



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

A Saúde Mental de Agressores Conjugais Fatores de Risco

Ana Isabel Cardoso Costa

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Prof. Doutor Manuel Joaquim da Silva Loureiro

Covilhã, junho de 2013

Dissertação de Mestrado realizada sob
Orientação do Prof. Doutor Manuel Loureiro
apresentado à Universidade da Beira Interior
para a obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia, registado na DGES sob o 9463.

Agradecimentos

Aos meus pais, por serem os meus pilares essenciais, pelo modo como desde sempre me transmitiram o maior dos sentimentos de forma incondicional e me ensinaram a respeitar os outros. Pelo suporte dado ao longo destes anos de aprendizagem, aos mais diversos níveis.

Ao Professor Manuel Loureiro, pela dedicação, disponibilidade, e motivação que sempre me transmitiu. Pela partilha de conhecimento académico, bem como das questões éticas e deontológicas que nunca descurou. Pelos momentos de cariz mais informal das orientações.

A todos os técnicos da DGRS que permitiram a execução desta investigação ao possibilitarem a recolha da amostra e colaboraram em todo o processo, em especial aos técnicos com quem tive a oportunidade de trabalhar mais de perto, ao Dr. Fernando Roque pela disponibilidade e empenho.

À Carina e à Mariana, que tanto contribuíram para que esta investigação se desenvolvesse e concretizasse. Pela partilha nos momentos de dúvidas, indecisões e angústias.

À minha família, por me acarinharem e me proporcionarem vivências verdadeiramente intensas de união ao longo de todo o meu desenvolvimento.

À Guida, pelos momentos de amizade que partilhamos, acompanhados de imensos risos e algumas lágrimas. Pela força sempre demonstrada nos momentos mais avassaladores e importantes.

Aos meus amigos, por demonstrarem o apoio, amizade mesmo nos momentos de ausência mais prolongada.

Aos meus colegas de curso por me terem proporcionado momentos de descontração e por comigo terem partilhado ideias e saberes.

Ao André, pelo sentimento, pelos intensos e verdadeiros momentos de cumplicidade, espontaneidade e sinceridade. Pelas horas de conversa, e pelos silêncios e olhares compreendidos. Pela motivação e incentivo dado para que esta investigação se desenvolvesse.

Resumo

O objetivo desta investigação, centra-se numa descrição e caracterização de agressores conjugais através da análise dos dados sociodemográficos, de alguns indicadores de Saúde Mental e fatores de risco, bem como, na compreensão de algumas associações entre estas variáveis. A amostra é constituída por 30 participantes do sexo masculino sinalizados pelo Ministério Público como agressores conjugais e sinalizados pela DGRS a cumprir pena por crime de violência doméstica contra cônjuge ou análogos. A média de idades é de 49 anos, com um desvio padrão de 11,890, sendo que, 9 (30%) participantes se situam no estatuto socioeconómico médio e 10 (33,3%) têm o ensino básico. O protocolo de instrumentos aplicado aos participantes constituía-se por: Questionário Sociodemográfico; Atribuições Causais (Henning, Joner & Holdford, 2005); versão portuguesa do SCL-90-R (Derogatis, 1977); I.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); E.C.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); PCL/P-Scan (Hare, 2003; Hare & Hervé, 1999; Gonçalves & Lobo, 2006 cit. in Lobo, 2007) e ODARA (Hilton, Harris & Rice, 2002). Os resultados indicam que ao nível das características de psicopatia, não se revelaram níveis de preocupação considerável. Por outro lado, verificou-se alguma manifestação de sintomatologia respeitante à ansiedade e depressão, no entanto não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre estas dimensões e o indicador de risco de reincidência. Conclui-se ainda, que a maior parte dos participantes possuem abusos de substâncias e que tendem a adotar tanto comportamentos de violência física como de violência emocional/psicológica, não havendo contudo associação entre o abuso de substâncias e os episódios de comportamento violento (físico/emocional) na relação atual.

Palavras-chave

Violência doméstica; agressores conjugais; saúde mental; fatores de risco

Abstract

The aim of this research focuses on a description and characterization of marital offenders through analysis of demographic data, some indicators of mental health and risk factors, as well as the understanding of some associations between these variables. The sample consists of 30 males participants, flagged by the Public Minister as marital offenders and flagged by DGRS for doing sentence for a crime of domestic violence against a spouse or similar. The average age is 49 years with a standard deviation of 11,890, of which 9 (30%) participants are in the middle socioeconomic status and 10 (33,3%) have primary education. The protocol applied to participants was constituted by the following instruments: Sociodemographic Questionnaire; Assignments causal (Henning, Joner & Holdford, 2005), the portuguese version of the SCL-90-R (Derogatis, 1977); I.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); E.C.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); PCL/ P-Scan (Hare, 2003; Hare & Hervé, 1999; Gonçalves, & Wolf, 2006 cit. in Lobo, 2007) and ODARA (Hilton, Harris & Rice, 2002). The results indicate that the level of psychopathy characteristics, have proved of considerable concern levels. On the other hand, there was some manifestation of symptoms relating to anxiety and depression however, there was no statistically significant association between these dimensions and indicators of risk of recurrence. We also conclude that most of the participants have substance abuse and both tend to adopt behaviors of physical violence as emotional / psychological, although there was no association between substance abuse and episodes of violent behavior (physical / emotional) in a current relationship.

Keywords

Domestic violence; violent husbands; mental health; risk factors

Índice

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice	xi
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Acrónimos	xv
Capítulo 1. Introdução	1
Capítulo 2. Violência Doméstica	3
Tipos de violência doméstica	5
Violência Conjugal	7
Etiologia da Violência Doméstica e sua manutenção	9
Ciclo da Violência (Walker, 1979/1989)	10
Teorias Sócio-culturais	11
Epidemiologia e o impacto da violência doméstica	14
Fatores de Risco associados a Violência por parceiro íntimo	19
Comportamento de ciúme ou perseguição	21
História passada de violência ou comportamento impulsivo	22
Abusos na infância	22
Agressão física prévia na relação íntima atual ou passada	23
Abuso verbal e emocional no relacionamento atual ou passado entre parceiros íntimos	23
Psicoce	24
Psicopatia	24
Elevados níveis de raiva e hostilidade	26
Saúde Mental	27
Depressão	27
Perturbações de Personalidade	28
Consumo de Substâncias	29
Tipologia de agressores conjugais e características inerentes	30
Tipologia de Holtzworth-Munroe e Stuart (1994)	30
Tipologia de Dutton e Golland (1997)	32

