obrigada pela amizade!

Às minhas colegas desta investigação muito obrigada pelo apoio, força e boa disposição.

Agradeço ainda a todas as pessoas que me ajudaram ao longo deste percurso, incluindo familiares e amigos!

# Índice

Agradecimentos

Resumo/Abstract

Índice do Trabalho

Índice de Tabelas

Índice de Anexos

Índice de Siglas

	Página
<b>Introdução</b> .....	10
<b>Parte I. Enquadramento Teórico</b>	
<b>Capítulo 1. Violência Conjugal</b> .....	13
1.1. Definição e Tipos.....	13
1.2. Epidemiologia.....	16
1.3. Fatores de Risco.....	18
<b>Capítulo 2. Consequências da Violência Conjugal</b> .....	19
2.1. Modelos Teóricos.....	19
2.2. Consequências Físicas.....	22
2.3. Consequências Psicológicas.....	23
2.4. Consequências Sociais e Culturais.....	25
<b>Capítulo 3. Variáveis Psicossociais: <i>stress</i> e suporte social</b> .....	27
3.1. Conservação de Recursos na Violência Conjugal.....	27
3.2. Suporte Social na Violência Conjugal.....	28
3.3. Impacto da Violência Conjugal nos Recursos Psicossociais das Vítimas e o Papel do Suporte Social.....	30
<b>Capítulo 4. PTSD e Violência Conjugal</b> .....	32
4.1. Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático na Violência Conjugal.....	32
4.2. Variáveis Moderadoras da PTSD: <i>stress</i> e suporte social.....	35
<b>Parte II. Investigação Empírica</b>	
<b>Capítulo 1. Metodologia</b> .....	37
1.1. Objetivos.....	37
1.2. Design.....	37
1.3. Variáveis.....	37
1.4. Hipóteses.....	38
1.5. Análises Exploratórias.....	38
1.6. Seleção e Recolha da Amostra.....	38
1.7. Caracterização da Amostra.....	39

1.7.1. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra.....	39
1.7.2. Caracterização Clínica e Psicossocial da Amostra.....	41
1.8. Instrumentos.....	45
a. Questionário Sócio-Demográfico.....	45
b. Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD.....	45
c. Questionário da Conservação de Recursos.....	47
d. Escala de Suporte Social.....	49
e. Escalas Táticas de Conflito Revisadas.....	51
1.9. Análise dos Dados.....	54
<b>Capítulo 2. Resultados.....</b>	<b>54</b>
2.1. Resultados dos Testes de Hipóteses.....	54
2.2. Resultados das Análises Exploratórias.....	59
<b>Capítulo 3. Discussão dos Resultados.....</b>	<b>62</b>
3.1. Discussão das Hipótese.....	62
3.2. Discussão das Análises Exploratórias.....	66
3.3. Limitações do Estudo.....	69
3.4. Conclusão e Implicações para a Prática.....	71
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>77</b>
<b>Anexos</b>	

## **Índice de Tabelas**

**Tabela 1.** Características Sócio-Demográficas da Amostra

**Tabela 2.** Características da Duração da Vitimização e da Primeira Agressão da Amostra

**Tabela 3.** Caracterização da Presença de PTSD, Recursos e Suporte social na Amostra

**Tabela 4.** Caracterização da Prevalência dos Tipos de Abuso relativos à Vitimização e Perpetração

**Tabela 5.** Cronicidade Anual dos Tipos de Abuso relativos à Vitimização

**Tabela 6.** Resultados das Análises de Consistência Interna da Escala Total e das Sub-escalas de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD

**Tabela 7.** Resultados das Análises de Consistência Interna da Escala Total e das Sub-escalas do Questionário de Conservação de Recursos

**Tabela 8.** Resultados das Análises de Consistência Interna da Escala Total e das Sub-escalas da Escala de Suporte Social

**Tabela 9.** Resultados das Análises de Consistência Interna do Total e das Subescalas das Escalas Táticas de Resolução de Conflitos da Vitimização e da Perpetração

**Tabela 10.** Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman entre os Diferentes Tipos de Abuso da Vitimização

**Tabela 11.** Resultados dos Testes de Mann-Whitney para a Influência da Vitimização dos Tipos de Abuso na Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, Conservação de Recursos e Suporte Social

**Tabela 12.** Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman entre os Diferentes Tipos de Abuso da Vitimização, a Sintomatologia de *Stress* Pós-Traumático, Indicadores de *Stress* e Suporte Social

## **Índice de Anexos**

**Anexo I.** Pedido de Autorização para a Realização da Investigação

**Anexo II.** Consentimento Informado

**Anexo III.** Questionário Sócio-Demográfico (Folha de Rosto do Instrumento)

**Anexo IV.** Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD (Folha de Rosto do Instrumento)

**Anexo V.** Questionário de Conservação de Recursos (Folha de Rosto do Instrumento)

**Anexo VI.** Escala de Suporte Social (Folha de Rosto do Instrumento)

**Anexo VII.** Escalas Táticas de Conflito Revisadas (Folha de Rosto do Instrumento)

**Anexo VIII.** Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* da Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD

**Anexo XIX.** Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* do Questionário de Conservação de Recursos

**Anexo XX.** Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* da Escala de Suporte Social

**Anexo XXI.** Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* das Escalas Táticas de Conflito Revisadas da Vitimização e da Perpetração

## **Índice de Siglas**

**APAV-** Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

**PTSD-** Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

**PSS-SR-** Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD

**COR-E-** Questionário de Conservação de Recursos

**SPS-** Escala de Suporte Social

**CTS-2-** Escalas Táticas de Conflito Revisadas

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**CIG-** Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género

**RASI-** Relatório Anual de Segurança Interna

**DGS-** Direção Geral de Saúde

## **Introdução**

A violência conjugal é um fenômeno comum nas sociedades atuais e tem sido alvo da atenção político-social e científica, por assumir repercussões elevadas ao nível mundial, destacando-se a sua maior consciencialização.

De acordo com os dados obtidos do Relatório Mundial Sobre Saúde e Violência da Organização Mundial de Saúde [OMS], referente ao ano 2000 (Dahlberg & Krugg, 2007), cerca de 1.6 milhões de pessoas morreram devido a atos de violência perpetrada por um(a) companheiro(a).

Inúmeros estudos têm realçado as consequências físicas e psicológicas que resultam da violência conjugal, nomeadamente as sequelas na saúde física e mental, como uma maior suscetibilidade à ocorrência sintomatologia de *stress* pós-traumático, depressões, maior propensão para o suicídio e problemas na área sexual e reprodutiva (Cardoso & Quaresma, 2012; Paiva & Figueiredo, 2003; Pinto, 2009). Importa ainda salientar que o impacto da violência não se verifica somente no âmbito individual, também se reflete em enormes custos económicos e sociais que, por sua vez, vão ter repercussões no bem-estar, segurança e direitos humanos (APAV, 2010; Cardoso & Quaresma, 2012; Dahlberg & Krug, 2007).

O presente estudo aborda o impacto que a violência conjugal tem na ocorrência de sintomatologia de *stress* pós-traumático, no *stress* e suporte social. Desta forma, iremos orientar o estudo neste sentido, pois de acordo com a APAV (2010), as consequências da violência conjugal podem associar-se a um risco maior de ocorrência da Perturbação de *Stress* Pós-traumático [PTSD] e incapacidades ao nível laboral, interpessoal, impelindo a vítima para uma trajetória de revitimização e desajustamento psicossocial, como por exemplo, o desemprego e a ocorrência de dificuldades nos recursos económicos e sociais.

Da revisão da literatura constata-se a pertinência da investigação sobre a prevalência de sintomatologia de PTSD e o impacto da violência conjugal no *stress* e no suporte social, pois é uma área a ser explorada pela Psicologia, porque além da grande incidência, são notórias as dificuldades sentidas pelos profissionais que lidam mais de perto com esta problemática. Assim, espera-se que os eventuais resultados desta investigação possam ter um carácter pioneiro e sejam úteis para a sociedade atual, no sentido dos seus resultados orientarem novas medidas legais e de saúde que possam melhorar as condições de saúde e recuperação das vítimas.

Ao nível estrutural, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte apresenta-se o enquadramento teórico, dividido em quatro capítulos com vários

subcapítulos. O primeiro capítulo foca-se na conceptualização da violência conjugal, apresentando as definições do conceito e tipos de violência, os tipos de abuso, a epidemiologia e os fatores de risco. O segundo apresenta as consequências da violência conjugal que inclui os modelos teóricos e as consequências físicas, psicológicas, sociais e culturais. O terceiro capítulo apresenta as variáveis psicossociais que inclui os subcapítulos do *stress* e suporte social, que inclui a conservação de recursos, o suporte social na violência conjugal e o impacto da violência conjugal nos recursos psicossociais das vítimas e o papel do suporte social. No quarto capítulo apresenta-se a sintomatologia de *stress* pós-traumático e a violência conjugal que inclui a prevalência de sintomatologia de *stress* pós-traumático na violência conjugal e as variáveis moderadoras da PTSD. Na segunda parte, é apresentada a investigação empírica, que incluiu a metodologia, os resultados, a discussão, as limitações do estudo, as conclusões do estudo e implicações futuras.

## **PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## Capítulo 1. Violência Conjugal

### 1.1. Definições e Tipos

A violência conjugal é uma problemática emergente a nível da saúde pública e reconhecida mundialmente como um problema dos direitos humanos.

A Organização Mundial de Saúde (2014), define a violência em geral, como o uso de força física ou poder por meio de ameaça ou prática, contra si próprio, ou contra uma pessoa, grupo ou comunidade da qual resulte ou possa resultar sofrimento, morte, danos psicológicos, prejuízo no desenvolvimento ou privação.

Apesar da grande abrangência de estudos sobre a violência conjugal, entende-se como tal, um abuso de uma pessoa sobre outra numa relação específica de intimidade, que pode ocorrer em relações maritais e não maritais, atuais ou passadas de carácter heterossexual ou homossexual, sendo um fenómeno transversal ao nível da idade, da educação, da classe ou estatuto social e multidimensional, pois pode ocorrer de várias formas e com diferentes graus de severidade (Barnet, Perrin & Perrin, 2005; Matos, 2006). Além disso, para Manita, Ribeiro e Peixoto (2009) a violência conjugal é uma das dimensões da violência doméstica e está relacionada com todas as formas de comportamentos violentos que estão incluídos na violência doméstica e que sejam exercidas pelos cônjuges, companheiro/a, ex-cônjuges, ex-companheiro/a sobre o outro/a.

Embora na conceção inicial sobre a violência conjugal preconizava o domínio agressivo do homem sobre a mulher (Straus, Gelles & Steinmetz, 2006), após vários estudos empíricos realizados, Straus (2010) concluiu que as mulheres também exercem violência física sobre os companheiros, sendo esta com o mesmo nível de gravidade ou até em níveis mais elevados.

Em Portugal, à semelhança de outros países, na Europa e pelo Mundo, a violência conjugal é uma realidade comum às mulheres portuguesas, destacando-se perto de 23.000 de casos de violência conjugal apenas no ano de 2013 (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2013; Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género [CIG], 2013).

A literatura considera diferentes tipos de comportamentos violentos exercidos numa relação conjugal, designadamente a violência física, a violência emocional e psicológica, a violência sexual, a intimidação, a coação e ameaça, o isolamento social e o abuso ou controlo económico (Alokan, 2013; Figueiredo & Paiva, 2001; Johnson, 2008; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002; OMS, 2012; Ribeiro & Peixoto, 2009; Sonkin, 2014; Straus, 1999; 2010). Além destes tipos de violência referenciados, Johnson (1995; 2008) destaca dentro da tipologia de violência conjugal diferentes tipos consoante a bi-direccionalidade, continuidade

e severidade dos abusos, destacando a violência de resistência mútua, a violência situacional e o terrorismo patriarcal.

De acordo com Johnson (2008), a violência de resistência é uma forma da vítima reagir instintivamente a um ataque de violência, também com o uso da violência, mas com objetivo de parar esta agressão. No que se refere à violência situacional, este tipo de violência não faz parte do padrão de relacionamento do casal, sendo que se expressa quando ocorrem conflitos significativos que envolvem alguma tensão emocional, que pode levar um dos membros do casal ou ambos a praticar este tipo de violência. Além disso, salienta-se que neste tipo de violência não existe um controle entre as partes envolvidas, sendo um dos tipos de violência mais frequentes nas relações conjugais e tem uma perspectiva pouco patriarcal (Johnson, 1995; 2008). Para Johnson (1995), o terrorismo patriarcal é um tipo de violência entre o casal mais coerente com a perspectiva feminista e que diz respeito à tradição do homem exercer controle sobre a mulher, ou seja, envolve o uso sistemático de violência, controle econômico, ameaças e isolamento.

A violência física consiste no uso de força física com intuito de ferir ou causar danos físicos ou orgânicos, podendo ou não deixar sequelas, as quais em situações mais graves podem resultar em incapacidade permanente ou na morte da vítima. Este tipo de violência pode ser manifestado através de comportamentos diversos, tais como, esbofetear, empurrar, puxar o cabelo, dar pontapés e murros, apertar o braço e o pescoço, bater com a cabeça da vítima em superfícies, dar cabeçadas, queimar, atropelar e atirar objetos (OMS, 2012; Pinto, 2009; Ribeiro & Peixoto, 2009).

A violência emocional, verbal ou psicológica, consiste no ato de desprezar ou menosprezar, criticar, insultar ou humilhar a vítima em contexto privado ou público, por meio de palavras e/ou comportamentos, com o objetivo de afetar a autoestima da vítima e a sua autovalorização. Esta violência expressa-se através da crítica negativa de todas as ações, características de personalidade ou atributos físicos da vítima. Além disso, o agressor usa o grito como uma forma de aterrorizar a vítima, destrói objetos de grande valor, rasga fotografias, cartas ou documentos importantes, persegue-a no trabalho e na rua, acusa-a de ter amantes, ameaça-a de maus tratos aos filhos, familiares e amigos e não a deixa descansar ou dormir (OMS, 2012; Pinto, 2009; Ribeiro & Peixoto, 2009).

Além dos tipos de violência referenciados anteriormente, a literatura refere ainda a violência sexual, que diz respeito à obrigação de realização de práticas sexuais contra a vontade da vítima, através de ameaças, coação e força física. Estes comportamentos podem

ser atos de violação, práticas sexuais com terceiros, pornografia, amordaçar, queimar os órgãos sexuais, ou até mesmo levar à prostituição forçada da vítima (OMS, 2012; Pinto, 2009; Ribeiro & Peixoto, 2009).

De acordo com Ribeiro e Peixoto (2009) e a OMS (2012), a intimidação, coação e ameaça relacionam-se com a violência emocional e psicológica, pois o agressor mantém a vítima constantemente com medo, e com receio de que este possa fazer mal a si própria, aos filhos, familiares, amigos e animais de estimação. Além disso, o agressor pode obrigar a vítima a comportar-se de forma ilícita (e.g. furtos e tráficos), mantendo-a num contexto de tensão, ameaça, medo e violência iminente. Este tipo de violência pode exprimir-se através do uso de palavras, olhares, expressões faciais, gestos e exposição a objetos intimidatórios por parte do agressor, tais como a posse de um revólver ou um bastão. Pode também ameaçar causar lesões ou morte à vítima e aos seus familiares, ou até ameaçar suicidar-se caso a vítima o abandone. O isolamento social, está associado às estratégias do agressor em isolar a vítima da família e amigos, com o intuito de a controlar e manipular. Nesta situação, o agressor proíbe a vítima de se ausentar de casa sozinha ou sem o seu consentimento, nomeadamente de trabalhar fora de casa, restringido o acesso à educação e aos cuidados de saúde ou afastando a vítima dos seus familiares e amigos através da chantagem emocional ou de ameaças à própria e a terceiros significativos. Deste modo, a vítima acaba por ficar isolada, afastada da rede de apoio familiar e social, não revelando o abuso, por medo ou vergonha das marcas visíveis de violência física. O abuso ou controlo económico, pelo agressor sobre o acesso ao dinheiro e bens, inclusive para as necessidades básicas da vítima e dos filhos, assim como, quando as vítimas trabalham, estes rendimentos são muitas vezes geridos pelo agressor, controlando os produtos alimentícios, de higiene pessoal, o uso do telefone ou saídas ao supermercados e cafés.

De acordo com Straus (1979), o conflito é parte integrante das relações humanas, assumindo que a negociação pode ser considerada uma ação que tem como objetivo atenuar o desacordo numa discussão. Para o autor, existem diversas formas abusivas de resolução de conflitos, nomeadamente a agressão psicológica, o abuso físico com sequelas, o abuso físico sem sequelas e a coerção sexual. Deste modo, Straus, Hamby, Bonney-McCoy e Sugarman (1996), definem a agressão psicológica como todos os atos agressivos verbais (ameaças) e não verbais (simbólicos) utilizados com o objetivo de magoar ou agredir o outro, defendendo que este tipo de agressão é o mais frequente. Por outro lado, o abuso físico com sequelas é considerado como o uso de força física contra o companheiro, resultando em sequelas físicas

tais como lesões ósseas ou do tecido que causam dor continuada ao qual é necessário apoio médico. No mesmo sentido, o abuso físico sem sequelas é definido, como o uso da força física contra o outro, não provocando dano físico. Por último, a coerção sexual é definida como o comportamento que tem por objetivo persuadir o outro à prática sexual não desejada (vaginal, oral ou anal), sendo composta por atos coercivos que vão desde a insistência verbal à força física.

## **1.2. Epidemiologia**

De acordo com o Relatório Mundial Sobre Saúde e Violência da OMS, no ano de 2000 (Dahlberg & Krug, 2007), ao nível mundial cerca de 1.6 milhões de pessoas em todo o mundo morreram devido a atos de violência diversificados, entre os quais a violência conjugal. Em 2010, nos Estados Unidos da América existiram 50.9230 crimes de violência nas relações íntimas entre parceiros, correspondendo a cerca de 13% de todos os crimes. Este tipo de violência entre parceiros, é mais frequentemente cometida por homens contra as mulheres. Contudo, é de destacar que, ao longo das últimas décadas, se tem observado que este tipo de violência tem vindo a diminuir (Truman & Planty, 2012).

As estimativas do Conselho Europeu, referem que uma em cada quatro mulheres é vítima de violência ao longo da vida, problema este muito comum na população europeia, que refere conhecer pelo menos uma vítima de violência conjugal no seu círculo de amigos ou familiares (Eurobarometer, 2010).

Relativamente a Portugal, no ano de 2011, a violência exercida contra cônjuges e/ou análogos, representou uma grande percentagem dos crimes reportados, sendo registadas 28.980 denúncias de violência contra cônjuges ou parceiros. Comparativamente ao ano de 2010, verificou-se um decréscimo de 7.2% (2.252) de participações (Cunha, 2012). Contudo, segundo o relatório da APAV (2013), entre os anos de 2010 e 2012, o número de casos de violência aumentaram de 8.8% entre 2010 e 2011, para 10% entre 2011 e 2012, não obstante uma diminuição das vítimas sinalizadas pela APAV. De acordo com o Relatório Anual de Segurança Interna 2013 ([RASI], 2014), no que se refere à criminalidade mais participada, verificaram-se aumentos quanto à participação do crime de violência entre cônjuges (3.1%), registando-se 22.247 casos de violência entre cônjuges no ano de 2012 e 22.928 casos em 2013. De acordo com os dados referidos no Relatório para a Cidadania e Igualdade de Género (2014), no ano de 2013 foram atendidas, através do Serviço de Informação a Vítimas de Violência, 1928 chamadas telefónicas, das quais 91.3% eram vítimas do sexo feminino. Ao

nível do atendimento social para orientação às vítimas de violência conjugal que recorreram aos serviços de medicina legal, foram efetuados 2.374 atendimentos a vítimas de violência conjugal, sendo que 1.317 eram da região do Norte, 99 do Centro e 958 da região Sul. Números inferiores foram reportados no Relatório Anual da APAV, referente aos atendimentos efetuados em 2013, totalizando 8.733 vítimas de violência de violência conjugal que recorreram aos serviços disponibilizados pela APAV (APAV, 2014a).

Do mesmo relatório da APAV, relativamente à área geográfica em que residem as vítimas, verifica-se que em 2013, é nos grandes centros urbanos, maioritariamente no distrito de Lisboa, onde se registam mais vítimas de violência, 1.719 vítimas (19.7%), seguindo-se o distrito do Porto com 910 vítimas (10.4%), Faro com 753 vítimas (8.6%), Setúbal com 640 vítimas (7.3%), os Açores com 537 vítimas (6.1%) e Braga, com cerca de 315 vítimas (3.6%) do total nacional. Focando especificamente o distrito de Braga, para o ano de 2013, quem recorreu mais aos serviços de apoio à vítima foram as mulheres, na faixa etária compreendida entre os 36 e os 55 anos, 40.4% das quais casadas, 27.3% solteiras e 65.6% provenientes de famílias nucleares com filhos. Já em relação aos agressores, a maioria tinha relações de conjugalidade com as vítimas, sendo que cerca de 80% eram indivíduos do sexo masculino com idades compreendidas entre os 35 e os 40 anos de idade (10.9%), dos 41 e os 44 anos de idade (7.1%) e entre os 45 e os 50 anos (14.2%), 55% estavam empregados e 22.5% estavam desempregados e a duração da vitimização ocorria na sua maioria entre 2 a 6 anos (6.2%) (APAV, 2014).

Em 2013, a APAV (2014) registou um total de 8982 autores de crimes, destacando-se os crimes nas relações de conjugalidade ou entre parceiros (cônjuge: 30.7%; companheiro: 12.3%; ex-companheiro: 6.9% e ex-cônjuge: 5.5%) e as relações familiares (filhos: 12%; pais: 7.9%; irmãos: 1.6%; avós: 0.6%). Por outro lado, de acordo com Stets e Straus (1989), os níveis de violência nos casais que coabitam são superiores ao que não vivem juntos.

Segundo a APAV (2010), as mulheres vítimas de violência física por parte dos companheiros, apresentam um risco superior de sofrerem ainda outros tipos de violência, como por exemplo, violência sexual. Deste modo, de acordo com a literatura, é frequente ocorrer uma polivitimização, o que para Finkelhor, Ormrod e Turner (2009), é considerado um conceito que se refere à exposição de diferentes tipos de abuso, tais como, o abuso físico, o abuso psicológico, entre outros tipos de abuso.

### **1.3. Fatores de Risco**

Os fatores de risco estão relacionados com a probabilidade de ocorrer ou de se manter a violência, estando associados às características individuais da vítima, do agressor e às características do meio familiar e sociocultural. Contudo, a probabilidade da ocorrência de violência conjugal aumenta com a combinação de diversos fatores de risco (Magalhães, 2010; Paiva & Figueiredo, 2006).

De acordo com a revisão da literatura, existem vários fatores que podem influenciar a ocorrência de perpetração de atos de violência, nomeadamente, a carência socioeconómica, o desemprego, o baixo nível de escolaridade, o sexo masculino, raças e etnias minoritárias, uso de substâncias (e.g. álcool, drogas), experiências adversas na infância e antecedentes familiares, observação de vitimização e experiência direta de violência na infância, antecedentes de comportamentos desviantes, história de perturbações mentais, personalidade imatura e impulsiva, conflitos e insatisfação relacionais (APAV, 2010a; Baydon, 2009; Bennett, Farrington & Huesmann, 2005; OMS, 2012; Plano Nacional de Saúde, 2010; Stith, Smith, Penn, Ward & Tritt, 2004).

Schumacher, Feldbau-Kohn, Slep e Heyman (2001) realizaram um estudo de meta-análise sobre os fatores protetores e de risco da violência física exercida pelos homens contra as mulheres e concluíram que existem vários fatores de risco que mostraram ter uma influência moderada e elevada na ocorrência de violência conjugal. No caso dos agressores, foram identificados os seguintes fatores de risco: tipo de educação, história de vitimização sexual na infância, exposição a agressão parental física ou verbal, presença de adultos violentos na infância, níveis elevados de raiva e hostilidade, presença de diversas perturbações da personalidade, sintomatologia depressiva, consumo de álcool e drogas e défices de assertividade nas relações interpessoais.

O estudo de meta-análise efetuado por Schumacher e colaboradores (2001), identificou alguns fatores de risco das mulheres vitimizadas, tais como uma menor educação, o desemprego e a história de vitimização verbal e emocional na infância. Outros autores referem ainda um conjunto de fatores de risco que podem predispor uma pessoa a sofrer violência por parte de um companheiro, designadamente ser do sexo feminino, ser vulnerável e ter necessidades especiais, características de uma personalidade desajustada relativamente ao agressor, ser dependente do consumo de substâncias, inclusive álcool e drogas, ter uma perturbação mental, ter vivenciado experiências negativas e de abuso na infância e antecedentes familiares de vitimização, dependência física e emocional relativamente ao

agressor, aceitação da violência, ter poucos recursos econômicos, um estatuto social baixo, ter baixo nível educacional, pertencer a raças e etnias minoritárias, estar socialmente isolada e ter conflitos e insatisfação nas relações amorosas (APAV, 2010a; Baydon, 2009; Jewkes, 2002; OMS, 2012; Paiva, 2012; Stith et al. 2004).

Segundo a OMS (2012), a disparidade no nível da escolaridade entre homens e as mulheres, especificamente quando a mulher tem um nível de escolaridade superior pode ser um fator precipitante para a ocorrência de violência conjugal.

