



**Universidade Católica Portuguesa**  
**Centro Regional de Braga**

**Revitimização, perda de recursos e Sintomatologia Pós-*Stress*  
Traumático nas mulheres vítimas de violência conjugal**

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

**Olga Elisabete Oliveira Madeira**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
FEVEREIRO 2015



**Universidade Católica Portuguesa**  
**Centro Regional de Braga**

**Revitimação, perda de recursos e sintomatologia Pós-*Stress*  
Traumático nas mulheres vítimas de violência conjugal**

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

**Olga Elisabete Oliveira Madeira**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Eleonora Cunha  
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
FEVEREIRO 2015

## **Agradecimentos**

Após vários meses de dedicação e empenho, e apesar de ser um trabalho individual, tive a graciosa oportunidade de contar com o suporte de diversas pessoas que cooperaram para a concretização da presente dissertação. Sem estes, a que agora me refiro este trabalho não teria sido concretizado.

Agradeço a todos os que estiveram presentes neste percurso:

À Prof. Doutora Eleonora Costa pela exigência, capacidade de trabalho e partilha de conhecimento...

À Prof Doutora Carla Paiva pela capacidade de trabalho e partilha de conhecimento...

À Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, à direção geral e em particular à sede de Braga que nos acolheu e a todos os de que dela fazem parte...

À minha mãe e aos meus avós por toda a compreensão e ajuda ao longo deste percurso...

A todos os meus amigos que sempre me incentivaram com a sua amizade...

Às minhas colegas de curso Vânia, Carolina e Roberta pelo companheirismo, pela ajuda e disponibilidade em todos os momentos...

Um muito obrigada!

## **Resumo**

A violência conjugal é um fenômeno transversal a todas as classes sociais e apresenta repercussões negativas na saúde mental das vítimas. Este estudo caracteriza a prevalência, cronicidade e severidade dos diferentes tipos de abuso, assim como avalia a associação entre as variáveis e verificar se há diferenças entre o grupo de mulheres com e sem sintomatologia de PPST. A amostra é constituída por 65 vítimas de violência conjugal que preencheram os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Questionário de Conservação de Recursos; Escala de Auto Relato de Sintomatologia de PPST; Escalas Táticas de Conflitos Revisadas e Questionário de Trauma Infantil. Os resultados obtidos indicam que as mulheres que apresentam sintomatologia de PPST apresentam maior prevalência de coerção sexual, e maior ocorrência de abuso sexual infantil. Constatou-se que quanto maior a frequência da agressão psicológica maior a perda de recursos de tempo e condições domésticas, assim como quanto maior a frequência do abuso físico, maior a perda de recursos sociais e de tempo. Verificou-se uma associação positiva entre a sintomatologia de PPST e a coerção sexual severa; e entre a sintomatologia de PPST a cronicidade da agressão psicológica, abuso físico e coerção sexual. No final foram discutidas as limitações e implicações dos resultados em termos práticos e de investigação futura.

**Palavras-chave:** PPST; Perda Recursos, Revitimização; Violência Conjugal

## **Abstract**

Intimate partner violence is a cross phenomenon to all social classes and has a negative impact on mental health of the victims. This study characterizes the prevalence and chronicity and severity of different types of IPV, as well as evaluates the association between the variables and checks for differences between the group of women with and without symptoms of PTSD. The study sample consists of 65 victims of IPV who resorted to APAV, who met the following instruments: Sociodemographic Questionnaire; Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire; PTSD Symptom Scale: self-reported; Revised Conflict Tactics Scales and Childhood Trauma Questionnaire. The results indicate that women with PTSD symptomatology have a higher prevalence of sexual coercion, and increased incidents of child sexual abuse. It was found that the higher the frequency the greater the loss of psychological aggression domestic conditions of time and resources, and the higher the frequency of physical abuse, social greater the loss of resources and time. There was a positive association between symptoms of PTSD and severe sexual coercion; and between the symptoms of PTSD chronicity of psychology assault, physical abuse and sexual coercion. In the end the limitations were discussed and the implications of the practical terms and of future research.

**Keywords:** PTSD; Resources Loss; Revictimization; Intimate Partner Violence

# Índice

	Página
Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Abstract .....	v
Índice .....	vi
Introdução geral .....	11

## Parte I – Enquadramento Teórico

### Capítulo I – Violência conjugal: conceptualização e caracterização

1.1 Epidemiologia da violência conjugal.....	14
1.2 Definição e tipos de abuso conjugal .....	15
1.3 Ciclo da violência conjugal.....	16
1.4 Causas e fatores de risco para a violência conjugal.....	17

### Capítulo II – Perda de recursos e revitimização e Perturbação pós-stress traumático nas vítimas de violência conjugal

2.1 Perturbação Pós-Stress Traumático .....	18
2.1.1 PPST e a violência conjugal .....	21
2.1.2 PPST e a perda de recursos.....	22
2.1.3 PPST e revitimização após abuso infantil .....	24

## Parte II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

### CAPÍTULO III – METODOLOGIA

3.1 Objetivos de Estudo .....	28
3.2 Design .....	28
3.3 Variáveis Estudadas .....	28
3.4 Hipóteses.....	28
3.6 Seleção e recolha da amostra .....	29
3.7 Apresentação dos Instrumentos de Avaliação .....	30
3.7.1 Questionário Sociodemográfico .....	30

3.7.2 Questionário da Conservação de Recursos.....	31
3.7.3 Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD.....	32
3.7.4 Escalas de Táticas de Conflito Revisadas.....	33
3.7.5 Questionário de Trauma Infantil.....	35
3.8 Procedimentos de Análise de Dados.....	36

#### **CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

4.1 Caraterização sociodemográfica da amostra.....	38
4.2 Caraterização clínica da amostra .....	41
4.3 Resultados dos Testes de Hipoteses.....	44
4.4 Análises exploratórias.....	51

#### **CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

5.1 Hipóteses.....	52
5.2 Análises exploratórias.....	56
5.3 Limitações do estudo .....	57
5.4 Conclusões e implicações para a prática.....	57

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>59</b>
---	-----------

## **Índice de anexos**

<b>ANEXO I</b> - Pedido de autorização para a realização da investigação.....	67
<b>ANEXO II</b> – Consentimento informado .....	69
<b>ANEXO III</b> – Instrumentos de avaliação (folha de rosto) .....	70

## Índice de tabelas

**Tabela 1** - Características Sociodemográficas da amostra

**Tabela 2** - Características do relacionamento da amostra

**Tabela 3** - Prevalência anual das ocorrências da violência conjugal

**Tabela 4** - Prevalência global das ocorrências da violência conjugal

**Tabela 5** - Cronicidade anual da violência conjugal

**Tabela 6** - Análise de frequência da PPST

**Tabela 7** - Análise de frequência da perda de recursos

**Tabela 8** - Análise de frequência do abuso infantil

**Tabela 9** – Resultados dos testes de *MannWhitney*

**Tabela 10** - Resultados do Coeficiente de Correlação de *Spearman's Rho*

**Tabela 11** - Resultados do Coeficiente de Correlação de *Spearman's Rho*

## **Índice das siglas**

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

**TCR** – Teoria de Conservação de Recursos

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PPST** – Perturbação Pós-*Stress* Traumático

## Introdução geral

A violência conjugal é reconhecida na literatura como um problema significativo e comum às diferentes classes sociais. Embora historicamente existisse uma construção ou enviesamento quanto ao fenómeno, isto é, mulher vítima e homem perpetrador, atendendo ao tipo de abuso, estes tendem à simetria, com a exceção do abuso sexual em que é mais comum a vítima ser do sexo feminino e o perpetrador masculino (Hamby, 2009; Straus, 2007).

Por violência conjugal entende-se toda a forma de violência exercida por um dos companheiros ou ex-companheiro sobre o outro. Este tipo de violência inclui o uso intencional da força ou a intimidação, coagindo a vítima na sua ação e podendo causar dano físico e/ou psicológico, comportando consequências graves para a vítima (Gelles, 1997; Walker, 1994).

A literatura estabelece uma trajetória entre abuso infantil e violência entre cônjuges estando as vítimas de trauma infantil mais propensas à exposição de formas de abuso continuado, apresentam maior probabilidade de desenvolver sintomatologia (Ehrensaft, 2008; Paiva, 2012). Outros estudos consideram uma maior vulnerabilidade de serem revitimizadas na idade adulta através da violência conjugal (Messing, Flair, Cavanaugh, Kanga & Campbell, 2012; Cavanaugh, Messing, Petras, Fowler, LaFlair, Kub, et al., 2012; Widom, Czaja & Dutton, 2013).

Atendendo às sequelas nas vítimas, na família e as repercussões na sociedade, a violência conjugal tem implicações sociais, económicas e na saúde física e mental, sendo considerada um problema de saúde pública (Díez, Escutia, Pacheco, Martínez, Caracena & Contreras, 2009; WHO, 2010).

Deste modo, as repercussões da violência conjugal são várias, que podem ir desde consequências derivadas da exposição ao *stressor* crónico, acrescidas as consequências mentais, das quais se salienta a Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) (Dillon, Hussain, Loxton & Rahman, 2013; Dutton, Greene, Kaltman, Roesch, Zeffiro & Krause, 2006; Ham-Rowbottom, Gordon, Jarvis & Novaco, 2005).

Tanto o abuso físico como o abuso sexual durante a infância encontram-se intimamente relacionados a revitimização na idade adulta e maior incidência de sintomatologia de PPST (Ham-Rowbottom, Gordon, Jarvis & Novaco, 2005). Não obstante, a revitimização e a severidade do abuso tendem a exacerbar a sintomatologia de PPST (Nishith, Mechanic e Resick (2000). O abuso infantil e a violência conjugal podem ter como repercussão a espiral de perda de recursos pessoais e interpessoais, o que se associa a uma diminuição dos recursos

existentes (Hobfoll, 1989, 2011). É também possível que, devido à natureza interpessoal dos ciclos de revitimização, o *stress* traumático diminua o desenvolvimento de recursos interpessoais e de estratégias de *coping* (Schumm, Hobfol & Keogh, 2004).

O relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO,2013) situa a prevalência da violência física perpetrada pelo parceiro entre os 13% no Japão e os 61% no Perú (Olsen, Parra & Bennet, 2010). Estes dados sugerem que a violência entre parceiros é um fenómeno à escala mundial, com taxas de violência que variam consoante o país, transparecendo a influência de fatores socioculturais (Olsen, Parra & Bennet, 2010).

Os dados supra referidos revelam a pertinência do desenvolvimento de estudos nesta área, nomeadamente os que focam a revitimização e perda de recursos, tal como foi referido por Schumm, Hobfol e Keogh (2004).

Por conseguinte, este estudo de carater observacional, descritivo e correlacional, tem como objetivo avaliar a ocorrência de trajetórias de revitimização, de perda de recursos e a ocorrência de sintomatologia de PPST nas vítimas de violência conjugal.

O presente trabalho está dividido em duas partes, onde a primeira diz respeito ao enquadramento teórico da violência conjugal, aludindo ao seu conceito e à sua epidemiologia; ao ciclo da violência; às suas causas e fatores de risco; assim como se faz a interligação entre a PPST, a revitimização e a perda de recursos. Na segunda vertente desta investigação apresentamos um estudo empírico com vítimas de violência conjugal que recorreram à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Neste segmento descrevemos a metodologia adotada, os resultados e a discussão dos mesmos. Por fim, catalogamos as conclusões e implicações do estudo para a prática.



## **Capítulo I – Violência Conjugal: conceptualização e caracterização**

### **1.1 Epidemiologia da violência conjugal**

Embora historicamente a violência conjugal tenha permanecido, durante muitos anos, oculta na privacidade das famílias, é a partir dos anos 60 que este fenómeno começou a ganhar uma visibilidade crescente, tendo uma dimensão à escala mundial. Enquanto temática de investigação científica tem levado à sensibilização para a uma reconstrução da consciência social e de cidadania, abrigando-se na esfera da afirmação dos direitos humanos e reforçando a crescente criação de políticas públicas direcionadas ao combate deste fenómeno (Antunes, 2003; Matos, Machado, Santos & Machado, 2012).

Não obstante a esta preocupação político-social, a violência conjugal é considerada um problema grave de saúde pública (Johnsin & Zlotnick, 2012) com repercussões ao nível da saúde física e mental, morbidade e mortalidade para as vítimas (Kuijpers, Knaap & Winkel, 2012; Messing, Flair, Cavanaugh, Kanga & Campbell, 2012).

Assim, em Portugal o Ministério da Saúde – Direção Geral de Saúde tem contemplado medidas para o combate ao problema, como é o caso do Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (CIDM, 2013)

Black, Basile, Breiding, Smith, Walters, Merrick e col. (2011), referem que nos Estados Unidos, mais de 33% das mulheres e mais de 25% dos homens foram vítimas de abuso sexual, abuso físico e/ou perseguição por um parceiro íntimo ao longo da vida. No que se refere apenas ao abuso físico esta prevalência é de 25% das mulheres e 14% dos homens vítimas de violência física grave pelo cônjuge em algum momento da sua vida.

Estudos com uma amostra na comunidade feitos no Japão revelam que 16 a 25% das mulheres adultas foram vítimas de abuso físico e 8.1% a 15.8% estiveram sujeitas a abuso sexual por parte dos seus parceiros (Yoshihama, Horrocks & Kamano, 2009).

Na Europa, um estudo realizado pela Comissão Europeia (2010) verificou que 25% dos entrevistados conhecem uma mulher, dentro de seu círculo de amigos ou familiares, que foi vítima de violência conjugal, mais em concreto, 21% dos participantes referem conhecer um agressor no seu ciclo de amigos.

De acordo com a OMS, numa amostra de 48 países, 10 a 69% das mulheres tinham sido agredidas fisicamente pelo parceiro íntimo (Gracia, Herrero, & Lila, 2010)

Em 2013, as estatísticas nacionais revelaram que a violência conjugal constituiu o quarto crime mais participado às autoridades, totalizando 22928 participações, o que

corresponde um aumento de 3% comparativamente ao ano transato (SSI, 2014). No que alude à relação da vítima com o/a denunciado/a, 58% das vítimas mantinha-se numa relação conjugal com o/a denunciado/a, e 16% tinha uma relação de ex-cônjuge. Em concordância com os dados dos anos anteriores, a maioria das vítimas era do sexo feminino (81%) e os denunciados do sexo masculino (86%) (SSI, 2014).

Relativamente ao tipo de violência praticada na relação de ex-cônjuge, a violência psicológica dominou as participações (86%), seguida da violência física (57%), da violência social (16%), da violência económica (5%) e da sexual (2%). No que é referente à relação conjugal, a violência psicológica apresenta-se como mais prevalente (86%), seguida da violência física (75%), da violência social (11%), da violência económica (10%) e da sexual (2%) (SSI, 2014). Neste período em análise registaram-se 40 homicídios, dos quais 30 eram do sexo feminino e 10 do sexo masculino (SSI, 2014).

As estatísticas apresentadas pelas diversas investigações a nível nacional e internacional caracterizam a violência conjugal, que continua a ser emergente, apesar das mudanças ocorridas ao nível social e judicial nos últimos anos.

## **1.2 Definição e tipos de abuso conjugal**

A literatura tem utilizado diversos termos, consoante os autores e as metodologias, para se referir o fenómeno da violência conjugal como maus-tratos; violência doméstica; violência contra as mulheres.