Capítulo 3. Metodologia	35
Formulação do problema e objetivos do trabalho empírico	35
Participantes	37
Instrumentos	39
Questionário sociodemográfico	40
<i>Psychopathy Checklist-Revised</i> (PLC-R) e P-Scan	40
<i>Ontario Domestic Assault Risk Assessment</i> (ODARA)	41
<i>Symptom Check-List Revised</i> (SCL-90-R)	42
Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.)	45
Procedimento	45
Capítulo 4. Resultados	47
Caracterização do nível de ansiedade e depressão	49
Relação entre ansiedade e idade	50
Relação entre depressão e idade	50
Caracterização nível de psicopatia	50
Caracterização do abuso de substâncias	51
Caracterização dos comportamentos violentos adotados	52
Relação entre abuso de substâncias e o comportamento violento na relação actual	53
Caracterização do indicador de risco de reincidência (ODARA)	55
Relação entre ansiedade e indicador de risco ODARA	55
Relação entre depressão e indicador de risco ODARA	56
Capítulo 5. Discussão e Conclusões	57
Características sociodemográficas	57
Saúde Mental	59
Síntese Integrativa	63
Limitações	64
Potencialidades e implicações futuras	65
Referências Bibliográficas	67
Anexos	81
Anexo I - Questionário Sociodemográfico	82
Anexo II - Consentimento Informado	88

Lista de Tabelas

Tabela 1. - Caracterização das dimensões somáticas do SCL-90-R

Tabela 2. - Categorização dos itens pertencentes ao I.V.C.

Tabela 3. - Estatística descritiva relativa às dimensões Ansiedade e Depressão do SCL-90-R

Tabela 4. - Estatística Descritiva relativa ao PCL-R/P-Scan

Tabela 5. - Tabela de contingência da presença de violência física na relação atual segundo o abuso de substâncias.

Tabela 6. - Tabela de contingência da presença de violência emocional/psicológica na relação atual segundo o abuso de substâncias.

Tabela 7. - Distribuição dos scores do ODARA pelos dados normativos de Reincidência

Lista de Acrónimos

ANS	Ansiedade
CPP	Código Processo Penal
DEP	Depressão
DGRS	Direção-Geral de Reinserção Social
E.C.V.C	Escala de Crenças de Violência Conjugal
I.V.C	Inventário de Violência Conjugal
ODARA	<i>Ontario Domestic Assault Risk Assessment</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCL-R	<i>Psychopathy Checklist-Revised</i>
SCL-90-R	<i>Symptom Check-List Revised</i>
UBI	Universidade da Beira Interior

Capítulo 1 - Introdução

“A violência está, necessariamente, relacionada com uma expressão emocional, uma vez que ela, *per si*, não representa um afeto, mas sim materializa o aspecto mais visível, vivo e maioritariamente físico, de um afeto mais primário que lhe está subjacente, a agressividade.”

(Monteiro, 2009, p.99)

O fenómeno da violência doméstica não é um problema recente, mas começou a ganhar maior visibilidade nos anos 70, com os movimentos feministas, que a partir daí começaram a denunciar esta grave forma de violação dos direitos humanos, perpetrada no seio das famílias e muitas vezes sob o olhar cúmplice de todos nós (Lisboa, Barroso, Patrício & Leandro, 2009).

A violência nas relações de intimidade pode ser definida como violência física, sexual e emocional/psicológica perpetrado pelo cônjuge, ex-cônjuge, namorado/a ou alguém equiparado do mesmo sexo ou do sexo oposto (Matos, 2006). As agressões perpetradas por um parceiro íntimo são globalmente reconhecidas como uma das formas mais comuns e graves de violência contra a mulher (Watts & Zimmerman, 2002, citados por Paiva & Figueiredo, 2003). O impacto mais do que considerável que gera nos sistemas nacionais de saúde, bem como na saúde das vítimas tem sido foco especial de atenção nos últimos anos (Lipsky & Caetano, 2011).

O conhecimento dos fatores envolvidos no âmbito de relações violentas, permitirá não só atuar em termos de prevenção primária, bem como, ao nível da intervenção a propor junto dos sujeitos envolvidos (Paiva & Figueiredo, 2003).

O objetivo de reduzir a reincidência criminal é motivo de preocupação desde há algumas décadas, sobretudo pelas instituições e sistemas de justiça que trabalham quer com delinquentes quer com as vítimas de crimes. Tornou-se então essencial obter informações que lhes permitam um conhecimento aprofundado sobre as características, fragilidades e recursos do indivíduo. Assim, é imprescindível rentabilizar este conhecimento a cerca dos sujeitos, quando for necessário tomar decisões, nomeadamente na aplicação de medidas ou para propostas de intervenção. A redução do risco de violência e de reincidência assume-se assim, como um objetivo nobre e de extrema importância, no qual a avaliação rigorosa tem um papel fulcral.

Capítulo 2 - Violência Doméstica

A origem etimológica da palavra violência, provém do latim *violentia*, do verbo *violare*, significando potência e emprego de força física em intensidade, qualidade e essência. Na tradição greco-romana, violência significava assim, o desvio do curso e equilíbrio “natural” das coisas, pelo emprego de força extrema (Houaiss & Villar, 2003).

O conceito de violência doméstica tem vindo a ser abordado de diversas formas ao longo dos anos, formas essas, que assentam em diferentes construções da realidade e do mundo, tanto a nível científico e político como a nível das ideologias e culturas vigentes que caracterizam determinadas sociedades em determinada época. Assim, as políticas e estratégias de intervenção inerentes a esta problemática, foram sofrendo evoluções conceituais de forma progressiva (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009).

O conflito é inerente à espécie humana e pode comparecer em diversos domínios e contextos da vida. Os conflitos surgem pelas características individuais de cada um, pelos objetivos, ideias, expectativas e pensamentos distintos e opostos que têm muitas vezes. A sua manifestação pode perturbar a nossa vida relacional como parceiros, como participantes da sociedade e como indivíduos (Davis, Copobianco & Kraus, 2004, citado em Duarte, 2005). No contexto familiar especificamente, os conflitos podem desenvolver-se entre os diversos subsistemas, entre pais e filhos, irmãos e família alargada. Contudo, a maior parte da investigação segundo Kurdek (1999, citado em Duarte, 2005) tem mostrado interesse no conflito nas relações românticas, tanto de namoro como conjugais.

A família, que idealmente, deveria ser um espaço de pertença, de segurança e afetos, na qual os indivíduos independentemente da sua idade, deveriam encontrar a oportunidade de aprender e praticar valores morais, de criarem a sua autonomia e de afirmar a sua identidade é muitas vezes palco de violência e insegurança. Vicente (2002) acrescentando ainda o facto, de que na família deveria aprender-se a viver e promover-se a resolução de conflitos interpessoais sem recurso à violência física, sexual e psicológica. Infelizmente, a família pode também assumir-se como um lugar de grande violência, de abuso de poder e autoritarismo.

Tal como refere Gelles (1997) a violência na intimidade não é um problema recente, muito pelo contrário. Através da história percebe-se que infelizmente este fenómeno tem sido uma prática comum sob as mais diversas formas, sendo que ao longo dos tempos crianças, mulheres, homens e idosos têm sido alvo de violência. Os crimes de agressão física, verbal, abuso sexual, emocional, psicológico, entre outros, ocorrem com muita frequência no seio da família e enquadram-se num padrão de comportamento amplamente coberto pelo conceito de violência doméstica (Dias, 2010).