Por outro lado, de acordo com a OMS (2013), existem estudos que supõem que a PTSD, associada ao *stress*, ao medo e ao isolamento, influencia a violência entre os parceiros, e que esta situação pode originar, perturbações depressivas e tentativas de suicídio nas vítimas. Além disso, a OMS (2013) também sugere, que as mulheres com problemas mentais, têm mais probabilidade de sofrer violência, o que vai de encontro ao referenciado por Pinto (2009), que refere que as mulheres vítimas de violência, estão constantemente em estado de *stress*, vigilantes e atentas aos sinais de ataque dos agressores, adotando sempre comportamentos de evitamento.

## **Capítulo 2. Consequências da Violência Conjugal**

### **2.1. Modelos Teóricos**

Existem vários modelos teóricos que permitem um entendimento da violência conjugal, mostrando a teoria evidência empírica de que não existem causas únicas para explicar a ocorrência deste tipo de violência pois cada modelo tem as suas implicações e limitações acerca dos fatores associados à ocorrência da violência conjugal.

A literatura faz referência às explicações macrosociais, sócio-culturais, de índole feminista para a compreensão das situações de violência conjugal, contudo, existem autores que propõem uma maior ênfase nas perspectivas psicológicas para a explicação deste fenómeno (Bartholomeux & Allison, 2006; Dobash & Dobash, 2004).

Barnett e colaboradores (2005), fazem referência às macro e microteorias que são úteis para explicar a ocorrência da violência dentro de uma família. No que se refere às macroteorias, estas explicam de que forma os fatores culturais e estruturais das famílias predis põem para a ocorrência da violência, isto é, a violência pode ocorrer através da influência de variáveis culturais, socioestruturais (e.g. pobreza), características estruturais da família (e.g. *stress* familiar) e tipos de dissuasão (e.g. castigos e custos da violência familiar). Por outro lado, as microteorias, explicam que a violência ocorre devido à influência de fatores

individuais, pois afirmam que a socialização na infância, nomeadamente os comportamentos e o tipo de educação transmitida pelos pais, irá predispor a criança para o desenvolvimento de comportamentos violentos.

O Modelo Ecológico é um dos modelos mais utilizados para compreender a violência e conceptualiza a existência de uma relação entre quatro fatores associados à ocorrência de violência: sociedade, comunidade, relações e ao nível individual (OMS, 2012; Shumacker, et al., 2001; Somach, 2012). O modelo postula que fatores da sociedade, da comunidade, das relações individuais, aumentam a probabilidade de ocorrência de abuso perpetrado pelos homens sobre as suas companheiras, corroborando crenças patriarcais que sustentam o domínio e assimetria de género.

No mesmo sentido, de acordo com Dutton (1995; *cit in* Shumacher et al., 2001) destaca que o Modelo Ecológico ocorre a vários níveis, sendo que as crenças e atitudes são desenvolvidas como resultado das normas e valores culturais que dizem respeito ao macrossistema. Além disso, refere que o isolamento social e o *stress* são desenvolvidos na comunidade e na sociedade, denominando-se por exossistema. Por outro lado, os conflitos entre o casal e os padrões de comunicação na família estão relacionados com o microsistema e os fatores que resultam da experiência do próprio, isto é, as capacidades e emoções estão associadas ao nível ontogénico.

A Teoria da Aprendizagem Social de Bandura atribui outra explicação para o fenómeno da violência conjugal, que se baseia na ideia de que todo o comportamento agressivo é aprendido através das respostas do próprio comportamento e da observação de pessoas com comportamentos agressivos. Neste sentido, experienciar ou observar comportamentos de violência na família de origem está associado ao aumento da violência conjugal. Deste modo, os teóricos sociológicos, destacam o contexto social e individual em que o indivíduo está inserido, vai influenciar o desenvolvimento de comportamentos agressivos (Shumacher et al., 2001).

Outro modelo que permite fundamentar a violência conjugal é o “Ciclo da Violência” de Leonor Walker (1994), que explica porque é que os indivíduos se mantêm numa relação abusiva e apresenta o ciclo da violência, que se divide em três fases: a 1.ª fase de “aumento da tensão”; a 2.ª fase da “ocorrência do ataque violento” ou do “episódio de violência”, a 3.ª fase “apaziguamento, reconciliação ou lua-de-mel”, e reinicia-se um novo ciclo.

A primeira fase do ciclo é designada pela fase de “aumento de tensão”, e está relacionada com o facto de em todas as relações íntimas ocorrerem episódios de tensão,

divergência ou conflito entre os membros da relação, que podem ser fruto de uma mudança na vida do casal (e.g. gravidez, perda de emprego). Numa relação saudável que não ocorre violência, o processo de escalada da tensão é interrompido pelo recurso a estratégias de negociação ou de resolução dos conflitos de forma não violenta e com igualdade de poder, enquanto que nas relações violentas, o agressor, não só não sabe e como não quer recorrer a este tipo de estratégias dada a necessidade que tem de exercer domínio e controlo sobre a vítima, utilizando todas as situações do quotidiano para aumentar a tensão na vítima, criando-se assim um ambiente de perigo constante. Neste caso, qualquer situação que ocorra na rotina diária do casal (e.g. refeições, arrumar a casa) pode servir como ativador de um episódio agressivo. Um dos primeiros passos para o aumento da tensão são as discussões que posteriormente passam para o ato de violência que pode ser aumentada quando o agressor consome álcool ou drogas (Walker, 1994; 2002). A segunda fase do ciclo da violência, designa-se pela “fase do ataque violento” ou do episódio de violência, onde tem início o episódio de violência verbal que rapidamente pode escalar para a violência física e vai evoluindo para a combinação de diferentes tipos de violência. Nestas situações em que tem lugar a violência, grande parte das vítimas acabam por não enfrentar o agressor, porque percebem intuitivamente que isso pode agravar a violência perpetrada, sendo que apenas procuram defender-se dos ataques mais violentos e reagem de forma passiva com o objetivo de atenuarem a ira do agressor e a interrupção do ataque violento outras recorrem à violência igualmente (como auto-defesa) colocando-se numa situação de perigo ainda maior. No caso, das vítimas que precisam de hospitalização, alguns agressores acompanham-nas para garantirem que estas não falam sobre o ocorrido junto dos profissionais de saúde. Por outro lado, existem agressores, que recusam a assistência médica para a vítima ou só as deixam aceder aos cuidados médicos quando a agressão põe em risco a vida da mesma. É nesta segunda fase que o agressor pede desculpas à vítima pela sua ação, invoca razões que atribuem frequentemente a culpa à vítima ou atribui as culpas a fatores externos, tais como o consumo de substâncias ou álcool. Na última fase do ciclo de violência, denominada pela “fase do apaziguamento, reconciliação ou lua-de-mel”, que ocorre depois do agressor ser violento, manifestar arrependimento sobre o sucedido e realizar promessas de não voltar a ser violento. Na sequência das estratégias utilizadas na segunda fase sobre a desculpabilização dos seus comportamentos violentos, para reforçar o pedido de desculpas, o agressor lida com a vítima de forma carinhosa, afetiva, dando-lhe atenção e fazendo-a acreditar que foi um episódio de violência isolado e que não se voltará a repetir. Deste modo, a vítima rapidamente

restabelece a normalidade da sua vida na sequência deste período de enamoramento e de atenção sobre si. Esta mudança comportamental do agressor vai afetar cognitiva e emocionalmente a vítima, constituindo um dos ingredientes para a não ruptura da relação amorosa. Se na fase inicial da ocorrência da violência, a vítima acredita ser capaz de evitar a violência ou ter controle e apaziguar o agressor, encontrando justificações para esses atos e assumindo a culpa pela situação, com a evolução da violência, a vítima conclui que não tem controle nem culpa sobre a situação e as justificações do agressor deixam de fazer sentido (Walker, 1994; 2002).

O modelo da Leonore Walker sobre o “ciclo da violência” demonstra, que ao longo das três fases existe uma evolução dos maus tratos, que se caracteriza pela repetição das fases de tensão e apaziguamento, cada vez menores, assim como, a fase do ataque violento cada vez mais intensa, podendo resultar num homicídio conjugal. Neste sentido, na maioria dos casos, verifica-se ainda que oferecer resistência ou retaliar agressivamente, pode resultar num aumento da violência (Cortez, 2009; Ribeiro & Peixoto, 2009).

Em suma, o ciclo da violência conjugal deve ser entendido como um sistema circular em que a relação do casal se manifesta através de três fases distintas e que explica como a vítima fica presa ao relacionamento visto que, a violência é intercalada com fases de harmonia relacional (Walker, 1994; 2002).

As perspetivas psicológicas sobre a violência conjugal enfatizam as características individuais e da personalidade dos membros do casal, tal como o tipo de personalidade (e.g. personalidade agressiva), o tipo de autoestima, a presença de sintomatologia *borderline*, e outras características que vão contribuir para a ocorrência da violência conjugal (Dutton, 2007; 2008; Shumacher et. al., 2001).

## **2.2. Consequências Físicas**

Diversos estudos epidemiológicos e clínicos demonstram que a violência numa relação conjugal poderá resultar em diversas consequências físicas, tais como: arrepios ou afrontamentos, dores de cabeça, alterações do comportamento sexual, fratura ou quebra de ossos, hematomas e equimoses, lacerações e escoriações, queimaduras, mordeduras, danos e perturbações auditivas e visuais, danos cerebrais, tentativa de estrangulamento, lesões dentárias, lesões torácicas e abdominais, ferimentos nas costas e nuca, perda de cabelo por arrancamento e alopecia traumática, perda de energia, tremores, tensão arterial alta, decréscimo dos níveis de resistência, perturbações gastrointestinais, problemas obstétricos e

consequências reprodutivas, síndrome do colo irritável, síndrome de dor crónica, perturbações psicossomáticas (APAV, 2010a; Campbell, Jones, Dieneman, Schollenberger, O'Campo, Gielen & Wyppe 2002; Coker, Smith, Thompson, Mckeown, Bethea & Davis, 2002; Cortez, 2009; Ellsberg, Jansen, Heise, Watts & Moreno, 2008; Kurz, 1997; *cit in* Paiva & Figueiredo, 2003, 2005; Krug et al., 2002; OMS, 2012; Ribeiro & Peixoto, 2009).

Os estudos sobre as consequências físicas na violência conjugal direccionam-se preferencialmente e na sua maioria, para as mulheres, sendo escassos os estudos que se focam nas consequências deste tipo de violência nos homens. Muito embora alguns autores defendam a assimetria de género quanto à perpetração, muitos outros questionam o impacto em homens e mulheres (Hamby, 1996).

Estudos comparativos realizados com mulheres que sofreram violência por parte do parceiro relativamente a mulheres não vítimas, mostram que as primeiras reportam um maior número de sintomas físicos, como, dores de cabeça, dores nas costas, problemas relacionados com os órgãos genitais (e.g. corrimento, infeções, doenças sexualmente transmissíveis, etc.), perda de apetite, dor crónica, problemas neurológicos e psicológicos (Campbell, 2002; Campbell et al., 2002; Paiva & Figueiredo, 2003). Para Ellsberg e colaboradores (2008), os resultados dos estudos epidemiológicos e clínicos sobre a violência entre parceiros estão associadas a várias consequências ao nível da saúde das mulheres, o que além de constituir um problema de saúde pública é também um problema social com repercussões nas restantes áreas da vida social, laboral e familiar, isto é, as mulheres vítimas de violência conjugal têm uma saúde mais frágil e permanecem mais tempo em casa, deitadas na cama, do que as mulheres que não são vítimas de violência por parte dos seus companheiros. Também a nível nacional, através do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, verifica-se que existe uma preocupação com a saúde das vítimas (Direção Geral de Saúde [DGS], 2013).

### **2.3. Consequências Psicológicas**

As vítimas de violência conjugal reportam um número mais elevado de problemas psicológicos, pelo facto da violência conjugal se associar a um maior risco de complicações e alterações psicoafectivas (APAV, 2010a). Stark (2001; *cit in* Cortez, 2009) constatou que as mulheres vítimas de violência conjugal recebem quatro a cinco vezes mais tratamento psiquiátrico do que as mulheres que não são vítimas de violência.

Tal como os estudos sobre as consequências físicas, têm incidido maioritariamente nas mulheres, também no que se refere às consequências psicológicas estas crescem do facto de

perdurarem no tempo, afetando o funcionamento psicológico e comportamental das vítimas (Gonçalves & Machado, 2003). Assim, entre os sintomas psicológicos que decorrem da violência conjugal podem nomear-se: problemas de sono e alimentação, inatividade física, baixa autoestima, tabaco e abuso de álcool e drogas, memórias recorrentes do trauma, presença de *flashbacks*, sensação de irrealidade e imagens intrusivas, vergonha e/ou culpa, tristeza, diminuição da autoestima e baixo autoconceito, perda de confiança em si e nos outros que afetam a tomada de decisão, desconfiança, hipervigilância, maior vulnerabilidade e instabilidade emocional, auto-culpabilização, medos ou fobias, passividade e isolamento social, perturbações cognitivas ao nível da memória, da concentração e da atenção, défice de compreensão e interpretação das informações, crises de pânico, receio e ansiedade (APAV, 2010a; Campbell, 2002; Coker, et al., 2002; Cortez, 2009; Ellsberg, et al., 2008; Matos, 2006; OMS, 2012).

A depressão e a sintomatologia de *stress* pós-traumático, são consequências psicológicas muito frequentemente observadas nas mulheres vítimas de violência entre parceiros (APAV, 2010a). Assim, os estudos de Matos (2006), corroboram que as mulheres vítimas de violência conjugal, podem manifestar sintomas de *stress* pós-traumático, pois quando são atacadas podem sentir um medo intenso de morrer, desorientação, apatia, negação, sentimento de solidão após o episódio de violência, além da ocorrência de reações físicas muito intensas.

De acordo com Rush (2003; *cit in* Paiva & Figueiredo, 2003) e a OMS (2013), verifica-se que as mulheres vítimas de abuso exibem mais sintomas de *stress*, depressão, ideação e/ou tentativas de suicídio, *stress* pós-traumático, abuso de álcool e de outras drogas e recorrem também a mais serviços de saúde, sendo que têm uma maior taxa de absentismo e ficam mais dias de cama.

Para Stets e Straus (1990), as mulheres vítimas de abuso físico sem sequelas e de abuso psicológico permanecem mais tempo doentes, reportando mais sintomas de *stress* e depressão. No mesmo sentido, Barnett e colaboradores (2005) destacam que a violência conjugal leva a consequências psicológicas ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático e a uma consequente revitimização após a ocorrência do primeiro episódio de abuso.

## **2.4. Consequências Sociais e Culturais**

Para Lisboa (2003), a violência começa a ser encarada como um fenómeno socialmente construído, tendo em conta fatores e consequências históricas, económicas, sociais e culturais, cuja resolução advém de mudanças lentas que nem sempre se restringem à adoção de medidas legais mas sim da criação de medidas preventivas, pois só desta forma se alcança uma intervenção eficaz. Deste modo, as consequências sociais e culturais que advêm da violência conjugal podem expressar-se através do ponto de vista económico e outras do ponto de vista qualitativo.

De acordo com Barnett e colaboradores (2005), a violência conjugal tem inúmeras consequências ao nível económico e social, o que se repercute na perda de recursos financeiros e na necessidade de se recorrer à utilização de serviços sociais, tal como, os cuidados de saúde ou as casas de abrigo.

Na perspetiva de Walker (1994), as pessoas mais próximas da vítima, isto é, os familiares e amigos são os mais afetados pela violência, porque esta situação contribui para a desarticulação das redes de suporte da vítima. No mesmo sentido, advém a ideia de que as vítimas desenvolvem sentimentos de solidão, marcados por tensões, conflitos familiares e conjugais, levando-as a evitar frequentar determinados locais devido aos sentimentos de insegurança, isolam-se mais e evitam eventos sociais, devido a sentimentos de vergonha, auto-culpabilização, desvalorização pessoal e falta de confiança, por esta situação poder estar relacionada com a falta de uma rede de apoio social e familiar, assim como falta de recursos pessoais, familiares, sociais, comunitários e institucionais (Cortez, 2009; Ribeiro & Peixoto, 2009).

Krug e colaboradores (2002), dão conta de diversos estudos que sustentam que as mulheres vítimas de violência ficam limitadas no que diz respeito ao acesso a informação e serviços de apoio, a terem um papel ativo nas suas vidas públicas e de receberem apoio emocional dos amigos e familiares. Destaca-se também, que estas vítimas também não conseguem cuidar de si mesmas, dos filhos e não conseguem prosseguir e progredir no emprego.

No que se refere às consequências ao nível da educação, Lisboa (2003) destaca que os filhos de casais onde existe violência conjugal, têm uma maior probabilidade de reprovar ou de abandonar o sistema de ensino, o que pode ter implicações futuras nas suas vidas.

Para a APAV (2010), os estudos realizados pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, sobre o impacto e a magnitude da violência em vários países da América

Latina, concluem que 25% dos dias de trabalho perdidos pelas mulheres têm como causa a violência conjugal, o que reduz os ganhos financeiros entre 3% e 20%. Para além disso, destacam que os filhos de mães vítimas de violência têm três vezes mais probabilidades de ficarem doentes e 63% deles têm retenções e abandono escolar.

Do estudo realizado pela Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (Lisboa, 2003) com uma amostra de 1500 mulheres com 18 ou mais anos de idade, conclui-se que 15.2% das mulheres vítimas de violência, afirmam que a violência que sofreram tem ou teve consequências ao nível profissional, nomeadamente, maiores dificuldades em arranjar emprego e uma relação de causalidade entre a vitimização e o despedimento. No mesmo sentido, estão as ideias destacadas por Day, Mckenna e Bowlus (2005) que indicam que a violência conjugal direcionada para as mulheres tem implicações que se podem manifestar numa reduzida produtividade laboral, dando como exemplo a necessidade de se criarem programas de segurança no trabalho destas vítimas.

Devido ao facto da violência conjugal estar associada a vários problemas médicos, aumenta a procura de serviços de saúde nas mulheres vítimas de violência conjugal em comparação com as mulheres que não são vítimas, verificando-se uma diminuição desta procura após a violência conjugal terminar (Baydon, 2009). Alguns estudos, referem ainda que em média, as mulheres que sofrem de violência, realizam mais cirurgias, frequentam mais consultas médicas, têm mais internamentos, deslocam-se mais a farmácias e consultam mais profissionais de saúde. Mais ainda, destacam-se alguns custos direcionados para os cursos de auto-defesa e programas de reabilitação para as vítimas de violência conjugal (Carmo, 2003; Day, MCKenna & Bowlus, 2005; Krug et al., 2002).

Ao nível do sistema judicial, destacam-se as consequências económicas que decorrem da intervenção policial (e.g. transportes) e os custos com os processos legais (e.g. processos de divórcio; honorários dos advogados) e respetivas sentenças. Do mesmo modo, destacam-se os custos com os serviços de emergência médica (e.g. bombeiros), as casas de abrigo para as vítimas de violência conjugal e outros serviços sociais de assistência às vítimas (Day et al., 2005).

Dahlberg e Krug (2007) referem que a violência conjugal acarreta elevados custos para as economias mundiais, extraindo em cada ano muitos bilhões de dólares para a área da saúde, gastos legais, ausências ao trabalho e produtividade perdida.

## Capítulo 3-Variáveis Psicossociais: *Stress* e Suporte Social

### 3.1. Conservação de Recursos na Violência Conjugal

Por vivenciarem situações stressantes a violência conjugal acarreta enormes custos para as suas vítimas.

A Teoria da Conservação de Recursos (Hobfoll, 1989) considera que o nível de *stress* que um indivíduo experiencia é resultado da quantidade de recursos perdidos, da possibilidade de os perder ou da sua utilização não recuperável. Os recursos definem-se como características materiais (e.g. transporte, casa), pessoais (e.g. autoestima, competências de trabalho) e condições (e.g. emprego) ou energias (e.g. dinheiro, tempo) validadas pelo indivíduo. Além disso, os recursos servem como meios para atingir objetos materiais, características pessoais, condições ou energias (Bansal, Monnier, Hobfoll & Stone, 2000; Hobfoll, 1989; Wells, Hobfoll & Lavin, 1997). Quando ocorre uma perda de recursos, os indivíduos ficam mais vulneráveis pois ficam com poucos recursos para enfrentar as exigências futuras, sendo que há uma referência de que a perda de recursos é mais potente do que o ganho de recursos e é mais difícil de prevenir a perda (Bennett, 2002; Hobfoll & Lily, 1993; *cit in* Wells et al., 1997).

A Teoria de Conservação de Recursos defende, que devido ao facto das exigências sociais levarem as mulheres a utilizarem ao máximo os recursos que tem disponíveis e isso implicar algumas perdas, as mulheres não têm possibilidade de melhorar as perdas que vão acontecendo, tornando-se numa situação stressante para elas (Wells et.al.1997).

Hobfoll (1989) refere que a perda de recursos é um fator importante na associação entre o trauma e o *distress* psicológico. Num estudo realizado por Heath, Hall, Canetti e Hobfoll (2013) com mulheres e homens Palestínianos, com o objetivo de verificar a influência da violência política e as suas consequências na ocorrência de violência entre casais, verificam que é a perda de recursos a situação que causa maior *stress* e aumenta o risco de violência entre casais.

De acordo com Renzetti e Larkin (2009), o emprego é considerado um recurso protetor para as mulheres, porque o trabalho é considerado um recurso financeiro importante. No entanto, embora as relações sociais sejam vistas como um recurso que providencia ou facilita a preservação dos recursos validados pelo indivíduo, também podem distrair os próprios dos recursos individuais (Hobfoll, 1989). Por outro lado, Barnett e colaboradores (2005), referem que não existe um consenso relativamente à consequente quebra de relações de confiança como fruto da ocorrência de violência conjugal, contrapondo a necessidade de se explorar a

ocorrência da violência conjugal como fruto da falta de relações de confiança entre os parceiros.

### **3.2. Suporte Social na Violência Conjugal**

O suporte social tem despertado um grande interesse na área das ciências sociais, e muito embora não exista um consenso relativamente à sua definição, trata-se de um conceito subjetivo e multidimensional.

De acordo com o Modelo de Provisões Sociais de Weiss (1974) (Cutrona & Russel, 1987), existem algumas funções sociais que podem ser obtidas na relação com os outros e que permitem compreender o processo através do qual as relações interpessoais promovem o bem-estar das pessoas em situações de *stress*. As funções sociais são distinguidas em dois tipos: a) as funções de existência, que estão direcionadas para a resolução de problemas em situações de *stress* e se baseiam na orientação, através de figuras de grande importância (e.g. pais); b) as funções de não assistência, são mediadas pelos processos cognitivos, contribuindo de forma indireta para a resolução dos problemas, sendo que se podem dividir no reconhecimento pelos outros das suas competências, nas oportunidades de confiança para ser cuidador, na vinculação que se expressa na proximidade emocional e na integração social através da sensação de pertencer a um grupo de partilha de interesses.

Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983), definem o suporte social como a existência ou a disponibilidade do indivíduo em ter pessoas nas quais pode confiar, que se preocupam, dão valor e gostam de si. Por outro lado, Cobb (1976), define o suporte social como uma informação proveniente de uma das seguintes categorias: a) quando a informação leva o indivíduo a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele; b) quando a informação induz o indivíduo a pensar que é apreciado e tem valor; c) quando a informação leva o indivíduo a acreditar que pertence a uma rede de comunicação com obrigações recíprocas. Mais ainda, para Dunst e Trivette (1990; *cit in* Ribeiro, 1999), o suporte social associa-se aos recursos que estão ao dispor dos indivíduos e unidades sociais, quando é solicitada ajuda ou assistência. Estes autores distinguem dois tipos de suporte social, isto é, o suporte social informal e o suporte social formal.

Relativamente ao suporte informal, este associa-se às capacidades instrumentais e emocionais de assistência, da família, amigos ou vizinhos, sendo fundamental para o bem-estar físico e emocional (Goodman & Smyth, 2011). Por outro lado, o suporte formal diz respeito às respostas sociais, nomeadamente ao suporte dado pela polícia, pelos serviços

judiciais, pelos serviços de saúde, pelos profissionais da área de intervenção em crise e pelos grupos religiosos (Liang et al., 2005).

No que se refere às vítimas de violência, os estudos estão direcionados para as mulheres e referem que quando as mulheres sofrem de violência têm mais probabilidade de procurar ajuda junto das redes de suporte informal do que nas redes de suporte formal, sendo que em contrapartida esta situação não melhora o bem-estar e segurança das vítimas pois, muitas vezes os agressores proibem as vítimas de terem contato com as suas redes de suporte informal (Goodman & Smyth, 2011). Neste sentido, outras pesquisas realizadas nesta área referem que similarmente existe uma associação entre o suporte informal elevado e uma melhor saúde mental, o que poderá ter como consequência uma menor probabilidade de ocorrer violência. Além disso, os estudos indicam que vítimas que experienciaram maior violência, referem que nem o suporte formal nem o informal diminuíram a violência, pois para estas vítimas o facto de serem revitimizadas não interessa o tipo de suporte social que recebiam, salientando-se que nem o suporte social da família e dos amigos era suficiente para prevenir a violência (Goodman, Dutton, Weinfurt & Vankos, 2005; *cit in* Liang, Goodman, Tummala-Narra & Weintraub, 2005).