No presente estudo adotamos a abordagem conceptual que correntemente tem sido mais reportada. Assim define-se a violência conjugal por um padrão de controlo coercivo, que envolve o exercício de poder e de domínio num relacionamento íntimo. A intenção do agressor é a de dominar o outro, de o fazer sentir-se subordinado, incompetente, sem valor e com medo. Não obstante à intenção do agressor de dominar o outro, a violência pode ser motivada pelo conflito e conseqüentemente, ser recíproca (Johnson, 2007). Estes comportamentos abusivos podem ocorrer em episódios situacionais ou crónicos, tendo repercussões negativas ao nível da saúde física e psicológica (Johnson, 2007; Walker, 1994; Walker, 2009). A co-ocorrência dos diferentes tipos de abuso tende a ser frequente, e pode abarcar o abuso físico, o abuso sexual/coerção sexual e o abuso psicológico perpetrados por um companheiro ou ex-companheiro sobre o outro (Chang, Cluss, Ranieri, Hawker, Buranosky, Dado, et al. 2005; World Health Organization, 2013).

Atendendo especificamente ao abuso psicológico, Maiuro (2001) considera envolver quatro dimensões primárias: causar danos nefastos ao autoconceito e autoestima do parceiro (e.g. gritar com a vítima, denegrir a sua imagem, humilha-la ou envergonhá-la e através da alienação e desvalorização dos sentimentos); estilo passivo-agressivo, restringir a(s) fonte(s) de apoio emocional da vítima (e.g. negligência e abandono emocional, condicionamento da sua nutrição); ameaças explícitas ou implícitas e, por fim, a redução do território pessoal e da liberdade da vítima (e.g. isolamento, *stalking*, limitação da autonomia, domínio da tomada de decisão e controlo económico) (opcit.)

O abuso físico define-se pelo uso intencional da força física com o objetivo de causar danos, ferimentos, lesão física ou até a morte (Saltzman, Fanslow, McMahon & Shelley, 2002). Esta tipologia de abuso pode incluir sequelas físicas ou não e, apesar de não se limitar aos seguintes atos, inclui: arranhar, empurrar, abanar, cortar, puxar o cabelo, asfixiar, morder, esbofetear, picar, queimar, uso de arma e a injunção de restrições físicas. O abuso físico também abarca o coagir outras pessoas a cometer qualquer um dos atos acima referidos (Saltzman, Fanslow, McMahon & Shelley, 2002).

O abuso sexual caracteriza-se por três categorias centrais: uso da força física para coagir a pessoa a um ato sexual contra a sua vontade, independentemente de ser o ato consumado ou não; de tentar ou concluir um ato sexual com uma pessoa que é incapaz de compreender a natureza ou condição do ato de forma a declinar a sua participação ou declarar a recusa, esta incapacidade pode ser devido a doença, deficiência ou efeito de álcool ou outras drogas ou, ainda, devido à intimidação ou pressão; e contacto sexual abusivo ou violação (Saltzman, Fanslow, McMahon & Shelley, 2002).

As vítimas expostas apenas ao abuso psicológico apresentam maior probabilidade de permanência na relação conjugal violenta quando comparadas com vítimas expostas, de forma concomitante, ao abuso psicológico e físico (Blasco-Ros, Sánchez-Lorente, & Martinez, 2010).

A permanência na relação conjugal violenta deve-se, entre diferentes fatores, ao ciclo da violência que passamos a explorar.

### **1.3 Ciclo da violência conjugal**

Leonore Walker (1979) expõe na sua teoria “O ciclo da violência”, que a relação conjugal abusiva advém de um conjunto de interações estabelecidas entre os parceiros como um sistema circular, no qual as dinâmicas da relação de casal se manifestam sistematicamente

e, passam por três fases distintas, sendo a primeira denominada por “acumulação da tensão”, a segunda por “fase de explosão ou episódio de violência” e a terceira chamada de fase de “reconciliação” ou “lua-de-mel”, onde todas as fases podem variar no tempo e na intensidade (Walker, 1979).

Segundo Walker (1979) a primeira fase identifica-se pela ocorrência de pequenos episódios onde se denota maior agressividade e maiores níveis de conflito, que se intensificam e tornam mais frequentes ao longo do tempo, o que proporciona um clima de grande ansiedade e hostilidade nas vítimas.

A fase da explosão ocorre com a libertação de tensão, hostilidade e ansiedade acumuladas, isto é, ocorre o ato abusivo. O episódio de violência tem a tendência de tornar-se mais intenso com consequências cada vez mais graves ao longo do tempo (Walker, 1979).

A fase de reconciliação corresponde à manifestação de arrependimento do agressor, que se torna delicado, atencioso e apaixonado numa tentativa de compensar a vítima pelo sucedido. Mostra-se determinado a mudar o comportamento e faz promessas de que o abuso não voltará a repetir-se. Não obstante, esta fase tende a desaparecer, dando início a uma nova acumulação de tensão e conseqüentemente, a um novo início do ciclo (Walker, 1979).

Esta dinâmica permite compreender o porque da vítima continuar no relacionamento com o agressor, uma vez que o abuso é alternado com fases de harmonia relacional. Segundo este modelo, a violência conjugal desenvolve-se através de ciclos sucessivamente repetidos, prevendo-se uma tendência para o aumento da gravidade dos atos abusivos, assim como da sua frequência e intensidade (Cochran, Sellers, Wiesbrock & Palacios, 2011).

#### **1.4 Causas e fatores de risco para a violência conjugal**

O modelo mais utilizado para compreender os mecanismos da violência é o modelo ecológico, que conjectura que a violência é o resultado de fatores que operam a quatro níveis: individual, de relacionamento, da comunidade e da sociedade (Heise & Garcia Moreno, 2002; Stith, 2000).

No que se refere aos fatores individuais, enumera-se os de risco para perpetrar violência conjugal, que se denotam como ser jovem adulto; baixo nível de educação; uso nocivo de álcool e drogas; ter sido vítima de abuso infantil; possuir antecedentes de violência conjugal (Heise & Garcia Moreno, 2002; Stith, 2000; WHO, 2010). A influência do gênero também está patente, sendo os homens, em geral, mais propensos a cometer abuso sexual e a perpetrar formas graves de abuso físico (Tanha, Beck, Figueredo & Raghavan, 2010). Os

agressores tendem a ser mais impulsivos, egocêntricos e com maior instabilidade afetiva (Ehrensaft, Cohen & Johnson, 2006), assim como denotam maiores níveis de alienação interpessoal, raiva, depressão, paranoia e relacionamentos instáveis (Chambers & Wilson, 2007). Por sua vez, Tweed e Dutton (1998) descobriram que os agressores apresentam elevados níveis de narcisismo, características antissociais, personalidade borderline, distímia e PPST.

Fatores consistentemente associados com o aumento da probabilidade de ser vítima de violência conjugal nas suas diferentes configurações, o baixo nível de educação; a exposição à violência interparental; o abuso sexual durante a infância; a aceitação da violência e exposição a outras formas de abuso prévio (Abramsky, Watts, Garcia-Moreno, Devries, Kiss, Ellsberg, et al. 2011; Heise & Garcia Moreno, 2002; WHO, 2010).

Focando agora o segundo nível, isto é, os fatores de relacionamento associados quer ao risco de vitimação quer ao de perpetração de violência conjugal, enumera-se o conflito ou insatisfação no relacionamento; o papel do género na família; problemas económicos e a existência de múltiplos parceiros (Heise & Garcia Moreno, 2002; WHO, 2010).

No que concerne aos fatores sociais e comunitários os autores supra citados enumeram as normas sociais de desigualdade de género; a pobreza; o baixo estatuto social e económico das mulheres; reduzidas sanções legais face à violência conjugal; reduzidas sanções ao nível da comunidade; ampla aceitação social da violência, ou seja, uma sociedade que aceita, ou que promove em alguns contextos a violência, torna mais fácil ao agressor insistir numa conduta violenta, assim com torna mais penoso para a vítima terminar com a relação abusiva (Gracia & Herrero, 2005; Stith et al. 2000).

Em síntese, os números apresentados pelas diversas investigações à escala nacional e internacional são o reflexo da dimensão da violência conjugal, que, conjuntamente com a compreensão da problemática quer ao nível das causas e fatores de risco, quer ao nível do ciclo da violência, despoleta a necessidade de estudar as repercussões que o abuso representa para as vítimas, tendo em consideração os aspetos biopsicossociais das mesmas.

## **Capítulo II – Perda de recursos e revitimização e Perturbação pós-stress traumático nas vítimas de violência conjugal**

### **2.1 Perturbação Pós-Stress Traumático**

A homeostasia física e mental do ser humano pode ser posta em causa por uma ameaça grave ao seu bem-estar físico ou psicológico, como é o caso das situações de abuso na

infância e na idade adulta. A resposta a estas situações é entendida como uma resposta de *stress*, em que muitas vezes são situações repentinas e inesperadas, nas quais o indivíduo não tem qualquer controlo, e pela sua gravidade são consideradas potencialmente traumáticas com implicações significativas no indivíduo ao nível biológico e com concomitantes psicológicas e sociais (APA, 2013; Kuhn, Blanchard & Hickling, 2003).

A forma como cada indivíduo vivencia a PPST é idiossincrática, embora exista uma linha similar na grande maioria dos casos, que é descrita pelos critérios do DSM como parte das perturbações classificadas como “trauma e perturbações relacionados com um *stressor*”, e traduzida pelos seguintes critérios (APA, 2013): O *critério A* diz respeito à exposição à morte ou à ameaça de morte, ferimentos graves, violência física e/ou sexual em que uma ou mais das seguintes condições estejam presentes: Exposição direta a eventos traumáticos; observação de um acontecimento traumático em terceiros; se o evento traumático ocorreu no seio familiar ou ciclo de amigos, este deve ter ocorrido de forma violenta ou acidental; exposição repetida ou extrema aos detalhes aversivos dos eventos traumáticos. O *critério B* alude à presença de um, ou mais, dos seguintes sintomas de intrusão associados ao evento traumático: Memórias recorrentes, involuntárias, angustiantes e intrusivas do evento traumático; sonhos aflitivos e recorrentes em que o conteúdo do sonho está relacionado ao evento traumático; reações dissociativas (e.g. *flashbacks*), no qual o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse a acontecer, as reações dissociativas podem ocorrer num continuum, sendo que a sua manifestação mais extrema pode conduzir a uma completa perda de consciência do presente; sofrimento psíquico intenso com a exposição prolongada a estímulos internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspeto do evento traumático; reatividade fisiológica quando exposto a indícios externos ou internos que simbolizam ou lembram algum aspeto do acontecimento traumático. Relativamente ao *critério C* diz respeito ao evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma, o que teve início após o trauma, como é evidenciado por um dos dois sintomas que se seguem: esforços no sentido de evitar recordações aflitivas, pensamentos ou sentimentos associados ao evento traumático; esforços no sentido de evitar avisos externos, como pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos e/ou situações que despertem memórias, pensamentos ou sentimentos angustiantes associados ao evento traumático. No que diz respeito ao *critério D* salienta-se as alterações negativas das cognições e do humor associados ao evento traumático, com início ou agravamento após a ocorrência do evento traumático, como é evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes sintomas: incapacidade para recordar um aspeto importante do evento traumático (normalmente devido a amnésia dissociativa e não a outros fatores, como

traumatismo craniano, álcool ou drogas); crenças negativas persistentes ou expectativas exageradas sobre si mesmo, sobre os outros ou sobre o mundo; cognições distorcidas sobre a causa ou as consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar-se a si mesmo ou aos outros; estado emocional marcado persistentemente por estados negativos como medo, horror, raiva, culpa ou vergonha; redução acentuada do interesse em participar em atividades significativas; sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros; incapacidade persistente de experimentar emoções positivas (e.g. incapacidade de sentir felicidade, de satisfação, manifestação de carinho). Referente ao *critério E* enumera-se as alterações na excitação e reatividade associados com o acontecimento traumático, que teve início ou agravou após o evento traumática, tal como é evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes sintomas: Comportamento irritável e explosões de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) normalmente expressa através de agressão verbal ou física contra pessoas ou objetos; comportamento imprudente ou autodestrutivo; hipervigilância; resposta de sobressalto exagerada; problemas de concentração; perturbações do sono. O *critério F* faz referência à duração dos sintomas B, C e D como superior a um mês. O *critério G* refere que a perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo do funcionamento social e profissional ou em áreas importantes da vida da pessoa. Referente ao *critério H* conclui-se que a perturbação não é melhor explicada pelos efeitos fisiológicos de uma substância ou por uma condição médica (APA, 2013).

Estima-se que nos EUA cerca de 8.7% da população preencha critérios de PPST até aos 75 anos de idade (APA, 2013). Segundo Norrholm e Jovanovic (2010), esta perturbação é considerada a quarta perturbação psiquiátrica mais comum, que afeta 18% das mulheres e 10% dos homens.

A nível nacional, Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003) realizaram um estudo epidemiológico a PPST na população adulta portuguesa, onde se verificou que a taxa de prevalência foi de 7.87% do total da amostra, o que extrapolado à população portuguesa com idades superiores a 18 anos resulta em 653945 casos. Cerca de 75.7% dos sujeitos vivenciaram pelo menos uma situação traumática e 43.5% experienciaram mais do que uma situação traumática. O mesmo estudo elaborou a caracterização das situações que causaram a PPST, assim como a análise da frequência relativa de cada uma. As situações que despoletarem a perturbação prendem-se com a violação (23.1%); o abuso sexual antes dos 18 anos (21.7%); morte violenta de familiar ou amigo (12.3%); combate/guerra (10.9%); ataque físico (9.3%) e ameaça com arma (5.5%).

Em suma, trata-se de uma perturbação que está presente na população adulta de países menos desenvolvidos e em países desenvolvidos, sendo que nestes últimos afeta em média uma em cada doze pessoas e a sua duração é, com frequência, prolongada (Albuquerque et al., 2003).

### **2.1.1 PPST e a violência conjugal**

As repercussões da violência conjugal são inúmeras, que podem ir desde consequências físicas às consequências mentais. À luz do que é referido por Dutton, Greene, Kaltman, Roesch, Zeffiro e Krause (2006), a violência perpetrada pelo parceiro íntimo detém um forte impacto na saúde mental das vítimas, o que inclui problemas de ansiedade, consumo de substâncias, depressão, PPST e ideação suicida. A literatura evidencia uma clara associação entre a violência conjugal e um aumento do risco de desenvolver sintomatologia de PPST (Babcock, JRoseman, Green & Ross, 2008; Messing, Flair, Cavanaugh, Kanga & Campbell, 2012, Pico-Alfonso, 2005).

Uma meta-análise de 11 estudos concluiu que 31% a 84% das vítimas de violência conjugal preencheram os critérios para PPST (Golding, 1999). Não obstante, é importante examinar a natureza da violência conjugal, as suas correlações e o curso da sintomatologia de PPST. É fulcral considerar a extensão da exposição ao trauma assim como as diferentes formas de vitimação (Norwood & Murphy, 2012). Um estudo elaborado por Norwood e Murphy (2012) revelou que o abuso sexual é preditor de PPST entre as vítimas de violência conjugal, todavia, o abuso psicológico e físico estão associadas à sintomatologia PPST. Pico-Alfonso (2005) verificou a influência dos diferentes tipos de violência como preditores de PPST, sendo que o abuso psicológico surge como o preditor significativo, seguido de abuso sexual e abuso físico.