Apesar disso, o estudo científico desta problemática propriamente dito, só assumiu maior destaque a partir de meados do século XX sobretudo a partir da década de sessenta. Esta preocupação científica e social exercida no contexto das relações íntimas incidia sobretudo na violência contra as mulheres e foi-se assistindo a uma evolução na investigação científica sobretudo ao nível internacional. A nível do território nacional, a preocupação e consciência sobre a gravidade deste fenómeno surgiu sobretudo a partir da década de 90, assumindo assim maior visibilidade (Caridade, 2011).

A atenção por parte da comunidade científica nos possíveis alvos de violência familiar, foi-se desenvolvendo em várias décadas consoante a consciencialização evolutiva que ia ocorrendo. Assim, nos anos sessenta, foram os maus tratos e negligência de crianças que começaram a ser alvo de estudo, seguindo-se a violência contra as mulheres, nos anos setenta; nos anos oitenta, o abuso sexual de crianças e a partir dos anos noventa, os maus tratos aos idosos, seguindo-se posteriormente a fase que se foi dedicando ao estudo da violência contra os homens (Dias, 2010).

A violência doméstica, é assim um fenómeno social que tem vindo a percorrer várias épocas e que se refere ao contexto familiar ou doméstico, podendo envolver diferentes alvos, não sendo as mulheres as únicas vítimas (Roberts & Roberts, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de violência doméstica é traduzido como sendo todo o ato de violência baseado em género, que tem como resultado, possível ou real, um dano físico, sexual ou psicológico, incluídas as ameaças, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, seja a que aconteça na vida pública ou privada. Abrange, sem carácter limitativo, a violência física, sexual e psicológica na família, incluídos os golpes, o abuso sexual às meninas, a violação relacionada à herança, a mutilação genital e outras práticas tradicionais que atentem contra mulher, a violência exercida por outras pessoas - que não o marido - e a violência relacionada com a exploração física, sexual e psicológica e ao trabalho, em instituições educacionais e em outros âmbitos, o tráfico de mulheres e a prostituição forçada e a violência física, sexual e psicológica perpetrada ou tolerada pelo Estado, onde quer que esta ocorra (1998).

Na literatura foram surgindo diversos termos que parecem advir como sinónimos de violência doméstica entre casais. Assim, surgiram as primeiras definições de violência doméstica na década de 70, no entanto, como não existia um consenso claro no que respeitava à denominação e definição desta problemática, essas terminologias pautavam-se por alguma ambiguidade. O primeiro termo, *battered wife syndrome* nasceu como tentativa de definir e medir a violência contra a mulher numa perspetiva de saúde pública. Esta expressão definia-se assim como sendo um complexo sintoma de violência no qual a mulher sofria lesões deliberadas, graves e repetidas por parte do marido. Contudo, mais tarde foi desprezado por questões de operacionalização e ambiguidade (Valdez-Santiago & Ruiz- Rodriguez, 2009). A

terminologia *family violence* e *violence intrafamily* referem-se a qualquer ato de violência que ocorre dentro do contexto familiar, não é portanto específico ao relacionamento do casal (Corvo & deLara, 2010).

Talvez a mais recente e ampla designação utilizada para se referir não só a contextos de violência no casal (marido e mulher), mas sim aos diversos contextos de qualquer relação de intimidade, seja qual for o estado civil e a orientação sexual do casal, seja a denominação - *intimate partner violence*, que além de mais abrangente do que a violência doméstica em si, exclui já outro tipo de abusos (Corvo & deLara, 2010; McCue, 2008).

Tipos de violência doméstica

A violência doméstica abrange diversas expressões de comportamento violento, podendo este, segundo Lipsky e Caetano (2009), ser dividido em três categorias primordiais - a violência física, violência sexual e violência psicológica e emocional.

No que se refere à violência física, esta ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano através de força física, arma ou instrumento suscetível de causar lesões internas (hemorragias, fraturas), externas (feridas, cortes, hematomas) ou de ambos os tipos (Silva, Coelho & Caponi, 2007), podendo estas ser ligeiras, severas ou mesmo fatais Lipsky e Caetano (2009). Flury, Nyberg e Riecher-Rössler (2010) acrescentam ainda que se está perante este tipo de violência mesmo no caso de não existirem lesões. O ato de pontapear, morder, empurrar, e ameaçar com armas ou facas, são exemplos deste tipo de comportamento violento. A violência física pode assim tomar diversas formas, incluindo espancamento, mutilação, violação e em última instância homicídio e pode ser efetuada através dos punhos, dos pés, por envenenamento, afogamento, enforcamento, incêndio, armas de fogo e objetos cortantes (Loue, 2001). Ainda nesta categoria podemos incluir a negligência como sendo a omissão de responsabilidade, em relação a outro, principalmente com aqueles que necessitam de ajuda por alguma condição específica permanente ou temporária (Silva, Coelho & Caponi, 2007; McCue, 2008).

Relativamente à violência sexual, esta pode ser vista como um sub-tipo da violência física e define-se como toda a ação na qual uma pessoa obriga uma outra à realização de algum tipo de prática sexual contra a vontade através de força física, influência psicológica (sedução, intimidação, aliciamento) ou uso de drogas ou armas (Silva, Coelho & Caponi, 2007). Lipsky e Caetano (2009) referem que esta categoria pode ainda ser dividida em três: o uso de violência física para compelir atos sexuais indesejados; tentativas ou atos sexuais completos envolvendo uma pessoa incapaz de dar o seu consentimento e contacto sexual abusivo. Como exemplos deste tipo de violência, Walker (2009) e McCue (2008) evidenciam o violar, usar o

parceiro como objeto sexual, demonstrar ciúmes de cariz sexual ou acusar o parceiro de traição, tecer críticas em termos sexuais, minimizar os sentimentos e as necessidades sexuais das vítimas e exercer coerção sexual sobre o companheiro.

Enquanto a violência física se baseia no envolvimento de agressão corporal à vítima, a violência psicológica e emocional refere-se sobretudo à agressão que ocorre através das palavras, gestos e olhares sem existir necessariamente contacto físico. Designa-se assim, por toda a ação ou omissão que visa causar ou causar dano à identidade ou desenvolvimento da pessoa, podendo incluir ameaças, chantagens, humilhações, exploração, ou provocar isolamento (Silva, Coelho & Caponi, 2007). Considera-se atualmente, a designação de tortura psicológica, indicado pela Amnistia Internacional (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010). São frequentes neste tipo de violência, as desvalorizações, críticas e humilhações, gestos ameaçadores, comportamentos de restrição (a nível financeiro e social), comportamentos destrutivos, culpabilização da vítima pelos atos do agressor (Kenney, 2006; Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005). Este tipo de violência pelas suas características e por ser mais subjetivo, torna-se mais difícil de identificar, contudo, é bastante frequente e pode acarretar inúmeras consequências negativas, tais como, medo, isolamento, baixa autoestima, ansiedade e outras perturbações (Brasil, 2001). Habitualmente, o abuso emocional antecede e escolta o abuso físico, podendo ser contudo, o único tipo de abuso presente na relação. Este tipo de abuso é considerado muitas vezes pelas vítimas, como sendo o mais difícil de superar pois acarreta consequências extremamente negativas na autoimagem e identidade da vítima (McCue, 2008) podendo comprometer a saúde mental (Day et al., 2003).