Outros estudos referem que o suporte social, especialmente por parte da família nas mulheres que são vítimas, pode indicar que esta é valorizada e aumentar assim a sua autoestima, sendo também um meio de assistência em situações de violência (Counts, Brown & Campbell, 1992; *cit in* Jewkes, 2002). No entanto, verificou-se que as mulheres vítimas de violência conjugal podem evitar procurar recorrer ao suporte social com receio de se sentirem estigmatizadas se os outros souberem que é vítima de violência. Além disso, consideram que a violência é um assunto privado e que podem sofrer retaliação por parte dos companheiros caso estas os denunciem (Michell & Hodson, 1983; Sullivan, Tan, Basta, Rumptz & Davidson, 1992; *cit in* Coker et al., 2002). Neste sentido, Coker e colaboradores (2002), reforçam a ideia de que se as mulheres vítimas que procuram suporte social podem muitas vezes não receber o apoio que necessitam, pois os potenciais meios de suporte podem culpar a vítima ou fazerem-nas sentir-se desconfortáveis ao falar de um assunto sensível.

Num estudo realizado por Coker e colaboradores (2002), com 1152 mulheres vítimas de violência conjugal, procuraram estabelecer uma associação entre a violência conjugal, as consequências na saúde mental e o suporte social. Verificaram que a violência conjugal tanto a nível sexual, físico ou psicológico se associava a problemas de saúde físicos ou mentais, abuso de substâncias, sintomatologia de *stress* pós-traumático, depressão, ansiedade e ideação

suicida. Das mulheres que participaram no estudo, constatou-se que as que tinham mais suporte social, apresentavam menor risco de desenvolver perturbações mentais, especificamente, menor ansiedade e depressão, menos sintomas de *stress* pós-traumático e de ideação suicida, comparativamente com as mulheres que tinham um menor suporte social e um maior controlo por parte do agressor. As mulheres com um melhor suporte social afirmaram que os seus amigos estavam presentes para prestar suporte e tal como a família, estes dois tipos de suporte informal tinham como consequências uma melhor saúde física e mental. Neste estudo, os autores concluíram que os serviços de saúde podem ser um meio para identificar a violência conjugal e para ajudar as mulheres a desenvolverem os seus próprios recursos e rede de suporte sendo que os médicos, a família e amigos podem ser fontes de suporte, quando o suporte social reduz em quase metade o risco de desenvolvimento de problemas de saúde nas mulheres vítimas de violência.

Num estudo realizado por Andrews, Brewin e Rose (2003), com 157 vítimas de violência conjugal referem que as mulheres que tinham menor suporte social por parte da família e dos amigos tinham uma maior predisposição para o desenvolvimento de sintomatologia de *stress* pós-traumático.

Por outro lado, num estudo realizado por Baydon (2009), procurando caracterizar a violência perpetrada pelos parceiros/companheiros de 519 mulheres grávidas em situação de aborto, mostram uma forte relação inversa entre a ocorrência de atos de violência conjugal e a disponibilidade percebida do suporte social.

A Organização Mundial de Saúde (2012), refere que uma das razões pelas quais as mulheres não cessam relacionamentos violentos deve-se à falta de apoio por parte da família e amigos.

Após a recolha e análise dos vários estudos realizados nesta área, podemos destacar que um elevado suporte social poderá constituir um fator protetor contra a violência conjugal, contribuindo para diminuir os efeitos nefastos do *stress* no bem-estar geral das mulheres e em particular como um moderador da ocorrência de PTSD.

### **3.3. Impacto da Violência Conjugal nos Recursos Psicossociais das Vítimas e o Papel do Suporte Social**

A violência conjugal pode ter um grande impacto nos recursos psicossociais das vítimas, contribuindo de forma significativa para a desintegração das redes de suporte psicológico e social das vítimas e consequente perda de recursos pessoais (Walker, 1994).

Os custos económicos da violência manifestam-se em toda a sociedade de forma direta ou indireta (Day, Mckenna & Bowlus, 2005). Os efeitos negativos da violência contra as mulheres podem centrar-se nos recursos materiais, pessoais ou condições psicossociais das vítimas, podendo estes ser gerados a curto ou a longo prazo.

No que se refere aos recursos psicológicos e pessoais, a violência conjugal interfere significativamente com as relações familiares e de amizades. Para além disso, as vítimas sentem uma menor produtividade, mais inquietude, pensamentos assustadores, dificuldade em relaxar e tomar decisões, choro fácil, dificuldades na expressão de sentimentos, concentração e memória, medos excessivos, comportamentos destrutivos, mais distúrbios alimentares e tentativas de suicídio. Deste modo, cerca de 47.3% das mulheres associavam a violência ocorrida no último ano a prejuízos ou efeitos negativos junto da família e dos amigos, derivada de uma separação forçada deste meio de suporte (Lisboa, 2003).

Associado ao impacto psicológico e social que a violência tem sobre as vítimas, esta situação também acarreta grandes consequências ao nível económico, resultante da menor produtividade e do aumento do recurso a serviços sociais. Neste sentido, a Comissão para a Igualdade e para os Direitos da Mulher (Lisboa, 2003), realizou um estudo sobre os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres e verificou que estas ficavam em situação de grande vulnerabilidade social e económica. O estudo indicou que as mulheres apresentam uma probabilidade três a oito vezes superior de terem filhos doentes, de não conseguirem um emprego e, se estiverem empregadas, não obterem promoção profissional, recorrem com mais frequência aos serviços dos hospitais, mais consultas de psiquiatria por perturbações emocionais e uma maior predisposição para cometerem o suicídio. Estas consequências da violência, além de afetarem individualmente a vítima, apresentam também custos ao nível de apoio técnico.

Vários estudos indicam que a violência conjugal, pode afetar a vida profissional das mulheres vitimizadas, pois sofrem de mais problemas físicos e mentais, os quais podem por sua vez, afetar a *performance* a nível profissional e terem mais dificuldade em manter o emprego (Krug et al. 2002; Renzetti & Larkin, 2009). Também, Lisboa (2003), refere que 15.2% das vítimas de violência conjugal portuguesas relatam repercussões evidentes na sua vida profissional, nomeadamente na dificuldade em arranjar emprego e uma maior probabilidade de serem despedidas. Deste modo, se por um lado o trabalho pode ser considerado um fator protetor para as mulheres que sofrem de violência, pois além de ser um recurso económico, ajuda a aumentar a sua autoestima, levando-as a que elas próprias utilizem estes recursos psicológicos para lidarem ou terminarem com a relação de violência, por outro lado, ao receber o apoio social dos colegas de trabalho, as vítimas vão sentir-se

menos isoladas, mais saudáveis, o que terá menos implicações negativas no seu trabalho (Brush, 2003; Staggs, Long, Maaon, Krisham & Rigger, 2007; *cit in* Renzetti & Larkin, 2009).

Todos estes custos referidos anteriormente são muitas vezes prolongados ao longo da vida, estando até associados à sintomatologia de *stress* pós-traumático nas vítimas. De acordo com o contributo dado pela APAV (2010) para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, as mulheres em situação de violência têm mais problemas de saúde, maiores custos sociais e utilizam com maior frequência os serviços de saúde, pois estas mulheres vítimas de abuso no contexto da relação, têm uma maior taxa de absentismo, ficam mais dias de cama e manifestam mais sintomas de *stress* e depressão, ideação e tentativas suicidas, assim como sintomatologia de *stress* pós-traumático, abuso de álcool ou drogas.

No que diz respeito às relações sociais, as vítimas não conseguem lidar com estas relações, manifestando sentimentos de solidão e de insegurança, tensão nas relações familiares e conjugais e evitam estar em locais públicos (Cortez, 2009). O facto de as vítimas não abandonarem os agressores, tem muitas repercussões ao nível psicológico mas também ao nível social e económico (e.g. dependência monetária) (Matos, 2006). Além disso, o papel do suporte social é muito útil para ajudar a resolver os conflitos nas relações conjugais, servindo como um fator protetor nestas situações, pois pode ajudar a lidar da melhor maneira com os eventos stressores e de fornecer às vítimas os recursos necessários para lidarem com os conflitos (Silver & Teasdale, 2005).

De acordo com Hobfoll (1991; 1998; *cit in* Schum, Hobfoll, Keogh, 2004), quando expostas a eventos stressores, as vítimas de trauma podem ficar sem os recursos necessários para lidar com essas situações e tal facto afetar o suporte social.

Em síntese, a violência conjugal pode ter impacto nos recursos psicossociais e na perda de suporte social, isto é, ter efeitos negativos na relação com os familiares e amigos, e na diminuição de bens materiais e pessoais. Porém, os recursos psicossociais e o suporte social também podem ser fatores protetores para as vítimas de violência pois permite-lhes ter os meios necessários para lidar com os fatores stressores.

## **Capítulo 4. PTSD e Violência Conjugal**

### **4.1. Perturbação de *Stress* Pós-Traumático na Violência Conjugal**

Uma das consequências decorrentes da violência conjugal é a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PTSD), constituindo a violência conjugal quanto à severidade (ligeira e severa), atos que afetam a integridade física e a vida, ou um acontecimento ameaçador que

resulta num aumento dos níveis de *stress*, pois a presença de eventos de elevado *stress*, característicos nas relações de violência conjugal, diminuem a resistência e aumentam a vulnerabilidade física e mental das vítimas (Baydon, 2009).

Para Hobfoll (1989), o *stress* é resultante da quantidade de recursos perdidos, da possibilidade de os perder ou da sua utilização irrecuperável. Por outro lado, o *stress* é definido por Baydon (2009) como uma falta de equilíbrio entre os recursos individuais (e.g. estatuto socioeconómico e tipo de personalidade) e as exigências externas (e.g. *stress* crónico).

A PTSD caracteriza-se pelo desenvolvimento de um conjunto de sintomas psicológicos que surgem posteriormente à exposição de um stressor traumático extremo, que implicam a experiência pessoal direta, observação ou confrontação com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte, ferimentos graves ou ameaças à integridade física do próprio ou de outros. Perante esta situação, a pessoa sente um medo intenso, um sentimento de incapacidade de encontrar ajuda e após se exporem ao trauma, os sintomas incluem o reexperienciar persistente do acontecimento traumático, o evitamento persistente dos estímulos associados ao trauma, o embotamento da reatividade e sintomas persistentes do aumento da ativação (APA, 2002; 2013). De acordo com o critério do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2002), esta perturbação é diagnosticada quando os sintomas permanecem durante mais de um mês e causam um mau estar clinicamente significativo no funcionamento geral do indivíduo. Por norma, estas pessoas, têm um padrão de evitamento que podem interferir com os relacionamentos interpessoais, levar a conflitos conjugais, divórcio ou perda de emprego.

De acordo com alguns estudos sobre a PTSD os indivíduos que vivenciam esta perturbação têm uma variedade de problemas que afetam a sua vida social, ocupacional e educacional (Kessler, 2000; Kessler, Berglund, Demler, Jin & Merikangas, 2005). Por outro lado, segundo a *National Comorbidity Survey* (2011; *cit in* Caldwell, Swan & Woodbrown, 2012), a percentagem de mulheres com PTSD é três vezes superior à dos homens.

Os sintomas de *PTSD*, são bastante frequentes nas vítimas de violência conjugal, sendo que este tipo de perturbação tem uma prevalência de cerca de 33% a 84% (Austin, Lawrence & Foy, 1993; Camp, Rawling & Green, 1991; *cit in* Norwood & Murphy, 2012). Especificamente no que concerne às mulheres vítimas de violência conjugal, os estudos indicam que cerca de 30% a 60% desta população, apresenta sintomas de PTSD (Austin, Lawrence & Foy, 1993; *cit in* Hines, 2007).

Num estudo realizado por Cascardi, O'Leary & Schlee (1999), com 92 mulheres vítimas de violência física pelo companheiro, verificou-se que 29,8% da amostra apresenta critérios para PTSD.

Na revisão da literatura realizada por Campbell (2002), sobre as consequências físicas e psicológicas da violência conjugal, faz-se referência a dados que indicam que a prevalência de sintomatologia de *stress* pós-traumático é mais elevada nas mulheres vítimas de violência conjugal do que nas mulheres que não sofrem violência. Contudo, alguns estudos associam a presença de sintomatologia de *stress* pós-traumático em mulheres à violência psicológica (Arias & Pape, 1999; *cit in* Norwood & Murphy, 2012).

Num estudo realizado por Schumm, Hobfoll e Keogh (2004), com 105 mulheres dependentes de álcool e drogas, reportam que a perda de recursos interpessoais e a violência física exercida pelo parceiro contribuem para o aparecimento de elevada sintomatologia de *stress* pós-traumático. Por outro lado, Barnett e colaboradores (2005) destacam que a coerção sexual leva as vítimas vivenciem situações traumáticas, o que implica a ocorrência de sintomatologia de *stress* pós-traumático.

Num estudo realizado por Norwood e Murphy (2012) com 216 mulheres americanas, cujos parceiros estavam a receber tratamento para a perpetração de violência, em que o objetivo era analisar as diferenças entre os diferentes tipos abuso e a sintomatologia de *stress* pós-traumático, nomeadamente, o estudo da relação entre a coerção sexual e a violência como preditores de sintomatologia de *stress* pós-traumático, verificou-se que as vítimas de coerção sexual têm mais probabilidade de serem diagnosticadas com PTSD e de terem níveis mais elevados de sintomatologia de *stress* pós-traumático. Os resultados encontrados, referem ainda que o abuso psicológico é um preditor da sintomatologia de *stress* pós-traumático. No mesmo sentido, vão de encontro os resultados obtidos no estudo realizado por Pico-Alfonso (2005), onde o objetivo era analisar as diferenças ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático entre 75 mulheres vítimas de violência conjugal do tipo físico, psicológico e sexual, quando comparadas com 52 mulheres não vítimas de violência conjugal, tendo-se verificado que as mulheres vítimas de violência conjugal ao nível físico, psicológico e sexual, tinham maior probabilidade para desenvolver sintomatologia de *stress* pós-traumático, destacando-se o abuso psicológico como o preditor mais forte desta sintomatologia.

#### **4.2. Variáveis Moderadoras da PTSD: *Stress* e Suporte Social**

Baron e Kenny (1986), definem como moderadora a variável qualitativa ou quantitativa que afeta a direção e/ou força da relação entre uma variável independente ou preditora e uma variável dependente ou de critério.

Vários estudos sobre a violência conjugal, apresentam o suporte social como uma variável moderadora do aparecimento de sintomatologia de *stress* pós-traumático na violência conjugal (Coker et al., 2002; DeJonghe, Bogat, Levendosky & VonEye, 2008; Glass, Perrin, Campbell & Soeken, 2007).

Babcock, Roseman, Green e Ross (2008), referem que quando as vítimas de violência conjugal reportam menos suporte social, o facto de sofrerem de violência, pode influenciar a forma como as vítimas percebem o tipo de suporte que têm, e esta percepção vai influenciar o desenvolvimento de sintomatologia de *stress* pós-traumático.

Canady e Babcock (2009), no seu artigo sobre o suporte social nas mulheres vítimas de violência conjugal, referem que alguns modelos de relacionamento na violência conjugal, indicam que o suporte social é afetado pela violência e que por sua vez vai também afetar as consequências desta violência. Estes investigadores realizaram um estudo sobre o suporte social como mediador ou moderador nas mulheres vítimas de violência conjugal, e os resultados indicaram que o suporte social afetava a relação e o tipo de estratégias para lidar com as emoções, isto é, quanto mais o suporte recebido, mais provavelmente as mulheres vão usar métodos para direcionar as emoções que surjam das interações que são fruto da violência.

Por outro lado, Martin e Hesselbrock (1991; *cit in* DeJonghe, Bogat, Levendosky & VonEye, 2008), descobriram que as mulheres que eram vítimas de violência conjugal e que tinham um maior suporte social tinham uma maior capacidade de resiliência maior para lidar com a história de violência e o aparecimento da PTSD. Além disso, Coker, Watkins, Smith e Brandt (2003) num estudo realizado com 191 mulheres vítimas de violência conjugal, verificaram que as estratégias de intervenção que se baseiam no aumento do suporte social, podem reduzir as consequências físicas e mentais das mulheres vítimas de violência conjugal.

## **PARTE II. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

## **Capítulo 1. Metodologia**

### **1.1. Objetivos**

O objetivo principal do presente estudo consiste em investigar o impacto da violência conjugal (nos seus diferentes tipos de abuso), na ocorrência de sintomatologia de *stress* pós-traumático, no *stress* e no suporte social.

O desenvolvimento desta investigação foi orientada pelos seguintes objetivos específicos:

- 1) Estimar a prevalência e a cronicidade dos diferentes tipos de abuso;
- 2) Analisar a relação entre os diferentes tipos de abuso.
- 3) Determinar diferenças quanto à sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress* e suporte social em mulheres que reportam ter sofrido abuso físico sem sequelas, abuso físico com sequelas, coerção sexual e agressão psicológica, comparativamente com aquelas que não reportam ter sofrido estes tipos de abuso.
- 4) Analisar a relação entre os diferentes tipos de abuso, a sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress* e suporte social.
- 5) Explorar a influência das variáveis socio-demográficas, clínicas e psicossociais nos diferentes tipos de abuso, presença de sintomatologia de *stress* pós-traumático, *stress* e suporte social.

### **1.2. Design**

O presente estudo é quantitativo, de carácter correlacional do tipo transversal, mediante a utilização de questionários de investigação num único momento de avaliação (Ribeiro, 2008).

### **1.3. Variáveis**

O estudo é composto por variáveis sócio-demográficas (idade, escolaridade, origem étnica, situação profissional, estado civil, número de filhos, relação com o agressor, coabitação com o agressor), variáveis clínicas (primeira agressão, duração da violência conjugal, sintomatologia do *stress* pós-traumático, tipos de abuso, *stress*) e variáveis psicossociais (suporte social).

#### **1.4. Hipóteses**

Tendo em perspectiva os objetivos desta investigação e os estudos analisados sobre a influência da variável violência conjugal na sintomatologia do *stress* pós-traumático, a influência dos diferentes tipos de abuso, no *stress* e no suporte social, esboçaram-se as seguintes hipóteses:

*Hipótese 1:* Os diferentes tipos de abuso apresentam uma correlação positiva entre si;

*Hipótese 2:* Espera-se que haja diferenças significativas entre as mulheres que reportam ter sido vítimas de diferentes tipos de abuso, ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático, *stress* e suporte social;

*Hipótese 3:* Os diferentes tipos de abuso relacionam-se positivamente com a sintomatologia de *stress* pós-traumático e indicadores de *stress* e negativamente com o suporte social;

#### **1.5. Análises exploratórias**

Para além da análise das hipóteses, pretende-se explorar a relação existente entre as variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais nos diferentes tipos de abuso, presença de PTSD, *stress* e suporte social. Mais concretamente, pretende-se verificar se existem diferenças ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress*, suporte social em função da coabitação com o agressor. Também iremos verificar as diferenças ao nível dos diferentes tipos de abuso em função da coabitação com o agressor. Mais ainda, pretende-se verificar as diferenças ao nível dos diferentes tipos de abuso, sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress*, suporte social a duração da vitimização em função da existência de filhos. Por último, tem-se como objetivo analisar a relação entre a sintomatologia de *stress* pós-traumático, *stress* e suporte social.

#### **1.6. Seleção e Recolha da Amostra**

A amostra é composta por mulheres vítimas de violência conjugal que solicitaram apoio no Gabinete da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima de Braga (APAV). Trata-se de uma amostra de conveniência. Contudo, esta foi selecionada de acordo com determinados critérios de inclusão: ser vítima de violência conjugal, ter 18 ou mais anos, ser do sexo feminino e sem défice cognitivo.

Para se iniciar a recolha de dados, formulou-se um pedido de autorização para a realização da investigação à Direção Geral da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima que visava a realização de um estudo em colaboração com várias investigadoras do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e, onde apenas partilhava a presença de violência conjugal, tendo objetivos distintos. Após o deferimento, foi iniciado o processo de recolha que incluía a aplicação de vários instrumentos de avaliação, designadamente os instrumentos de todas as investigadoras (Anexo I).

O processo de recolha de dados foi realizado por quatro investigadoras e decorreu entre janeiro e novembro de 2014. O encaminhamento das participantes para este estudo foi efetuado no seguimento dos atendimentos realizados pelos técnicos da APAV, sendo que no final de cada atendimento, as vítimas que cumpriam critérios de inclusão eram convidadas a participar no estudo. Além disso, foram realizados contactos telefónicos com o objetivo de serem agendadas marcações com as participantes. Antes de se proceder à recolha de dados, as participantes foram informadas sobre o âmbito, objetivo, duração do estudo, participação e interrupção voluntária e confidencialidade dos dados (Ribeiro, 2008). De seguida, foi entregue um consentimento informado para a autorização do estudo (Anexo II).

A aplicação dos instrumentos, foi realizada num único momento e com uma duração compreendida entre 45 a 60 minutos. Destaca-se ainda, que o preenchimento dos instrumentos foi realizado pelas participantes e, nos casos em que isso não foi possível, a investigadora colaborou no preenchimento.

## **1.7. Caraterização da Amostra**

### **1.7.1. Caraterização Sócio-demográfica da Amostra**

A amostra do presente estudo é constituída por 65 (100%) mulheres que recorreram ao Gabinete de Apoio à Vítima da APAV de Braga, por terem experienciado algum tipo de abuso no relacionamento com o companheiro/marido.

A amostra é constituída apenas por participantes do sexo feminino (100%), com idades compreendidas entre os 23 e os 69 anos e com uma média de idades de 42 anos. A análise por categorias de idade, mostra que 10.8% (n= 7) das participantes da amostra têm idade inferior a 30 anos, seguindo-se 36.9% (n=24), com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos, 33.8% (n= 22) situam-se na faixa etária dos 41 aos 50 anos, 13.8% (n= 9) têm idades entre os 51 e 60 anos e 4.6% (n= 3) das participantes da amostra têm mais de 61 anos.

Considerando o nível educacional, 27.7% das participantes do estudo têm o 3.º ciclo de

escolaridade, seguindo-se 23.1% com o 1.º ciclo de escolaridade. Também com a mesma percentagem (23.1%) têm habilitações ao nível do ensino secundário, enquanto que 15.4% das participantes do estudo têm formação superior, e por último, 10.8% das participantes da amostra, têm apenas o 2.º ciclo.

Quanto à etnia, quase a totalidade da amostra é caucasiana (98.5%) e apenas uma participante é de raça hispânica (1.5%). No que se refere à situação profissional, 59.4% das participantes encontram-se empregadas, 35.9% desempregadas e, apenas 4.7% estão reformadas.

No que diz respeito ao estado civil das participantes, mais de metade são casadas (52.3%), 16.9% solteiras, 16.9% encontram-se divorciadas/separadas e 13.8% vivem em união de facto, tal como indica a Tabela 1.

Relativamente ao número de filhos, apenas 20% reporta não ter filhos, atribuindo-se os restantes 80% a quem tem filhos, 36.4% têm um filho e 26.2% têm dois filhos, 10.8% têm três filhos, 3.1% têm quatro filhos e 3.1% têm cinco filhos.

No que concerne à relação atual com o agressor, mais de metade são casadas, ou seja, 55.4%, seguindo-se 15.3% participantes que se encontram divorciadas, 10.8% das participantes têm uma relação de união de facto com o agressor, 10.8% das participantes são namoradas do agressor e 7.7% participantes são ex-namoradas/ex-companheiras do agressor.

No que diz respeito à coabitação com o agressor, 52.3% participantes da amostra residem com o agressor e 47.7% já não residem com o agressor.

Tabela 1  
*Caraterísticas Sócio-demográficas da Amostra (N=65)*

	<i>n (%)</i>
Sexo	
Feminino	65 (100)
Masculino	0 (0)
Escolaridade	
1º ciclo	15 (23.1)
2º ciclo	7 (10.8)
3º ciclo	18 (27.7)
Ensino secundário	15 (23.1)
Ensino superior	10 (15.4)
Etnia	
Caucasiana	64 (98.5)
Hispânica	1 (1.5)

Tabela 1 (Continuação)  
*Caraterísticas Sócio-demográficas da Amostra (N= 65)*

	<i>n (%)</i>
<b>Situação Profissional</b>	
Empregado	38 (59.4)
Desempregado	23 (35.9)
Reformado	3 (4.7)
<b>Estado Civil</b>	
Casada	34 (52.3)
Solteira	11 (16.9)
Divorciada/Separada	11 (16.9)
União de Facto	9 (13.8)
<b>Número de filhos</b>	
Sem filhos	13 (20.0)
Um	24 (36.4)
Dois	17 (26.2)
Três	7 (10.8)
Quatro	2 (3.1)
Cinco	2(3.1)
<b>Relação com o Agressor</b>	
Casada	36 (55.4)
União de facto	7 (10.8)
Namorado	7 (10.8)
Divorciada/ex-cônjuge	10 (15.3)
Ex-namorado/Ex-companheiro	5 (7.7)
<b>Coabitação com o Agressor</b>	
Sim	34 (52.3)
Não	31 (47.7)

### **1.7.2. Caraterização Clínica e Psicossocial da Amostra**

As principais caraterísticas clínicas da amostra descrevem-se em seguida, nas Tabelas 2 e 3.