De entre a sintomatologia de PPST as vítimas de violência conjugal apresentam, na sua generalidade, *stress* intenso despoletado pelas lembranças do abuso (55.9%), evitamento de pensamentos e de sentimentos (45.2%), acessos de cólera (40.5%) e isolamento (38.1%) (Cascardi, O'Leary & Schlee, 1999). Os sintomas de evitamento são justificados por Walker (1994) pelo facto de as vítimas não possuírem outra opção para além de reprimir as emoções de forma a evitar outro episódio abusivo.

Estas vítimas revivem o evento traumático, ou fragmentos dele, de uma forma espontânea ou aquando de um estímulo, por conseguinte, podem surgir *flashbacks* do abuso ou pesadelos. A confusão mental está patente muitas das vezes, podendo assemelhar-se à

desordem do pensamento, assim como alterações na atenção e concentração, onde por vezes estão patentes dificuldades em atentar ao ambiente físico e social que rodeia a vítima, podendo abranger o próprio *self*. O referido pode conduzir a estados dissociativos em que, num nível mais severo, a vítima observa uma inversão de papéis, passando de vítima a perpetrador (Cascardi, O'Leary & Schlee, 1999).

Além de ser uma consequência da violência entre parceiros, a PPST também pode ser um fator de risco para a revitimação dentro das relações conjugais (Foa, Cascardi, Zoellner & Feeny, 2000).

### **2.1.2 PPST e a perda de recursos**

A teoria da Conservação de Recursos (TCR) mostra-se uma teoria integrativa do *stress*, focando os processos ambientais, culturais e sociais, assim como os processos internos do indivíduo, sem descurar a ligação entre eles, isto é, apresenta uma perspetiva social do *stress*, já que integra o sujeito num contexto grupal dentro de um contexto social e cultural (Hobfoll, 1989, 2001).

A premissa que serve de base à TCR é a de que os indivíduos procuram obter, reter e proteger os seus recursos sociais, pessoais e energéticos, onde a perda efetiva ou potencial dos recursos existentes representa uma ameaça interna (Hobfoll, 1989). Com isto é possível afirmar que o *stress* psicológico ou o *distress* acontece quando as pessoas se deparam com a possibilidade de perda, que pode ser através da perda efetiva ou aquando da falha na obtenção de novos recursos (Hobfoll, 1989, 2001). Pelo outro lado, a obtenção de recursos e a sua acumulação conduzem ao *eustress* ou bem-estar psicológico.

Um dos conceitos chave desta abordagem é o de recursos, que é composto, segundo o autor, por três componentes: objetos; condições e características pessoais. Relativamente aos objetos nomeia-se como exemplo a habitação e automóvel; às condições refere-se o suporte social e emprego estável; alude-se às características pessoais através do autoconceito, sentido de autoeficácia e competências profissionais. Os recursos são valorizados não só por possuírem um valor objetivo, como também pelo valor subjetivo que representam na definição do *self* do indivíduo (Hobfoll, 1989, 2001).

Os princípios fundamentais decorrentes da TCR são o princípio da primazia da perda de recursos e pelo princípio do investimento. O primeiro princípio sugere que perante a mesma quantidade de ganhos e de perdas, estas últimas detêm um impacto significativamente superior no indivíduo, o que vai despoletar respostas fisiológicas, cognitivas, emocionais e

sociais, que se mostram na sua generalidade, disfuncionais (Hobfoll, 1989, 2001). Por sua vez, o princípio do investimento de recursos, preconiza que os indivíduos têm de investir recursos para fazer face à perda de recursos, ou a recuperar dessa perda de forma a obterem novos recursos (Hobfoll, 2001). Com isto, postula-se que as pessoas que possuem mais e melhores recursos apresentam menor vulnerabilidade para a perda dos mesmos e maior competência para a obtenção de novos. De forma inversa, estão os indivíduos com menos recursos que ostentam uma maior inclinação para a sua perda e menor competência para novas obtenções (Hobfoll, 1989, 2001).

A conjugação dos dois princípios supra referidos permite postular que nos indivíduos que possuem falta de recursos, não obstante a se encontrarem mais propensos à perda dos mesmos, as perdas iniciais levam a perdas futuras, o que se denomina por espiral de perda de recursos. Inversamente, os sujeitos que possuem mais recursos ostentam maior competência para a obtenção de outros recursos o que, conseqüentemente, conduz a um aumento na probabilidade de futuros ganhos, ao qual o autor nomeou de espiral de ganho de recursos. Contudo, importa salientar que o ciclo de perda de recursos detém maior impacto e é mais rápido comparativamente aos ciclos de ganho (Hobfoll, 1989, 2001).

A TCR postula que aqueles que evidenciam falta de recursos possuem maior probabilidade de enveredar por uma postura defensiva, no sentido de conservar os poucos recursos de que dispõem (Hobfoll, 2001). Esta abordagem demanda a hipótese de que esta perda e a perda de materiais desempenha um papel importante nas reações de *stress*, incluindo a sintomatologia PPST (Hobfoll & Lilly, 1993).

A exposição a eventos potencialmente traumáticos, como a violência conjugal, pode conduzir a uma ampla gama de dificuldades interpessoais (Marshall, Robinson & Azar, 2011). Acresce ainda a probabilidade de o abuso físico e sexual na infância ter repercussões ao nível da deterioração recorrente dos recursos interpessoais das vítimas (Johnson, Palmieri, Jackson & Hobfoll, 2007), assim como exacerbação da sintomatologia de PPST.

As vítimas de PPST podem esgotar-se nos seus próprios recursos, o que os torna insuficientes para lidar com eventos traumáticos (Hobfoll, 1991, 1998 cit in Schumm, Hobfoll & Keogh, 2004). Assim como é indicado nos critérios para o diagnóstico da perturbação (APA, 2013) os indivíduos que apresentam sintomatologia concordante com a PPST podem perder o interesse em participar em atividades significativas, e por conseguinte, isolar-se socialmente, enfraquecendo as redes sociais que os indivíduos carecem para integrar às experiências traumáticas. Esta estratégia de *coping* pode agravar a sintomatologia apresentada, o que forma uma espiral bidirecional entre a perda de recursos e a PPST em que

perda de recursos contribui para o desenvolvimento e manutenção da perturbação e pode impedir a sua recuperação (Hobfoll & Lilly, 1993).

Numa investigação realizada por Schumm, Hobfoll e Keogh (2004), verificou-se que estão patentes perdas ao nível dos grupos primários de apoio, sendo que 44% das mulheres vítimas de abuso tinham experimentado pelo menos alguma perda durante os três meses anteriores.

A severidade do abuso está significativamente relacionada com a perda de recursos, o que é mediador da gravidade dos sintomas de PPST (Johnson, Zlotnick & Perez, 2008). Recorrendo à TCR pode afirmar-se que existe uma espiral bidirecional entre perda de recursos e PPST em que o contributo dessa perda reflete-se na manutenção da sintomatologia apresentada, inversamente, a manutenção e a obtenção de recursos mostra-se um fator protetor face à PPST (Johnson, Zlotnick, 2012).

Pode-se assim concluir que as vítimas de violência entre parceiros íntimos possuem uma maior perda de recursos, nomeadamente, perda de condições, de emprego, de materiais, de recursos de energia e de recursos/características pessoais, em que a perda é tida como um fator acumulativo no *stress* experienciado pelas vítimas.

### **2.1.3 PPST e revitimização após abuso infantil**

O abuso infantil é um problema à escala global e têm um forte impacto na saúde física e mental das vítimas, assim como no bem-estar e desenvolvimento de toda a sua vida. É considerado um problema de saúde pública de grande extensão, o que não se circunda unicamente às causas em si, prende-se também com as consequências que delas emergem (Butchart, Harvey, Mian, & Kahane 2006).

O abuso infantil é um tipo de maltrato definido por qualquer via de violência, prejuízo, abuso mental ou físico praticado de forma não accidental e inadequada pelos prestadores de cuidados, ou então por qualquer omissão dos cuidados básicos que põem em risco o desenvolvimento físico, social e emocional que seria de esperar para a idade da criança, ou ainda, que coloque a vida da criança em risco (Butchart, Harvey, Mian, & Kahane 2006). Estas condutas abarcam um conjunto atos violentos contra a criança que se podem manifestar pela omissão, como a negligência; ou acção, como é o caso do mau trato físico, do abuso psicológico e do abuso sexual (Burady, 1998).

O abuso físico e sexual na infância possuem repercussões negativas ao nível psicossocial que se estendem para a idade adulta (Krause, Kaltman, Goodman & Dutton,

2006; Schumm, Hobfoll & Keogh, 2004) em que existe maior vulnerabilidade de serem vítimas de violência conjugal (Pico-Alfonso, 2005; Yoshihama & Horrocks, 2010). Por sua vez, a revitimização tem um efeito negativo na saúde mental, com a exacerbação dos níveis de ansiedade, desamparo e desconfiança (Krause, Kaltman, Goodman & Dutton, 2008).

Além da perda dos recursos (Nishith, Mechanic & Resick, 2000), os indivíduos que foram abusados durante a sua infância detêm um elevado risco de desenvolver PPST na idade adulta (Becker, Stuewig & pMcCloskey, 2010, Krause, Kaltman, Goodman & Dutton, 2006; Messing, Flair, Cavanaugh, Kanga & Campbell, 2012). A revitimização entre as vítimas pode, por sua vez, exacerbar a sintomatologia da PPST (Krause, Kaltman, Goodman & Dutton, 2008). Num estudo elaborado por Nishith, Mechanic e Resick (2000) foi possível concluir que nos indivíduos que foram abusados durante a infância, o abuso na idade adulta mediou a sintomatologia de PPST.

Um estudo realizado por Krause, Kaltman, Goodman e Dutton (2006) revelou que aos sintomas de evitamento presentes na PPST aumenta o risco de revitimização, dado que leva a um aumento da probabilidade de estabelecer um relacionamento íntimo abusivo. Os sintomas relacionados com a hipervigilância e a dissociação podem impedir o reconhecimento de perigo ou de diferenciação entre sinais de perigo menor e grave, o que aumenta a possibilidade de revitimização (Risser, Hetzel-Riggin, Thomsen & McCanne, 2006).

Gómez (2011) efetuou um estudo com 4191 participantes, com o objetivo de analisar o impacto do abuso infantil e da violência no namoro sobre a probabilidade de vitimação e perpetração de violência conjugal na idade adulta. Assim sendo, os participantes que foram vítimas de abuso infantil apresentaram maior probabilidade de ser vítima ou perpetrador de violência conjugal na idade adulta comparativamente à restante amostra. Por conseguinte, 12% dos participantes relataram ter sido vítimas de abuso infantil, 18.9% são perpetradores de violência conjugal e 17.9% das vítimas revelam ter sido abusadas durante a infância. As vítimas de abuso infantil têm 97% de probabilidade de começar uma relação conjugal violenta em comparação com aqueles que não foram abusados. A violência grave no namoro está associada a um aumento de 82% na probabilidade de violência, enquanto a violência menos grave aumenta a probabilidade para 60%.

Os mesmos autores verificaram que existem diferenças significativas quanto ao gênero, sendo as mulheres mais propensas a ser vítimas. Assim sendo estratificaram a amostra por gêneros, sendo que os homens que foram vítimas de abuso infantil têm 66% de probabilidade de serem revitimizados na relação conjugal. No que diz respeito às melhores, Gómez (2011), conclui que o abuso infantil é altamente significativo, sendo que se verifica

um aumento de 210% na probabilidade de revitimização em comparação com as mulheres que não foram abusadas.

Messing, Flair, Cavanaugh, Kanga & Campbell (2012) realizaram um estudo com uma amostra de 1150 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 71 anos. Esta investigação teve como objetivo verificar se a PPST mediou as relações entre as diferentes formas de abuso infantil e a violência conjugal. A prevalência de mulheres que foram vítimas de abuso físico na infância é de 18.1% (n=208), 17.3% (n=199) de abuso sexual e 10.4% (n=120) foram expostas à violência interpaparental. Por conseguinte, 23.4% (n=269) relataram ser vítimas de violência conjugal na vertente psicológica, 19.4% (n=223) física e 8.3% (n=96) afirmaram ter sido vítimas de abuso sexual. Do total da amostra, 6.1% das participantes evidenciam uma triagem positiva para a PPST, em que a perturbação foi significativamente associada ao abuso infantil e à violência conjugal, em que as correlações são significativas, apesar de não serem fortes. Com isto, conclui-se que a PPST foi parcialmente mediada pelas relações entre abuso sexual na infância e violência psicológica e sexual nas relações conjugais.

A gravidade e o impacto psicossocial do abuso infantil e da violência conjugal, fundamentam a necessidade de desenvolvimento de estudos que investiguem as correlações e repercussões consequentes.



## **CAPÍTULO III – METODOLOGIA**

### **3.1 Objetivos de Estudo**

Este estudo tem como objetivo geral avaliar se há diferenças entre o grupo de mulheres vítimas de violência conjugal com e sem sintomatologia de PPS ao nível da perda de recursos, do abuso infantil e dos tipos de tipos de abuso conjugal. Pretende-se ainda avaliar em que medida é que o abuso infantil, a perda de recursos e dos diferentes tipos de abuso se associam com a sintomatologia de PPST.

### **3.2 Design**

O presente estudo é quantitativo e o seu desenho é observacional-analítico de delineamento transversal, visto que se pretende a partir de uma amostra de mulheres vítimas de violência conjugal, obter resultados através da análise das relações estatísticas das variáveis em estudo, que serão avaliadas num único momento.

Este estudo é ainda epidemiológico-correlacional, pois tem como objetivo verificar se as variáveis se relacionam com o tipo de abuso e a sintomatologia de PPST.

### **3.3 Variáveis Estudadas**

- 1) Variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, origem étnica, nível de escolaridade, a situação profissional, número de filhos, coabitação com o parceiro, relação com o agressor; coabitação com o parceiro, cronicidade do abuso.
- 2) Variáveis clínicas: PPST.
- 3) Variáveis não clínicas: Violência conjugal; abuso infantil; perda de recursos.

### **3.4 Hipóteses**

**Hipótese 1:** Espera-se encontrar diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com sintomatologia de PPST e as mulheres sem sintomatologia de PPST ao nível do abuso infantil, da perda de recursos e da tipologia do abuso.

**Hipótese 2:** Espera-se encontrar:

- a) Uma relação positiva significativa entre o abuso infantil e a violência conjugal;
- b) Uma relação positiva significativa entre a perda de recursos e a violência conjugal;
- c) Uma relação positiva significativa entre a sintomatologia significativa de PPST e a severidade da violência conjugal;
- d) Uma relação positiva significativa entre a sintomatologia significativa de PPST e a cronicidade da violência conjugal.

### **3.5 Seleção e recolha da amostra**

A amostra do presente estudo é constituída por 65 mulheres que foram vítimas de violência conjugal, acompanhados no gabinete de Braga da APAV, que aceitaram participar na investigação de forma voluntária e deliberada. Este tipo de amostragem define-se como não probabilística, dado que a probabilidade de qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida (Ribeiro, 2008). Justifica-se este processo de amostragem pelo facto de esta ser composta por indivíduos que atendem a determinados critérios de inclusão, nomeadamente, pessoa do sexo feminino com mais de 18 anos que tenha sido vítima de qualquer uma das tipologias da violência conjugal que esteja em acompanhamento no gabinete de Braga da APAV.

Para proceder ao início da recolha de dados, foi submetido um pedido de autorização por escrito para aplicação do pacote de instrumentos “Consequências da Violência Conjugal: Repercussão ao nível da Saúde Física e Mental” à direção-geral da APAV (cf. Anexo I). Após o deferimento da proposta de investigação, foi marcada uma reunião com a diretora de gabinete da APAV de Braga, onde se procedeu à apresentação do projeto de investigação.