Violência psicológica/emocional e física estão assim intimamente associadas e por vezes muitos dos casos de violência física poderão começar por ocorrer após diversos episódios de violência psicológica ocorrerem de forma continuada, em que o agressor começa por desrespeitar a vítima a vários níveis em contexto privado ou público, provocando assim baixa autoestima da vítima. Este facto, contribuirá para que a vítima legitime as atitudes do agressor, incrementando assim os episódios de violência. Muito frequentemente ocorre a combinação da violência física e psicológica, os agressores obtêm como resultado o controlo e dominação das vítimas (Mantas, 2009).

Alguns autores na literatura fazem ainda referência ao abuso financeiro e ao isolamento social (Peterman e Dixon, 2003), nos quais o agressor tenta manter a vítima completamente dependente dele, com recurso ao controlo financeiro e de bens materiais, atribuindo à vítima a crença de que depende inteiramente do agressor para sobreviver, na medida em que muitas vezes esta não trabalha. Já no que se refere ao controlo social, a vítima pode ser controlada a partir das suas rotinas e atividades e também, através do afastamento da sua família e amigos.

Violência Conjugal

A violência nas relações entre parceiros expressa-se por dinâmicas de afeto e poder, onde a presença de subordinação e dominação costuma ser frequente (Deeke, Boing, Oliveira & Coelho, 2009).

A heterogeneidade da sociedade e o seu enorme potencial de conflito, exigem que seja necessário negociar continuamente as diferenças existentes. No plano das relações de gênero, as novas configurações sociais passaram a exigir uma negociação que exige um sistema de reciprocidade mínimo que possibilite o relacionamento entre as partes em conflito. No entanto, para existir a possibilidade de negociação é indispensável haver um consenso em relação a uma noção de justiça concebida como valor comum, consenso que é difícil mesmo em grupos mais reduzidos como é o caso da família ou neste caso concreto, o casal (Alvim & Souza, 2005).

Uma dinâmica relacional violenta traduz-se muitas vezes, num fenómeno herdado historicamente, inerente a todas as classes sociais, culturas e sociedades, sendo portanto, um fenómeno intrínseco ao processo de civilização, manifestando-se de diversas formas (Gomes, Diniz, Araújo & Coelho, 2004).

A violência entre parceiros íntimos ocorre em todos os países, independentemente do estrato social, económico, religioso ou cultural (Heise & Garcia-Moreno, 2002). Esta problemática, sobretudo no que concerne à violência contra as mulheres, tem sido alvo de especial atenção. Muitos são os esforços feitos na luta contra este tipo de violência, que se tornou alvo de interesse internacional e o que era visto como uma questão de direitos humanos, passou também a ser visto como um importante problema de saúde pública (Heise & Garcia-Moreno, 2002).

Segundo os peritos do Conselho da Europa, a violência conjugal pode ser definida como qualquer ato, omissão ou conduta que serve para infligir danos físicos, sexuais e/ou psicológicos, de forma direta ou indireta, através de ameaças, coação ou qualquer outra estratégia à mulher, e tendo por objetivo e como efeito intimidá-la, puni-la ou humilhá-la ou mantê-la nos papéis estereotipados ligados ao seu sexo, ou recusar-lhe a dignidade humana, a autonomia sexual, a integridade física, mental e moral ou abalar a sua segurança pessoal, o seu amor-próprio ou a sua personalidade, ou diminuir as suas capacidades físicas ou intelectuais (Presidência do Conselho de Ministros, 2001).

No que diz respeito à violência conjugal, esta pode ter o seu início na fase do namoro, englobar casais que coabitem em situação análoga à da conjugalidade ou mesmo após situação de separação/divórcio (Gonçalves, 2004). Importa referir que o conceito foi alargado a ex-cônjuges e a pessoas do outro ou do mesmo sexo com quem o sujeito tenha mantido uma

relação, ainda que sem coabitação (Presidência do conselho de ministros, 2011; Lisboa, Patrício & Leandro, 2009). Com o reconhecimento deste fenómeno às relações homossexuais e não exclusivamente às de cariz heterossexual, a terminologia de maus-tratos e abuso da mulher foram sendo substituídos pelo conceito de violência entre parceiros íntimos, sendo assim mais abrangente (Lim & Bell, 2008).

É importante reconhecer que o fenómeno da violência nas relações íntimas, já não é considerado unicamente uma situação que envolve um agressor masculino e uma vítima feminina. Numerosos estudos têm demonstrado que este fenómeno é frequentemente recíproco (Straus, 2005) no qual ambos podem ser agressor e vítima. Apesar disto, a mulher continua a ter uma maior probabilidade de ser agredida por um homem num contexto de relação íntima (Whitaker, Haileyesus, Swahn, & Saltzman, 2007; Heru, 2007). Numa meta análise de 82 estudos, incluindo amostras clínicas e a da comunidade, Archer (2000) concluiu que maioritariamente são as mulheres que relatam serem vítimas de agressão física na relação. Relativamente a estas diferenças em razão da especificidade de género, Lamoglia e Minayo (2009) dizem-nos ainda que em situações de violência conjugal, normalmente as mulheres são agredidas com maior gravidade e de forma mais cruel do que os homens são atingidos por elas.

O facto deste tipo de comportamento violento ocorrer maioritariamente no contexto de relações íntimas, nas quais o agressor, para além da proximidade afetiva, dispõe de todo um leque de conhecimentos e estratégias para controlar a vítima, torna ainda mais complexas as especificidades da violência. A dinâmica das relações de conjugalidade e intimidade são complexas, pois as interações existentes entre companheiros envolvem uma significativa componente emocional e sexual e, para além disso, partilham projetos e responsabilidades relativas às suas vidas, pelo que se torna mais acessível para o agressor criar uma rede de dependências e controlos, que conseqüente, tornam mais difícil para a vítima criar uma rutura com a situação abusiva (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009). Este conceito engloba assim mulheres e homens tanto no papel de vítimas como de agressores (Saffioti, 2004, citado por Nardi, 2011), há indivíduos que são, simultaneamente, vítimas e agressores e ainda há os casos de violência recíproca ou mútua (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009).