Segundo o que podemos observar na Tabela 2, a duração da vitimização em média é 12 ( $\pm 11.36$ ) anos e verifica-se que o tempo mínimo da agressão é muito variável, podendo durar desde uma semana atrás até desde há 42 anos. Quando se inquiriu as participantes sobre quem agrediu primeiro, constata-se que na totalidade dos casos alegam ter sido agredidas primeiro pelos parceiros (100%).

Tabela 2

*Caraterísticas da Duração da Vitimização e da Primeira Agressão da Amostra (N= 65)*

	<i>n (%)</i>	<i>M (SD)</i>	Mínimo	Máximo
Duração da Vitimização	61 (100)	12 (11.36) Anos	1 semana	42 Anos
Primeira Agressão				
Parceiro	65 (100)			
Própria	0 (0)			

Relativamente à caracterização clínica da amostra, tendo em conta o apresentado na Tabela 3, constata-se que 56.9% das participantes não têm diagnóstico de PTSD, sendo que 43.1% das participantes da amostra cumprem critérios de diagnóstico de PTSD. No que se refere à presença de perda de recursos, verifica-se que 83.1% das participantes têm *stress* ao nível social, 91.5% das participantes têm *stress* na saúde, 84.7% das participantes têm *stress* no tempo, 96.6% das participantes têm *stress* nas condições domésticas, 92.9% das participantes têm *stress* ao nível financeiro e por último, 77.7% das participantes têm *stress* no trabalho.

No que diz respeito ao suporte social, 14.3% das participantes revelaram não ter relações de confiança, 1,5% da amostra revelou não ter suporte social ao nível da orientação, 24.6% das participantes revelaram não ter suporte social ao nível do reconhecimento, 13.8% das participantes revelaram não ter relações de vinculação e por último, 7.7% das participantes demonstraram não se sentirem integradas socialmente.

Tabela 3

*Caraterização da Presença de PTSD, Recursos e Suporte Social na Amostra (N= 65)*

	<i>n (%)</i>
Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático ( <i>n</i> = 59)	
Ausência de Diagnóstico	37 (56.9)
Presença de Diagnóstico	28 (43.1)
Conservação de Recursos	
<i>Stress</i> Social ( <i>n</i> = 56)	
Presença	54 (83.1)
Ausência	2 (3.1)
<i>Stress</i> na Saúde ( <i>n</i> = 59)	
Presença	54 (91.5)
Ausência	5 (8.5)
<i>Stress</i> no Tempo ( <i>n</i> =59)	
Presença	50 (84.7)
Ausência	9 (15.3)
<i>Stress</i> nas Condições Domésticas ( <i>n</i> = 59)	
Presença	57 (96.6)
Ausência	2 (3.4)

Tabela 3 (Continuação)  
*Caraterização da Presença de PTSD, Recursos e Suporte Social na Amostra (N= 65)*

	<i>n (%)</i>
<i>Stress Financeiro (n= 56)</i>	
Presença	52 (92.9)
Ausência	4 (7.1)
<i>Stress no Trabalho (n= 56)</i>	
Presença	28 (77.7)
Ausência	10 (26.3)
Suporte Social	
<i>Relação de Confiança (n= 63)</i>	
Presença	54 (85.7)
Ausência	9 (14.3)
<i>Orientação (n= 65)</i>	
Presença	64 (98.5)
Ausência	1 (1.5)
<i>Reconhecimento (n= 65)</i>	
Presença	49 (75.4)
Ausência	16 (24.6)
<i>Vinculação (n= 65)</i>	
Presença	56 (86.2)
Ausência	9 (13.8)
<i>Integração Social (n= 64)</i>	
Presença	59 (92.2)
Ausência	5 (7.7)

A prevalência dos diferentes tipos de abuso relativos à vitimização e perpetração encontra-se descrita na Tabela 4.

No que diz respeito à prevalência dos tipos de abuso relativos à vitimização, verifica-se que a agressão psicológica, com cerca de 98.5% das participantes a relatar este abuso, apresenta-se como o tipo de abuso mais perpetrado pelos parceiros, seguindo-se o abuso físico sem sequelas com 92.3% das participantes, o abuso físico com sequelas com o relato de 80% das participantes e, por último, encontra-se a coerção sexual com cerca de 66.2% das participantes a relatarem este tipo de abuso, como sendo aquele menos prevalente, são vítimas de abuso físico com sequelas.

Relativamente à prevalência dos tipos de abuso da perpetração, constata-se que 90.7% das participantes relata são perpetradoras de agressão psicológica, seguindo-se 54.2% das participantes como perpetradoras do abuso físico com sequelas, 12.3% das participantes relatam terem exercido abuso físico sem sequelas e, por fim, a coerção sexual é o tipo de

abuso menos exercido pelas participantes, com cerca de 8.1% das participantes a relatar que exerceram este tipo de abuso sobre os parceiros.

Tabela 4  
*Caraterização da Prevalência Global dos Tipos de Abuso relativos à Vitimização e Perpetração (N= 65)*

	Presença Vitimização <i>n (%)</i>	Presença Perpetração <i>n (%)</i>
Abuso Físico Sem Sequelas Total	60 (92.3)	26 (54.2)
Ligeiro	59 (90.8)	24 (49)
Severo	55 (84.6)	18 (34)
Abuso Físico Com Sequelas Total	52 (80.0)	8 (12.3)
Ligeiro	51 (78.5)	24 (49)
Severo	42 (64.6)	18 (34)
Agressão Psicológica Total	64 (98.5)	39 (90.7)
Ligeira	62 (95.4)	40 (87)
Severa	63 (96.3)	33 (61.1)
Coerção Sexual Total	43 (66.2)	5 (8.1)
Ligeira	43 (66.2)	4 (6.5)
Severa	36 (55.4)	2 (3.1)

Relativamente à cronicidade dos tipos de abuso relativos à vitimização, podemos analisar na Tabela 5, que a média da cronicidade mais elevada é a da agressão psicológica, com 14.94, seguindo-se a cronicidade do abuso físico sem sequelas com uma média de 8.53. Em terceiro lugar, está a média da cronicidade para a coerção sexual, com 8.50, e em último, encontra-se a média do abuso físico com sequelas, que é de 4.87.

Tabela 5  
*Cronicidade Anual dos Tipos de Abuso relativos à vitimização (N= 65)*

	Cronicidade <i>M(SD)</i>
Abuso Físico Sem Sequelas	8.53(7.60)
Abuso Físico Com Sequelas	4.87(6.76)
Agressão Psicológica	14.94(7.68)
Coerção Sexual	8.50(9.44)

## 1.8. Instrumentos

Com o objetivo de avaliar as características psicossociais das participantes, foram utilizados os seguintes instrumentos: o Questionário Sócio-Demográfico (Cunha, Rodrigues, Madeira, Costa & Graça, 2013) (Anexo III); a Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD (PSS-R) (Foa, Riggs, Dancu & Rothbarum, 1983) (Anexo IV); o Questionário de Conservação de Recursos (*COR-E*) (Hobfoll, 1989) (Anexo V); a Escala de Suporte Social (SPS) (Cutrona & Russel, 1978) (Anexo VI) e as Escalas Táticas de Conflitos Revisadas (*CTS2*) (Straus et al., 1996) (Anexo VII).

### a. Questionário Sócio-Demográfico

O questionário sócio-demográfico elaborado para este estudo, é constituído por 11 itens de resposta breve e escolha múltipla e teve como objetivo recolher informações sobre as variáveis sócio-demográficas e clínicas para a caracterização da amostra, nomeadamente a idade, escolaridade, origem étnica, situação profissional, estado civil, número de filhos, relação com o agressor, coabitação com o agressor, autor da primeira agressão e duração da vitimização.

### b. Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD (*PTSD, Symptom Scale: Self-Reported* –PSS-SR-Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993)

#### *i. Versão Original*

A *PTSD Symptom Scale: Self-Reported* (PSS-SR), foi desenvolvido por Foa, Riggs, Dancu e Rothbaum (1993) para avaliar a presença de sintomatologia da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PTSD) em 248 participantes que possuem história de trauma (Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997). É uma escala com 17 itens, que tem como objetivo diagnosticar a PTSD de acordo com os critérios do *DSM-III-R* e avaliar a severidade da sintomatologia nas duas últimas semanas, numa escala de 4 pontos (0- nada; 1- um pouco; 2- moderadamente; 3- muito), perfazendo um total de frequência de 17 critérios para preencher o diagnóstico de PTSD. Os itens desta escala são agrupados em três dimensões de sintomas: reviver (5 itens), evitamento (7 itens) e ativação (5 itens). O diagnóstico é calculado tendo em conta a presença de pelo menos um sintoma de reviver, três de evitamento e dois de ativação.

No que diz respeito ao valor do alfa de *Cronbach* do estudo de Foa e colaboradores (1993; *cit in* Costa, 2006) para o PSS-SR, este foi calculado com 44 mulheres vítimas de abuso nas últimas duas semanas, sendo o alfa total de .91 para as subescalas reviver,

evitamento e ativação de .78, .80 e .82. respetivamente. Quanto à fidelidade do PSS-SR durante um mês, foi aplicado a 29 sujeitos, sendo o valor total do teste-reteste de .74. A subescala reviver obteve uma fidelidade de .66, o evitamento de .56 e a ativação .71, o que indica boa estabilidade temporal. Neste sentido, a PSS-SR possui uma boa consistência interna e de fidelidade.

*ii. Características Psicométricas numa Amostra Portuguesa (Traduzida por McIntyre & Veiga Costa, 2002)*

A versão portuguesa utilizada foi traduzida e adaptada por McIntyre e Veiga Costa para a população portuguesa, num estudo com mulheres com comportamentos de risco e que incluiu a avaliação da PTSD atual (últimas duas semanas) e passada (pior período). Tal como na versão original, os 17 itens são respondidos numa escala de quatro pontos (0= nada; 1= um pouco; 2= moderadamente e 3= muito). São também avaliadas as três dimensões: reviver (5 itens), evitamento (7 itens) e ativação (5 itens). Neste estudo, não foi possível efetuar análises relativas às características psicométricas da PSS-SR na amostra em estudo devido ao rácio entre o número de itens da escala (17) e o número de mulheres que efetivamente possuíam PTSD (n= 36), sendo que a baixa taxa de PTSD implicou a impossibilidade de incluir esta variável como variável de resultado.

*iii. Características Psicométricas na Amostra em Estudo*

Uma vez que este instrumento já se encontra adaptado à população portuguesa por McIntyre e Costa (2002), apenas foi realizado o estudo de fidelidade, devido à dimensão da amostra.

Para avaliar a consistência interna da escala de PTSD foi calculado o alfa de *Cronbach* da escala total e das subescalas (Anexo VIII), para uma amostra de 65 mulheres vítimas de violência conjugal, com o objetivo de verificar se todos os itens representam de forma semelhantes o mesmo constructo. Relativamente à análise da escala total, o coeficiente de fidelidade é de .90, o que indica uma boa consistência interna à semelhança do estudo original. No que se refere às subescalas, o coeficiente de *Cronbach* foi de .93 para a subescala reviver, o que corresponde a uma boa consistência interna, sendo superior ao estudo original. Na subescala de evitamento obteve-se uma consistência de .74 e para a subescala de ativação um valor de .76 o que é considerado razoável, embora ligeiramente abaixo dos valores do estudo original.

### c. Questionário da Conservação de Recursos (*COR-E, Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire- Hobfoll, 1989*)

#### i. Versão Original

O Questionário de Conservação de Recursos (*Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire-COR-E*) é um instrumento que se baseia na Teoria de Conservação de Recursos de Hobfoll (1989), sendo constituído por 74 itens relacionados com diversos tipos de recursos. Hobfoll (1989), define recursos como os objetos, características pessoais, condições ou energias que são validadas pelo indivíduo ou que servem como meio para alcançar esses recursos. A versão inicial foi testada numa amostra de 255 indivíduos (95 homens e 160 mulheres) para avaliar os ganhos e perdas de recursos. É constituído por uma escala de *Likert* de 1 a 7 pontos relativos à perda e ganhos de recursos: 1) perda recente nas últimas semanas (1= pouca perda, 7= muita perda); 2) perdas que experienciaram no último ano (1= pouco ganho, 7= muito ganho); 3) ganhos que experienciaram recentemente (1= pouco ganho, 7= muito ganho) e 4) os ganhos que experienciaram durante o último ano (Hobfoll, Lilly & Jackson, 1992; *cit in* Costa, 2006).

A Perda de Recursos foi medida usando o *Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire (COR-E)* (Hobfoll & Lilly, 1993). Segundo Hobfoll e Lilly (1993) e Ennis e colaboradores (2000; *cit in* Costa, 2006) afirmam que as pessoas que conseguem alcançar e manter os seus recursos durante situações de maior *stress* tem maior estabilidade psicológica e funcional. No que diz respeito à fidelidade teste reteste da versão original, os valores respetivos à perda ou ganho variam entre .55 e .64, relativamente às perdas e ganhos recentes e .64 e .67 para a perda e ganho no ultimo ano. Contudo, estes autores não referem dados adicionais relativamente à consistência interna. Por outro lado, Hobfoll e Schroder (2001) utilizaram este instrumento para avaliar o *stress* num estudo sobre estratégias de *coping* com 1.339 mulheres, tendo sido utilizado apenas 44 itens. Neste estudo encontraram-se bons níveis de consistência interna para sete subescalas: .87 para o *stress* financeiro; .82 para o *stress* no trabalho; .81 para o *stress* social; .78 para o *stress* parental, .74 para a condições de alojamento; .59 para *stress* da saúde e .65 para o *stress* no tempo. Este estudo indica boas características de consistência interna e apoia a validade de constructo da versão utilizada.

ii. *Caraterísticas Psicométricas numa Amostra Portuguesa (Traduzida por McIntyre & Costa, 2002)*

A versão utilizada neste estudo foi traduzida e adaptada por McIntyre e Costa em 2002, através de um questionário composto por 40 itens, tendo sido eliminados cinco itens relacionados com os filhos devido à maioria dos participantes não terem filhos. Este questionário foi usado numa amostra com 200 mulheres jovens com comportamentos sexuais de risco e mede até que ponto estas se confrontam com a perda de recursos em situações de *stress*, nos últimos três meses. Esta perda ou ameaça é classificada numa escala de três pontos (0= nenhuma ameaça ou perda; 1= alguma ameaça ou perda; 2= muita ameaça ou perda; uma categorial adicional “não se aplica”). Os *scores* mais elevados indicam maior *stress*.

Este instrumento obteve um nível de consistência interna da escala total de .90, e nas 5 subescalas com os seguintes coeficientes de *Cronbach* encontrados nesta amostra: .93 para o *stress* social, .82 para o *stress* na saúde, .86 para o *stress* no tempo, .93 para o *stress* nas condições domésticas/ferramentas e .95 para o *stress* financeiro. Além disso, os itens relativos ao *stress* parental foram eliminados pela quase nula presença de filhos e o *stress* no trabalho não foi analisado porque o número de sujeitos era muito baixo. Nesta versão do *COR-E*, o estudo apresenta uma elevada consistência interna para todas as subescalas e para a escala total. Os resultados da nova análise fatorial indicam uma boa validade de constructo.

Em suma, quer a versão portuguesa, quer a original sugerem que o *COR-E* é um instrumento válido ao nível da avaliação do *stress* ao nível da perda de recursos em mulheres em situação de risco. Relativamente à fidelidade, verificou-se que a análise de consistência interna dos 40 itens é boa.

iii. *Caraterísticas Psicométricas na Amostra em Estudo*

Uma vez que este instrumento já se encontra adaptado à população portuguesa por McIntyre e Costa (2002), apenas realizamos o estudo de fidelidade, excluindo a análise da validade, devido à dimensão da amostra.

Para avaliar a consistência interna da escala de *COR-E*, com 40 itens, foi calculado o alfa de *Cronbach* da escala total e de todas as subescalas (Anexo XIX), para uma amostra de 65 mulheres vítimas de violência conjugal. Relativamente à análise da escala total, o coeficiente de fidelidade é de .93, o que indica uma boa consistência interna, semelhante ao valor da escala global da versão adaptada à população portuguesa, que tem um valor de alfa .90. No que se refere às subescalas, o coeficiente de *Cronbach* foi de .77 para a subescala

*stress* social, que apesar de verificarmos que a eliminação do item 20 aumentar o alfa para .85, logo não o eliminamos visto que não altera significativamente a consistência interna. Obteve-se um alfa de .49 para a subescala *stress* na saúde, o que reflete um valor de consistência interna inaceitável (Devellis, 1991; *cit in* Freire & Almeida), no entanto apesar de verificarmos que a eliminação do item 37 aumenta o alfa para .65, optamos por não eliminar pois não altera significativamente a consistência interna da subescala para um valor razoável, sendo que se aproxima dos estudos originais. Na subescala *stress* no tempo obteve-se um alfa de .74, indicando uma consistência interna respeitável, sendo que o alfa foi de .80 para a subescala *stress* nas condições domésticas, o que corresponde a uma boa consistência interna, sendo semelhante ao estudo da adaptação portuguesa. Para a subescala *stress* financeiro obteve-se um alfa de .92 o que corresponde a uma boa consistência interna semelhante ao estudo da adaptação portuguesa. Por fim, a subescala *stress* no trabalho obteve um alfa de .93, o que corresponde a uma boa consistência interna.

#### **d. Escala de Suporte Social (SPS, *Social Support Scale*- Cutrona & Russel, 1978)**

##### *i. Versão Original*

A versão original foi desenvolvida por Cutrona e Russel em 1978, tendo por base o Modelo de Provisões Sociais de Weiss (1974), que avaliava a solidão ao contrário do contexto de suporte social. Este instrumento originalmente tem como objetivo examinar de que forma as relações sociais estabelecidas permitem obter diversas dimensões de suporte social ao nível das relações de confiança, orientação, reconhecimento, oportunidade para ser cuidador, vinculação e integração social (Cutrona & Russel, 1987). Inicialmente o instrumento era constituído por 12 afirmações, ou seja duas frases por função, uma redigida de modo afirmativo e outra redigida de modo negativo. Cada afirmação é avaliada numa escala de 1 a 4 (se descreve fortemente a relação ou não descreve a relação com a família e amigos). A cotação é realizada através da soma de todos os itens e quanto mais elevado o resultado, maior é a perceção da pessoa em relação ao suporte social prestado.

Para avaliar a consistência interna do instrumento, realizou-se um estudo com 1.792 participantes (Cutrona & Russell, 1987) obtendo-se valores de alfa entre .65 e .76 para as subescalas e de .92 para a escala total. Relativamente à análise factorial verificou-se que esta escala avalia os componentes específicos do suporte social e o nível de suporte global

disponível para o sujeito. A investigação realizada demonstrou que o instrumento possuía validade na avaliação de propriedades significativas das relações interpessoais.

*ii. Características Psicométricas numa Amostra Portuguesa (Traduzida por McIntyre & Costa, 2002)*

A versão utilizada neste estudo foi adaptada do estudo de *Hobfoll Women's Health Study Questionnaire* (2002). Foram selecionaram 10 itens das subescalas, sendo que estas afirmações avaliam na população portuguesa a caracterização das relações do sujeito com os amigos e a família. Assim, embora os autores destaquem os dados analisados sejam relativos a uma versão portuguesa, essa versão é parcial e não se pode se considerar um estudo de validação da mesma.

No estudo realizado por McIntyre e Veiga Costa (2002), com mulheres em risco, utilizou-se um conjunto de 10 afirmações que avaliam a caracterização das relações do sujeito com amigos ou família, sendo que o sujeito avalia as afirmações numa escala tipo *likert* com quatro possibilidades escolhendo uma das condições: “Não”, “Às vezes”, “ Sim” ou “Incerteza”. Neste estudo foram utilizadas as seguintes subescalas: relação de confiança, orientação, reconhecimento, vinculação e integração social. Realizou-se um estudo de fidelidade com os 10 itens obtendo-se um valor de alfa adequado de .72, pelo que a escala apresenta uma boa consistência interna. Relativamente à validade, a escala avalia o constructo.

Em conclusão neste estudo, a análise das propriedades psicométricas revelam ter uma adequada fidelidade do instrumento, contudo, o estudo de validade questiona a possibilidade de um fator de segunda ordem ou geral, que avalia o suporte social global disponível, preconizado pelos autores e sugere uma estrutura multidimensional. Assim, os resultados obtidos neste estudo relativamente a esta variável devem ser interpretados cautelosamente.

*iii. Características Psicométricas na Amostra em Estudo*

A escala de suporte social utilizada está associada à versão original deste instrumento.

Para avaliar a consistência interna da escala da Escala de Suporte Social, com 10 itens, foi calculado o alfa de *Cronbach* total (Anexo XX), para uma amostra de 65 mulheres vítimas de violência conjugal. Relativamente à análise da escala total, o coeficiente de fidelidade é de .60, sendo considerada uma consistência interna aceitável. Quando comparamos este valor

com o estudo original verifica-se que é mais baixo, em contrapartida em comparação com a versão portuguesa este valor já é mais aproximado.

No que se refere às subescalas, o coeficiente de *Cronbach* não foi calculado na versão portuguesa, logo optamos por também não realizar, acrescendo ainda o facto do número da amostra ser reduzido.

#### **e. Escalas Táticas de Conflitos Revisadas (*CTS2, Revised Conflict Tactics Scale - Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996*)**

##### *i. Versão Original*

A escalas táticas (CTS) de Straus, Hamby, Boney-McCoy e Sugarman (1996) destinam-se a avaliar a forma como os casais em situação de namoro, coabitação, ou relações matrimoniais resolvem os seus conflitos, isto é através de estratégias de negociação ou de abuso. As CTS são a versão revista das *Conflict Tactic Scales* desenvolvidas com o objetivo de verificar a prevalência de abuso físico e psicológico em contexto familiar. Várias críticas surgiram a este tipo de escalas o que motivou o aparecimento da sua versão revisada (*CTS2*).

As *CTS2* foram aplicadas numa amostra de 7.179 estudantes universitários de 17 países participantes do *International Dating Violence Study* (IDVS). Tem como objetivo avaliar as diferentes formas de abuso e táticas de resolução de conflitos dos casais, através de cinco estratégias: de negociação, abuso físico com sequelas, abuso físico sem sequelas, agressão psicológica e coerção sexual. Estas escalas indicam a ocorrência atual e anterior e com que frequência o individuo é recetor e é agente dessas estratégias. São compostas por 78 questões, sendo que são divididas em 39 itens agrupadas em pares destinadas ao participante e ao companheiro, no sentido de determinar quais as táticas de resolução de conflito protagonizadas por cada um dos membros do casal.

No que diz respeito à consistência interna das *CTS2*, esta é boa, variando entre .79 na agressão psicológica, .86 na negociação e abuso físico sem sequelas, .87 na coerção sexual e .95 no abuso físico com sequelas (Figueiredo & Paiva, 2008; Paiva & Figueiredo, 2006; Straus et al., 1996).

##### *ii. Características Psicométricas numa Amostra Portuguesa*

Na versão portuguesa, este instrumento foi utilizado para determinar a prevalência das táticas de resolução de conflitos, de 551 estudantes universitários portugueses em situação de relacionamentos íntimos e a sua associação com o estado de saúde dos indivíduos. O

questionário é composto por 78 itens organizado em cinco escalas (39 pares de itens): abuso físico sem sequelas, agressão psicológica, abuso físico com sequelas, coerção sexual, negociação de duas subescalas: a de perpetração e vitimização.

A cotação é ser feita através do cálculo da prevalência anual (ano anterior) e da prevalência global (durante toda a vida). Relativamente à prevalência anual, atribui-se o valor de 1 se tiver registado uma das respostas das categorias 1 a 6 (ocorreu no ano anterior), sem contar com as categorias 7 e 8, que dizem respeito ao facto de nunca ter ocorrido. Para calcular a prevalência global, devem ser consideradas válidas todas as respostas de 1-7 (ocorreu em alguma altura), atribuindo o valor 1 a todas, com exceção da categoria 8 (nunca ocorreu) à qual de atribui o valor 0. Para se calcular a cronicidade realiza-se a contabilização da frequência, através da transformação do valor da resposta do item pelo seu ponto médio, atribuindo o valor 1 à resposta (1) uma vez no ano anterior, 2 (2) duas vezes no ano anterior, 4 (3) três a cinco vezes no ano anterior; 8 (4) seis a dez vezes no ano anterior; 15 (5) 11 a 20 vezes no ano anterior; 25 (6) mais de 20 vezes no ano anterior. Para a determinação da cronicidade, as categorias de resposta 7 e 8, são consideradas *missing*. Posteriormente, realiza-se a soma dos pontos médios e respetiva divisão pelo número de itens da escala. Por outro lado, para se proceder à frequência anual realiza-se a soma dos pontos médios de cada item, conforme o referido anteriormente no cálculo da cronicidade e posteriormente realiza-se a dicotimização dos itens, atribuindo às respostas assinaladas de 1 a 6 o valor 100 (ocorreu no ano anterior) e às respostas assinaladas 7 e 8 o valor 0 (não ocorreu no ano anterior), obtendo-se assim a prevalência no ano anterior. Por outro lado, para determinar a prevalência global, atribui-se a todas as categorias de respostas de 1 a 7 o valor 1 (ocorreu em alguma altura) e a categoria 8 o valor 0 (nunca ocorreu).