Prosseguiu-se à recolha dos dados, que decorreu entre Janeiro e Novembro 2014, em que a cada vítima de violência conjugal que se dirigisse à APAV foi solicitada a colaboração no estudo, sendo-lhe explicado o âmbito em que se realiza, quais os seus objetivos, assim como foi feita a ressalva que a participação é voluntária e gratuita e que é garantida a confidencialidade dos dados pessoais fornecidos ao investigador, tal como foi dada a possibilidade de abandonar a participação a qualquer momento, sem qualquer malefício para o participante (cf. Anexo II).

Em caso afirmativo, segue-se a entrega do consentimento informado onde estão redigidos os pontos acima referenciados. À *posteriori*, foram aplicados os instrumentos de

avaliação: Questionário Sociodemográfico; Questionário da Conservação de Recursos; Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PPST; Escalas de Táticas de Conflito Revisadas; Questionário de Trauma Infantil.

A aplicação dos diversos instrumentos ocorreu nas instalações do gabinete de Braga da APAV. Sempre que possível, os instrumentos foram preenchidos pelas participantes, caso não fosse exequível, o investigador explicava cada um dos instrumentos e a lia as questões, registando as respostas dadas pelas participantes.

Durante todo o processo o investigador teve em atenção todos os procedimentos éticos a que está obrigado. Durante a aplicação dos instrumentos, todas as informações pessoais reveladas ficaram em sigilo, garantindo assim a confidencialidade dos dados e a privacidade das participantes. Foi, em simultâneo, dever do investigador promover o bem-estar dos participantes, de modo a que estes não se sentissem desconfortáveis por participar na investigação.

### **3.6 Apresentação dos Instrumentos de Avaliação**

E concordância com as variáveis em estudo, foram utilizados cinco instrumentos (Anexo III): o questionário sociodemográfico elaborado para o efeito; o Questionário de Conservação de Recursos (COR-E) (Hobfoll, 1989); a Escala de Auto Relato de Sintomatologia de PTSD (PSS-R) (Foa, Riggs, Dancu & Rothbarum, 1983); as Escalas Táticas de Conflitos Revisadas (CTS2) (Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996) e o Questionário de Trauma Infantil (CTQ) (Bernstein, Fink, Handelsman, Foote, Lovejoy, Wenzel, Sapareto & Ruggiero, 1994).

#### **3.6.1 Questionário Sociodemográfico**

O Questionário sociodemográfico foi desenvolvido com o objetivo de recolher dados sociodemográficos e outras variáveis consideradas pertinentes para a caracterização da amostra. O questionário reúne a seguinte informação: idade, sexo, estado civil, origem étnica, nível de escolaridade, a situação profissional, número de filhos, coabitação com o parceiro, relação com o agressor e tempo de vitimação.

O questionário é constituído por 11 itens de formato misto, com questões abertas e de escolha múltipla.

### **3.6.2 Questionário da Conservação de Recursos (*Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire - COR-E*) Traduzido e adaptado à população portuguesa por McIntyre & Veiga Costa (2002)**

O COR-E é um instrumento de avaliação concebido a partir da Teoria de Conservação de Recursos, discursa-se de um modelo explicativo do *stress* (Hobfoll, 1989). A finalidade deste instrumento é medir o grau em que as mulheres que experienciam condições *stressantes* apresentam perda de condições (eg. educação, emprego) de materiais (eg. transporte, casa), de recursos de energia (eg. dinheiro), e de recursos pessoais.

O COR-E é uma escala autoadministrada com 74 itens. As respostas são dadas numa escala de Likert, pontuada de 1 a 7, onde inclui a perda e ganhos de recursos em vários momentos: perda recente que tenham vivido nas últimas semanas (1=pouca perda, 7=muita perda); perdas que experienciaram no decorrer do último ano; ganhos que obtiveram recentemente (1=pouco ganho, 7=muito ganho); e ganhos que experienciaram durante o último ano.

Referente e à fidelidade o teste reteste, a versão original apresenta valores de perda ou ganho que variam entre  $\alpha = .55$  e  $\alpha = .64$  quanto às perdas e ganhos recentes e valores de  $\alpha = .64$  e  $\alpha = .67$  para a perda e ganho no último ano (Hobfoll & Lilly, 1993)

O instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por McIntyre e Costa em 2002. Os itens do questionário foram agrupados em 5 subescalas, nomeadamente, *stress* social, *stress* saúde, *stress* tempo, *stress* financeiro e *stress* de condições domésticas.

#### **Características psicométricas da Versão Original:**

Na versão original do questionário, em termos de fidelidade, coeficientes de consistência interna do instrumento oscilam entre os  $\alpha = .55$  e os  $\alpha = .64$ , para as medidas de perda de recursos e ganhos recentes e entre  $\alpha = .64$  aos  $\alpha = .67$  para as medidas de perda e ganho durante o último ano (Hobfoll & Lilly, 1993). O que sugere que o instrumento possui índices de consistência interna aceitáveis.

#### **Características psicométricas da Versão Adaptada à população Portuguesa:**

No que diz respeito à fidelidade, o instrumento adaptado à população portuguesa obteve um coeficiente de consistência interna global de  $\alpha = .90$  para os 40 itens totais (Costa, 2006).

### **Características Psicométricas no presente estudo:**

No presente estudo o alfa de *Cronbach* foi de  $\alpha = .93$ . Os coeficientes encontrados nesta amostra para as cinco subescalas foram os seguintes:  $\alpha = .77$  para o *stress* social,  $\alpha = .74$  para o *stress* no tempo,  $\alpha = .49$  para o *stress* na saúde,  $.80$  para o *stress* nas condições domésticas,  $\alpha = .92$  para o *stress* financeiro e, por último,  $\alpha = .93$  para o *stress* no trabalho.

Ao nível das correlações obtidas entre as diferentes subescalas verifica-se que estas possuem coeficientes de correlação razoáveis que variam entre  $\alpha = -.17$  e  $\alpha = .78$ .

Os resultados das características psicométricas revelam que o instrumento possui bons índices de consistência interna na amostra em estudo.

### **3.6.3 Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD (PTSD**

**Symptom Scale: self-reported - PSS-SR)** Traduzido e adaptado à população portuguesa por McIntyre & Veiga Costa (2002)

O *PSS-SR* foi desenvolvido por Foa, Riggs, Dancu e Rothbaum (1983) citado em Costa (2006), para avaliar a presença e a severidade da sintomatologia de Perturbação Pós-*Stress* Traumático nos indivíduos que possuem história de trauma.

A escala contém 17 itens que diagnosticam a PPST de acordo com os critérios do DSM e avaliam a severidade da sintomatologia apresentada. A presença de PPST nas últimas duas semanas é categorizada numa escala de 4 pontos: 0 = “nada”, 1 = “um pouco”, 2 = “moderadamente”, e 3 = “muito”. O score total de severidade é calculado através da soma das classificações de severidade para os 17 itens. Os itens da escala foram agrupados pelos autores de acordo com dimensões da sintomatologia de PPST: reviver (5 itens), evitamento (7 itens) e ativação (5 itens). O diagnóstico de PPST é cumprido quando se encontram presentes pelo menos um sintoma de reviver, três de evitamento e dois de ativação. Um sintoma é classificado como presente se o item correspondente ao sintoma for cotado como 1 ou mais na escala que pode ir até 4 pontos.

O *PSS-SR* foi traduzido e adaptado à população Portuguesa por Costa e McIntyre em 2002.

### **Características psicométricas da Versão Original:**

A fidelidade do instrumento foi medida através do alfa de *Cronbach* com vítimas de abuso nas últimas duas semanas, que obteve o valor de  $\alpha = .91$ . Quanto à fidelidade do abuso durante um mês o valor foi de  $\alpha = .74$ . A subescala reviver obteve uma fidelidade teste-reteste

de  $\alpha = .66$ , o evitamento de  $\alpha = .56$ , e a de ativação  $\alpha = .71$  (Costa & McIntyre, 2002). O que incute que o instrumento possui bons índices de consistência interna.

#### **Características Psicométricas no presente estudo:**

O alfa de *Cronbach* para a escala total foi de  $\alpha = .90$ . A média da correlação dos itens com o total da escala foi de  $\alpha = .90$ , variando entre  $\alpha = .26$  e  $\alpha = .74$ . Os coeficientes alfa de *Cronbach* para a subescala reviver foi de  $\alpha = .93$ , para a subescala de evitamento de  $\alpha = .74$  e para subescala de ativação o alfa foi  $.76$ . Assim, esta versão da escala apresenta bons índices de consistência interna na amostra em estudo.

#### **3.6.4 Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2) Traduzidas e adaptadas para a população portuguesa por Paiva e Figueiredo (2002)**

As CTS2 foram desenvolvidas por Straus, Hamby, Boney-McCoy e Sugarman (1996), com o objetivo de determinar a prevalência de abuso físico e psicológico entre parceiros. Estas escalas permitem alcançar dados referentes aos dois elementos da díade, o que permite determinar as táticas de resolução de conflitos usadas por cada indivíduo, apesar de um deles não ser diretamente avaliado.

As CTS2 são compostas por 5 fatores, sendo eles a negociação, a agressão psicológica, o abuso físico sem sequelas, a coerção sexual e o abuso físico com sequelas. Sendo formadas por 39 itens agrupados em pares de perguntas destinados ao participante e ao companheiro, concluindo um total de 78 questões.

As escalas em análise registam o número de ocorrências durante o último ano por parte do indivíduo e pelo companheiro, abarcando oito categorias de resposta, as primeiras seis destinadas a determinar a prevalência e cronicidade no último ano: 1 - uma vez no ano anterior, 2 - duas vezes no ano anterior, 3- 3-5 vezes no ano anterior, 4- 6-10 vezes no ano anterior, 5- 11-20 vezes no ano anterior, 6- mais de 20 vezes no ano anterior, e as excedentes categorias são aplicadas de forma a determinar a prevalência global: 7- não no ano anterior mas ocorreu anteriormente e a inexistência deste tipo de abuso 8- nunca aconteceu (Alexandra & Figueiredo, 2006).

De forma a cotar as escalas táticas de resolução de conflitos deve ter-se em atenção a cronicidade, o que se obtém através da transformação do valor da escala original no ponto médio de cada categoria e, posteriormente, soma-se os pontos médios dos itens: “1 vez”, teria o valor 1, “2 vezes”, teria o valor 2, “3 a 5 vezes”, teria o valor 4, “6 a 10 vezes”, teria o valor

8, “11 a 20 vezes”, teria o valor 15, “mais de 20 vezes”, teria o valor 25. Para a determinação da cronicidade no ano anterior são considerados *missing* as categorias de respostas 7 e 8 (Alexandra & Figueiredo, 2006).

A frequência anual é determinada pela soma dos pontos médios de cada item, conforme o acima pormenorizado, e posterior dicotomização 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 a prevalência no ano anterior (Alexandra & Figueiredo, 2006).

Para determinar a prevalência global, a todas as categorias de resposta de 1 a 7 atribui-se o valor 1 (ocorreu em alguma altura), e à categoria 8 o valor 0 (nunca ocorreu) (Alexandra & Figueiredo, 2006).

As escalas Táticas de Conflito Revisadas foram adaptadas à população Portuguesa de Paiva e Figueiredo (2002).

#### **Características psicométricas da Versão Original:**

No que consiste na fidelidade, no estudo original de Straus et al. (1996), as escalas apresentam uma boa consistência interna, sendo o alfa de *Cronbach* para a negociação de  $\alpha = .86$ , na agressão psicológica de  $\alpha = .79$ , para o abuso físico sem sequelas é de  $\alpha = .86$ , para a coerção sexual é de  $\alpha = .87$  e no abuso físico com sequelas é de  $\alpha = .95$ . Estes resultados indicam que o instrumento possui bons índices de consistência interna.

#### **Características psicométricas da Versão Adaptada à população Portuguesa:**

No estudo de adaptação à população portuguesa, o valor do alfa de *Cronbach* referente à consistência interna da escala total para a perpetração é de ( $\alpha = .79$ ) e para a vitimização de .80. De forma concreta, no que alude à perpetração, a escala de abuso físico sem sequelas apresenta  $\alpha = .78$ , as escalas de negociação  $\alpha = .73$ , agressão psicológica  $\alpha = .68$ , coerção sexual  $\alpha = .56$  e o abuso físico com sequelas  $\alpha = .50$ . No consiste à vitimação, a escala de abuso físico apresenta um alfa de *Cronbach* de .74, as escalas de negociação ( $\alpha = .71$ ), a agressão psicológica ( $\alpha = .64$ ), a coerção sexual ( $\alpha = .51$ ) e o abuso físico com sequelas ( $\alpha = .47$ ) (Alexandra & Figueiredo, 2006)

### **Características Psicométricas no presente estudo:**

O valor do *alpha* de *Cronbach* referente à consistência interna do total das Escalas Táticas De Conflito Revisadas (CTS2) é de  $\alpha = .87$ . Para a perpetração é  $\alpha = .95$  e para a vitimação  $\alpha = .77$ .

No que se refere à perpetração, a escala de negociação apresenta valores de *alpha* de *Cronbach* de ( $\alpha = .67$ ), seguida das escalas de agressão psicológica ( $\alpha = .75$ ), abuso físico sem sequelas ( $\alpha = .85$ ), abuso físico com sequelas ( $\alpha = .88$ ) e, por último, coerção sexual ( $\alpha = .95$ )

No que se refere à vitimação, a escala de negociação apresenta valores de *alpha* de *Cronbach* de ( $\alpha = .81$ ), seguida das escalas de agressão psicológica ( $\alpha = .71$ ), abuso físico sem sequelas ( $\alpha = .74$ ), abuso físico com sequelas ( $\alpha = .72$ ) e, por último, coerção sexual ( $\alpha = .85$ )

### **3.6.5 Questionário de Trauma Infantil (Childhood Trauma**

**Questionnaire - CTQ)** Traduzido e adaptado à população Portuguesa por Costa e McIntyre (2002)

O CTQ foi desenvolvido por Bernstein, Fink, Handelsman, Foote, Lovejoy, Wenzel, Sapareto, e Ruggiero (1994) e é um instrumento que investiga a presença de história de abuso e negligência infantil em adolescentes e adultos.

Este questionário é constituído pelas seguintes componentes traumáticas: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física, negligência emocional e disfunção familiar.

No CTQ original as respostas são categorizadas numa escala de Likert de 5 pontos de acordo com a frequência com que os acontecimentos ocorreram, onde 0= “nunca verdadeiro” e o 4=“muitas vezes verdadeiro”, alcançando-se a pontuação global através da soma direta dos itens.

O Childhood Trauma Questionnaire foi traduzido e adaptado à população Portuguesa por Costa e McIntyre (2002). A versão portuguesa é constituída por 14 itens da escala original adaptada por Hobfoll e col. (2002, cit in Costa, 2006). Os itens são respondidos numa escala de 5 pontos, onde 0 = “nunca verdadeiro” e 4 = “muitas vezes verdadeiro” e avaliam o abuso físico e emocional (5 itens) e o abuso sexual (9 itens).

### **Características psicométricas da Versão Original:**

Referente à fidelidade, o alfa de *Cronbach* revela elevados níveis de consistência interna, variando entre  $\alpha = .79$  para o fator negligência física, e  $\alpha = .94$  para o fator abuso físico e emocional  $\alpha = .92$  para o abuso sexual e  $\alpha = .91$  para a negligência emocional, assumindo o valor de  $\alpha = .95$  na escala total (Bernstein et al., 1994).