A violência exercida contra as mulheres, raramente se desenrola num ato isolado, muito pelo contrário, repete-se de forma cíclica, formando trajetórias de violência (Barroso, 2000, citado em Lisboa, Barroso, Patrício & Leandro, 2009).

Nas últimas décadas emergiu a percepção de que os atos de violência são verdadeiramente atentados aos direitos humanos fundamentais, sendo como tal, incompatíveis com o valor e dignidade intrínsecos à pessoa. O conceito de violência, nas suas diversas e múltiplas formas e manifestações, deixou assim de pertencer unicamente ao foro privado para passar ao público e ao político, quer decorra ou não em espaços privados. A violência é pois, um problema de

sociedade no seu conjunto e não apenas de setores específicos. Deverá portanto, estar presente nas preocupações políticas dos governos, das Organizações Não Governamentais (ONG) e da comunidade internacional. Esta evolução tem dado frutos significativos em termos de legislação, dado que muitas formas de violência passaram a ser tipificadas e punidas segundo os códigos penais (Vicente, 2002).

Constata-se em muitos casos, que uma das medidas mais eficazes para combater a violência conjugal, são as medidas de coação de afastamento, pronunciado com carácter de urgência pelo tribunal. Assim, o agressor pode receber ordem judicial para sair imediatamente de casa mesmo que seja a sua propriedade, ser proibido pelo tribunal de se aproximar da sua mulher ou de a molestar, seja de que modo for. Verifica-se também que este tipo de comportamento é repetitivo e que mesmo que venha a ocorrer separação ou divórcio, muitas mulheres entram em novas relações onde são maltratadas. Por seu lado, também os homens violentos passam a maltratar a nova companheira, pelo que se impõe a terapia quer à vítima, quer ao homem agressor (Vicente, 2002).

Muitas vezes os agressores são seguidos em terapia por ordem do tribunal, entre os objetivos da terapia encontra-se o de levar o agressor a assumir a responsabilidade das suas ações, pois muitas vezes este nega-as ou minimiza-as. Promove-se também a aprendizagem de comportamentos alternativos, desenvolvimento das capacidades de relacionamento, incluindo a expressão dos seus sentimentos e emoções, a expressão não violenta da cólera, a resolução para os tribunais, sobretudo nos casos em que as mulheres preferem não se separar e, portanto, querem que os maridos sejam ajudados e não castigados (Vicente, 2002).

A legislação é muito importante na questão da violência, pois o seu papel, não é apenas o de punir, mas também o de reconhecer, designar e retirar do silêncio os casos de violência.

Como é evidente, o quadro da violência doméstica é altamente complexo, requerendo portanto respostas igualmente complexas, presta-se a muitos preconceitos construídos quase sempre a partir de experiência pessoal de cada pessoa. Este tipo de crime, como qualquer outro, requer medidas integradas e consistentes de prevenção e apoio (Vicente, 2002).

Etiologia da Violência Doméstica e sua manutenção

Após se tentar perceber o conceito de violência e quais as suas formas de manifestação, será importante compreender quais os mecanismos que estão subjacentes ao surgimento e manutenção da violência nas relações íntimas. São alguns os modelos teóricos que procuram explicar a origem e manutenção desta problemática. Serão então abordados alguns dos modelos explicativos, começando desde logo pelo ciclo da violência que foi proposto por

Walker e enfatiza a dinâmica das relações e como ocorre a sua perpetuação. Será ainda feita uma alusão às teorias socioculturais, à visão feminista, teorias da violência familiar, teorias interpessoais, intrapessoais e teorias mais sistêmicas, como é o caso da teoria ecológica.

Pensando no conceito abrangente de violência doméstica, parece claro que se o objetivo é desenvolver um modelo explicativo que abarque toda a complexidade deste fenômeno, este deva incluir aspectos não só relativos ao indivíduo, bem como ao seu contexto, ao estilo de vida do casal, às características das relações interpessoais que se estabelecem com os mais próximos e a quantidade de interação com os mesmos (Carrasco, 2004), podendo estes modelos servir como uma espécie de avaliação de possíveis fatores de risco.

Ciclo da Violência (Walker, 1979/1989)

Walker (1979) desenvolveu o modelo do ciclo de violência, após entrevistar diversos casais, descrevendo assim, três fases de um ciclo típico de violência. A primeira fase, *aumento da tensão*, é caracterizada por acumulação de tensões do cotidiano por parte do agressor, que não sabe como lidar de forma assertiva e cria um ambiente de perigo eminente para a vítima, que é muitas vezes culpabilizada por essas tensões. A irritabilidade do agressor vai aumentando sem razão aparente para com a vítima e podem desenvolver-se pequenos episódios de violência verbal ou surgir uma escalada até a um estado de tensão máxima. Esta fase inicial pode ter a duração de dias ou anos, pois muitas vezes o ciclo não evolui e a relação é caracterizada por pequenos conflitos e tréguas, mas onde nunca chega a ocorrer violência física. Normalmente a vítima acalma o agressor, tentando conter a sua raiva, demonstrando um comportamento prestativo, passivo e carinhoso (Borin, 2007; Rosmaninho, 2005). Este comportamento adotado pela vítima, funciona durante um certo tempo reforçando a crença irrealista de que possui o controlo da situação (Walker, 2009).

A segunda fase denomina-se de *ataque violento* ou *fase de explosão*, na qual o agressor maltrata violentamente física e psicologicamente a vítima, tendo como resultado graves consequências (Walker, 2009). O objetivo do agressor é demonstrar que tem total controlo e superioridade relativamente à vítima. Depois do episódio é frequente que se siga um período de choque, pautado pela negação e pela justificação ou minimização dos atos do casal (Borin, 2007; Rosmaninho, 2005; Tavares, 2008). Muitas vítimas procuram defender-se e pensam tratar-se de um ato isolado que não voltará a repetir-se futuramente, procurando perdoar o agressor (Peterman & Dixon, 2003). Esta fase termina geralmente quando o agressor para de agredir a vítima porque se apercebe da gravidade da situação, quando a vítima precisa de auxílio médico ou mesmo porque alguém exterior ao casal intervém de algum modo, o que produz uma redução da tensão ao nível fisiológico, reforçando assim o comportamento violento (Walker, 2009).

A última fase é apelidada de *lua de mel*, pois após a tensão ter sido direcionada para a vítima, sob forma de forte violência, o agressor manifesta o seu arrependimento, invocando motivos para que a vítima o desculpe, muitas vezes alegando que foi o comportamento da mesma que o levou a isso. Para reforçar o seu pedido de desculpas, pode tratá-la com delicadeza e tentar seduzi-la, fazendo-a acreditar que, de facto, foi essa a última vez que se descontrolou (Walker, 2000). Esta fase é caracterizada por uma grande ambivalência por parte da vítima, pois o laço existente entre esta e o agressor normalmente intensifica-se, derivado à existência de alguns momentos positivos que levam a vítima a acreditar no compromisso relativamente à relação embora, simultaneamente possa ter receio que tudo possa acontecer novamente. O facto da proximidade emocional se intensificar e do compromisso aumentar, torna muito mais difícil para a vítima sair do relacionamento abusivo (Walker, 2000).