No que se refere à fidelidade da subescala perpetração, obteve um alfa de .79 e da vitimização, um alfa .80. No que se refere às subescalas da perpetração, a de abuso físico sem sequelas é a que apresenta valores de consistência interna mais elevado (.78), seguida das escalas de negociação (.73), agressão psicológica (.68), coerção sexual (.56) e abuso físico sem sequelas (.50). No que se refere à fidelidade da subescala vitimização, a escala de abuso físico sem sequelas é a que apresenta valores superiores de consistência interna (.74), seguida da escala de negociação (.71), agressão psicológica (.64), coerção sexual (.51) e abuso físico com sequelas (.47) (Figueiredo & Paiva, 2008; Paiva & Figueiredo 2006). Estes valores são semelhantes aos encontrados na versão original.

A nível da validade os resultados obtidos também foram bons, contudo estes autores alertam que a reduzida prevalência de alguns itens na amostra em estudo e o facto de a amostra poder não ser representativa da população portuguesa.

### *iii. Características Psicométricas na Amostra em Estudo*

Uma vez que este instrumento já se encontra adaptado à população portuguesa por Figueiredo e Paiva (2008), apenas foi realizado o estudo de fidelidade, excluindo a análise da validade, devido à dimensão da amostra. (Paiva & Figueiredo, 2006; Figueiredo & Paiva, 2008).

Para avaliar a consistência interna das Escala Táticas de Resolução de Conflitos, com 78 itens, foi calculado o alfa de *Cronbach* total e de todas as subescalas (Anexo XXI), para uma amostra de 65 vítimas de violência conjugal, tal como realizado pelos autores do instrumento original. Relativamente à análise da escala total, o coeficiente de fidelidade é de .87. sendo que se destaca a eliminação automática do programa *Statistic Package for Social Sciences* do item 57, 61, 63 e 76 pois verificou-se que não se correlacionava apenas com os outros itens da escala total. Neste sentido, destaca-se que esta eliminação automática não se repetiu nas sub-escalas.

O coeficiente total da escala de vitimização é de .77 e .95 para a escala de perpetração, o que indica uma boa consistência interna e uma aproximação dos alfas da versão portuguesa. No que se refere às subescalas da escala vitimização o coeficiente de *Cronbach* foi de .81 para a subescala de negociação, de .70 para a subescala de agressão psicológica, de .74 para a subescala de abuso físico sem sequelas, de .85 para a subescala coerção sexual e, por último, .72 para a subescala abuso físico com sequelas. Quando comparado com a versão portuguesa, todos os alfas da amostra em estudo foram superiores, com a exceção do alfa da subescala abuso físico com sequelas que teve valor igual. No que se refere às subescalas da escala perpetração, o coeficiente de *Cronbach* foi de .67 para a subescala de negociação, de .75 para a subescala de agressão psicológica, de .85 para a subescala de abuso físico sem sequelas, de .95 para a subescala coerção sexual e, por último, .88 para a subescala abuso físico com sequelas. Quando comparado com a versão portuguesa, todos os alfas da amostra em estudo foram superiores, com a exceção do alfa da subescala negociação que teve valor ligeiramente inferior. Em suma, pode-se concluir que existem valores de consistência adequados na amostra em estudo.

## 1.9. Análise dos Dados

Após a finalização da recolha dos dados, procedeu-se à construção e inserção dos dados numa base de dados informatizada (Programa de IBM SPSS *Statistics-Statistical Package for Social Sciences*-versão 20).

Numa primeira fase, foi utilizada a estatística descritiva para a caracterização da amostra, para a prevalência e cronicidade. Seguindo-se, a segunda fase, onde foram calculados os índices de consistência interna dos instrumentos. Para todos os instrumentos, apenas foi realizada a análise da fidelidade, excluindo-se a validade, devido ao tamanho da amostra ser reduzida (N= 65).

Numa terceira fase, previamente à análise das hipóteses realizou-se a avaliação da presença dos parâmetros da estatística paramétrica através da análise da normalidade, sendo que para tal, utilizamos o teste *Kolmogorov Smirnov*, que revelou que a amostra não tinha uma distribuição normal e que não cumpria critérios para o uso de estatística paramétrica.

Para analisar as hipóteses, inicialmente recorreu-se aos testes de correlações bivariadas de *Spearman*, com o objetivo de se verificar o sentido e a força da associação entre variáveis. Também foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* com o objetivo de verificar diferenças entre grupos.

Em termos de análises exploratórias, para investigarmos a relação entre as variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais, foram utilizados os testes de correlações bivariadas de *Spearman* e os testes de *Mann-Whitney*.

Nos resultados dos testes de hipóteses, o nível de significância assumido foi de .05 (grau de confiança de 95%), confirmando-se a hipótese sempre que o valor de significância obtido fosse inferior ou igual a este valor.

## Capítulo 2. Resultados

### 2.1. Resultados dos Testes de Hipóteses

Nesta parte do trabalho apresentam-se os resultados relativos às análises estatísticas das hipóteses, seguindo-se os resultados referentes às análises exploratórias.

**Hipótese 1:** Os diferentes tipos de abuso apresentam uma correlação positiva entre si.

Para se analisar a relação entre os diferentes tipos de abuso, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (Tabela 10).

Através das análises efetuadas, verificou-se que existem correlações positivas entre os diferentes tipos de abuso.

Verificou-se que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a agressão psicológica e o abuso físico sem sequelas ( $r=.399$ ,  $p<.01$ ), o que indica que quanto maior a agressão psicológica, maior o abuso físico sem sequelas.

Quanto à escala abuso físico sem sequelas constata-se que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre este tipo de abuso e o abuso físico com sequelas ( $r=.855$ ,  $p<.01$ ) e a coerção sexual ( $r=.521$ ,  $p<.01$ ), demonstrando que quanto maior o abuso físico sem sequelas, maior o abuso físico com sequelas e quanto maior o abuso físico sem sequelas maior a coerção sexual.

No que se refere à coerção sexual, os resultados indicam que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre este tipo de abuso e o abuso físico com sequelas ( $r=.413$ ,  $p<.01$ ), o que revela que quanto maior a coerção sexual maior é o abuso físico com sequelas.

Tabela 10  
*Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman entre os Diferentes Tipos de Abuso da Vitimização (N= 65)*

	1	2	3	4
Agressão Psicológica (1)	_____			
Abuso Físico sem Sequelas (2)	<b>.399**</b>	_____		
Abuso Físico com Sequelas (3)	.276	<b>.855**</b>	_____	
Coerção Sexual (4)	.172	<b>.521**</b>	<b>.413**</b>	_____

$p<.05$ \*  $p<.01$ \*\*

Neste sentido, os resultados encontrados parecem comprovar a hipótese 1.

**Hipótese 2:** Espera-se que haja diferenças significativas entre as mulheres que reportam ter sido vítimas de diferentes tipos de abuso, ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático, *stress* e suporte social.

Para verificarmos se as mulheres que sofreram algum tipo de abuso físico sem sequelas, abuso físico com sequelas, agressão psicológica e coerção sexual, reportam mais sintomatologia de *stress* pós-traumático, mais indicadores de *stress* e menos suporte social, recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney* (Tabela 11).

Através da análise dos resultados encontrados, verificou-se que no tipo de abuso físico sem sequelas não existem diferenças estatisticamente significativas entre as participantes que sofrem este tipo de abuso e as participantes que não sofrem abuso físico sem sequelas, quer ao nível de sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress* e suporte social.

Relativamente ao abuso físico com sequelas constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as participantes que sofrem abuso físico com sequelas e as que não sofrem este tipo de abuso, ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress* e suporte social.

No que se refere à agressão psicológica, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as participantes que sofrem deste agressão psicológica e as que não sofrem deste tipo de abuso ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress* e suporte social.

Ao nível da coerção sexual, existem diferenças estatisticamente significativas entre as participantes com este tipo de abuso e as que não são vítimas deste tipo de abuso ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático ( $U=131.500$ ,  $p=.012$ ), o que indica que as participantes que sofrem coerção sexual relatam mais sintomatologia de *stress* pós-traumático do que as participantes que não relatam este tipo de abuso. Relativamente aos indicadores de *stress* e ao suporte social não existem diferenças estatisticamente significativas entre as participantes que tem este tipo de abuso e as que não têm.

Tabela 11

*Resultados dos Testes de Mann-Whitney para a Influência da Vitimização dos Tipos de Abuso na Perturbação de Stress Pós-Traumático, Conservação de Recursos e Suporte Social (N= 65)*

	Com Abuso Ordem Média	Sem abuso Ordem Média	U
<b>Abuso Físico Sem Sequelas</b>			
Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático	18.02	12.17	30.500
Conservação de Recursos	11.33	16.50	28.000
Suporte Social	17.90	18.75	59.000
<b>Abuso Físico Com Sequelas</b>			
Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático	21.50	25.50	148.500
Conservação de Recursos	20.40	15.50	80.500
Suporte Social	23.93	22.29	189.500
<b>Agressão Psicológica</b>			
Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático	18.50	0	0

$p<.05^*$   $p<.01^{**}$

Tabela 11 (Continuação)

*Resultados dos Testes de Mann-Whitney para a Influência da Vitimização dos Tipos de Abuso na Perturbação de Stress Pós-Traumático, Conservação de Recursos e Suporte Social (N= 65)*

	Com Abuso Ordem Média	Sem abuso Ordem Média	U
Conservação de Recursos	16.32	22	10.000
Suporte Social	19.68	13.00	12.000
Coerção Sexual			
Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático	26.72	16.92	<b>131.500*</b>
Conservação de Recursos	17.95	21.63	142.000
Suporte Social	21.83	26.99	216.500

p<.05\* p<.01\*\*

Tendo em conta os resultados encontrados, verifica-se que a hipótese é apenas parcialmente comprovada, pois não se encontraram diferenças significativas ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress* e no suporte social nas mulheres que sofrem vários tipos de abuso. Contudo, apenas se destaca a existência de diferenças significativas no tipo de abuso coerção sexual.

**Hipótese 3:** Os diferentes tipos abuso relacionam-se positivamente com a sintomatologia de *stress* pós-traumático e indicadores de *stress* e negativamente com o suporte social.

Para se analisar a relação entre os diferentes tipos de abuso, a sintomatologia de *stress* pós-traumático, os indicadores de *stress* e a relação com o suporte social, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (Tabela 12).

Através das análises efetuadas, constatou-se que existem algumas relações positivas significativas entre os diferentes tipos de abuso, a sintomatologia de *stress* pós-traumático e os indicadores de *stress*. Neste sentido, os resultados encontrados indicam que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a agressão psicológica e a dimensão evitamento ( $r=.353$ ,  $p<.05$ ), o que revela que quanto maior a agressão psicológica, maior o evitamento. Este tipo de abuso também se correlaciona de forma positiva e estatisticamente significativa com alguns indicadores de *stress*, nomeadamente, com o *stress* no tempo ( $r=.353$ ,  $p<.05$ ), e o *stress* nas condições domésticas ( $r=.343$ ,  $p<.05$ ), indicando que quanto maior a agressão psicológica, maior a perda a perda de recursos ao nível do tempo e maior a perda de recursos de condições domésticas.

No que se refere à vitimização de algum tipo de abuso físico sem sequelas existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre este tipo de abuso e a dimensão

evitamento ( $r=.337$ ,  $p<.01$ ), isto é, quanto maior o abuso físico sem sequelas maior o evitamento. Do mesmo modo, verifica-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre este tipo de abuso e o *stress* social ( $r=.305$ ,  $p<.05$ ), e o *stress* no tempo ( $r=.389$ ,  $p<.01$ ), ou seja, quanto maior o abuso físico sem sequelas maior a perda de recursos de *stress* sociais e quanto maior o abuso físico sem sequelas maior a perda de recursos no tempo.

Relativamente à vitimização de algum tipo de abuso físico com sequelas constata-se que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre este tipo de abuso e o *stress* social ( $r=.333$ ,  $p<.05$ ), e o *stress* no tempo ( $r=.363$ ,  $p<.01$ ), o que indica que quanto maior o abuso físico com sequelas maior a perda de recursos sociais e quanto maior o abuso físico com sequelas, maior a perda de recursos no tempo.

A vitimização de coerção sexual correlaciona-se positiva e significativamente do ponto de vista estatístico com a sintomatologia de *stress* pós-traumático, designadamente com a escala total ( $r=.511$ ,  $p<.01$ ), a dimensão reviver ( $r=.630$ ,  $p<.05$ ), evitamento ( $r=.448$ ,  $p<.01$ ), e ativação ( $r=.894$ ,  $p<.01$ ). Deste modo, revela-se que quanto maior a coerção sexual, maior a sintomatologia de *stress* pós-traumático e maior os sintomas de reviver, evitamento e ativação.

Relativamente ao suporte social, constatou-se que existiam correlações negativas e estatisticamente significativas entre os diferentes tipos de abuso e o suporte social. Assim, observa-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a vitimização do abuso físico sem sequelas e a sub-escala confiança ( $r= -.268$ ,  $p<.05$ ), indicando que maiores níveis de abuso físico sem sequelas menor a perceção ao nível das relações de confiança. No mesmo sentido, encontra-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a coerção sexual e a sub-escala confiança ( $r= -.371$ ,  $p<.01$ ), indicando que maiores níveis de coerção sexual se relacionam com menores níveis de perceção das relações de confiança.

Tabela 12

*Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman entre os Diferentes Tipos de Abuso da Vitimização, a Sintomatologia de Stress Pós-Traumático, Indicadores de Stress e Suporte Social (N= 65)*

	Agressão Psicológica	Abuso Físico sem Sequelas	Abuso Físico com Sequelas	Coerção Sexual
PTSD Total	.283	.256	.095	<b>.511**</b>
Reviver	.114	.127	-.037	<b>.630*</b>
Evitamento	<b>.353*</b>	<b>.337**</b>	.269	<b>.448**</b>

$p<.05$  \*  $p<.01$  \*\*

Tabela 12 (Continuação)

*Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman entre os Diferentes Tipos de Abuso da Vitimização, a Sintomatologia de Stress Pós-Traumático, Indicadores de Stress e Suporte Social (N= 65)*

	Agressão Psicológica	Abuso Físico sem Sequelas	Abuso Físico com Sequelas	Coerção Sexual
Ativação	.108	.130	-.007	<b>.894**</b>
Stress Total	.250	.139	.259	-.064
Stress Social	.213	<b>.305*</b>	<b>.333*</b>	.207
Stress Saúde	.003	-.043	.048	-.174
Stress Tempo	<b>.353*</b>	<b>.389**</b>	<b>.463**</b>	.234
Stress Condições Domésticas	<b>.343*</b>	.011	-.104	-.073
Vinculação	-.013	-.033	-.005	.038
Reconhecimento	-.017	.025	-.081	-.205

Após a realização da análise dos resultados relativos a esta hipótese, constatou-se que a hipótese é confirmada, pois existem relações positivas e estatisticamente significativas entre os diferentes tipos de abuso e a sintomatologia de *stress* pós-traumático e os indicadores de *stress*, tal como existem algumas relações negativas entre os diferentes tipos de abuso e o suporte social.

## 2.2. Resultados das Análises Exploratórias

### **Diferenças ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress*, suporte social em função da coabitação com o agressor.**

Realizou-se o teste U de *Mann-Whitney* para verificar as diferenças ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress*, suporte social em função da coabitação com o agressor. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto às dimensões de *stress* e à perceção de suporte social. Contudo, encontraram-se resultados significativos do ponto de vista estatístico para a sub-escala reviver, isto é, existem diferenças estatisticamente significativas entre as participantes que coabitam com o agressor e as que não coabitam ao nível da sub-escala reviver ( $U=239.500$ ,  $p=.048$ ), o que indica que as participantes que não coabitam com os agressores apresentam mais sintomas ao nível do reviver da situação do que as participantes que coabitam com o agressor.

### **Diferenças ao nível dos tipos de abuso em função da coabitação com o agressor.**

Realizou-se um teste U de *Mann-Whitney* para verificar as diferenças ao nível dos tipos de abuso em função da coabitação com o agressor. Os resultados demonstraram que apenas

existem diferenças estatisticamente significativas entre as participantes que coabitam com o agressor e as que não coabitam com o agressor no tipo de abuso físico sem sequelas ( $U=245.500$ ,  $p=.043$ ), o que indica que as participantes que coabitam com o agressor relatam sofrerem maior frequência de abuso físico sem sequelas do que as participantes que não coabitam com o agressor.

**Diferenças ao nível dos tipos de abuso, sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress*, suporte social e duração da vitimização em função da existência de filhos.**

Realizou-se um teste U de *Mann-Whitney* para verificar as diferenças ao nível dos tipos de abuso, sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress*, suporte social e duração da vitimização e existência de filhos. Os resultados demonstraram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as participantes que têm filhos e as que não têm filhos ao nível dos diferentes tipos de abuso, sintomatologia de *stress* pós-traumático, perda de recursos e suporte social. No entanto, verifica-se que existem diferenças significativas do ponto de vista estatístico entre as mulheres que têm filhos e as que não têm quanto à duração da vitimização ( $U=160$ ,  $p=.015$ ), o que indica que as participantes que têm filhos relatam ser vítimas de violência há mais tempo do que as mulheres que não têm filhos.

**Relação entre a sintomatologia de *stress* pós-traumático, *stress* e suporte social.**

Foi realizada uma análise de correlação de *Spearman* para verificar o tipo de relação existente entre a sintomatologia de *stress* pós-traumático, *stress* e suporte social. Após a análise dos resultados, verificou-se que não existe correlação estatisticamente significativa entre as variáveis totais da sintomatologia de *stress* pós-traumático, *stress* e suporte social. Contudo, encontraram-se correlações positivas estatisticamente significativas entre a sintomatologia de *stress* pós-traumático e as suas várias dimensões da sintomatologia de *stress* pós-traumático e as dimensões da perda de recursos, isto é, encontrou-se uma correlação positiva e significativa do ponto de vista estatístico entre a sintomatologia de *stress* pós-traumático e o *stress* social ( $r=339$ ,  $p<.05$ ), o que indica quanto maior a sintomatologia de *stress* pós-traumático, maior o *stress* social. Ainda no que diz respeito à sintomatologia de *stress* pós-traumático, mais concretamente ao nível da dimensão evitamento, verificou-se que esta se correlaciona de forma positiva e estatisticamente significativa com o *stress* social ( $r=454$ ,  $p<.01$ ) e o *stress* no tempo ( $r=305$ ,  $p<.05$ ), o que revela que quanto maiores os

sintomas de evitamento, maior o *stress* social e o *stress* no tempo. Também a dimensão ativação se correlaciona de forma positiva e estatisticamente significativa com o *stress* nas condições domésticas ( $r=290$ ,  $p<.05$ ), demonstrando que quanto maior os sintomas de ativação, maior o *stress* nas condições domésticas.

Relativamente à relação entre as dimensões da sintomatologia de *stress* pós-traumático e as dimensões do suporte social, verificou-se que existem apenas correlações estatisticamente negativas significativas. Encontrou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a sintomatologia de *stress* pós-traumático e a integração social ( $r= -332$ ,  $p<.05$ ), o que revela que quanto maior a sintomatologia de *stress* pós-traumático, menor a integração social, assim como se encontrou uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a dimensão reviver e a integração social ( $r= -271$ ,  $p<.05$ ), o que indica que quanto maior os sintomas de reviver, menor a integração social. No que diz respeito à sintomatologia de *stress* pós-traumático, ao nível da dimensão evitamento, verificou-se que esta se correlaciona de forma negativa e estatisticamente significativa com o suporte social total ( $r= -361$ ,  $p<.01$ ), o que demonstra que quanto maior o evitamento, menor o suporte social, assim como se verificou que a dimensão evitamento também se correlaciona negativamente e estatisticamente significativa com a confiança ( $r= -342$ ,  $p<.01$ ), o que indica que quanto maior o evitamento, menor a confiança. Mais ainda, também existe uma correlação negativa significativa do ponto de vista estatístico entre o evitamento e a integração social ( $r= -327$ ,  $p<.01$ ), o que demonstra que quanto maior o evitamento, menor a integração social.

Quanto à relação entre o total dos recursos e as diferentes dimensões do suporte social, verificou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre o total dos recursos e a dimensão do suporte social da integração social ( $r= -294$ ,  $p<.05$ ), o que mostrou que quanto maior a perda de recursos, menor a integração social. Apenas o *stress* social se correlaciona com o total e as dimensões do suporte social, constatando-se que todas as relações são negativas. Verificou-se que a relação deste tipo de *stress* se correlaciona negativamente e com significância estatística com o total do suporte social ( $r= -524$ ,  $p<.01$ ), indicando que quanto maior a perda de recursos sociais, menor o suporte social. Assim como se encontrou uma relação estatisticamente negativa entre este tipo de *stress* com a dimensão confiança ( $r= -361$ ,  $p<.01$ ), o que indica que quanto maior a perda de recursos sociais, menor a percepção de relações de confiança. Também foi possível constatar, mais uma vez, que existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre o *stress* social e a integração social ( $r= -402$ ,  $p<.01$ ), o que indica que quanto maior a perda de recursos sociais, menor a

integração social, assim como uma relação estatisticamente negativa entre este tipo de *stress* com a orientação ( $r = -0,337$ ,  $p < 0,05$ ), o que indica que quanto maior a perda de recursos sociais, menor a orientação e uma relação negativa estatisticamente significativa entre este tipo de *stress* com a vinculação ( $r = -0,335$ ,  $p < 0,05$ ), o que indica que quanto maior a perda de recursos sociais, menor a vinculação.

## **Capítulo 3. Discussão dos Resultados**

### **3.1. Discussão das Hipóteses**

**Hipótese 1:** Os diferentes tipos de abuso apresentam uma correlação positiva entre si.

As relações conjugais, como os casais em situações de namoro, coabitação ou relações matrimoniais podem deparar-se com situações conflituosas, sendo que estas podem ser resolvidas através de estratégias de negociação ou através de diversas práticas abusivas que têm como objetivo a resolução dos conflitos (Straus, 1979; Straus et al., 1996).

No presente estudo, verificou-se que a hipótese foi em grande parte confirmada, pois constatou-se que existiam correlações positivas entre os vários tipos de abuso. Assim, os resultados confirmam que a agressão psicológica se correlaciona positivamente com abuso físico sem sequelas, isto é, as participantes vítimas de maior agressão psicológica, são aquelas que apresentam maior abuso físico sem sequelas. Os resultados parecem confirmar o sugerido pelo Ciclo de Violência de Leonor Walker (1994), que refere que na segunda fase deste ciclo, quando ocorrem episódios de violência verbal, estes rapidamente se associam à ocorrência de violência física, sendo que posteriormente também poderão estar associados a outros tipos de violência.

O abuso físico sem sequelas está correlacionado positivamente com o abuso físico com sequelas e com a coerção sexual, o que indica que as participantes vítimas de abuso físico sem sequelas, são vítimas de maior abuso físico com sequelas e também vítimas de maior coerção sexual. Revelou-se ainda, uma correlação positiva entre a coerção sexual e o abuso físico com sequelas, o que revela que as participantes vítimas de maior coerção sexual apresentam maior abuso físico com sequelas. Os resultados vão de encontro ao referido pelo estudo realizado pela APAV (2010), que refere que as mulheres vítimas de violência física pelos companheiros apresentam maior risco de sofrerem outro tipo de violência, nomeadamente a violência ao nível sexual.

Neste sentido, verificamos que existe uma correlação entre os diferentes tipos de abuso, o que confirmam os resultados obtidos neste estudo. Em contrapartida, constatou-se que são

escassos os estudos que correlacionam os diferentes tipos de abuso, o que poderá ser um indicador para se realizarem estudos nesta área.

**Hipótese 2:** Espera-se que haja diferenças significativas entre as mulheres com diferentes tipos de abuso, ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático, *stress* e suporte social.

As diferentes formas de violência conjugal podem afetar a vida das mulheres vitimizadas ao nível físico, psicológico, social e cultural, tornando-as mais vulneráveis ao nível da presença de sintomatologia de *stress* pós-traumático, *stress* e perda de recursos (Cardoso & Quaresma, 2012; Coker et al., 2002; Paiva & Figueiredo, 2005).

Verificou-se que a presente hipótese apenas foi confirmada parcialmente pois, com exceção dos resultados que indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre as participantes vítimas de coerção sexual e as que não são vítimas deste tipo de abuso ao nível de sintomatologia de *stress* pós-traumático, não se encontram outros tipos de diferenças significativas relativamente aos restantes tipos de abusos.