O CTQ original apresentou bons níveis de fidelidade no teste-reteste num intervalo de 2 a 6 meses, tanto nos fatores individuais ( $r = .80$ ), como na escala total ( $r = .88$ ). As intercorrelações entre os fatores do CTQ variaram entre  $\alpha = .25$  e  $\alpha = .58$ , com uma média de  $\alpha = .47$  (Bernstein et al., 1994).

### **Características psicométricas da Versão Adaptada à população Portuguesa:**

A decomposição das correlações dos itens do CTQ - o abuso físico e emocional com o total da escala, permite dizer que os itens ostentavam correlações acima de  $\alpha = .47$ , oscilando entre  $\alpha = .47$  e  $\alpha = .58$ . Nas correlações do CTQ - abuso sexual com o total da escala, os valores obtidos situam-se acima dos  $\alpha = .24$ , oscilando entre  $\alpha = .24$  e  $\alpha = .63$ . O coeficiente de fidelidade para a subescala CTQ – abuso físico/ emocional é de  $\alpha = .74$  e para a subescala CTQ – abuso sexual é de  $\alpha = .72$ , o que revela uma adequada consistência interna (Costa, 2006).

### **Características Psicométricas no presente estudo:**

Relativamente às qualidades psicométricas do Questionário de Trauma Infantil na amostra em estudo verificou-se um nível de consistência interna de  $\alpha = .84$ . Relativamente à fidelidade, o alfa de *Cronbach* para os dois fatores demonstram elevados níveis de consistência interna: para o abuso físico e emocional  $\alpha = .83$  e  $\alpha = .79$  para o abuso sexual.

## **3.7 Procedimentos de Análise de Dados**

A primeira etapa de investigação compreendeu o pedido de autorização para aplicação do pacote de instrumentos “Consequências da Violência Conjugal: Repercussão ao nível da Saúde Física e Mental” à direção-geral da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Após a aprovação para a realização da investigação, procedeu-se ao consentimento informado das participantes no estudo.

A aplicação da bateria de instrumentos foi de forma individual e cingiu-se apenas às mulheres vítimas de violência conjugal que cederam de forma deliberada a autorização para a

participação, seguindo-se o esclarecimento das normas gerais de aplicação dos instrumentos. O tempo de aplicação oscilou entre 40 e 60 minutos. No término de cada aplicação agradeceu-se a participação voluntária no presente estudo.

Seguidamente deu-se início à construção da base de dados com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics 2.0*®. Este programa foi utilizado de igual modo para a análise descritiva dos dados e para os testes das hipóteses. Este estudo é de natureza exploratória e tem como objetivo confirmar o paradigma teórico subjacente à operacionalização da revitimação, perda de recursos e sintomatologia de PPST nas vítimas de violência conjugal.

Para além do exposto, pretende-se de igual modo, fazer análises exploratórias de forma a analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas, variáveis dependentes e variável independente.

Referente às estatísticas descritivas, foi realizada uma análise univariada das variáveis, estabelecendo-se a determinação das frequências e das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis na amostra. Posteriormente, realizou-se uma análise bivariada, de forma a verificar se as variáveis dependentes seriam afetadas significativamente pelas variáveis independentes. Para testar as nossas hipóteses, atendeu-se ao teorema do limite central, segundo o qual “à medida que a dimensão da amostra aumenta, a distribuição da média amostral tende para a distribuição normal” (Barnes, 1994 cit. in Maroco, 2010, p. 54). Desta forma, considera-se que amostras superiores a 30 participantes tendem para a normalidade, independentemente da sua distribuição (Maroco, 2010). Para a comparação dos grupos da amostra com dimensões inferiores a 30 sujeitos, avaliaram-se os pressupostos para a realização dos testes paramétricos, nomeadamente a normalidade das distribuições e a homogeneidade de variâncias dos grupos em estudo.

Primeiramente, procedeu-se ao estudo da existência ou não dos requisitos para a aplicação da estatística paramétrica, ou seja, verificar se as variáveis dependentes são de natureza intervalar, se seguem ou não uma distribuição normal. Para tal, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors, bem como o teste de Shapiro-Wilks para amostras inferiores a 30. Relativamente à homogeneidade das variâncias, esta foi avaliada através do teste de Levene.

A consistência interna foi avaliada através do alfa de *Cronbach*.

De referir ainda que, neste estudo, o nível de significância estatístico adotado foi de 5% ( $p > .05$ ). Deste modo, consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo *p-value* do teste foi igual ou inferior a .05.

O presente estudo segue uma distribuição não-normal, recorrendo-se, por isso, à estatística não-paramétrica para o teste de hipóteses. No teste de hipóteses para verificar se existem diferenças significativas entre as participantes com sintomatologia de PPST e sem sintomatologia de PPST relativamente ao trauma infantil, perda de recursos e os diferentes tipos de abuso utilizou-se o do teste *U* de *Mann-Whitney*. Por sua vez, utilizou-se o teste Coeficiente de Correlação de *Spearman's Rho* para estudar a relação entre o abuso infantil, a perda de recursos e a violência conjugal; e a relação entre severidade e cronicidade da violência conjugal com a PPST.

## **CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

### **4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra**

A amostra total do presente estudo é constituída por 65 mulheres que recorreram ao gabinete de Braga da APAV por terem sofrido algum tipo de violência conjugal. Todas as participantes são do sexo feminino 65 (100%), com idades compreendidas entre os 23 e os 69 anos ( $M= 42, \pm 10.22$ ). De acordo com a teoria da amostragem, a amostra pode definir-se como objetiva, de natureza não probabilística (Ribeiro, 2008).

A tabela 1 apresenta a caracterização sóciodemográfica da amostra. No que concerne à escolaridade, a maioria das participantes tem escolaridade inferior a 9 anos, dos quais 15 (23.1%) possuem o 4º ano de escolaridade, 7 (10.8%) têm o 6º ano de escolaridade. 18 das mulheres têm o 3.º Ciclo do Ensino Básico (27.7%), de igual forma, 15 (23.1%) possuem o ensino secundário. Por fim, o ensino superior encontra-se representado por 10 mulheres (15.4%).

Relativamente ao estado civil, 34 (52.3%) participantes são casadas, 11 (16.9%) são solteiras, 10 (15.4%) são divorciadas, 9 (13.8%) encontram-se em união de facto e 1 (1.5%) encontra-se separada. Referente ao número de filhos, 13 mulheres (20%) não tem filhos, 24 (36.4%) referem ter um filho, sendo que 17 têm dois (26.2%), 7 (10.8%) mencionam três filhos, ao passo que duas mulheres (3.1%) têm 4 filhos, em igual número estão as mulheres com 5 filhos ( $n=2; 3.1\%$ ).

No que concerne à situação profissional, 38 participantes encontram-se inseridos no mercado de trabalho (58.5%), porém 23 estão em situação de desemprego (35.4%) e, de forma diminuto, 3 mulheres estão na reforma (4.6%). Quanto à etnia, apenas uma das participantes é hispânica (1.5%) e as restantes (98.5%) caucasianas (cf. Tabela 1).

No que consiste à relação atual com o agressor, as participantes estão na sua maioria

casadas (n=36; 55.4%). 10.8% da amostra tem apenas uma relação de companheiro (n=7), de forma similar, está a relação de namorado (n=7; 10.8%). Em menor escala encontram-se as relações terminadas, onde 5 mulheres estão na condição de ex-cônjuge (7.7%) e o mesmo número estão divorciadas, 3 na condição de ex-namorado (4.6%) e, em término, 2 mulheres na condição de ex-companheiro (3.1%). Do total da amostra, 34 mulheres residem com o agressor (53.3%) e 31 mulheres não coabita, aquando da investigação, com o agressor (47.7%) (cf. Tabela 2).

Por fim, alude-se à perpetração dos atos de violência, tendo as participantes alegado que todos os atos de violência foram iniciados pelo parceiro (n=65; 100%), com uma compreendida entre o mínimo de uma semana e o máximo de 42 anos, em que o mais frequente um mês (n=8; 12.3%), em média a duração é 12 anos (desvio padrão de  $\pm 11.36$  anos) (cf. Tabela 2).

Tabela 1

Caraterísticas Sociodemográficas da amostra (n=65)

	n	%	M ( $\pm$ DP)	Mínimo	Máximo
Género					
Feminino	65	100%			
Idade	65	100%	42 ( $\pm 10.22$ )	23	69
Estado civil					
Casado	34	52.3%			
Solteiro	11	16.9%			
Divorciado	10	15.4%			
União de facto	9	13.8%			
Separada	1	1.5%			
Número de filhos					
0	13	20%			
1	24	36.4%			
2	17	26.2%			
3	7	10.8%			
4	2	3.1%			
5	2	3.1%			

Tabela 1 (continuação)

Caraterísticas Sociodemográficas da amostra (n=65)

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%
Situação profissional		
Empregado	38	58.5%
Desempregado	23	35.4%
Reformado	3	4.6%
Etnia		
Caucasiana	64	98.5%
Hispânica	1	1.5%

Tabela 2

Caraterísticas do relacionamento da amostra (n=65)

	n	%	M ( $\pm$ DP)	Mínimo	Máximo
Relação com o agressor					
Casada	36	55.4%			
Companheiro	7	10.8%			
Namorado	7	10.8%			
Divorciada	5	7.7%			
Ex-cônjuge	5	7.7%			
Ex-namorado	3	4.6%			
Ex-companheiro	2	3.1%			
Coabitação com o agressor					
Sim	34	52.3%			
Não	31	47.7%			
Quem agrediu primeiro					
Parceiro	65	100%			
Próprio	0	0			
Tempo médio de vitimação (Anos)	61	93.85%	11.71( $\pm$ 11.36)	1semana	42

## 4.2 Caracterização clínica da amostra

As descrições e tabelas que se seguem dizem respeito aos dados descritivos para as variáveis em estudo de acordo com os instrumentos aplicados:

A *escala de táticas de conflito revisadas* permitiu-nos determinar a prevalência, a frequência e a cronicidade violência conjugal, através de estratégias de negociação ou de abuso: abuso físico sem sequelas; agressão psicológica; abuso físico com sequelas e coerção sexual.

Do total de 65 participantes (n=40, 61.5%) pontuam positivamente na escala de negociação emocional, sendo que uma igual maioria (n=42, 64.6%) também pontua de forma positiva na escala de negociação cognitiva durante o ano transato.

Referente à prevalência anual dos tipos de violência sofridos, durante o último ano, foi a agressão psicológica ligeira que reúne a maior percentagem de vitimação, 57 mulheres (84.7%), seguindo-se a agressão psicológica severa com 55 mulheres (84.6%).

O abuso físico sem sequelas é o segundo tipo de vitimação mais sofrido, sendo o abuso ligeiro relatado por 55 mulheres (84.6%) e o abuso severo por 46 (70.8%) mulheres.

Como terceiro tipo de abuso mais sofrido pela amostra, surge o abuso físico com sequelas ligeiro, com cerca de 43 (66.2%) mulheres. Seguem-se o abuso físico com sequelas severo (n=37, 56.9%), a coerção sexual ligeira (n=37, 56.9%) e, por último, a coerção sexual severa (n=30, 46.2%) (cf. Tabela 3).

Tabela 3

Prevalência anual das ocorrências de negociação emocional e violência conjugal (n=65)

	n	%
Negociação emocional	40	61.5%
Negociação cognitiva	42	64.6%
Agressão psicológica ligeira	57	84.7%
Agressão psicológica severa	55	84.6%
Abuso físico sem sequelas ligeiro	55	84.6%
Abuso físico sem sequelas severo	46	70.8%
Abuso físico com sequelas ligeiro	43	66.2%
Abuso físico com sequelas severo	37	56.9%
Coerção sexual ligeira	37	56.9%
Coerção sexual severa	30	46.2%

No que concerne à prevalência global, a agressão psicológica ligeira apresenta-se como o tipo de violência mais perpetrado, com um total de 62 participantes (95.4%). A agressão psicológica severa surge como o segundo ato de violência mais referido entre as participantes (n=60, 92.3%).

O terceiro tipo de abuso mais relatado pelas mulheres na amostra em estudo é o abuso físico sem sequelas ligeiro (n=59, 90.8%), seguindo-se do abuso severo com 55 mulheres (84.6%).

Seguem-se o abuso físico com sequelas ligeiro (n=51, 78.5%), o abuso físico com sequelas severo (n=42, 64.6%) e, por último, a coerção sexual ligeira (n=43, 66.2%) e coerção sexual severa (n=36, 55.4%) (cf. Tabela 4)

Tabela 4

Prevalência global das ocorrências da violência conjugal (n=65)

	n	%
Agressão psicológica ligeira	62	95.4%
Agressão psicológica severa	30	92.3%
Abuso físico sem sequelas ligeiro	59	90.8%
Abuso físico sem sequelas severo	55	84.6%
Abuso físico com sequelas ligeiro	51	78.5%
Abuso físico com sequelas severo	42	64.6%
Coerção sexual ligeira	43	66.2%
Coerção sexual severa	36	55.4%

Relativamente à cronicidade, na amostra em estudo a agressão psicológica é a forma de abuso mais frequentemente sofrida, e ocorre em média 15 vezes por ano ( $\pm 7.68$ ), seguida do abuso físico sem sequelas em média 10 vezes ( $\pm 7.48$ ); e da coerção sexual que é assinalada em média 9 vezes ao ano ( $\pm 9.44$ ) e em menor frequência relativamente aos restantes, o abuso físico com sequelas, em média 5 vezes por ano ( $\pm 6.76$ ) (cf. Tabela 5).

Tabela 5

Cronicidade anual da violência conjugal (n=65)

	M (DP)
Agressão psicológica	14.94(±7.68)
Abuso físico sem sequelas	8.53 (±7.60)
Abuso físico com sequelas	4.87(±6.76)
Coerção sexual	8.50(±9.44)

A *Escala de Autorrelato de Sintomatologia de PTSD* permitiu-nos avaliar a presença e severidade da sintomatologia nos indivíduos que possuem história de trauma. No presente estudo, 28 (43.1%) participantes apresentam sintomatologia concordante com diagnóstico de PPST, dado que apresentam pelo menos um sintoma de reviver, três de evitamento e dois de ativação (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Análise de frequência da PPST (n=65)

	n	%
Ausência sintomatologia significativa de PPST	37	56.9%
Presença de sintomatologia significativa de PPST	28	43.1%

O *Questionário de Conservação de Recursos* permitiu-nos avaliar a perda de recursos relativa a várias subescalas de *stress*, nomeadamente *stress* social, *stress* de tempo, condições domésticas e *stress* financeiro, nos últimos 3 meses. Por conseguinte, verificou-se que 57 (87.4%) participantes ostentam perdas de recursos ao nível das condições domésticas, seguidamente a perda de recursos ao nível social foi mencionada por 54 (83.08%) mulheres, assim como os recursos na saúde; ao passo que 52 (80%) mulheres apresentam perda ao nível financeiro; 50 (76.92%) participantes relatam perda de recursos ao nível de tempo e 28 mulheres (43.1%) referem perda de recursos nas condições de trabalho (cf. Tabela 7)

Tabela 7

Análise de frequência da perda de recursos (n=65)

	n	%
<i>Stress</i> social	54	83.08%
<i>Stress</i> nas condições domésticas	57	87.4%
<i>Stress</i> financeiro	52	80%
<i>Stress</i> na saúde	54	83.08%
<i>Stress</i> no tempo	50	76.92%
<i>Stress</i> no trabalho	28	43.1%

O *Questionário de Trauma Infantil* foi utilizado para medir o abuso na infância, sendo que abarca duas subescalas: abuso físico e emocional e abuso sexual. No que concerne ao abuso físico e emocional, 50 (76.9%) revelam terem sido vítimas deste tipo de abuso, sendo que 22 mulheres (33.8%) relatam abuso sexual durante a sua infância (cf. Tabela 8).