A vítima vivência este ciclo num constante medo, em virtude de toda a violência de que é alvo, mas ao mesmo tempo, com esperança porque acredita no arrependimento e nos pedidos de desculpa feitos por parte do agressor após os episódios de violência e porque apesar da violência podem existir momentos positivos no relacionamento.

O ciclo da violência é assim representado por um *continuum* no tempo, pois repete-se de forma sucessiva, podendo ser cada vez menores as fases de tensão e apaziguamento e cada vez mais intensa a fase do ataque violento. Em sùmula, percebe-se que segundo este ciclo quantas mais vezes se completa um ciclo, menos tempo será necessário para que este chegue ao fim, no futuro. Compreende-se ainda, que se vai intensificando a violência, em intensidade e severidade de forma progressiva ao longo do tempo e por fim, a última fase tende a diminuir o seu período temporal ou mesmo a desaparecer Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005).

As Teorias Socioculturais

As teorias socioculturais, focam-se nos fatores sociais e culturais na tentativa de explicar como a violência contra as mulheres é tolerada e como pode ser encarada como uma função das estruturas e sistemas sociais (Lawson, 2012; Woodin & O'Leary, 2009). As teorias da violência doméstica têm tendência a perspetivar as suas explicações com base nos modelos feministas ou nas perspetivas de violência familiar. Segundo Lawson (2012), a violência doméstica vista pela lente do modelo feminista considera que o problema está fundamentalmente relacionado com os papéis de género e com o domínio patriarcal do homem sobre a mulher. O género é um conceito que surge enquanto referencial teórico para a análise e compreensão de desigualdades entre o que é atribuído ao homem e à mulher. Scott (1995) argumenta que rejeitando de forma clara as explicações biológicas que o termo

sexo possui, o termo gênero passa a indicar as construções culturais e a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres. A autora define assim gênero como uma categoria social imposta sobre corpos sexuados. Os papéis de gênero são nos ensinados e transmitidos como próprios da condição de se ser homem ou mulher, configurando-se enquanto uma imagem idealizada do masculino e feminino. Por conseguinte, a família reproduz a desigualdade social que existe no que se refere às expectativas geradas sobre o comportamento de homens e mulheres. A condição de ser mulher está associada à delicadeza, sensibilidade, passividade, subordinação e obediência, obtendo esta também o papel de cuidadora do lar, da família, do marido e dos filhos, sobretudo pela sua condição biológica de engravidar. Sendo muitas vezes responsabilizada por situações que podem não correr como o esperado neste âmbito. A divisão interna de papéis que admite uma distribuição desigual dos privilégios, direitos e deveres dentro do ambiente doméstico, propiciam muitas vezes uma dinâmica relacional de violência (Deeke, Boing, Oliveira & Coelho, 2009). Mesmo após as transformações históricas que visam cada vez mais a igualdade entre gêneros, as diferenças não podem ser suprimidas, pois são a base das sociedades contemporâneas. Maurício e Gormley (2001) acrescentam ainda, que os agressores que possuem vínculos inseguros como necessidade elevada de controlar a parceira relatam maior violência conjugal.

Primeiramente, este fenómeno era essencialmente visto como assimétrico, influenciado por normas de uma sociedade patriarcal e diversas crenças que incentivavam a dominação e subordinação feminina. No caso de as mulheres exibirem comportamentos violentos, isso seria considerado apenas como uma consequência da violência exercida pelo seu parceiro e não como um problema em si mesmo (Dixon & Graham-Kevan, 2011). Aqui o modelo feminista defendia que para entender as relações violentas há que ter em conta o contexto onde elas ocorrem, ou seja, sempre que o homem adotava papéis sexuais tradicionais e sempre que existia uma grande discrepância entre a opinião do homem e da mulher a cerca dos valores patriarcais, esse contexto seria de grande risco para a ocorrência de violência por parte do parceiro (Leonard & Senchak, 1996).

Esta perspetiva de gênero foi sendo deixada de lado, devido a falhas metodológicas subjacentes e à impossibilidade de se justificar de forma coerente o papel da mulher em todo o contexto (Corvo & deLara, 2010). De facto, num nível mais macro, o tamanho das variáveis que este modelo gera são fracas comparadas a outras perspetivas teóricas (Corvo & Johnson, 2007). No entanto, as críticas são aceites e o modelo feminista reconhece que o seu corpo de conhecimento é situacional. Atualmente, alguns tópicos contemplados por esta mesma teoria surgem baseados em pontos de vista interseccionais de raça, classe, gênero, sexualidade, deficiência e cultura (Harding, 2008; Dimond, Fiesler & Bruckman, 2011).

De outro modo, as teorias da violência familiar, consideram que a violência por um parceiro íntimo é apenas um dos tópicos dentro da violência familiar. Assim sendo, a unidade de

análise seria a família (em detrimento de ser o casal ou o indivíduo), a violência conjugal expressaria o conflito existente dentro da família (Lawson, 2012).

Por seu lado, as teorias interpessoais explicam o porque de a violência entre parceiros íntimos existir numas famílias e em outras não. Ao observar as relações existentes na família e nos amigos a criança, poderá aprender, através de modelamento, relações violentas (Bell & Naugle, 2008). Esta aprendizagem social com a família, o tipo de vínculo estabelecido, o reforço do comportamento violento e o grau de conflito entre as relações dos adultos, são possíveis fatores de risco para a violência (Lawson, 2012; Bell & Naugle, 2008; Woodin & O'Leary, 2009).

Por oposição, a estas teorias, surgem também as intrapessoais, que tentam explicar o fenómeno da violência conjugal, como resultado inato dos fatores biológicos e sociais e do seu funcionamento a nível psicológico (Woodin & O'Leary, 2009). Então, a raiva e hostilidade, a hereditariedade, algumas perturbações de personalidade e o abuso excessivo de álcool e drogas são tidos em conta como fatores de risco para a perpetração do comportamento violento contra o parceiro íntimo.

A propensão para a raiva conduz a comportamentos violentos, segundo algumas teorias multifacetadas, visto que causa mudanças no afeto, cognição e níveis de ativação (Anderson & Bushman, 2002). Os autores Norlander e Eckhart (2005), numa meta-análise que elaboraram, depararam-se com a evidência de que homens fisicamente violentos demonstraram níveis moderadamente elevados nas experiências e expressões da raiva e hostilidade que os homens não violentos, mesmo no caso de estes últimos se encontrarem em relações violentas.

Foram feitas várias tentativas para identificar características psicopatológicas e personalísticas que pudessem aumentar o risco de comportamentos violentos (Bell & Naugle, 2008). Existem estudos que revelam que as características antisociais em jovens adultos, aumenta a probabilidade, tanto no género feminino como no masculino, de ocorrer violência entre parceiros. Também as características inerentes à perturbação de personalidade borderline se associam a respostas mais impulsivas e agressivas quando são confrontados por tensões e conflitos na relação.