Constatou-se que as participantes vitimas de coerção sexual apresentam mais sintomatologia de *stress* pós-traumático dos que as participantes que não são vitimas deste tipo de abuso. Estes resultados, corroboram o que foi concluído no estudo realizado por Norwood e Murphy (2012) com 216 mulheres vítimas de violência conjugal que indicou que as vítimas de coerção sexual têm mais probabilidade de serem diagnosticadas com perturbação de *stress* pós-traumático e de terem níveis mais elevados de sintomatologia de *stress* pós-traumático. No mesmo sentido, vai o referido por Barnett e colaboradores (2005) que referem que a coerção sexual implica a ocorrência de sintomatologia de *stress* pós-traumático. Do mesmo modo, vão parte dos resultados encontrados por Pico-Alfonso (2005) num estudo realizado com 75 mulheres vítimas de violência conjugal que nos indicou que as mulheres vítimas de abuso físico, abuso psicológico e a coerção sexual quando comparadas com mulheres que não foram vítimas de abuso, tinham uma maior predisposição para a presença de sintomatologia de *stress* pós-traumático. Contrariamente ao referido no estudo de Pico-Alfonso (2005), os resultados do presente estudo não são significativos relativamente às diferenças entre as mulheres que eram vítimas do abuso físico e da agressão psicológica comparativamente com as mulheres que não eram vítimas destes tipos de abusos. Outras referências da literatura, tal como o contributo da APAV (2010) e o referido no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (2010), indicam que as mulheres em situação de violência

conjugal têm uma maior perda de recursos, mais sintomas de *stress* e maior sintomatologia de *stress* pós-traumático.

**Hipótese 3:** Os diferentes tipos abuso relacionam-se positivamente com a sintomatologia de *stress* pós-traumático e indicadores de *stress* e negativamente com o suporte social.

A violência conjugal está associada às consequências na saúde das mulheres que são vítimas de violência, pois manifestam um aumento dos níveis do *stress* assim como presença de sintomatologia de *stress* pós-traumático, o que além de constituir um problema de saúde pública, tem também repercussões na vida social destas mulheres (Baydon, 2009; Ellsberg et al., 2008).

Os resultados encontrados permitiram confirmar a hipótese enunciada pois, foram encontradas correlações positivas e estatisticamente significativas entre os diferentes tipos de abuso e a sintomatologia de *stress* pós-traumático e a perda de recursos, e em sentido oposto, com a percepção das relações de suporte social prestado. Considerando a especificidade dos tipos de abuso quanto à vitimização, observou-se que as mulheres vítimas de agressão psicológica, abuso físico sem sequelas e coerção sexual, são aquelas que apresentam maiores valores na sub-escala evitamento da sintomatologia de *stress* pós-traumático. Estes dados, vão de encontro ao referido por Pinto (2009), que indica que as mulheres vítimas de violência, adotam comportamentos de evitamento. Destaca-se porém que as vítimas de coerção sexual também apresentam maior sintomatologia de *stress* pós-traumático, mais presença de sintomas de reviver e de ativação, o que vai de encontro ao estudo de Norwood e Murphy (2012) realizado com 216 mulheres americanas vítimas de violência conjugal, onde o objetivo era analisar as diferenças entre os diferentes tipos abuso e a sintomatologia de *stress* pós-traumático, verificou-se que as vítimas de coerção sexual e de abuso psicológico têm maior probabilidade de apresentarem sintomatologia de *stress* pós-traumático. No entanto, o estudo de Pico-Alfonso (2005), destaca que o abuso psicológico é um preditor forte na sintomatologia de *stress* pós-traumático. Contudo, os resultados relativos ao abuso físico sem sequelas não vão completamente de encontro ao referido no estudo de Norwood e Murphy (2012) e de Pico-Alfonso (2005).

Quanto à relação entre os diferentes tipos de abuso e os indicadores de *stress*, os resultados revelaram que as vítimas de abuso físico sem sequelas e as vítimas de abuso físico com sequelas apresentaram maior *stress* social o que indica uma maior percepção da perda de recursos ao nível da dimensão social. Os resultados são parcialmente concordantes com os

estudos, que referem que as mulheres vítimas de violência conjugal ficam limitadas no acesso aos serviços de apoio, ou seja, deixam de ter um papel ativo ao nível social, ficando limitadas para receber apoio dos amigos e familiares e o que implica uma falta recursos sociais (Cortez, 2009; Krug et al., 2002). Mais ainda, existem correlações positivas entre a agressão psicológica, o abuso físico sem sequelas, o abuso físico com sequelas e o *stress* no tempo, o que significa que as vítimas destes tipos de abuso têm mais *stress* no tempo, o que indica uma maior perceção da perda de recursos no tempo. A literatura sobre os diferentes abuso e o *stress* no tempo é escassa, no entanto os resultados podem ir de encontro ao referido pela Teoria de Conservação de Recursos de Hobfoll (1989), que considera que quando uma indivíduo experiencia um nível elevado de *stress*, este é resultado da quantidade de recursos perdidos, da possibilidade de os perder ou da sua utilização não recuperável, ou seja, perante a situação de *stress* vivenciada na violência conjugal, os indivíduos ficam mais vulneráveis pois ficam com menos recursos para enfrentar essas exigências. Encontrou-se ainda resultados que relacionam a agressão psicológica com o *stress* nas condições domésticas, o que indica que as participantes que são vítimas de agressão psicológica têm uma maior perceção da perda de recursos em relação às condições domésticas. Estes resultados são parcialmente comprovados pela literatura que refere que as mulheres vítimas de violência conjugal permanecem mais tempo em casa deitadas na cama, têm mais dificuldades em cuidar de si mesmas, têm mais problemas ao nível da alimentação e têm maior necessidade de recorrerem aos serviços de saúde (Cortez, 2009; Ellsberg et al, 2008). Estas ideias parecem ir de encontro à primeira fase do ciclo de violência de Leonor Walker (1994), que se caracteriza pelo aumento de *stress* em situações do quotidiano e da rotina diária do casal. Constatou-se que são escassos os estudos que relacionem especificamente cada tipo de abuso com as dimensões dos diferentes tipos de perda de recursos quando as vítimas se deparam com situações de *stress*. Contudo, Stets e Straus (1990) afirmam que as mulheres vítimas de abuso físico sem sequelas e de agressão psicológica, reportam mais sintomas relacionados com o *stress* o que poderá ir de encontro a parte dos resultados encontrados nestes dois tipos de abuso.

Encontramos ainda resultados que indicam que existe uma correlação negativa entre os diferentes tipos de abuso e o suporte social, ou seja, constatou-se que o abuso físico sem sequelas e a coerção sexual se correlacionavam negativamente com a dimensão da confiança e do suporte social, o que indica que as vítimas de abuso físico sem sequelas e as vítimas de coerção sexual têm uma menor perceção ao nível das relações de confiança prestadas. Encontrou-se algum suporte teórico para estes resultados pois, os estudos referem que as

vítimas de violência conjugal não conseguem lidar adequadamente com as relações sociais, manifestando sentimentos de insegurança e de falta de confiança nestas relações, pois têm receio de se sentirem estigmatizadas (Coker et al., 2002; Cortez, 2009). De acordo com o Modelo de Provisões Sociais de Weiss (1974), existem funções sociais que nos permitem compreendem a importância das relações interpessoais no bem-estar das pessoas em situação de *stress*, sendo as oportunidades de confiança, uma das funções de não assistência que contribuem de forma indireta para a resolução de problemas (Cutrona & Russel, 1987). Por outro lado, Barnett e colaboradores (2005) colocam algumas dúvidas relativamente à existência de uma relação direta entre a violência conjugal e a quebra de relações de confiança, pois consideram que a ocorrência de violência conjugal também poderá ser fruto da falta de relações de confiança entre os parceiros.

No presente estudo, verificou-se que não existe uma relação entre os diferentes tipos de abuso, o *stress* financeiro e o *stress* no trabalho. No entanto, estes resultados não estão de acordo com o referido na literatura, pois existem vários estudos que sublinham a existência de relações entre a violência conjugal e a perda de recursos ao nível financeiro e do trabalho. Neste sentido, constata-se os resultados obtidos no estudo realizado pela Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (Lisboa, 2003), com 1500 mulheres em que 15.2% eram vítimas de violência e afirmavam que a violência tinha consequências ao nível profissional e económico, nomeadamente nas maiores dificuldades em arranjar emprego e na relação de causalidade entre a vitimização e o despedimento, ou até nas dificuldades em obter promoção profissional. Estas ideias são também reforçadas por Barnett e colaboradores (2005), Krug e colaboradores (2002) e Renzetti e Larkin (2009) que destacam que as repercussões da violência conjugal afetam a parte económica e social, levando a uma perda de recursos a estes níveis.

### **3.2. Discussão das Análises Exploratórias**

#### **Diferenças ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress*, suporte social em função da coabitação com o agressor.**

A análise das diferenças da influência da coabitação com agressor, quanto à presença de sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress*, suporte social revelaram que as vítimas de violência conjugal que mantêm uma relação com os agressores, apresentam diferenças significativas ao nível da presença de sintomas de reviver em situações traumáticas em comparação com as vítimas de violência conjugal que não vivem com o agressor, isto é, as

vítimas que não coabitam com o agressor é que manifestam mais sintomas de reviver. Estes resultados vão de encontro ao referido pela APA (2013), que refere que perante uma situação de *stress*, a pessoa pode ter sentimentos de incapacidade após ter sido exposta a um trauma, sendo que esses sintomas incluem o reviver persistente do acontecimento traumático, o que é uma das características para se cumpram os critérios para o diagnóstico de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático. Neste sentido, referimos que são escassos os estudos que associam a coabitação com a sintomatologia de *stress* pós-traumático, os tipos de abuso e o suporte social.

### **Diferenças ao nível dos tipos de abuso em função da coabitação com o agressor.**

A análise da influência da coabitação com agressor ao nível dos tipos de abuso indicou que as vítimas de violência conjugal que coabitam com o agressor, relatam sofrer maior abuso físico sem sequelas dos que as que não vivem com o agressor. Estes resultados podem ir de encontro à segunda fase do Ciclo de Violência de Walker (1994), que refere que algumas mulheres reagem de forma passiva para atenuarem os conflitos e a ira do agressor com o objetivo de interromperem a violência física, acabando por se manterem neste ciclo pois é nesta fase que o agressor pede desculpa à vítima e atribui a culpa a fatores externos. Além disso, Stets e Straus (1989), referem que os níveis de violência nos casais que coabitam são superiores ao que não vivem juntos.

Neste sentido, referimos que são escassos os estudos que analisam a coabitação com a com os diferentes tipos de abuso.

### **Diferenças ao nível dos tipos de abuso, sintomatologia de *stress* pós-traumático, indicadores de *stress*, suporte social e a duração da vitimização em função da existência de filhos.**

A análise das diferenças ao nível dos tipos de abuso, sintomatologia de *stress* pós-traumático, perda de recursos, suporte social e a duração da vitimização em função da existência de filhos, revelou que existem diferenças significativas ao nível da duração da vitimização das mulheres que têm filhos das mulheres que não têm filhos, o que indica que as mulheres com filhos revelam ser vítimas há mais tempo do que as mulheres sem filhos. Uma das razões para o facto de esta situação ocorrer pode dever-se ao facto das mulheres que têm mais suporte social (e.g. filhos) têm uma capacidade de resiliência maior para lidar com a violência e o facto de manterem esta relação pode dever-se às consequências negativas da

violência conjugal centrarem-se nas suas condições psicossociais e económicas do contexto familiar (Martin & Hesselbrock, 1991; *cit in* Dejonghe et al., 2008).

### **Relação entre a sintomatologia de *stress* pós-traumático, *stress* e suporte social.**

A análise da relação entre a sintomatologia de *stress* pós-traumático, *stress* e suporte social, revelou que existem algumas correlações positivas entre as dimensões de *stress* pós-traumático e o *stress* e algumas correlações negativas entre a sintomatologia de *stress* pós-traumático, o *stress* e o suporte social.

Relativamente aos resultados das correlações entre a sintomatologia de *stress* pós-traumático, as suas dimensões e o *stress* e as suas dimensões, referem que as vítimas com maior sintomatologia de *stress* pós-traumático, revelam ter mais *stress* social. Estes dados vão de encontro ao referido pela APA (2002; 2013), que indica que as mulheres quando na presença de sintomatologia de *stress* pós-traumático, manifestam maior perda de recursos ao nível social (e.g. incapacidade de encontrarem ajuda quando necessário).

Também se verificou que as vítimas com mais sintomas de evitamento, têm mais *stress* social e no tempo. Associado a estas correlações, verificou-se que as vítimas com mais sintomas de ativação também revelavam mais *stress* nas condições domésticas. Deste modo, a literatura sobre as relações entre estas dimensões é escassa, no entanto os resultados podem ir parcialmente de encontro ao referido por Cortez (2009) e Ellsberg e colaboradores (2008), que referem que as mulheres vítimas de violência conjugal, ficam mais tempo em casa e de forma inativa, têm mais dificuldades em cuidar de si mesma, têm problemas alimentares e mais dificuldade em lidarem com as relações sociais.

Quanto à relação entre a sintomatologia de *stress* pós-traumático e o suporte social, verificou-se que as vítimas com mais sintomatologia de *stress* pós-traumático tinham uma menor integração social e, por sua vez as vítimas com mais sintomas de reviver também têm menos integração social. Estes resultados vão parcialmente de encontro ao referido por Babcock e colaboradores (2008), que afirmam que quando as mulheres são vítimas de violência conjugal que têm menor suporte social, têm maior predisposição para desenvolver sintomatologia de *stress* pós-traumático. Mais ainda, os resultados indicam que quanto mais sintomas de evitamento as vítimas têm, estas manifestam menos suporte social, menor integração social e menor perceção sobre relações de confiança. A literatura que sustenta as relações entre estas dimensões é escassa, no entanto os resultados podem ser comprovados parcialmente pelo referido por Cortez (2009) e Ribeiro e Peixoto (2009), que afirmam que

existe uma associação entre o evitamento de eventos sociais, a falta de suporte social e destacam que estas vítimas têm falta de confiança nas relações. Além disso, o estudo de Andrews, Brewin e Rose (2003), com 157 vítimas de violência conjugal refere que as mulheres com menor suporte social têm uma maior predisposição para o desenvolvimento de sintomatologia de *stress* pós-traumático.

Concluindo, também se verificou algumas relações entre o *stress* e o suporte social. Desta forma, constatou-se que as vítimas com maior perda de recursos, manifestavam menor integração social. Também se pode constatar que as vítimas com maior perda de recursos sociais, apresentam menor suporte social e menor percepção das relações sociais. Além disso também foi possível constatar que as vítimas com maior perda de recursos, têm uma menor integração social, assim como uma menor percepção da orientação e uma menor percepção das relações de vinculação. Estas relações podem ser parcialmente corroboradas, pelo referido na literatura por Cortez (2009) e Ribeiro e Peixoto (2009), que afirmam que a falta de suporte social se associa à falta recursos sociais. Tal afirmação é reforçada por Hobfoll (1989) que revela que as relações sociais são um meio para a conservação de recursos das vítimas.

### **3.3. Limitações do estudo**

O presente estudo sustenta algumas limitações metodológicas que devem ser enumeradas para uma melhor interpretação dos resultados obtidos.

A primeira limitação diz respeito à dimensão da amostra, pois tem um número reduzido de participantes. Esta situação pode ser explicada devido ao facto de ser uma população de difícil alcance, tornando-se numa limitação do estudo ao nível da validade externa, o que poderá ter influenciado os resultados obtidos e afetado a representatividade da amostra pois os resultados não podem ser generalizados a todas as vítimas de violência conjugal. Neste sentido, é também importante referir que a recolha da amostra apenas foi realizada e direcionada para o Gabinete da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima de Braga (APAV), o que poderá interferir na representatividade da amostra e implicar que os seus resultados não possam ser generalizáveis ao nível nacional.

Uma outra limitação é o facto de a amostra não ser heterogénea ao nível do sexo, sendo apenas constituída por participantes do sexo feminino.

Para além das limitações referidas anteriormente, destacam-se as respostas das participantes nos instrumentos, que podem ter sido pouco exatas devido aos problemas de desajustabilidade social, ou seja, as participantes podem ter dado respostas que consideravam

mais adequadas socialmente, o que pode ter enviesado alguns parâmetros da investigação (Ribeiro, 2010). Além disso, a possibilidade de inexatidão de algumas das respostas dadas, pode estar associada ao medo e receio destas serem estigmatizadas ou até de sofrerem retaliação por parte dos agressores. Além disso, a longa extensão do pacote de instrumentos, poderá ter influenciado negativamente a ausência de respostas no preenchimento de algumas das questões. No mesmo sentido, é importante referir que em alguns instrumentos a consistência interna foi baixa, destacando-se algumas subescalas, o que poderá ter influenciado os resultados obtidos.

Relativamente às mulheres que se recusaram a participar no estudo, é importante destacar que cerca de 10 mulheres rejeitaram colaborar, devido à falta de disponibilidade, recusa em falar sobre um assunto íntimo e sensível, falta de recursos financeiros para se deslocarem à APAV e também devido às crenças que verbalizavam sobre a inutilidade da sua colaboração para melhorar a qualidade de vida das vítimas e da sociedade. Por outro lado, o contexto de recolha dos dados poderá não ser o mais propício devido à falta de privacidade para as vítimas partilharem as suas experiência e opiniões.

Outra das limitações do estudo, foi não ter sido analisada a perceção que as vítimas de violência conjugal têm sobre as medidas legais e de saúde em Portugal e de que forma são vistas como um apoio na sua recuperação.

Em síntese, apesar da existência de algumas limitações, o presente estudo reveste-se de algum carácter pioneiro, pois permitiu analisar um conjunto de variáveis tais como a sintomatologia de *stress* pós-traumático, a perda de recursos e a presença de suporte social nos variados tipos de abuso exercidos sobre as mulheres vítimas de violência conjugal. Além disso, permitiu analisar a correlação entre os diferentes tipos de abuso exercidos sobre as mulheres vítimas de violência conjugal, constatando-se que são escassos os estudos nesta área. Mais ainda, este estudo além de ter permitido encontrar resultados importantes sobre a violência conjugal nas suas várias vertentes, permitiu oferecer alguns conhecimentos úteis para a implementação de estratégias de intervenção que assentem no bem-estar e qualidade de vida destas vítimas.

### 3.4. Conclusão e Implicações para a Prática

A violência conjugal é uma problemática ao nível da saúde pública e de emergência social no panorama português e mundial. A violência conjugal pode ser de vários tipos: física, psicológica, sexual, através da intimidação, coação e ameaça, isolamento social e abuso ou controlo económico (Alokan, 2013; Johnson, 2008; Krug, Dahlberg et al., 2002; OMS, 2012; Ribeiro & Peixoto, 2009; Sonkin, 2014; Straus, 1999; 2010).

Devido à complexidade desta temática, existe uma necessidade de investigar o impacto que a violência conjugal tem na ocorrência de sintomatologia de *stress* pós-traumático, bem como no *stress* e suporte social, nomeadamente analisar a associação existente entre os diferentes tipos de abuso, determinar se existem diferenças quanto às queixas de sintomatologia de stress pós-traumático, *stress* e suporte social em mulheres que reportam violência conjugal.

Após a análise e discussão dos resultados obtidos, de uma forma global, constata-se que existem correlações positivas entre os diferentes tipos de abuso e existem diferenças significativas ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático entre as vítimas de coerção sexual e as que não são vítimas deste tipo de abuso. Além disso, verifica-se que existem correlações positivas entre os diferentes tipos de abuso, a sintomatologia de *stress* pós-traumática e a perda de recursos, tal como correlações negativas entre os diferentes tipos de abuso e a perceção das relações de suporte social prestado.

Em relação à correlação entre os diferentes tipos de abuso, os resultados da presente investigação indicam que as participantes que são vítimas de agressão psicológica são aquelas que apresentam maior abuso físico sem sequelas. Por outro lado, as participantes vítimas de abuso físico sem sequelas, são vítimas de maior abuso físico com sequelas e também vítimas de maior coerção sexual. Mais ainda, as participantes vítimas de maior coerção sexual apresentam maior abuso físico com sequelas. Estes resultados podem ser pertinentes para que os profissionais compreendam que quando as vítimas de violência conjugal são vítimas de um tipo de abuso, elas apresentam uma maior predisposição para sofrerem outros tipos de abuso, ou seja, para ocorrer uma polivitimização.

Relativamente às diferenças significativas entre as participantes que são vítimas de diferentes tipos de abuso e aquelas que não são vítimas, verificou-se que não existem diferenças significativas ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático, *stress* e suporte social na agressão psicológica, no abuso físico sem sequelas e no abuso físico com sequelas, isto é, existem diferenças significativas ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático

nas participantes que são vítimas de coerção sexual comparativamente com as que não são vítimas deste tipo de abuso. Deste modo, estes resultados permitem sugerir aos profissionais a utilização de estratégias de intervenção direcionadas para a prevenção ou diminuição de sintomatologia de *stress* pós-traumático nas vítimas de violência conjugal que evidenciam sinais de coerção sexual.

Os resultados apontam ainda para a existência de correlações positivas entre os diferentes tipos de abuso e a sintomatologia de *stress* pós-traumático e os indicadores de *stress*, mais concretamente revelam que as vítimas de agressão psicológica e as vítimas de abuso físico sem sequelas apresentam maior evitamento e as vítimas de coerção sexual apresentam maior sintomatologia de *stress* pós-traumático, mais presença de sintomas de reviver e de ativação. Além disso, os resultados revelaram que as vítimas de abuso físico sem sequelas e as vítimas de abuso físico com sequelas apresentaram maior *stress* social e maior *stress* no tempo, o que indica uma maior perceção da perda de recursos ao nível da dimensão social, o que pode indicar uma menor estabilidade social, menos relações interpessoais e uma maior perceção da perda de recursos no tempo, sugerindo que estas vitimas têm a perceção de ter pouco tempo livre para cuidar delas e estarem com as pessoas que gostam. No mesmo sentido, verifica-se que as vítimas de agressão psicológica também têm mais perceção de perda de recursos no tempo e maior perceção na perda de recursos ao nível das condições domésticas, ou seja, podem ter problemas, por exemplo, ao nível dos equipamentos domésticos ou dos cuidados alimentares. Encontramos ainda, resultados que indicam que as vítimas com abuso físico sem sequelas e as vítimas de coerção sexual têm uma menor perceção ao nível das relações de confiança prestadas, isto é, têm a perceção baixa de que as relações a elas prestadas lhe proporcionam segurança emocional. Os resultados anteriormente apresentados sugerem que as vítimas de violência conjugal têm uma maior probabilidade de apresentarem sintomatologia de *stress* pós-traumático, sendo que perante a experiência de situações de *stress*, ficam vulneráveis devido à perda de recursos com que se vão deparando ao enfrentar as exigências da relação conjugal conflituosa, o que por sua vez tem como consequência a deterioração do seu estado mental, e a diminuição da perceção do suporte social prestado, isto é, a presença de sentimentos de insegurança, falta de confiança nas relações e outras dificuldades relacionais. Deste modo, parece importante que os profissionais, além de apostarem na diminuição da sintomatologia de *stress* pós-traumático, reforcem também a importância da confiança nas relações de proximidade e o recurso ao suporte social, nomeadamente aos amigos, familiares e serviços de assistência e apoio.

Sumariando, os principais resultados das análises exploratórias, apontam ainda que as participantes que não coabitam com o agressor apresentam mais sintomas de reviver da situação traumática do que as que ainda coabitam com o agressor. Em contrapartida, as vítimas que coabitam com o agressor relatam sofrerem mais abuso físico sem sequelas do que as participantes que não coabitam com o agressor e são vítimas deste tipo de violência no relacionamento conjugal. Mais ainda, constatou-se que as vítimas de violência conjugal que têm filhos relatam ser vítimas há mais tempo do que as vítimas não têm filhos. Os resultados das análises exploratórias permite refletir que tanto nos casos de coabitação com o agressor, como nos casos em que já não coabitam a intervenção é necessária para atenuar as repercussões psicológicas das vítimas de violência conjugal. Por outro lado, verifica-se que as vítimas de violência conjugal com mais sintomatologia de *stress* pós-traumático apresentam mais *stress* social, *stress* no tempo e *stress* nas condições domésticas. Em contrapartida, consta-se que as vítimas de violência conjugal que têm mais sintomatologia de *stress* pós-traumático têm uma menor percepção de que estão integradas socialmente e menor confiança. Além disso, relativamente à relação entre o *stress* e o suporte social verifica-se que as vítimas com mais *stress* ou perda de recursos têm menos percepção do suporte social ao nível da integração social, relações de confiança, orientação e relações de vinculação.

Os resultados encontrados permitem-nos ainda concluir que em traços muito gerais, a maioria das mulheres vítimas de violência conjugal são adultas e têm entre 31 e 40 anos de idade, têm o terceiro ciclo de escolaridade, são casadas com o agressor, coabitam com ele, estão empregadas e têm na sua maioria um filho, sendo que o tempo médio de vitimização da amostra é de 12 anos. Desta amostra, cerca de 28 participantes cumprem critérios o diagnóstico de PTSD (43%) e referem a presença de *stress* e perda de recursos nas várias áreas da sua vida. Destaca-se ainda que na amostra recolhida, a agressão psicológica era o tipo de abuso mais prevalente na vitimização e na perpetração, sendo interessante destacar-se que as estratégias de resolução de conflitos mais utilizadas pelas participantes do estudo e pelos seus parceiros, passavam pelo uso da agressão psicológica, o que vai de encontro ao defendido por Straus e colaboradores (1996), que referem que a agressão psicológica é o tipo de violência mais frequente.