Tabela 8

Análise de frequência do abuso infantil (n=65)

	n	%
Abuso físico e emocional na infância	50	76.9%
Abuso sexual	22	33.8%

### 4.3 Resultado do teste de hipóteses

**Hipótese 1:** Espera-se encontrar diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com PPST e sem PPST ao nível do abuso infantil, da perda de recursos e da tipologia do abuso.

Para verificar se existem diferenças significativas no autorrelato entre as participantes com sintomatologia de PPST e sem sintomatologia de PPST relativamente às variáveis indicadoras de abuso infantil, perda de recursos durante a idade adulta e os diferentes tipos de

abuso perpetrados pelo companheiro, foram realizados testes de normalidade da amostra, *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilks* em todas as dimensões. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à distribuição normal, indicando este resultado que a amostra em estudo não segue uma distribuição normal, pelo que serão utilizados testes estatísticos não paramétricos. Assim, optou-se pela utilização do teste *U* de *Mann-Whitney* para estimar as diferenças entre os grupos.

Relativamente ao abuso infantil, o teste *U* de *Mann-Whitney* mostra que existem diferenças significativas entre as mulheres com sintomatologia de PPST e sem sintomatologia de PPST no que diz respeito ao abuso sexual na infância ( $U=630.000$ ,  $p=.017$ ) (cf. Tabela 9).

Não obstante, os resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* não apresentaram significância estatística entre o abuso físico e emocional durante a infância e a sintomatologia de PPST na idade adulta, pelo que se aceita a hipótese nula ( $U=595.000$ ,  $p=.191$ ), como se pode observar pela análise na tabela (9).

Assim, pode concluir-se que as participantes com sintomatologia significativa de PPST apresentam maior frequência de abuso sexual durante a infância, quando comparadas com as participantes sem sintomatologia significativa de PPST.

Relativamente à perda de recursos, os resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* não mostraram significância estatística em nenhuma das dimensões: *stress* social ( $U=487.000$ ,  $p=.085$ ); *stress* relacionado com a saúde ( $U=345.000$ ,  $p=.215$ ); *stress* de tempo ( $U=436.000$ ,  $p=.803$ ); *stress* nas condições domésticas ( $U=372.000$ ,  $p=.523$ ); *stress* financeiro ( $U=296.500$ ,  $p=.146$ ) e *stress* no trabalho ( $U=362.000$ ,  $p=.703$ ) (cf. Tabela 8). Assim, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de mulheres com e sem sintomatologia de PPST no que diz respeito à perda de recursos, pelo que se aceita a hipótese nula.

Relativamente aos tipos de abuso perpetrados pelo companheiro na idade adulta verificou-se que existem diferenças significativas entre as mulheres com sintomatologia de PPST e as mulheres sem sintomatologia de PPST no que diz respeito à coerção sexual ligeira ( $U=496.500$ ,  $p=.000$ ), à coerção sexual severa ( $U=593.500$ ,  $p=.000$ ), e no que concerne à coerção sexual total ( $U=469.500$ ,  $p=.000$ ). Constatou-se igualmente uma diferença significativa entre os grupos de mulheres com e sem sintomatologia significativa de PPST ao nível da agressão psicológica severa ( $U=420.000$ ,  $p=.006$ ) (cf. Tabela 9).

Para as restantes dimensões de abuso os resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* não apresentaram significância estatística: agressão psicológica ligeira ( $U=251.000$ ,  $p=.946$ ); agressão psicológica total ( $U=236.500$ ;  $p=.191$ ); abuso físico sem sequelas ligeiro

(U=626.500, p=.150); abuso físico sem sequelas severo (U=256.500, p=.206), total (U=630.500, p=.135); abuso físico com sequelas ligeiro (U=433.000, p=.094); abuso físico com sequelas severo (U=328.000, p=.824), total (U=298.000, p=.454) (cf. Tabela 9).

Assim, pode concluir-se que as participantes com PPST apresentam maior frequência na agressão psicológica severa e na coerção sexual. Todavia, não se verificam diferenças significativas entre os grupos nas restantes variáveis, pelo que se rejeita parcialmente a hipótese nula.

Tabela 9

Resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* (n=65)

	Participantes com sintomatologia PPST	Participantes sem sintomatologia PPST	U
	(n=28) Ordem Média	(n=37) Ordem Média	
<i>Stress</i> social	32.81	25.27	487.500
<i>Stress</i> relacionado com a saúde	26	32.35	345.000
<i>Stress</i> de tempo	30.67	29.54	436.000
<i>Stress</i> nas condições domésticas	27.88	30.73	372.000
<i>Stress</i> financeiro	24.85	31.23	296.500
<i>Stress</i> no trabalho	27.60	29.17	362.500
Abuso sexual na infância	37.33	28	<b>630.000*</b>
Abuso físico/emocional infância	36.04	29.52	595.000
Coerção sexual ligeira	35.32	19.98	<b>496.500**</b>
Coerção sexual severa	38.48	21.02	<b>593.500**</b>
Coerção sexual total	34.47	19	<b>465.500**</b>
Agressão psicológica ligeira	24.19	23.9	251.000
Agressão psicológica severa	32.11	20.50	<b>420.000*</b>
Agressão psicológica total	25.19	19.84	236.500
Abuso físico sem sequelas ligeiro	36.88	30.07	626.500
Abuso físico sem sequelas severo	24.53	19.63	256.500
Abuso físico sem sequelas total	37.02	29.96	360.500
Abuso físico com sequelas ligeiro	31.18	384.03	433.000
Abuso físico com sequelas severo	26.90	27.85	328.000
Abuso físico com sequelas total	26.53	23.39	498.000

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

**Hipótese 2:** Espera-se encontrar:

- a) Uma relação positiva significativa entre o abuso infantil e a violência conjugal;
- b) Uma relação positiva significativa entre a perda de recursos e a violência conjugal;
- c) Uma relação positiva significativa entre a sintomatologia de PPST e a severidade da violência conjugal;
- d) Uma relação positiva significativa entre a sintomatologia de PPST e cronicidade da violência conjugal.

A relação entre o abuso infantil, a perda de recursos e a violência conjugal; e a relação entre severidade e cronicidade da violência conjugal com a PPST foi estudada através do teste Coeficiente de Correlação de *Spearman's Rho*.

Através das análises realizadas verificou-se que existe uma associação positiva significativa entre o *stress* social e o abuso físico sem sequelas ( $r=.305$ ,  $p<.05$ ) e o com sequelas ( $r=.333$ ,  $p<.05$ ), o que indica que quanto maior a frequência do abuso físico, maiores são os níveis de perda de recursos sociais apresentados.

Constatou-se, de igual forma, uma associação positiva significativa entre o *stress* de tempo e a agressão psicológica ( $r=.353$ ,  $p<.05$ ); o *stress* de tempo e o abuso físico sem sequelas ( $r=.389$ ,  $p<.05$ ) e entre o *stress* de tempo e o abuso físico com sequelas severo ( $r=.463$ ,  $p<.05$ ) o que é indicador de que quanto maior a frequência da agressão psicológica e do o abuso físico maior é a perda de recursos ao nível de tempo. Verificaram-se também associações positivas significativas entre o *stress* nas condições domésticas e a agressão psicológica ( $r=.343$ ,  $p<.05$ ), revelando que quanto maior é a agressão psicológica maior é a perda nas condições domésticas (cf. Tabela 10).

Tabela 10  
 Resultados do Coeficiente de Correlação de *Spearman's Rho*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
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>	—								
Abuso físico/emocional infância (5)	.123	.189	.258	.037	—							
Abuso sexual na infância (6)	.095	.084	-.001	.202	<b>.526**</b>	—						
<i>Stress</i> social (7)	.213	<b>.305*</b>	<b>.333*</b>	.207	.187	-.001	—					
<i>Stress</i> saúde (8)	.003	-.043	.048	-.174	-.076	-.150	<b>.465**</b>	—				
<i>Stress</i> tempo (9)	<b>.353*</b>	<b>.389**</b>	<b>.463**</b>	.234	-.030	.041	<b>.577**</b>	<b>.385**</b>	—			
<i>Stress</i> condições domésticas (10)	<b>.343*</b>	.011	-.104	-.073	.010	-.030	<b>.438**</b>	<b>.569**</b>	<b>.388**</b>	—		
<i>Stress</i> financeiro (11)	.172	.148	.222	.136	-.006	.068	<b>.395**</b>	<b>.575**</b>	<b>.450**</b>	<b>.685**</b>	—	
<i>Stress</i> trabalho (12)	.236	.003	.108	-.078	-.127	-.246	<b>.270*</b>	<b>.340*</b>	.245	<b>.368**</b>	.150	—

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

Relativamente à associação entre a sintomatologia significativa de PPST e a severidade da violência conjugal, constatou-se uma associação positiva significativa entre os sintomas de PPST e a coerção sexual severa ( $r=.583$ ,  $p<.01$ ). Estes resultados traduzem que quanto maior a frequência de atos de coerção sexual severos, maior a sintomatologia de PPST.

No que concerne à relação entre a sintomatologia significativa de PPST e a cronicidade do abuso verificou-se uma associação positiva significativa entre a perturbação e a cronicidade da agressão psicológica ( $r=.401$ ,  $p<.01$ ); a cronicidade do abuso físico sem sequelas ( $r=.285$ ,  $p<.05$ ) e a cronicidade da coerção sexual ( $r=.474$ ,  $p<.01$ ). Estes resultados indicam que quanto maior o número de atos abusivos (agressão psicológica, abuso físico sem sequelas e coerção sexual) mais exacerbada será a sintomatologia de PPST (cf. Tabela 11).

Não foram verificadas associações significativas entre as restantes variáveis.

Tabela 11  
 Resultados do Coeficiente de Correlação de *Spearman's Rho*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cronicidade agressão psicológica (1)	—								
Cronicidade abuso físico sem sequelas (2)	<b>.545**</b>	—							
Cronicidade abuso físico com sequelas (3)	.232	<b>.628**</b>	—						
Cronicidade coerção sexual (4)	<b>.481**</b>	<b>.355**</b>	.099	—					
Agressão psicológica severa (5)	<b>.596**</b>	<b>.645**</b>	.359	.213	—				
Abuso físico sem sequelas severo (6)	<b>.523**</b>	<b>.719**</b>	<b>.797**</b>	.204	<b>.638**</b>	—			
Abuso físico com sequelas severo (7)	.107	.567	<b>.906**</b>	.025	<b>.228**</b>	<b>.712**</b>	—		
Coerção sexual severa (8)	<b>.422**</b>	<b>.464**</b>	.212	<b>.768**</b>	<b>.432**</b>	<b>.345*</b>	.214	—	
Sintomatologia significativa PPST (9)	<b>.401**</b>	<b>.285*</b>	.022	<b>.474**</b>	.292	.314	-0.21	<b>.583**</b>	—

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

## 4.4 Análises exploratórias

### Relação entre a prevalência anual global da violência e a relação com o agressor

Dado que as participantes se encontravam distribuídas por sete tipos de relação com o agressor (casada, companheira, namorada, divorciada, ex-cônjuge, ex-namorada, ex-companheira), estas foram divididas em 2 grupos (numa relação com o agressor ou separada do agressor). Foram encontradas associações significativas entre a prevalência global do abuso físico sem sequelas severo e estar numa relação com o agressor ( $\chi^2 = 4.826$ ,  $p = .028$ ), assim como se encontrou uma associação significativa entre a prevalência anual da agressão psicológica severa e estar numa relação com o agressor ( $\chi^2 = 4.826$ ,  $p = .028$ ), sendo que nas duas associações as mulheres que apresentam maior prevalência do abuso mantêm uma relação com o perpetrador ( $n = 45$ , 81.8%). De igual forma constatou-se uma associação significativa entre a prevalência anual do abuso físico sem sequelas severo e o estar numa relação com o agressor ( $\chi^2 = 5.476$ ,  $p = .019$ ) para 39 das participantes (84.8%).

Não foram verificadas associações significativas entre as restantes variáveis.

### Relação entre a perda de recursos, prevalência anual da violência e o tempo de vitimação

No sentido de avaliar a existência de uma associação entre o tempo de vitimação e as variáveis em estudo foi aplicado o teste de Qui-Quadrado. De forma a tornar possível a análise estatística, o tempo de vitimação foi dividido em categorias ordinais.

O teste de Qui-Quadrado revelou existir uma associação significativa entre o tempo de vitimação e o *stress* social ( $\chi^2 = 20.606$ ,  $p < .001$ ); o *stress* na saúde ( $\chi^2 = 9.807$ ,  $p = .044$ ); o *stress* nas condições domésticas ( $\chi^2 = 20.606$ ,  $p < .001$ ) e o *stress* financeiro ( $\chi^2 = 12.452$ ,  $p = .014$ ). O grupo de mulheres em que o tempo de vitimação foi inferior a 10 anos apresenta maior frequência na perda de recursos, nomeadamente 34 participantes (58.6%) para a perda de recursos sociais e de condições domésticas; 31 mulheres (56.4%) no que diz respeito à perda de recursos financeiros e 30 participantes (56.6%) no que concerne à perda de recursos na saúde, sendo que o tempo de vitimação em todos os casos reportados é inferior a 10 anos.

Encontrou-se uma associação significativa entre a prevalência anual da coerção sexual ligeira e o tempo de vitimação ( $\chi^2 = 9.929$ ,  $p = .042$ ), em que o grupo de 21 participantes (58.3%) com tempo de vitimação inferior a 10 anos apresenta maior ocorrência de coerção sexual.

Não foram verificadas associações significativas entre as restantes variáveis.

## **CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **Hipótese 1**

A violência conjugal converte-se num problema grave de saúde pública, que é associado a uma variedade de repercussões físicas e mentais, sendo a PPST uma das consequências ao nível da saúde mental mais reportada (Chan, Tiwari, Fong & Ho, 2010; Babcock, Roseman, Green & Ross, 2008; Messing, Flair, Cavanaugh, Kanga & Campbell, 2012). Posto isto, torna-se importante perceber entre as vítimas de violência conjugal que fatores estão associados à maior ocorrência de sintomatologia de PPST.

No presente estudo verificou-se que as participantes com sintomatologia de PPST apresentam maiores níveis de coerção sexual tanto ligeira como severa, comparativamente às participantes sem sintomatologia de PPST, embora não se encontre uma associação estatisticamente significativa para os restantes tipos de abuso. São diversos os estudos que corroboram os dados obtidos, nomeadamente o estudo de Norwood e Murphy (2012), realizado com 265 mulheres vítimas de violência conjugal, que verificou que as vítimas de coerção ou violência sexual relataram mais sintomas de PPST e revelaram maior propensão para o desenvolvimento da perturbação, comparativamente com as mulheres que não foram abusadas sexualmente.

Também num estudo de Yoshiharna (2003), realizado com 211 vítimas de violência conjugal, conclui que o abuso sexual nas relações íntimas torna as vítimas mais propensas a desenvolver sintomatologia psicopatológica, nomeadamente, PPST.