A consideração de estruturas multifatoriais como explicativas da etiologia da violência conjugal, em detrimento da consideração de fatores isolados, resulta na elaboração de modelos de ordem mais sistémica. Esta visão multidimensional, sugere que a violência por parceiro íntimo resulta da amálgama de interações entre as várias características inerentes ao sujeito e ao seu meio envolvente e não apenas causado por um sistema individual (Stith, Smith, Penn, Ward & Tritt, 2004).

O modelo ecológico, foi proposto por Dutton e tem por base a interpretação do comportamento violento nas relações íntimas considerando não apenas o indivíduo, mas também o ambiente envolvente e as relações que o indivíduo estabelece (Lawson, 2012; Woodin & O’Leary, 2009). São identificados neste modelo, quatro níveis de análise que estão relacionados e acolhidos num mais amplo. O primeiro é o mais amplo e dá pelo nome de *macrossistema* - refere-se ao sistema de crenças e valores culturais onde se originam as desigualdades do género e as normas sociais de agressão. Seguidamente, encontra-se o *exossistema*, que é caracterizado pela conexão das famílias à cultura onde estão inseridas, particularmente, as oportunidades ao nível económico, grau de contacto entre os géneros e a integração na comunidade. Neste segundo nível, o emprego, a educação e o nível de stress apresentam uma forte ligação com o comportamento violento (Casique & Furegato, 2006). O terceiro nível, é apelidado de *microsistema* e engloba as características individuais e da família. Associados a este nível, salientam-se como fatores de risco para a violência conjugal, o ciúme, a baixa satisfação conjugal e história de violência física e emocional (Stith et al., 2004). E por fim, o quarto nível de análise, refere-se aos fatores ontogénicos, englobando assim as experiências afetivas, cognitivas e psicológicas do indivíduo. Aqui, os fatores de risco associados à violência são o abuso de substâncias, raiva, hostilidade, depressão e antecedentes de comportamentos agressivos (Casique & Furegato, 2006; Stith, et al., 2004).

Outro destaque vai para o modelo de três níveis das influências percebidas na violência por parceiro íntimo, no sentido em que define os diversos níveis consoante a sua proximidade ao comportamento violento. O primeiro nível é denominado de história e atributos pessoais do agressor e da vítima, contempla atributos mais estáveis do indivíduo, como a personalidade agressiva, atitudes ou crenças conducentes da violência e experiências da infância relacionadas com a possibilidade de aumentar a probabilidade de se ser agressivo (Flynn & Graham, 2010). O último nível é referente aos precipitantes de violência, onde se incluem atos do parceiro considerados provocativos ou agressivos, estado emocional e mental do agressor, questões de comunicação, demonstrações de poder e autoridade e outros fatores situacionais (Flynn & Graham, 2010). Os fatores localizados no nível um, podem servir para explicar o comportamento agressivo mas podem também, ser mediados por circunstâncias de vida, enquanto os fatores do nível dois, podem também ser observados como explicação suficiente ou ser mediado por percursos imediatos (Flynn & Graham, 2010).

Epidemiologia e o impacto da violência doméstica

Detetar os casos de violência doméstica contra a mulher, revela-se de extrema importância, no sentido em que permite caracterizar o fenómeno em termos de contextos, protagonistas e fatores associados, fazer uma estimativa da sua prevalência, traçar padrões evolutivos e,

ainda, avaliar a eficácia das políticas institucionais (e.g. campanhas informativas de sensibilização, despiste nos hospitais e serviços de ação social) (Matos, 2006).

De facto, os números estimados, em termos globais, são alarmantes, alguns estudos preveem que pelo menos uma em cada três mulheres foi/será vítima de violência sob diversas formas de abuso e 50% dos homicídios cometidos sobre as mulheres é/será perpetrado pelo seu parceiro (Fundo para o Desenvolvimento das Mulheres, Nações Unidas, 2003, citado por Sevrer, Dawson & Johnson, 2004).

A OMS levou a cabo um estudo em 10 países e revelou uma prevalência de violência doméstica que variava de 13% a 61% ao longo da vida e de 3,1% a 29% no último ano (Garcia-Moreno, Jansen, Elsberg, Heide, & Watts, 2006). A prevalência de violência física variou entre os 13% no Japão e os 61% no Peru, muito embora, em outros países a prevalência localizava-se entre os 23% e os 49%. A violência sexual situou-se numa prevalência entre 10% a 50%. De referir que as mulheres afirmavam ter experienciado várias vezes ou muitas vezes atos de violência no último ano antes das entrevistas serem feitas, o que demonstra um padrão de abusos que ocorrem de forma continuada e não apenas de um acontecimento isolado no tempo (Garcia-Moreno, Jansen, Elsberg, Heide, & Watts, 2006).

Investigações foram feitas em 35 países, antes do ano de 1999, onde foi comprovado que entre 10 a 52% das mulheres tinham sofrido algum tipo de abuso físico por parte do seu parceiro, em algum momento da sua vida. A acrescentar a isto, também se concluiu que entre 10 a 30% tinham sido vítimas de violência sexual (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002). Também os autores Tjaden e Thoenes, no ano 2000, concluíram que mais de três quartos das mulheres desde os 18 anos de idade sofreram de violência, por parte do parceiro, ou do ex-companheiro íntimo, estimando uma tendência de aumento.

De acordo com Chang, Decker, Moracco, Martin, Petersen & Frasier (2005) estima-se que, em algum momento de sua vida, entre 20 a 30% das mulheres e cerca de 7,5% dos homens são abusados psicologicamente ou fisicamente por um parceiro íntimo. Concretamente nos Estados Unidos da América, cerca de 1,3 milhões de mulheres foram abusadas fisicamente pelo parceiro (Sartin, Hansen & Huss, 2006), reportando-se cerca de 5,3 milhões de episódios violentos todos os anos (Klap, Tang, Wells, Starks & Rodriguez, 2007).

No que concerne à União Europeia, uma em cada cinco mulheres já sofreu alguma forma de violência por parte de um parceiro íntimo (Biezma & Guinea, 2006), apontando-se para uma prevalência de 10 a 36% (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010). Machado, Gonçalves, Matos e Dias (2007) fazem referência a estudos que situam as taxas de prevalência de vitimação ao longo da vida entre os 23% (Inglaterra) e os 32% (Espanha). Em 2004, na Alemanha, um estudo revelou que a maior parte da violência praticada contra as mulheres ocorre no contexto da sua própria casa, sendo que em mais de 75% dos casos de violência física, psicológica ou

sexual a vítima conhecia o perpetrador. Ainda de acordo com este estudo, uma em quatro mulheres refere ter sido vítima de violência física ou sexual por parte de um parceiro íntimo (Müller & Lebenssituationen, 2004 cit. in Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010). Já na Suíça, e tendo em conta o primeiro estudo representativo, a prevalência de violência física e sexual é de 21% apontando-se valores de 40% para o abuso psicológico (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010). No Reino Unido, uma em cada quatro mulheres, experiencia em algum ponto da sua vida um episódio de violência doméstica (Lazenbatt, Taylor & Cree, 2007).