Perante os dados obtidos, foram sendo apresentadas algumas estratégias de intervenção para uma intervenção psicológica direcionada para as vítimas de violência conjugal de forma a melhorar as condições de recuperação destas vítimas e abrir novos horizontes para o desenvolvimento de estudos que permitam a criação de medidas legais adequadas. Tendo em

conta as ideias de Barnett e colaboradores (2005), que referem a importância da prevenção e da intervenção na violência, destacando que a prevenção para a violência deve ser trabalhada no sentido de aumentar o suporte social e de colocar em prática programas educativos, deve aliar-se também a intervenção realizada após a ocorrência da violência, com o objetivo de identificar e proteger as vítimas, associando-se assim a aplicação de medidas de coação aos agressores e o tratamento de intervenção junto dos agressores e das vítimas, considera-se relevante que as estratégias de intervenção sejam direcionadas neste sentido pois poderá ter uma consequente redução na prevalência de consequências físicas e psicológicas. Por outro lado, Paiva e Figueiredo (2005), destacam que é importante promover-se a implementação de novos modelos de interação, através de intervenções específicas direcionadas para a qualidade dos relacionamentos íntimos pré-maritais, associando-se ainda a necessidade de acompanhamento psicológico para os casais onde ocorre violência conjugal. Além disso, Jewkes (2002), sugere algumas estratégias de intervenção direcionadas para a saúde, família e sociedade onde as vítimas se inserem, designadamente: criação de campanhas de sensibilização para os direitos da mulher; sensibilização para a importância dos serviços de saúde; desenvolvimento da importância do papel da mulher na sociedade; aumento das oportunidades de trabalho e acesso à educação; aumento do acesso do direito ao divórcio; alteração da percepção da sociedade perante as diferenças de género; informação à sociedade dos comportamentos dos perpetradores e das consequências da violência e diminuição da influência do papel da comunicação social no aumento da violência.

Após uma exploração mais pormenorizada sobre os diferentes tipos de abuso na violência conjugal e a sua influência na sintomatologia de *stress* pós-traumático, nos indicadores de *stress* e no suporte social, parece pertinente sugerir a realização de estudos com vítimas de violência conjugal numa área geografia mais alargada e também com vítimas do sexo masculino, para possibilitar encontrar conclusões mais generalizáveis a este tipo de população. Sugere-se ainda, o estudo da percepção das vítimas de violência conjugal sobre as medidas legais e de saúde no sentido de serem melhorados este tipo de apoio. Além disso, poderá ser importante realizar estudos que analisem os motivos da coabitação com os agressores, aprofundem a correlação entre os diferentes tipos de abuso, estudem a relação entre os diferentes tipos de abusos e cada dimensão dos diferentes tipos de perda de recursos quando as vítimas se deparam com situações de *stress*.

Em conclusão, o presente estudo surgiu como uma tentativa de aumentar os conhecimentos sobre o impacto da violência conjugal sobre a prevalência de *stress* pós-

traumático, a perda de recursos e o suporte social, pois são bastantes as dificuldades sentidas pelos profissionais que lidam frequentemente com uma problemática tão emergente.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Alokan, F. (2013). Domestic Violence Against Women: a family menace. *1º Annual International Interdisciplinary Conference: ALLC*, 24-26. Açores, Portugal. Obtido de <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/1317/1326>.
- American Psychiatry Association (4ª Ed.). (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatry Association (1ª Ed.). (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM-V-TR*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrews B., Brewin C., & Rose S. (2003) Gender, Social Support, and PTSD in Victims of Violent Crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 421-427.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2010). Contributo da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima para o Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016. Obtido de [http://apav.pt/apav\\_v2/images/pdf/PNS\\_2011\\_2016\\_APAV.pdf](http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/PNS_2011_2016_APAV.pdf).
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2010a). *Manual Alcipe. Para o Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência*. Lisboa: APAV.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2013). Estatísticas Apav Relatório Anual 2012. *Unidade de Estatística*. Obtido de [http://apav.pt/apav\\_v2/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Relatorio\\_Anual\\_2012.pdf](http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2012.pdf).
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2014). Estatísticas Apav Gav 2013. *Unidade de Estatística*. Obtido de [http://apav.pt/apav\\_v2/images/pdf/Estatisticas\\_GAV\\_Braga\\_2013.pdf](http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_GAV_Braga_2013.pdf)
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2014a). Estatísticas Apav Relatório Anual 2013. *Unidade de Estatística*. Obtido de [http://apav.pt/apav\\_v2/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Relatorio\\_Anual\\_2013.pdf](http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2013.pdf).
- Babcock, J., Roseman, J., Green, C., & Ross, J. (2008). Intimate partner abuse and PTSD symptomatology: examining mediators and moderators of the abuse-trauma link. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 809-818. doi: 10.1037/a0013808.
- Bansal, A., Monnier, J., Hobfoll, S., & Stone, B. (2000). Comparing men's and women's loss of perceived social and work resources following psychological distress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(2), 265-281. doi: 10.1177/0265407500172006.
- Barnett, O., Perrin, C., & Perrin, R. (2005). *Family violence across the lifespan*. (2ª Ed.). New York: Sage Publications.
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal*

- of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. Obtido de <http://www.public.asu.edu/~davidpm/classes/psy536/Baron.pdf>.
- Bartholomeux, K., & Allison, J. (2006). An attachment perspective on abusive dynamics in intimate relationships. In M. Mikulincer & G. Goodman (Eds), *Romantic Love: attachment, caregiving and sex* (pp. 102-127). New York: Guildford Press.
- Baydon, A. (2009). *Intimate partner violence, employment and social support among women seeking elective abortion services in Iowa* (Doctoral Dissertation). Obtido de Iowa Research Online. Obtido de <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1520&context=etd>.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bennett, S., Farrington, D., & Huesmann, R. (2005). Explaining gender differences in crime and violence: the importance of social cognitive skills. *Agression and Violent Behavior*, 10, 263-288. doi: 10.1016/j.avb.2004.07.001.
- Caldwell, J., Swan, S., & Woodbrown, D. (2012). Gender differences in Intimate Partner Violence Outcomes. *Psychology of Violence*, 2(1), 42-57.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The lancet. Violence against women* II, 359, 1331-1336. Obtido de [http://www.e-ope.ee/\\_download/euni\\_repository/file/2627/lv\\_vagivald.zip/Campbell\\_IPV\\_and\\_health.pdf](http://www.e-ope.ee/_download/euni_repository/file/2627/lv_vagivald.zip/Campbell_IPV_and_health.pdf)
- Campbell, J., Jones, A. S., Dieneman, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C., & Wyppe, C. (2002). Intimate Partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157-1163. doi:10.1001/archinte.162.10.1157.
- Canady, B., & Babcock, J. (2009). The Protective Functions of Social Support and Coping for Women Experiencing Intimate Partner Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(5), 443-458. doi:10.1080/10926770903051009.
- Cardoso, C., & Quaresma, F. (2012). Violência doméstica: da participação da ocorrência à investigação criminal. *Coleção de Direitos Humanos e Cidadania*. Cadernos da Administração Interna. Lisboa.
- Carmo, I. (2003). Custos com a saúde física. In M., Lisboa (Ed.). *Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres*. Lisboa: Ditos & Escritos.
- Cascardi, M., O'Leary, K., & Schlee, K. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women.

- Journal of Family Violence*, 14, 227-249. Obtido de [http://empowerdaphne.psy.unipd.it/userfiles/file/pdf/Cascardi%20M\\_%20-%201999.pdf](http://empowerdaphne.psy.unipd.it/userfiles/file/pdf/Cascardi%20M_%20-%201999.pdf).
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Presidential address. American Psychosomatic Society*, 38, 300-314. Obtido de <http://garfield.library.upenn.edu/classics1985/A1985ABM0600001.pdf>.
- Coker, A., Smith, P., Thompson, M., Mckeown, R., Bethea, L., & Davis, K. (2002). Social Support Protects against the Negative Effects of Partner Violence on Mental Health. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 11(5), 465-476. Obtido de [http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1114&context=crvaw\\_facpub](http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1114&context=crvaw_facpub).
- Coker, AL., Watkins, K., Smith, P., & Brandt, H. (2003). Social support reduces the impact of partner violence on health: Application of structural equation models. *Preventive Medicine*, 37, 259-267. Abstract obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12914832>.
- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2013). Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género 2014-2017. *Diário da República*, pp. 7017-7035.
- Cortez, A. (2009). *Histórias de vitimação e seus significados* (Tese de Mestrado). Obtido de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55008/2/87448.pdf>.
- Costa, E. (2006). *Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para o VIH* (Tese de Doutoramento). Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6742/1/TESE%20FINAL.pdf>.
- Cunha, A. (2012). *Violência doméstica: significados em trono da intervenção em grupo com mulheres vítimas* (Tese de Mestrado). Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/24283/1/Alexandre%20Herculano%20da%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20Soares%20da%20Cunha.pdf>.
- Cutrona, C., & Russel, D. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. Jones & D. Perlman (Eds.). *Advances in personal relationships* (1), 37-67. Greenwich, CT: Jai Press.
- Dahlberg, L., & Krug, E. (2007). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>.

- Day, T., Mckenna, K., & Bowlus, A. (2005). The Economic Costs of Violence Against Women: An Evaluation of the Literature. *United Nations*, 1-66. Obtido de <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/expert%20brief%20costs.pdf>.
- DeJonghe, E., Bogat G., Levendosky, A., & VonEye, A. (2008). Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: Prediction and prevention. *Journal Postgrad Med*, 54(4), 294-300. Obtido de <http://www.bioline.org.br/pdf?jp08102>.
- Direção Geral de Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Obtido <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.
- Dobash, R., & Dobash, R. (2004). Women's violence to men in intimate relationships. *Brit J Criminol*, 44(3), 324-349. Obtido de <http://www.brown.uk.com/domesticviolence/dobash.pdf>.
- Dutton, D. (2ª Eds.) (2007). *The abusive personality. Violence and control in intimate relationships*. The Guildford Press: New York.
- Dutton, D. (2008). My back pages: Reflections on thirty years of domestic violence research. *Trauma, violence and abuse*, 9(3), 131-143.
- Ellsberg, M., Jansen H., Heise, L., Watts, C., & Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 371(9619), 1165-72. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60522-X.
- Eurobarometer (2010). Domestic Violence against Women Report. Fieldwork: February – March 2010. Publication: September 2010. Obtido de [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_344\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_344_en.pdf)
- Figueiredo, B., & Paiva, C. (2001). Maus-tratos em amostras na comunidade: Prevalência de abuso físico e sexual. *Infância e Sociedade*, 4, 121-134.
- Figueiredo, B., & Paiva, C. (2008). Versão portuguesa das Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). In *Avaliação Psicológica (Vol. III): Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 101 – 121). Coimbra: Quarteto Editora.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Journal of Child Abuse & Neglect*, 33, 403-411. doi:10.1016/j.chiabu.2008.09.012.
- Foa, E., Riggs, D., Dancu, C., & Rothbaum, B. (1993). Reliability and validity of a brief instrument assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473. doi: 10.1002/jts.2490060405.

- Foa, E., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451. doi: 10.1037/1040-3590.9.4.445
- Freire, T., & Almeida, L. (2001). Escalas de Avaliação: Construção e validação. In E. Fernandes & L. Almeida (Eds.), *Métodos e Técnicas de Avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 109-128). Braga: Edição Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Glass, N. Perrin, N., Campbell, J., & Soeken, K. (2007). The protective role of tangible support on post-traumatic stress disorder symptoms in urban women survivors of violence. *Res Nurs Health*, 30(5), 558-68. Abstract obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17893936>.
- Gonçalves, R., & Machado, C. (2003). *Vitimologia e criminologia, Violência e Vítimas de crimes*, (vol.1). Coimbra: Quarteto.
- Goodman, L., & Smyth, K. (2011). A Call for a Social Network-Oriented Approach to Services for Survivors of Intimate Partner Violence. *Psychology of Violence*, American Psychological Association, 1(2), 79–92.
- Hamby, S. (1996). The dominance scale: Preliminary Psychometric Properties. *Violence and victims*, 11(3), 199-212. Obtido de <http://pubpages.unh.edu/~mas2/PR3%20The%20Dominance%20Scale.pdf>.
- Heath, N., Hall, B., Canetti, D., & Hobfoll, S. (2013). Exposure to political violence, psychological distress, resource loss and benefit finding as predictors of domestic violence among Palestinians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practise and Policy*, 4, 366-376. doi: 10.1037/a0028367.
- Hines, D. (2007). Posttraumatic Stress Symptoms Among Men Who Sustain Partner Violence: An International Multisite Study of University Students. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(4), 225–239. doi: 10.1037/1524-9220.8.4.225.
- Hobfoll, S. (1989). Conservation of Resources. A new attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hobfoll, S., & Lilly, R. (1993). Resource Conservation as a Strategy for Community Psychology. *Journal of Community Psychology*. Volume 21. 128- 148. Obtido de [http://www.readcube.com/articles/10.1002%2F1520-6629\(199304\)21%3A2%3C128%3A%3AAID-JCOP2290210206%3E3.0.CO%3B2-5?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1](http://www.readcube.com/articles/10.1002%2F1520-6629(199304)21%3A2%3C128%3A%3AAID-JCOP2290210206%3E3.0.CO%3B2-5?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1).

- Jewkes, R. (2002). Intimate partner: causes and prevention. *Violence against women*, 359, 1423-1429. Obtido de <http://ethicsinhealth.org/wp-content/uploads/2012/01/intimate-partner-violence-jewkes.pdf>.
- Johnson, M. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 283-294. Obtido de <http://cooley.libarts.wsu.edu/schwartzj/pdf/johnsondv.pdf>.
- Johnson, M. (2008). *A Typology of Domestic Violence: Intimate Terrorism, Violent Resistance, and Situational Couple Violence*. Boston: Northeastern University Press. doi:10.1016/j.avb.2011.04.006.
- Kessler, R. (2000). Posttraumatic stress disorder. The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 4-12.
- Kessler, C., Berglund P., Demler O., Jin R., & Merikangas, R. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602. Obtido de [http://www.ph.ucla.edu/epi/faculty/detels/PH150/Kessler\\_DSMIV\\_AGP2009.pdf](http://www.ph.ucla.edu/epi/faculty/detels/PH150/Kessler_DSMIV_AGP2009.pdf).
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). Chapter 1. Violence- a global public health problem. *World report on violence and health. Understanding and addressing violence against women*. Geneva, World Health Organization, 87–121. Obtido de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf).
- Liang, B., Goodman, L., Tummala-Narra, P., & Weintraub, S. (2005). A Theoretical Framework for Understanding Help-Seeking Processes Among Survivors of Intimate Partner Violence. *American Journal of Community Psychology*, 36 (1/2), 71-84. doi: 10.1007/s10464-005-6233-6.
- Lisboa, M. (2003). Custos sociais: família, amigos e atividade profissional. In M. Lisboa (Ed.). *Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres*. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres. (pp. 47-56). Lisboa: Ditos & Escritos.
- Magalhães, T. (2010). *Violência e Abuso – Respostas Simples para Questões Complexas*. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica: compreender para intervir. Guia de boas práticas para profissionais de saúde*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Obtido de

[http://www.igualdade.gov.pt/IMAGES/STORIES/DOCUMENTOS/DOCUMENTACAO/PUBLICACOES/VD4\\_GBP\\_PROFSSIONAIS\\_SAUDE.PDF](http://www.igualdade.gov.pt/IMAGES/STORIES/DOCUMENTOS/DOCUMENTACAO/PUBLICACOES/VD4_GBP_PROFSSIONAIS_SAUDE.PDF).

- Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade: estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher* (Tese de Doutoramento). Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5735/1/Tese.pdf>.
- McIntyre, T., & Costa, E. (2004). *Promoção da saúde psicosexual em mulheres Portuguesas. Relatório Final*. Project ADIS/0045/03, Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. Braga: Universidade do Minho.
- Norwood, A., & Murphy, C. (2012). What Forms of Abuse Correlate With PTSD Symptoms in Partners of Men Being Treated for Intimate Partner Violence? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy American Psychological Association*, 4 (6), 596–604. doi: 10.1037/a0025232.
- Organização Mundial de Saúde. (2012). Understanding and addressing violence against women. Intimate partner violence. Obtido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO\\_RHR\\_12.36\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf).
- Organização Mundial de Saúde. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Obtido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf).
- Organização Mundial de Saúde. (2014). Definition and typology of violence. Violence Prevention Alliance. Obtido de <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2003). Abuso no contexto do relacionamento íntimo com o companheiro: definição, prevalência, causas e efeitos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 165-184. Obtido de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n2/v4n2a01.pdf>.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2005). Abuso no relacionamento íntimo e estado de saúde em jovens portugueses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 243-272. Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3726/1/International%20Journal%20of%20Clinical%20and%20Health%20Psychology%2c%205%2c%202%2c%20243-272.pdf>.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2006). Fatores de risco do abuso no relacionamento íntimo. Estudo da validação da versão portuguesa do questionário Personal and Relationships

- Profile”. *Psychologica*, 42, 185-212. Obtido de <http://app.parlamento.pt/violenciadomestica/conteudo/pdfs/biblioteca/psicologica.pdf>.
- Paiva, C. (2012). *Dating violence: causes and effects* (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho
- Pico-Alfonso, A. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29, (181-193). doi:10.1016/j.neubiorev.2004.08.010.
- Pinto, J. (2009). *Impacto psicológico e psicopatológico da violência conjugal em mulheres vítimas acolhidas em casas de abrigo. Estudo exploratório em duas casas de abrigo do Grande Porto* (Tese de Doutoramento). Obtido de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19364/2/Tese%20de%20Mestrado%202006%202008.pdf>.
- Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (2010). *Visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração*. Alto Comissariado da Saúde. Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-20161.pdf>.
- Relatório Anual de Segurança Interna. (2014). Relatório Anual de Segurança Interna 2013. *Sistema de Segurança Interna*. Obtido de <http://www.portugal.gov.pt/media/1379710/RASI%202013.PDF>.
- Renzetti, C., & Larkin, V. (2009). Economic stress and domestic violence. *Violence against women*, 1-15. Obtido de [http://www.vawnet.org/Assoc\\_Files\\_VAWnet/AR\\_EconomicStress.pdf](http://www.vawnet.org/Assoc_Files_VAWnet/AR_EconomicStress.pdf).
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558. Obtido de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10>.
- Ribeiro, J. (2ª Eds.). (2008). *Metodologia de investigação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Lypsic.
- Ribeiro, J. (2ª Ed.). (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo Editora.
- Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica: Compreender para Intervir, Guia de Boas Práticas para Profissionais de Saúde. Guia de Boas Práticas para Profissionais de Saúde*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade e de Género.
- Sarason, I. Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*. 44(1), 127-139. Obtido de <http://web.psych.washington.edu/research/sarason/files/SocialSupportQuestionnaire.pdf>

- Schumacker, J., Feldbau-Kohn, S., Slep, A., & Heyman, R. (2001). Risk factors for male-to-female partner physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 281-352. doi: 10.1016/S1359-1789(00)00027-6.
- Schumm, J., Hobfoll, S., & Keogh, N. (2004). Revictimization and interpersonal resource loss predicts PTSD among women in substance-use treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17(2), 173-181.
- Silver, E., & Teasdale, B. (2005). Mental disorder and violence: An examination of stressful life events and impaired social support. *Social Problems*, 52, 62-78. doi: 10.1525/sp.2005.52.1.62.
- Somach, S., & Aguirre Division of JBS International (2012). *Domestic Violence in Europe and Eurasia Update*. United States Agency for International Development. Obtido de [http://www.gem2.org/sites/default/files/USAID\\_Domestic\\_Violence\\_Revised%20%281%29.pdf](http://www.gem2.org/sites/default/files/USAID_Domestic_Violence_Revised%20%281%29.pdf).
- Sonkin, D. (2014). Defining Psychological Maltreatment in Domestic Violence Perpetrator Treatment Programs: Multiple Perspectives. Under submission to the *Journal of Emotional Abuse*. Obtido de <http://www.danielsonkin.com/articles/PsychAb.html>.
- Stets, J., & Straus, A. (1989). The marriage license as a hitting license: a comparison of assault in dating, cohabiting, and married couples. In M. A. Pirog-Good & J.E. Stets (Eds.), *Violence in dating relationship: Emerging social issues* (pp. 33-52). New York: Praeger.
- Stets, J., & Straus, A. (1990). Gender differences in reporting marital violence and its medical and psychological consequences. In M. A., Straus & R. J., Gelles (Eds.), *Physical violence in American Families: Risk factors and adaptation to violence in 8,145 families* (pp. 151-165). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Stith, S., Smith, D., Penn, C., Ward, D., & Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 65-98. doi: 10.1016/j.avb.2003.09.001.
- Straus, M. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: the conflict tactic scales. *Journal of marriage and the family*, (41), 75-88. Obtido de <http://pubpages.unh.edu/~mas2/CTS41%20%28CTS2x-Abridged%29.pdf>.

- Straus, M. (1999). The controversy over domestic violence by women. A Methodological, Theoretical, and Sociology of Science Analysis. In X., Arriaga & S. Oskamp (2). *Violence in Intimate Relationships* (pp. 17-44). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Straus, M. (2010). Thirty years of denying the evidence on gender symmetry in partner violence: implications for prevention and treatment. *Partner Abuse*, 1(3), 332-362. doi: 10.1891/1946-6560.1.3.332.
- Straus, M., Gelles, R., & Steinmetz (2006). Behind closed doors. *Violence in the American family*. Transaction Publishers.
- Straus, M., Hamby, S., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996). The revised conflict tactics scales. Development and preliminary psychometric data. *Journal of family issues*, 17(3), 283-316. Obtido de <http://pubpages.unh.edu/~mas2/CTS15.pdf>.
- Truman, J., & Plenty, M. (2012). *Criminal Victimization, 2011*. U.S. Department of Statistics. Bureau of Justice Statistics. Obtido de <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/cv11.pdf>.
- Walker, L. (1994). *Abused Women and Survivor Therapy: A practical guide for the psychotherapist*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Walker, L. (2002). Dynamics of Domestic Violence – The Cycle of Violence. Obtido de <http://www.enddomesticviolence.com/include/content/filehyperlink/holder/The%20Cycle%20of%20Violence.doc>
- Wells, J., Hobfoll, S., & Lavin, J. (1997). Resource loss, resource gain, and communal coping during pregnancy among women with multiple roles. *Psychology of Women Quarterly*. 21, 645-662. doi:10.1111/j.1471-6402.1997.tb00136.x.

## **ANEXOS**

## **Anexo I (Pedido de Autorização para a Realização da Investigação)**

**Assunto:** pedido de autorização para a realização de uma investigação intitulada: Consequências da violência conjugal: repercussão ao nível da saúde física e mental.

Excelentíssima Direção da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima,

Venho por este meio solicitar a autorização para a realização de uma investigação intitulada: Consequências da violência conjugal: repercussão ao nível da saúde física e mental. Este estudo tem como principal objetivo avaliar o impacto da violência doméstica nas vítimas através do uso do auto-relato retrospectivo. A violência conjugal possui enormes custos económicos e sociais com repercussões nefastas a nível individual, nomeadamente diminuição da saúde física, comportamentos negativos para a saúde, perturbações crónicas, problema ao nível da saúde reprodutiva e saúde mental entre outras consequências fatais (Dahlberg & Krug, 2002).

A revisão da literatura indica a presença de depressão, perturbação de *stress* pós traumática, baixa autoestima e baixa auto imagem como consequências mais visíveis ao nível psicológico (APAV, 2010).

Estas repercussões provocam incapacidade laboral, interpessoal conduzindo a uma degradação da vítima., que acaba por sofrer novas vitimizações (e.g desemprego, ausência de recursos económicos e sociais) (APAV, 2010). O objetivo último desta investigação implica repercussões práticas no sentido de os resultados orientarem novas medidas legais e de saúde que possam melhorar as condições de recuperação das vítimas. Este projeto de investigação será orientado e coordenado por mim (Professora Eleonora Cunha) e terá a co-autoria das investigadoras que se encontram a realizar o mestrado em psicologia clínica e da saúde, Carolina Rodrigues, Olga Madeira, Roberta Costa e Vânia Graça.

A avaliação implicará a administração dos seguintes instrumentos: Questionário sócio-demográfico, *Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire (COR-E)* (Hobfoll & Lilly, 1993), Escala de Suporte Social (*Social Provisions Scale* de Cutroma & Russell, 1987), *Rotterdam Symptom Checklist*, Escala de Auto-Estima (*Self-Esteem Scale – SES*, Rosenberg, 1965), a *Brief Symptom Inventory* (Leonard & Derogatis, 1993), Escala de Auto-relato de Sintomatologia de PTSD (*PTSD Symptom Scale: self-reported – PSS – SR*, Foa et al., 1993; Costa & McIntyre, 2002), Questionário de abuso sexual na idade adulta (*National Women’s Study* de Resnick et al., 1993, versão portuguesa de Costa & McIntyre, 2002) e o *Childhood*

*Trauma Questionnaire* (Bernstein et al., 1994). Foram seleccionadas as versões abreviadas dos instrumentos com o objetivo de diminuir o tempo de aplicação, evitando a sobrecarga do participante (média de 11 páginas).

A administração destes instrumentos poderá ser realizada pelos próprios psicólogos das delegações de forma a minimizar o impacto e a exposição das vítimas.

Visto se tratar de uma investigação de âmbito académico, solicitamos a maior brevidade da resposta.

Desde já agradecemos a vossa atenção e disponibilidade.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Eleonora Cunha, *Ph.D.*

Professora Auxiliar

Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

Alunas:

Ana Carolina Rodrigues,

Olga Madeira,

Roberta Costa,

Vânia Graça.