No que concerne à revitimização após o abuso infantil, pode referir-se, em concordância com a literatura, que esta apresenta repercussões negativas ao nível psicossocial que se estendem para a idade adulta (Krause, Kaltman, Goodman & Dutton, 2006; Schumm, Hobfoll & Keogh, 2004), e ao nível da saúde mental, onde as vítimas de abuso infantil detêm um elevado risco de desenvolver PPST (Becker, Stuewig & McCloskey, 2010, Krause, Kaltman, Goodman & Dutton, 2006; Messing, Flair, Cavanaugh, Kanga & Campbell, 2012).

Os resultados do presente estudo indicam que as mulheres com sintomatologia significativa de PPST apresentam maiores níveis de abuso sexual durante a infância. Os resultados obtidos são corroborados por Messing, Flair, Cavanaugh, Kanga & Campbell (2012), que concluíram que a PPST foi significativamente associada ao abuso infantil e à violência conjugal, e foi mediada pelas relações entre abuso sexual na infância e abuso psicológico e sexual nas relações conjugais.

De forma integrativa, os resultados desta investigação refletem o aumento da probabilidade de desenvolvimento da PPST após o abuso sexual durante a infância em comparação com o abuso físico e emocional. Por conseguinte, os resultados indicam a pertinência da identificação da PPST e a respetiva intervenção psicoterapêutica nas crianças que foram abusadas sexualmente, de forma a evitar a revitimização nas relações de intimidade e a exacerbação da sintomatologia de PPST na idade adulta.

Uma variável importante a ter em consideração no momento da análise da violência conjugal e a PPST é a coabitação com o agressor, uma vez que viver com o perpetrador pode ser um *stressor*. Na amostra em estudo, 52.3% das mulheres coabitavam com o agressor no momento da entrevista. Contudo, não se verificou uma associação significativa entre esta variável e os sintomas de PPST.

A presença de sintomatologia de PPST nas vítimas de violência conjugal tende a conduzir a uma ampla gama de dificuldades interpessoais, e a uma deterioração recorrente dos recursos interpessoais das vítimas (Marshall, Robinson & Azar, 2011).

De uma forma divergente do que é reportado pela literatura, no presente estudo, relativamente à perda de recursos, aceita-se a hipótese nula, uma vez que as participantes com sintomatologia significativa de PPST não apresentam diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) ao nível da perda de recursos, comparativamente às vítimas sem sintomatologia de PPST. Assim, a hipótese é refutada, possivelmente devido ao facto de se tratar de uma amostra reduzida, e de difícil alcance. Todavia a criação da hipótese em estudo foi sustentada pela literatura, reportando o estudo de Bauman (2008) com 802 mulheres vítimas de violência conjugal que verificou que a perda de recursos e a diminuição do suporte social predizem a psicopatologia, nomeadamente PPST.

Pelo exposto, este estudo permite nos constatar que as participantes com sintomatologia psicopatológica (PPST) apresentam maior vulnerabilidade à revitimização nas relações de intimidade, e, portanto, torna-se importante alertar para a intervenção precoce. Assim, as crianças que foram abusadas sexualmente devem ser alvo de intervenção, uma vez que apresentam uma maior propensão ao desenvolvimento de PPST e de revitimização. Não obstante, a intervenção com as mulheres vítimas de violência conjugal também se revela importante, uma vez que há diferenças significativas entre as mulheres com sintomatologia significativa de PPST ao nível da coerção sexual, comparativamente às mulheres sem sintomatologia significativa de PPST.

Acrescenta-se ainda que a sintomatologia de PPST e os episódios recorrentes de abuso durante a vida podem influenciar negativamente a percepção do perigo dos sujeitos, diminuindo as estratégias para avaliar a perigosidade das relações e as estratégias de *coping*.

Pelo exposto, pode concluir-se que uma intervenção psicológica adequada será geradora de benefícios a curto e longo prazo ao nível biopsicossocial das vítimas.

Não temos como objetivo, dada a natureza da nossa investigação, estabelecer uma relação de causa-efeito entre a vitimação, a perda de recursos e a PPST. Primeiramente, temos como objetivo assinalar uma associação entre os fenómenos e assim realçar algumas ostentações empíricas que poderão auxiliar na intervenção psicológica.

## **Hipótese 2**

Tal como referido anteriormente, e tendo em conta as evidências científicas, a violência conjugal é um problema grave de saúde pública com repercussões graves para as vítimas (WHO, 2013), das quais se destaca a perda de recursos (Marshall, Robinson & Azar, 2011) e o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, nomeadamente a PPST (Iverson, 2013). A relação entre a violência conjugal, a perda de recursos e a PPST tem sido estabelecida ao longo dos anos, e vários estudos relatam a sua presença equitativa (Schumm, 2004; Messing, 2012; Babock, 2008).

No presente estudo não se verificou uma associação positiva significativa entre o abuso infantil e a revitimização, todavia esta relação tem sido enfatizada na literatura ao longo dos anos (Yoshihama & Horrocks, 2010; Daigneault, Hébert & McDuff, 2009).

Relativamente à relação entre a perda de recursos e a violência conjugal, verifica-se a existência de uma associação significativa entre o abuso físico com e sem sequelas e a perda de recursos ao nível social e de tempo. De forma concomitante, verificou-se uma associação significativa entre a agressão psicológica e a perda de recursos ao nível de tempo e de condições domésticas. Estes resultados indicam que quanto maior a frequência do abuso, maior a perda de recursos.

Thompson, Kingree, Rashid, Puett, Jacobs, e col. (2000) realizaram um estudo com 138 mulheres e verificaram que a violência conjugal apresenta repercussões negativas no apoio social da vítima, no sentido em que a relação abusiva entre o perpetrador e a vítima é tida como meio de isolamento da mulher da sua rede de apoio, o que enfraquece as estratégias de *coping*, assim como agrava o *distress* psicológico, e, conseqüentemente, a incapacidade de se adaptar à realidade.

Um estudo elaborado por Walter e Hobfoll (2009) revela que há uma associação significativa entre a perda de recursos e a presença de PPST após o abuso infantil e a violência conjugal, sendo que a diminuição da perda de recursos pessoais e materiais foi associada a uma redução da sintomatologia psicopatológica.

. Pode verificar-se assim que os resultados obtidos conduzem à importância do princípio do investimento de recursos proposto por Hobfoll (1989). Este princípio aplicado à vitimação, preconiza que as mulheres têm de investir recursos para fazer face à perda dos mesmos, ou a recuperar dessa perda de forma a obterem novos recursos, para conseguir aplicar de forma eficaz as estratégias de *coping* às situações geradoras de *stress*.

No que concerne à relação entre a sintomatologia de PPST e a severidade do abuso, os resultados da presente investigação indicam que a severidade do abuso está relacionada de forma positiva com a sintomas de PPST, onde quanto maior a severidade da coerção sexual maior serão os sintomas apresentados. A literatura tem apontado também o abuso físico nas suas formas mais severas, no entanto os resultados obtidos não nos permitem corroborar totalmente os resultados obtidos na literatura, como o estudo de Babcock (2008), que conclui o abuso físico e a agressão psicológica estão relacionados com o aumento da sintomatologia de PSPT.

Relativamente à cronicidade da violência conjugal verificou-se a presença de uma associação positiva significativa entre os sintomas de PPST e a cronicidade da coerção sexual, da agressão psicológica e do abuso físico sem sequelas, concluindo-se que quanto maior a for o número de atos perpetrados a este nível, mais exacerbada será a sintomatologia PPST.

Os resultados são corroborados pela literatura, nomeadamente o estudo de Jones, Hughes e Unterstaller (2001) e Pico-Alfonso (2005), em que a severidade e a cronicidade da violência conjugal possuem uma associação positiva significativa com a PPST.

Os resultados obtidos parecem, contudo, interessantes, dado que a literatura tem enfatizado especificamente as formas de abuso físico e psicológico e menos as formas de coerção sexual, embora este se associe a maior sintomatologia traumática para as mulheres. Muitos são os fatores que em nosso entender poderão estar associados a este resultado, nomeadamente e dando ênfase ao reportado pelas abordagens feministas, a subjugação da mulher às mãos de um companheiro, ou a falta de competências interpessoais que permitam recusar a prática sexual, por força do vínculo seja conjugal ou análogo. O exposto pode ser explicado pelo modelo ecológico, nomeadamente no que concerne ao nível individual (Abramsky, et al. 2011; WHO, 2010), que nas participantes da amostra, prende-se com a presença de abuso prévio, nomeadamente o abuso físico e emocional na infância (n=50,

76.9%) e abuso sexual na infância (n=22, 33.8%); ao nível dos fatores sociais e comunitários (Gracia & Herrero, 2005; Stith et al. 2000) destaca-se as normas sociais de desigualdade de género; a pobreza; as reduzidas sanções ao nível da comunidade e a aceitação social da violência.

Os fatores culturais e/ou os fatores individuais da mulher que se sente intimidada pelo conjugue e por conseguinte submete-se à prática de atos contra a sua vontade, o que despoleta diversas as repercussões, como o desenvolvimento de sintomatologia de PPST e a perda de recursos. O referido remete para a importância da prevenção primária da violência nas relações de intimidade. De forma concomitante expede também para a importância da promoção para a igualdade de género nas relações íntimas e para o papel simétrico do homem e da mulher na família, assim como para a promoção de estratégias de comunicação assertivas; de resolução de conflitos e de dinâmicas relacionais mais eficazes.

Tendo em conta os resultados obtidos, verifica-se a existência de uma associação entre as variáveis em estudo, o que é indicador de que a violência conjugal, para além de ser uma importante causa da diminuição da funcionalidade das mulheres, apresenta-se associada à perda de recursos e à PPST. Por conseguinte, verifica-se que os casos de violência mais severa e de maior cronicidade levam a um sofrimento significativo nas mulheres o que conduz ao desenvolvimento de sintomatologia de PPST.

### **Análises exploratórias**

Constatou-se uma associação significativa entre o estado civil e a prevalência da violência conjugal, o que conclui que as mulheres que estavam numa relação com o agressor apresentavam maior prevalência da agressão psicológica e do abuso físico com sequelas. Comparando estes resultados com estudos anteriores acerca da temática, verificamos algumas semelhanças, nomeadamente com o estudo de Díez (2009) que concluiu que 66.7% das mulheres que foram vítimas de violência conjugal estavam numa relação com o agressor, sendo o estado civil mais reiterado nas mulheres abusadas.

O carácter reiterado da violência ao longo do tempo torna-se preocupante, dado que a reincidência do abuso tende a agravar-se ao longo do tempo de permanência na relação abusiva, o que, consequentemente, aumenta o risco de homicídio (Walker, 2009).

Com o exposto, podemos depreender que o tempo de vitimação poderá comprometer as estratégias de *coping* e deteriorar os recursos pessoais e materiais das vítimas. Verificou-se uma associação entre o tempo de vitimação e a prevalência da coerção sexual, assim como uma associação significativa entre o tempo de vitimação e a perda de recursos ao nível social,

da saúde, financeiro e condições domésticas. Isto é, as mulheres que são ou foram abusadas até dez anos apresentam maior prevalência de coerção sexual, assim como apresentam maior perda de recursos sociais, de saúde, financeiros e de condições domésticas.

É possível que estes resultados se devam ao facto das vítimas reagirem de forma mais intensa nos primeiros anos de violência, o que pode conduzir a uma maior utilização dos recursos existentes para fazer face à relação abusiva. Assim como poderá ser possível que, aquando da utilização dos recursos para impedir a manutenção da relação abusiva se mostrem ineficazes, as mulheres se adaptem, o que pode ser justificativo do decréscimo na perda nos anos posteriores. Reportando à TCR (Hobfoll, 1998) o ciclo de perda de recursos, que pode ser despoletado pelos primeiros anos da relação abusiva, torna estas vítimas mais propensas a novas perdas e com menor competência para novas obtenções.

Estes resultados fundamentam a importância de delinear investigações futuras onde se possa verificar os fatores incluídos nesta associação, de forma a tornar possível uma resposta interventiva mais eficiente.

### **5.3 Limitações do estudo**

A principal limitação, diz respeito à representatividade da amostra, uma vez que a amostra não é representativa pelo *n* reduzido (65 participantes). Para além do exposto, indica-se que foram utilizadas medidas de autorrelato e que poderá conduzir ao fator da desejabilidade social, o que influencia a veracidade dos dados. Uma outra limitação prende-se com o facto de a amostra ser homogénea, visto que apenas se fez recolha com pessoas do sexo feminino. Não obstante, mostra-se como uma limitação do estudo o facto de as mulheres que constituem a amostra estarem em diferentes fases de vida, e em diferentes fases da relação abusiva.

Um outro ponto a referir diz respeito aos instrumentos de recolha de dados utilizados, que são instrumentos validados e aferidos para a população portuguesa e com consistência interna adequada. Contudo, nas subescalas ou dimensões de cada instrumento a representatividade ficou enfraquecida.

Posto isto, a capacidade de generalização dos dados, apresenta-se como uma limitação do estudo, ao nível da validade externa.

### **5.4 Conclusões e implicações para a prática**

O presente estudo teve como objetivo verificar se a exposição à violência ao longo da vida está relacionada com a perda de recursos e com o desenvolvimento de sintomatologia

cl clinicamente significativa de PPST, dando ênfase à violência conjugal e à vitimização prévia. Importa reportar que dentro de cada experiência de violência foram analisados os vários tipos de abuso, sendo que o abuso infantil é composto por abuso físico e emocional e abuso sexual. Por sua vez, a violência conjugal divide-se em agressão psicológica, abuso físico com e sem sequelas e coerção sexual.

De um modo geral, concluiu-se que este estudo apresenta um contributo para o fundamento de que a violência conjugal apresenta repercussões graves para a vítima, dado que se verificou um número significativo de mulheres com sintomatologia significativa de PPST e com elevada frequência de perda de recursos.

Atentando aos objetivos da presente investigação, esta proporcionou uma melhor compreensão acerca da influência que determinados fatores apresentam nas vítimas de violência conjugal, designadamente, tornou-se perceptível a relação entre o abuso infantil; a violência conjugal e o desenvolvimento de sintomatologia significativa de PPST.

A inclusão da perda de recursos no presente estudo mostrou-se fulcral, e verificou-se a sua associação com a violência conjugal. Sendo que se destaca a importância da promoção de recursos pessoais e materiais das vítimas e do desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas de forma a diminuir a probabilidade de desenvolver sintomatologia psicopatológica. Na literatura nacional ainda poucos dados relativos à perda de recursos, contudo, têm sido realizados estudos nesse domínio, e espera-se que este estudo contribua de forma positiva para esse reconhecimento e desenvolvimento.

Assim, em termos práticos, e dada a emergência social da vitimização em contexto conjugal, seria importante incluir em futuras investigações amostras mais abrangentes, de ambos os géneros, para que possa ser representativa da população. Em semelhança, mostrar-se-ia pertinente a realização de novas investigações acerca da violência conjugal, na qual seriam incluídos ambos os membros do casal, o que permitirá a exploração das dinâmicas relacionais e a comunicação entre o casal, assim como a vinculação estabelecida entre ambos.

Na prática clínica seria benéfico a implementação de programas de intervenção multidisciplinar, na qual seria incluída e trabalhada a relação conjugal, as estratégias de resolução de conflitos, assim como o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficientes e a promoção da resiliência dos indivíduos.

Neste sentido, pretende-se retratar de forma mais fidedigna a realidade com que nos deparamos, para que desenvolvam políticas de prevenção e de apoio às situações emergentes e intervenção mais ajustada à realidade atual.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L. & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BioMed Central Public Health*, 11(109), 1-17. doi:10.1186/1471-2458-11-109
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M. & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320. Obtido de <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1209/861>
- Alexandra, C. & Figueiredo, B. (2006). Versão portuguesa das “Escala de Táticas de Conflito Revisadas”: estudo de validação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8 (2), 14-39
- American Psychiatry Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5ª ed.). London: Washington, DC.
- Antunes, M. A. F. (2003). Violência e vítimas em contexto doméstico. In C. Machado & R. Abrunhosa (Coords.), *Violência e vítimas de crimes: Adultos*, (pp. 43-77). Coimbra: Quarteto.
- Babcock, J. C., Roseman, A., Green, C. E. & Ross, J. M. (2008). Intimate partner abuse and PTSD symptomatology: Examining mediators and moderators of abuse-trauma link. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 809-818.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del mau trato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Bauman, E. M. (2008). Social support and loss of resources as predictors of mental health and quality of life in battered women over time. American University
- Becker, K. D., Stuewig, J. & McCloskey, L. A. (2010). Traumatic stress symptoms of women exposed to different forms of childhood victimization and intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(9), 1699–1715. doi: 10.1177/0886260509354578
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, K., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Internal reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*. 151 (8), 1132-1136.
- Black, M. C., Basile, K. C., Breiding, M. J., Smith, S. G., Walters, M. L., Merrick, M. T., Stevens, M. R., et al. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence*

- Survey: 2010 summary report*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Blasco-Ros, C., Sánchez-Lorente, S. & Martínez, M. (2010). Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner but not to psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study. *BMC Psychiatry*, *10* (98), 1-12. doi:10.1186/1471-244X-10-98
- Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., Furniss, T. & Kahane, T. (2006). *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence* Geneva: World Health Organization.
- Ehrensaft, M. K. (2008). Intimate partner violence: Persistence of myths and implications for intervention. *Children and Youth Services Review*, *30*, 276–286
- 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*, 3, 227-249. doi: 10.1023/A:1022827915757
- Cavanaugh, C. E., Messing, J. T., Petras, H., Fowler, B., LaFlair, L., Kub, J., Campbell J. C., et al. (2012). Patterns of violence against women: A latent class analysis. *Psychological Trauma*, *4*(2), 169–176. doi:10.1037/a0023314
- Chambers, A. & Wilson, M. (2007). Assessing male batterers with the Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment*, *88*, 57–65. doi: 10.1080/00223890709336835
- Chan, C. H., Tiwari, A., Fong D.Y.T. & Ho, P.C. (2010). Post-traumatic stress disorder among Chinese women survivors of intimate partner violence: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, *47*, 918–925. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.01.003
- Chang, J. C., Cluss, P. A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., Scholle, S. H., et al. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: what women want. *Womens Health Issues*, *15*(1), 21-30. doi: 10.1016/j.whi.2004.08.007
- CIDM (2013). *V Plano Nacional Contra a Violência Doméstica*. Lisboa.
- Cochran, J. K., Sellers, C. S., Wiesbrock, V. & Palacios, W. R. (2011). Repetitive Intimate Partner Victimization: An Exploratory Application of Social Learning Theory. *Application of Social Learning Theory, Deviant Behavior*, *32*(9), 790-817. doi: 10.1080/01639625.2010.538342

- Costa, E. (2006). *Avaliação da eficácia 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 Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Daigneault, I., Hébert, M. & McDuff, P. (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect, 33*, 638–647
- Díez, S. U., Escutia, V. C., Pacheco, N. B., Martínez, S. M., Caracena, N. V. & Contreras, O. A. (2009). Prevalence of intimate partner violence and its relationship to physical and psychological health indicators. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9* (3), 411-427. Acessado em [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-330.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-330.pdf)
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D. & Rahman, S. (2013). Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. *International Journal of Family Medicine, 2013*, 1-15. doi:10.1155/2013/313909
- Dutton, M. A., Greene, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A. & Krause, E. D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 955–968. doi: 10.1177/0886260506289178
- Ehrensaft, M. K., Cohen, P. & Johnson, J. G. (2006). Development of personality disorder symptoms and the risk for partner violence. *Journal of Abnormal Behavior, 115*, 474–483. doi: 10.1037/0021-843X.115.3.474
- European Commission (2010). Domestic violence against women. *Special Eurobarometer, 344*, 1-222. Acessado em [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_344\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_344_en.pdf)
- Foa, E. B., Cascardi, M., Zoellner, L. A. & Feeny, N. C. (2000). Psychological and environmental factors associated with partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse, 1*, 67–91. doi:10.1177/1524838000001001005
- Gelles, R. J. & Straus, M. A. (1988). *Intimate violence: the causes and consequences of abuse in the American family*. New York, Touchstone
- Gelles, R. J. (1997). *Intimate Violence in Families*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14*, 99–132. doi: 10.1023/A:1022079418229
- Gómez, A. M. (2011). Testing the Cycle of Violence Hypothesis: Child Abuse and Adolescent Dating Violence as Predictors of Intimate Partner Violence in Young Adulthood. *Youth & Society, 43*(1), 171–192. doi: 10.1177/0044118X09358313

- Gracia, E. & Herrero, J. (2005). Acceptability of domestic violence against women in the European Union: a multilevel analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health, 60*, 123-129. doi: 10.1136/jech.2005.036533
- Gracia, E., Herrero, J. & Lila, M. (2010). Por qué la mujer inmigrante es más vulnerable ante la violencia doméstica? Explorando las actitudes sociales ante la violencia doméstica en una muestra de inmigrantes latino americanos. *Revista del Instituto Universitari de Investigaciónen Criminología y Ciencias Penales de la UV,3*, 22-32. Acessado em <http://www.uv.es/iccp/recrim/recrim10/recrim10a02.pdf>
- Ham-Rowbottom, K. A., Gordon, E. E., Jarvis, K. L. & Novaco, R. W. (2005). Life constraints and psychological well-being of domestic violence shelter graduates. *Journal of Family Violence, 20*, 109-121. doi: 10.1007/s10896-005-3174-7
- Heise, L. & Garcia Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. In: E. G. Krug; L. L. Dahlberg, J. A. Mercy; A. B. Zwi & R. Lozano (eds.) World report on violence and health, (pp. 87–121). Geneva, World Health Organization.
- Hobfoll, S. E. & Lilly, R. S. (1993). Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology, 21*, 128–148. doi: 10.1002/1520-6629(199304)21:2<128::AID-JCOP2290210206>3.0.CO;2-5
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*(3), 513-524. doi: 10.1037/0003-066X.44.3.513
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community and the nested - self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review, 50*, 337-432. doi: 10.1111/1464-0597.00062
- Johnson, D. M. & Zlotnick, C. (2012). Remission of PTSD After Victims of Intimate Partner Violence Leave a Shelter. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 203–206. doi: 10.1002/jts.21673
- Johnson, D. M., Palmieri, P. A., Jackson, A. P. & Hobfoll, S. E. (2007). Emotional numbing weakens abused inner-city women's resiliency resources. *Journal of Traumatic Stress, 20*(2), 197-206. doi: 10.1002/jts.20201
- Johnson, D. M., Zlotnick, C., & Perez, S. (2008). The Relative Contribution of Abuse Severity and PTSD Severity on the Psychiatric and Social Morbidity of Battered Women in Shelters. *Behavior Therapy. 39*(3), 232-41. doi: 10.1016/j.beth.2007.08.003
- Jones, L., Hughes, M., & Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence, and Abuse, 2*, 99–119.

- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L. & Dutton, M. A. (2006). Role of distinct PTSD symptoms in intimate partner reabuse: A prospective study. *Journal of Traumatic Stress, 19*(4), 507–516. doi:10.1002/jts.20136
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L. & Dutton, M. A. (2008). Avoidant Coping and PTSD Symptoms Related to Domestic Violence Exposure: A Longitudinal Study. *Journal of Traumatic Stress, 19*(4), 507–516. doi:10.1002/jts
- Kuhn, E., Blanchard, E. & Hickling, E. (2003). Posttraumatic stress disorder and psychosocial functioning within two samples of MVA survivors. *Behaviour Research and Therapy, 41*(9), 1105-1112. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00071-8
- Kuijpers, K. F., Knaap, L. M. & Winkel, F. M. (2012). PTSD Symptoms as Risk Factors for Intimate Partner Violence Revictimization and the Mediating Role of Victims' Violent Behavior. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 197–186. doi: 10.1002/jts.21676
- Maiuro, R. D. (2001). Sticks and stones may break my bones, but names will also hurt me: Psychological abuse in domestically violent relationships. In K. D. O'Leary & R. D. Maiuro (Eds.), *Psychological abuse in violent domestic relations* (pp. ix–xx). New York: Springer.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marshall, A. D., Robinson, L. R. & Azar, S. T. (2011). Cognitive and Emotional Contributors to Intimate Partner Violence Perpetration Following Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 2* (5), 586–590. doi: 10.1002/jts.20681
- Matos, M., Machado, A., Santos, A. & Machado, C. (2012). Intervenção em grupo com vítimas de violência doméstica: Uma revisão da sua eficácia. *Análise psicológica, 30* (1-2), 79-91.
- Messing, J.T., Flair, L., Cavanaugh, C., Kanga, M. & Campbell, J.C. (2012). Testing Posttraumatic Stress as a Mediator of Childhood Trauma and Adult Intimate Partner Violence Victimization. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 21*, 792–811. doi: 10.1080/10926771.2012.686963
- Nishith, P., Mechanic, M. B. & Resick. P. A. (2000). Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 20–25. doi: 10.1037/0021-843X.109.1.20
- Norrholm, S. D. & Jovanovic, T. (2010). Tailoring therapeutic strategies for treating posttraumatic stress disorder symptom clusters. *Neuropsychiatr Disease and Treatment, 6*, 517–532. doi: 10.2147/NDT.S10951

- 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*, 4(6), 596 – 604. doi: 10.1037/a0025232
- Olsen, J. P., Parra, G. R. & Bennet, S. A. (2010). Predicting violence in romantic relationships during adolescence and emerging adulthood: A critical review of the mechanisms by which familial and peer influences operate. *Clinical Psychology Review*, 30, 411-422. doi:10.1016/j.cpr.2010.02.002
- Pereira, A. (2006). *SPSS: guia prático de utilização: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Sílabo.
- Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 181–193. doi: 10.1016/j.neubiorev.2004.08.010
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 2ª edição. Livpsic-Psicologia.
- Risser, H. J., Hetzel-Riggin, M. D., Thomsen, C. J. & McCanne, T. R. (2006). PTSD as a mediator of sexual revictimization: The role of reexperiencing, avoidance, and arousal symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 19(5), 687–698. doi:10.1002/jts.20156
- Saltzman, L. E., Fanslow, J. L., McMahon, P. M. & Shelley, G.A. (2002) *Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, version 1.0*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Schumm, J. A., Hobfoll, S. E. & Keogh, N. J. (2004). Revictimization and Interpersonal Resource Loss Predicts PTSD Among Women in Substance-Use Treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (2), 173-181. doi: 10.1023/B:JOTS.0000022624.53181.21
- Sistema de Segurança Interna (2014). Relatório Anual de Segurança Interna 2013. Acessado em <http://www.portugal.gov.pt/pt/documentos-oficiais/20140401-rasi-2013.aspx>
- Stith, S.M.; Rosen, K. H.; Middelton, K.A.; Busch, A.L.; Lundeberg, K. & Carlton, R. P. (2000). The intergenerational transmission of spousal abuse: A meta analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 640-654
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: the conflict tactics scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-88.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2): development and preliminary psychometric data.

- Journal of Family Issues*, 17, 3, 283-316. Acessado em <http://pubpages.unh.edu/~mas2/CTS15.pdf>
- Tanha, M., Beck, C. J. A., Figueredo, A. J. & Raghavan, C. (2010). Sex differences in intimate partner violence and the use of coercive control as a motivational factor for intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 1836–1854. doi: 10.1177/0886260509354501
- Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Kingree, J. B., Rashid, A., Puett, R., Jacobs, D., et al. (2000). Partner violence, social support, and distress among inner-city women. *American Journal of Community Psychology*, 28, 127–143.
- Tweed, R. G. & Dutton, D. G. (1998). A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims*, 13, 217–230.
- Walker, L. E. A. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row.
- Walker, L. E. A. (1994). *Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist*. Washington: American Psychological Association.
- Walker, L. E. A. (2009). *The battered woman syndrome*. (3<sup>a</sup> ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Walter, K. H., & Hobfoll, S. E. (2009). Resource Loss and Naturalistic Reduction of PTSD Among Inner-City Women. *Journal Of Interpersonal Violence*, 24(3), 482-498.
- Widom, C. S., Czaja, S. & Dutton, M. A. (2013). NeglectChild abuse and neglect and intimate partner violencevictimization and perpetration: *A prospective investigation*. *Child Abuse & Neglect*, 2013, 1-14. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.11.004
- World Health Organization (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva, World Health Organization.
- Yoshihama, M. & Horrocks, J. (2003). The Relationship Between Intimate Partner Violence and PTSD: An Application of Cox Regression With Time-Varying Covariates. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 371-380.
- Yoshihama, M. & Horrocks, J. (2010). Risk of intimate partner violence: Role of childhood sexual abuse and sexual initiation in women in Japan. *Children and Youth Services Review*, 32, 28-37. doi: 10.1016/j.childyouth.2009.06.013

Yoshihama, M., Horrocks, J. & Kamano, S. (2009). The Role of Emotional Abuse in Intimate Partner Violence and Health Among Women in Yokohama, Japan. *American Journal of Public Health*, 99(4), 647–653. doi: 10.2105/AJPH.2007.118976



## 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 objectivo 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 auto-estima 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 objectivo 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 projecto 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 está/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 a de todas as pessoas que foram/são vítimas deste tipo 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**  
**Instrumentos de avaliação- Folha de rosto**

**Questionário 1**

**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

**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?** \_\_\_\_\_

## Questionário 2

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, camião, 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				
26	*Ajuda com as tarefas no trabalho				
27	Ajuda com as tarefas em casa				
28	Lealdade dos amigos				
29	Tempo adequado para dormir				

### Questionário 3

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

### Questionário 4

Por favor responda às questões seguintes que se refere, ao tempo em que tinha 15 anos de idade ou menos

		Nunca verdadeira	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Muitas vezes verdadeiro	Quem fez isto (Marcar todos aqueles que se aplicam)							
							Pai ou padrasto	Mãe ou	Avô	Avó	Irmão	Outro familiar	Amigo da	Outro
<b>1</b>	Quando eu tinha 15 anos ou menos, as pessoas da minha família batiam-me com tanta força que me deixavam com pisaduras ou marcas.													
<b>2</b>	Quando eu tinha 15 anos ou menos, os castigos que recebi pareceram-me cruéis.													
<b>3</b>	Quando eu tinha 15 anos ou menos, fui castigada com um cinto, uma tábua, corda ou algum objecto duro.													
<b>4</b>	Quando tinha 15 anos ou menos, alguém da minha família berrou e gritou comigo.													
<b>5</b>	Quando eu tinha 15 anos ou menos, as pessoas da minha família disseram-me coisas que me magoaram ou que me insultaram.													
<b>6</b>	Quando eu tinha 15 anos ou menos, acredito que fui abusada sexualmente.													
<b>7</b>	Quando tinhas 15 anos ou menos, alguém me molestou sexualmente ao tocar os meus seios, vagina ou ânus.													
<b>8</b>	Quando tinha 15 anos ou menos, alguém pôs o pénis, dedos, ou objecto na minha boca, vagina, ou ânus contra a minha vontade.													

## Questionário 5

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								