## **Anexo II (Consentimento Informado)**

No âmbito da investigação intitulada: Consequências da violência conjugal: repercussões ao nível da saúde física e mental, pertencente ao mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia, vimos por este meio solicitar a sua colaboração na recolha de informação através de questionários que avaliam o tipo de violência conjugal a que esta foi submetida, assim como as consequências que trouxe para si, de forma a alterar a legislação vigente, para que tenha melhor proteção e acompanhamento no sentido de melhorar a sua qualidade de vida e de todas as pessoas que foram ou são vítimas de violência. A administração dos questionários poderá ocorrer em vários momentos, se assim se justificar.

O anonimato e a confidencialidade dos dados serão absolutamente garantidos. Todos os dados recolhidos durante este estudo, serão tratados de forma confidencial. Os resultados serão para fins de investigação científica, sendo que os participantes nunca serão identificados. A participação nesta investigação é voluntária, sendo que, se quiser desistir, poderá fazê-lo a qualquer momento sem qualquer malefício para si.

A recolha de dados poderá apresentar alguns potenciais riscos, tais como a eventual falta de vontade ou reflexão acerca de temas desconfortáveis e causadores de sofrimento.

Reconhecidamente, agradecemos a sua disponibilidade e preciosa colaboração para a nossa investigação.

Carolina Rodrigues

---

Olga Madeira

---

Roberta Costa

---

Vânia Graça

---

### Anexo III. Questionário Sócio-Demográfico (Folha de Rosto do Instrumento)

1. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

2. **Escolaridade:**

Analfabeto (a)  Primeiro Ciclo (4ª Classe)  Segundo Ciclo (6º Ano)

Terceiro Ciclo (9º Ano)  Ensino secundário (12º Ano)  Ensino Superior (Universidade)

3. **Origem étnica**

Caucasiana (branca)  Afro-americana (negra)  Hispânica

4. **Situação profissional**

Empregada  Desempregada  Reformada

5. **Estado Civil:**

Solteira  União de facto  Casada

Divorciada  Separada  Viúva

6. **Número de filhos:** \_\_\_\_\_

7. **Relação com o agressor?**

Casada  Divorciada  Companheira

Namorada  Ex-cônjuge  Outro: \_\_\_\_\_

8. **Habita com o agressor?** Sim  Não

9. **Quem agrediu pela primeira vez?** Eu  Parceiro (a)

10. **Há quanto tempo é vítima de violência conjugal?** \_\_\_\_\_

**Anexo IV. Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD (Folha de Rosto do Instrumento)**

Por favor, responda com a escolha que melhor descreve o pior tempo ou período em que experimentou os seguintes pensamentos ou sentimentos.

		Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
<b>1</b>	Ter pensamentos ou imagens perturbadoras sobre o abuso sexual que vêm à cabeça quando não quer.				
<b>2</b>	Ter pesadelos ou sonhos perturbadores acerca de ser sexualmente abusada.				
<b>3</b>	Reviver o abuso sexual, atuar ou sentir como se estivesse a acontecer novamente.				
<b>4</b>	Sentir-se muito perturbada do ponto de vista emocional quando se recorda de ter sido sexualmente abusada (por exemplo, sentir-se com medo, revoltada, triste, culpada, etc.).				
<b>5</b>	Experienciar reações físicas quando se recorda do abuso sexual (por exemplo, suar, sentir o coração a bater depressa)				
<b>6</b>	Tentar não pensar, não falar ou ter sentimentos sobre ter sido sexualmente abusada.				
<b>7</b>	Tentar evitar atividades, pessoas ou locais que a façam recordar ter sido sexualmente abusada.				
<b>8</b>	Não ser capaz de recordar uma parte importante do abuso sexual.				
<b>9</b>	Ter muito menos interesse ou participar muito menos vezes em atividades importantes.				
<b>9</b>	Sentir-se distante ou afastada das pessoas à sua volta.				
<b>10</b>	Sentir-se emocionalmente anestesiada (por exemplo, ser incapaz de chorar ou ter sentimentos de amor).				
<b>11</b>	Sentir que os planos futuros ou desejos não se irão concretizar (por exemplo, não ter uma carreira, casamento, crianças ou uma vida longa).				
<b>12</b>	Ter problemas em adormecer ou manter-se a dormir.				
<b>13</b>	Sentir-se irritável ou ter crises de raiva.				
<b>14</b>	Ter dificuldade em se concentrar (por exemplo, seguir a conversa, não conseguir seguir uma história na televisão, esquecer o que leu)				
<b>15</b>	Estar hipervigilante (por exemplo, verificar quem está à sua volta, sentir-se desconfortável de costas para a porta, etc).				
<b>16</b>	Estar alerta ou ser facilmente assustada (por exemplo, quando alguém se aproxima por detrás de si).				

## Anexo V. Questionário de Conservação de Recursos (Folha de Rosto do Instrumento)

Agora gostaríamos de saber até que ponto teve situações de PERDA ou AMEAÇA DE PERDA (recursos, bens, etc.) nos últimos três meses. Indique em que medida viveu situações de perda em relação às questões seguintes. Por exemplo, se o seu único carro avariou e não pode ser substituído, pode indicar “muita perda ou ameaça de perda” para o Transporte Pessoal.

Caso esteja desempregada, nas questões assinaladas com (\*) marque a opção “não se aplica”.

		Nenhuma ameaça ou perda	Alguma ameaça ou perda	Muita ameaça ou perda	Não se aplica	
1	Transporte pessoal (carro, caminhão, etc.)					
2	Roupa adequada					
3	*Ferramenta necessárias para o trabalho					
4	Eletrodomésticos necessários para a casa (frigorífico, fogão, etc.)					
5	Alojamento (casa) que satisfaça as minhas necessidades					
6	Alimentação adequada					
7	Mobiliário de casa adequado					
8	Dinheiro para extras					
9	Economias ou dinheiro de emergência					
10	Rendimento adequado					
11	Bens financeiros (poupanças)					
12	Dinheiro para transportes					
13	Dinheiro para promoção pessoal (educação, começar um negócio, etc.)					
14	Ajuda financeira, se necessária					
15	Saúde da família/amigos íntimos					
16	Telefone					
17	Sentir que tem valor para os outros					
18	Estabilidade familiar					
19	Relação próxima com um ou mais membros da família					
20	Intimidade com o marido ou companheiro/a					
21	Relação próxima com pelo menos um amigo					
22	Compreensão por parte do meu empregador/patrão					
23	*Apoio por parte dos colegas de trabalho					
24	Companhia					
25	Afeto por parte dos outros					

## Anexo VI. Escala de Suporte Social (Folha de Rosto do Instrumento)

Ao responder ao próximo conjunto de questões, pense nas relações que possui com amigos e família. Se achar que uma das questões descreve verdadeiramente a sua relação com os mesmos, deve escolher “sim”. Se a questão descreve a relação algumas vezes, deve escolher “às vezes”. Se a questão não descreve a relação, deve escolher “não”. Se não conseguir decidir se a questão descreve as relações, deve escolher “sem certeza”.

		Não	Às vezes	Sim	Incerteza
<b>1</b>	Pode contar com outras pessoas para a ajudarem se precisar?				
<b>2</b>	Sente que NÃO pode contar com outras pessoas para a guiarem em tempos de stress?				
<b>3</b>	Existem outras pessoas que gostam das mesmas atividades sociais que você gosta?				
<b>4</b>	Sente que as outras pessoas NÃO respeitam as suas capacidades ou competências?				
<b>5</b>	Se algo de errado acontecesse, sente que os outros NÃO a iriam ajudar?				
<b>6</b>	As relações que tem com os outros proporcionam uma sensação de segurança emocional?				
<b>7</b>	Sente que as suas competências e capacidades são reconhecidas pelos outros?				
<b>8</b>	Sente que os outros NÃO partilham os seus interesses e preocupações?				
<b>9</b>	Existe alguma pessoa que lhe pode dar conselhos se estiver com problemas?				
<b>10</b>	Sente que lhe FALTA proximidade emocional com os outros?				

## Anexo VII. Escalas Táticas de Conflitos Revisadas (Folha de Rosto do Instrumento)

Independentemente de duas pessoas se darem bem ou não, há alturas em que discutem, ficam aborrecidas uma com a outra, pretendem coisas diferentes uma da outra, ou têm quezílias ou brigas apenas porque estão de mau humor, cansadas ou por qualquer outra razão. As pessoas têm também formas diversas de tentarem resolver as suas diferenças. A seguir, encontrará uma lista de coisas que podem acontecer quando duas pessoas têm diferenças.

### Quantas vezes isto aconteceu?

**1 = Uma vez, de há um ano para cá**

**2 = 2 vezes, de há um ano para cá**

**3 = 3-5 vezes, de há um ano para cá**

**4 = 6-10 vezes, de há um ano para cá**

**5 = 11-20 vezes, de há um ano para cá**

**6 = Mais de 20 vezes, de há um ano para cá**

**7 = Não de há um ano para cá, mas isso já aconteceu antes**

**8 = Isso nunca aconteceu**

		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1</b>	Mostrei ao meu companheiro/a que me preocupava com ele/a, mesmo que discordássemos								
<b>2</b>	O meu companheiro/a mostrou que se preocupava comigo, mesmo que discordássemos								
<b>3</b>	Numa discussão, expliquei ao meu companheiro/a o meu ponto de vista								
<b>4</b>	O meu companheiro/a explicou-me o seu ponto de vista numa discussão								
<b>5</b>	Insultei ou roguei pragas ao meu companheiro/a								
<b>6</b>	O meu companheiro/a fez isso comigo								
<b>7</b>	Atirei ao meu companheiro/a alguma coisa que o/a poderia magoar								
<b>8</b>	O meu companheiro/a fez isso comigo								
<b>9</b>	Torci o braço ou puxei o cabelo ao meu companheiro/a								
<b>10</b>	O meu companheiro/a fez isso comigo								
<b>11</b>	Tive um entorse, pisadura, ferida ou um pequeno corte por causa de uma luta com o meu companheiro/a								

**Anexo VIII (Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* da Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de *PTSD*)**

Tabela 6  
*Resultados das Análises de Consistência Interna da Escala Total e das Sub-escalas de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD (N=65)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 1	.67	.89
Questão 2	.60	.89
Questão 3	.59	.89
Questão 4	.74	.88
Questão 5	.74	.88
Questão 6	.64	.89
Questão 7	.71	.89
Questão 8	.39	.90
Questão 9	.56	.89
Questão 10	.53	.89
Questão 11	.26	.90
Questão 12	.54	.89
Questão 13	.43	.89
Questão 14	.30	.90
Questão 15	.58	.89
Questão 16	.63	.89
Questão 17	.49	.89
Alfa Total (17 itens)		.90

Tabela 6 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna da Escala Total e das Sub-escalas de Auto-Relato de Sintomatologia de Stress Pós-traumático (N= 65)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Sub-escala Reviver		
Questão 1	.88	.90
Questão 2	.69	.93
Questão 3	.78	.92
Questão 4	.88	.90
Questão 5	.87	.90
Alfa Total (5 itens)		.93
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Sub-escala Evitamento		
Questão 6	.33	.74
Questão 7	.59	.68
Questão 8	.34	.73
Questão 9	.51	.70
Questão 10	.58	.68
Questão 11	.35	.73
Questão 12	.50	.70
Alfa Total (7 itens)		.74
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Sub-escala Ativação		
Questão 13	.52	.72
Questão 14	.26	.80
Questão 15	.66	.67
Questão 16	.58	.69

Tabela 6 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna da Escala Total e das Sub-escalas de Auto-Relato de Sintomatologia de Stress Pós-traumático (N= 65)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 17	.63	.67

**Anexo XIX (Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* do Questionário de Conservação de Recursos)**

Tabela 7  
*Resultados das Análises de Consistência Interna da Escala Total e das Sub-escalas do Questionário de Conservação de Recursos (N= 65)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 1	.52	.93
Questão 2	.52	.93
Questão 3	.38	.93
Questão 4	.30	.93
Questão 5	.22	.93
Questão 6	.60	.93
Questão 7	.31	.93
Questão 8	.22	.93
Questão 9	.58	.93
Questão 10	.78	.93
Questão 11	.54	.93
Questão 12	.77	.93
Questão 13	.53	.93
Questão 14	.63	.93
Questão 15	.51	.93
Questão 16	.47	.93
Questão 17	.58	.93
Questão 18	.43	.93
Questão 19	.69	.93
Questão 20	-.17	.94
Questão 21	.44	.93
Questão 22	.36	.93

Tabela 7 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna da Escala Total e das Sub-escalas do Questionário de Conservação de Recursos (N= 65)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 23	.45	.93
Questão 24	.42	.93
Questão 25	.44	.93
Questão 26	.44	.93
Questão 27	.52	.93
Questão 28	.41	.93
Questão 29	.41	.93
Questão 30	.48	.93
Questão 31	.56	.93
Questão 32	.64	.93
Questão 33	.74	.93
Questão 34	.63	.93
Questão 35	.54	.93
Questão 36	.57	.93
Questão 37	.10	.93
Questão 38	.55	.93
Questão 39	.71	.93
Questão 40	.60	.93
Alfa Total (40 itens)		.93

Tabela 7 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna da Escala Total e das Sub-escalas do Questionário de Conservação de Recursos (N= 65)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Sub-escala <i>Stress Social</i>		
Questão 17	.68	.69
Questão 18	.38	.75
Questão 19	.68	.69
Questão 20	-.21	.85
Questão 21	.37	.75
Questão 24	.70	.68
Questão 25	.62	.70
Questão 28	.64	.70
Alfa Total (8 itens)		.77
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Sub-escala <i>Stress na Saúde</i>		
Questão 15	.45	.33
Questão 34	.37	.41
Questão 37	.01	.65
Questão 40	.46	.31
Alfa Total (4 itens)		.49
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Sub-escala <i>Stress no Tempo</i>		
Questão 29	.53	.68
Questão 30	.53	.68
Questão 32	.62	.59
Alfa Total (3 itens)		.74

Tabela 7 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna da Escala Total e das Sub-escalas do Questionário de Conservação de Recursos (N= 65)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Sub-escala <i>Stress</i> nas Condições Domésticas		
Questão 1	.53	.77
Questão 2	.64	.76
Questão 4	.59	.76
Questão 5	.44	.78
Questão 6	.78	.73
Questão 7	.60	.76
Questão 16	.32	.80
Questão 27	.36	.79
Questão 38	.18	.82
Alfa Total (9 itens)		.80
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Sub-escala <i>Stress</i> Financeiro		
Questão 8	.51	.93
Questão 9	.81	.91
Questão 10	.83	.99
Questão 11	.79	.91
Questão 12	.67	.92
Questão 13	.65	.92
Questão 14	.67	.92
Questão 33	.79	.91
Questão 39	.75	.91
Alfa Total (9 itens)		.92

Tabela 7 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna da Escala Total e das Sub-escalas do Questionário de Conservação de Recursos (N= 65)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Sub-escala <i>Stress</i> Trabalho		
Questão 3	.55	.93
Questão 23	.76	.91
Questão 26	.79	.91
Questão 31	.91	.89
Questão 35	.87	.90
Questão 36	.78	.91
Questão 22	.71	.92
Alfa Total (7 itens)		.93

**Anexo XX (Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Escala de Suporte Social)**

Tabela 8  
*Resultados das Análises de Consistência Interna da Escala Total e das Sub-escalas de Suporte Social (N= 65)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 1	.24	.57
Questão 2	.35	.54
Questão 3	-.17	.64
Questão 4	.30	.56
Questão 5	.44	.51
Questão 6	.31	.56
Questão 7	.56	.51
Questão 8	.23	.58
Questão 9	.23	.57
Questão 10	.23	.58
Alfa Total (10 itens)		.60

**Anexo XXI (Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* das Escalas Táticas de Conflito Revisadas da Vitimização e da Perpetração)**

Tabela 9  
*Resultados das Análises de Consistência Interna Total e das Subescalas das Escalas Táticas de Resolução de Conflitos da Vitimização e da Perpetração (N= 65)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 1	-.02	.89
Questão 2	.06	.89
Questão 3	.15	.89
Questão 4	.18	.89
Questão 5	.25	.89
Questão 6	.28	.89
Questão 7	.31	.89
Questão 8	.42	.89
Questão 9	.16	.89
Questão 10	.51	.89
Questão 11	.55	.89
Questão 12	.06	.89
Questão 13	.26	.89
Questão 14	.43	.89
Questão 15	.19	.89
Questão 16	-.02	.89
Questão 17	.39	.89
Questão 18	.36	.89
Questão 19	.13	.89
Questão 20	.19	.89
Questão 21	-.05	.89

Tabela 9 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna Total e das Subescalas das Escalas Táticas de Resolução de Conflitos da Vitimização e da Perpetração (N= 65)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 22	.16	.89
Questão 23	.31	.89
Questão 24	-.08	.89
Questão 25	.27	.89
Questão 26	.37	.89
Questão 27	.21	.89
Questão 28	.38	.89
Questão 29	.30	.89
Questão 30	.39	.89
Questão 31	.55	.89
Questão 32	.04	.89
Questão 33	.05	.89
Questão 34	.26	.89
Questão 35	.44	.89
Questão 36	.42	.89
Questão 37	.44	.89
Questão 38	.28	.89
Questão 39	.32	.89
Questão 40	.32	.89
Questão 41	.25	.89
Questão 42	-.17	.89
Questão 43	.08	.89
Questão 44	.38	.89

Tabela 9 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna Total e das Subescalas das Escalas Táticas de Resolução de Conflitos da Vitimização e da Perpetração (N= 65)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 45	.36	.89
Questão 46	.40	.89
Questão 47	.13	.89
Questão 48	.26	.89
Questão 49	.53	.89
Questão 50	.35	.89
Questão 51	-.28	.89
Questão 52	.30	.89
Questão 53	.50	.89
Questão 54	.58	.89
Questão 55	.26	.89
Questão 56	.12	.89
Questão 58	.26	.89
Questão 59	.42	.89
Questão 60	.40	.89
Questão 62	-.03	.89
Questão 64	.19	.89
Questão 65	.34	.89
Questão 66	.30	.89
Questão 67	.40	.89
Questão 68	.58	.89
Questão 69	.25	.89
Questão 70	.30	.89
Questão 71	.65	.89

Tabela 9 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna Total e das Subescalas das Escalas Táticas de Resolução de Conflitos da Vitimização e da Perpetração (N= 65)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 72	.13	.89
Questão 73	.27	.89
Questão 74	.40	.89
Questão 76	.31	.89
Questão 77	.44	.89
Questão 78	.30	.89
Alfa Total (74 itens)		.87
Total Vitimização		
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 2	.12	.81
Questão 4	.21	.80
Questão 6	.28	.80
Questão 8	.46	.79
Questão 10	.52	.79
Questão 12	.02	.81
Questão 14	.34	.80
Questão 16	-.03	.81
Questão 18	.42	.79
Questão 20	.20	.80
Questão 22	.15	.80
Questão 24	-.12	.81
Questão 26	.28	.80
Questão 28	.39	.80
Questão 30	.43	.79

Tabela 9 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna Total e das Subescalas das Escalas Táticas de Resolução de Conflitos da Vitimização e da Perpetração (N= 65)*

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 32	-.04	.81
Questão 34	.29	.81
Questão 36	.39	.80
Questão 38	.33	.80
Questão 40	.30	.80
Questão 42	-.19	.80
Questão 44	.33	.80
Questão 46	.41	.79
Questão 48	.26	.80
Questão 50	.30	.80
Questão 52	.31	.80
Questão 54	.49	.79
Questão 56	.06	.80
Questão 58	.23	.80
Questão 60	.37	.80
Questão 62	-.03	.80
Questão 64	.13	.81
Questão 66	.28	.80
Questão 68	.56	.80
Questão 70	.31	.79
Questão 72	.10	.80
Questão 74	.37	.80
Questão 76	.33	.80

Tabela 9 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna Total e das Subescalas das Escalas Táticas de Resolução de Conflitos da Vitimização e da Perpetração (N= 65)*

Questão 78	.28	.80
Alfa Total (39 itens)		.77
Sub-escala Negociação		
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 2	.53	.79
Questão 4	.49	.80
Questão 40	.61	.77
Questão 14	.62	.77
Questão 60	.61	.77
Questão 78	.60	.78
Alfa Total (6 itens)		.81
Sub-escala Agressão Psicológica		
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 6	.36	.66
Questão 26	.35	.65
Questão 30	.41	.64
Questão 36	.59	.63
Questão 50	.36	.65
Questão 66	.39	.64
Questão 68	.24	.68
Questão 70	.42	.64
Alfa Total (8 itens)		.70

Tabela 9 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna Total e das Subescalas das Escalas Táticas de Resolução de Conflitos da Vitimização e da Perpetração (N= 65)*

Sub-escala Abuso Físico Sem Sequelas		
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 8	.37	.73
Questão 10	.61	.70
Questão 18	.45	.73
Questão 46	.24	.75
Questão 54	.43	.73
Questão 22	.36	.74
Questão 28	.46	.72
Questão 34	.37	.74
Questão 38	.37	.74
Questão 44	.53	.72
Questão 62	.10	.76
Questão 74	.26	.74
Alfa Total (12 itens)		.74
Sub-escala Coerção Sexual		
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 16	.30	.87
Questão 52	.75	.82
Questão 64	.58	.84
Questão 20	.62	.83
Questão 48	.51	.86
Questão 58	.74	.82
Questão 76	.79	.81
Alfa Total (7 itens)		.85

Tabela 9 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna Total e das Subescalas das Escalas Táticas de Resolução de Conflitos da Vitimização e da Perpetração (N= 65)*

Sub-escala Abuso Físico Com Sequelas		
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 11	.44	.68
Questão 23	.44	.68
Questão 31	.50	.66
Questão 41	.34	.71
Questão 55	.37	.70
Questão 71	.61	.62
Alfa Total (6 itens)		.72
Total Perpetração		
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 1	.35	.91
Questão 3	.27	.91
Questão 5	.33	.91
Questão 7	.46	.91
Questão 9	.47	.91
Questão 12	.48	.92
Questão 13	.19	.91
Questão 15	.53	.91
Questão 17	.40	.91
Questão 19	.70	.91
Questão 21	.41	.91
Questão 24	.71	.92
Questão 25	.45	.91

Tabela 9 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna Total e das  
 Subescalas das Escalas Táticas de Resolução de Conflitos da  
 Vitimização e da Perpetração (N= 65)*

Sub-escala Abuso Físico Com Sequelas		
Questão 27	.54	.91
Questão 29	.38	.91
Questão 32	.48	.93
Questão 33	.57	.91
Questão 35	.52	.91
Questão 37	.59	.91
Questão 39	.19	.91
Questão 42	.75	.92
Questão 43	.63	.91
Questão 45	.51	.91
Questão 47	.70	.91
Questão 49	.52	.91
Questão 51	.69	.91
Questão 53	.55	.91
Questão 56	.68	.92
Questão 57	.72	.91
Questão 59	.44	.91
Questão 61	.72	.91
Questão 63	.72	.91
Questão 65	.52	.91
Questão 67	.53	.91
Questão 69	.45	.91
Questão 71	.52	.91
Questão 72	.58	.91
Questão 75	.72	.91

Tabela 9 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna Total e das Subescalas das Escalas Táticas de Resolução de Conflitos da Vitimização e da Perpetração (N= 65)*

Sub-escala Abuso Físico Com Sequelas		
Questão 77	.22	.91
Alfa Total (39 itens)		.95
Sub-escala Negociação		
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 1	.31	.64
Questão 13	.35	.63
Questão 39	.44	.60
Questão 3	.37	.63
Questão 59	.54	.56
Questão 77	.39	.64
Alfa Total (6 itens)		.67
Sub-escala Agressão Psicológica		
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 5	.22	.d74
Questão 35	.52	.69
Questão 49	.44	.70
Questão 67	.55	.68
Questão 25	.56	.67
Questão 29	.26	.75
Questão 65	.53	.68
Questão 69	.44	.70
Alfa Total (8 itens)		.75

Tabela 9 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna Total e das Subescalas das Escalas Táticas de Resolução de Conflitos da Vitimização e da Perpetração (N= 65)*

Sub-escala Abuso Físico Sem Sequelas		
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 7	.52	.83
Questão 9	.54	.81
Questão 17	.44	.82
Questão 45	.55	.81
Questão 53	.45	.82
Questão 21	.32	.82
Questão 27	.54	.81
Questão 33	.51	.81
Questão 37	.63	.80
Questão 43	.69	.80
Questão 61	.59	.81
Questão 73	.44	.81
Alfa Total (12 itens)		.85
Sub-escala Coerção Sexual		
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 15	.59	.96
Questão 51	.71	.94
Questão 63	.95	.92
Questão 19	.85	.93
Questão 47	.85	.93
Questão 57	.95	.93
Questão 75	.95	.92
Alfa Total (7 itens)		.95

Tabela 9 (Continuação)  
*Resultados das Análises de Consistência Interna Total e das Subescalas das Escalas Táticas de Resolução de Conflitos da Vitimização e da Perpetração (N= 65)*

Sub-escala Abuso Físico Com Sequelas		
Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Questão 12	.65	.84
Questão 72	.74	.81
Questão 24	.46	.87
Questão 32	.80	.82
Questão 42	.70	.82
Questão 56	.69	.82
Alfa Total (6 itens)		.88