Segundo o Instituto de la Mujer (2005), estima-se que no espaço europeu uma em cada cinco mulheres seja vítima de violência doméstica. A acrescentar ainda, torna-se importante fazer referencia que segundo esta mesma fonte, que em Espanha a taxa de denúncia por parte da mulher por crime de violência cometida na intimidade tem aumentado de forma significativa de 43313 casos no ano de 2002 para 57527 no ano de 2004.

Relativamente aos países desenvolvidos, como no Canadá, Estados Unidos e Reino Unido a prevalência deste fenómeno situa-se nos 18-31% (Sev`er, Dawson & Johnson, 2004). Comparativamente a estes dados, nos países não desenvolvidos, as taxas de prevalência são mais catastróficas, chegando a obter taxas de 70% no Ghana e 52% na Nicarágua Ellsberg et al.,1999, cit. Machado & Dias, no prelo.

Concretamente em Portugal, de acordo com as estatísticas efetuadas pela APAV (2011), estima-se que o crime de violência doméstica foi sinalizado em 82% das situações, apresentadas pelos utentes da mesma instituição no ano de 2010, o que corresponde a 13 866 casos. Registou-se cerca de 30% de abusos físicos e 36,8% de abusos psicológicos. Segundo o Relatório Anual de Segurança interna (2010), foram registadas 31 235 participações de violência doméstica, tendo por base os valores reportados pela GNR (12 742) e pela PSP (18 493). Relativamente aos distritos, os que apresentaram o maior número de participações foram os distritos de Lisboa (7 314), Porto (6 355), Setúbal (2 506), Aveiro (2 085) e Braga (1 838). Pode ainda afirmar-se que em 63% dos casos a vítima era conjugue ou companheira do agressor denunciado, em 15% dos casos era ex-companheira, 12% filha (o) ou enteada (o), 7% dos casos correspondiam a ser mãe/pai/padrasto/madrasta e ainda 3% correspondentes a outro tipo de situações. No primeiro semestre do ano de 2011, foram registadas 14508 participações, sendo que 5596 foram obtidas pela GNR e 8912 pela PSP, correspondendo assim a uma média de 2418 de participações mensais e 80 participações diárias. Embora se tenham verificado menos 700 participações no período homólogo do ano anterior, os distritos onde se registaram mais participações continuam a ser os mesmos referidos acima, representando no conjunto 65% das participações. Registou-se a tendência para uma maior proporção de participações à 2ª feira (17,3%) e uma maior proporção de ocorrências ao fim de semana (35%) registando-se mais participações durante a noite (34%), seguindo-se a tarde (33%) sendo que a maioria das ocorrências sucedeu-se à noite ou de madrugada (55%) (Núcleo de Estudos e Análise Prospetiva em Segurança Interna, 2011).

No que se refere às vítimas de violência, 83% eram do gênero feminino, situavam-se na faixa etária dos 30-45 (8,4 %) e com 8,3% teriam mais de 65 anos, 36,1% das vítimas era casada e 41,7% tinham uma família nuclear com filhos. Relativamente à ocupação, 29,7% trabalhavam por conta de outrem (APAV, 2012).

O autor do crime de violência doméstica é por seu lado predominantemente do gênero masculino (78%) e situam-se preponderantemente na faixa dos 35- 40 anos (7,9%). Em 35,9% dos casos existia uma relação de conjugalidade, seguido de 13,9% de companheiro (a). A ênfase no tipo de violência foi de 33,3% para a violência psicológica, seguindo-se com 28,1% os maus tratos físicos (APAV, 2012).

Segundo (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002) as consequências do abuso são profundas e estendem-se desde as questões de Saúde e felicidade dos indivíduos, até ao bem-estar da família e comunidade. Viver num relacionamento violento afeta a autoestima da mulher e por conseguinte a sua capacidade de participar no mundo. Os autores referem ainda que as vítimas de abuso ficam frequentemente restritas na forma como acedem aos serviços, como participam na vida pública e como recebem apoio emocional de amigos e parentes. A capacidade de cuidar adequadamente de si e dos filhos ou de procurar emprego e progredir na carreira fica também diminuída.

A literatura revela que viver com um parceiro abusivo pode ter um impacto profundo na saúde da mulher. A violência tem sido assim associada a diferentes consequências para a Saúde, tanto a nível imediato como a curto prazo (Krug et al., 2002). De um modo geral, as investigações concluem que a influência do abuso pode persistir por muito tempo após o abuso em si ter terminado (Felitti et al., 1998), quanto mais grave for o abuso a que a mulher foi sujeita, maior o seu impacto sobre a saúde física e mental e que o impacto dos múltiplos episódios de abuso e os diferentes tipos de abuso parecem ser cumulativos (Felitti et al., 1998).

Muitas são as consequências negativas que podem advir de vivências violentas, numa primeira instância desde logo salientam-se os problemas relacionados com a Saúde física, mental e de bem-estar da vítima (Campbell, Baty, Laughon, & Woods, 2009). No caso da violência física, os mecanismos diretos serão os traumatismos (fraturas, hemorragias, deformidades físicas) ou problemas de carácter mais crónico (dor crónica e osteoartrite) (Miranda, Paula, & Bordin, 2010). De forma indireta o stress psicológico crónico que potenciará níveis elevados de tensão arterial, problemas cardíacos e do sistema gástrico, geniturinários, problemas da higiene do sono, perda de apetite e perturbações mentais (Miranda, Paula, & Bordin, 2010). Como queixas psicossomáticas mais frequentes estão as dores no peito, costas e abdómen, assim como doenças gastrointestinais e distúrbios na menstruação e saúde reprodutiva (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010; Nelson, Nygren, Mclnerney & Klein, 2004. A longo prazo podem advir ainda problemas neurológicos (convulsões e desmaios), decorrentes de possíveis

traumatismos cranianos (Campbell, Baty, Laughon & Woods, 2009). Outra possível lesão, não tão estudada, mas com consequências graves a longo prazo é a anoxia cerebral, resultante de episódios de estrangulamento e asfixia podendo causar graves problemas neurológicos (Glass, Laughon, Campbell, Chair, Block, Hanson, Sharps & Taliaferro 2007).

Ao nível das consequências psicológicas e comportamentais decorrentes de vivências violentas podem destacar-se a depressão e ansiedade (Campbell, 2002; Day et al., 2003; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002), perturbações alimentares e do sono, perturbação de pânico, fobias, perturbações psicossomáticas, baixa autoestima, tentativas de suicídio, problemas de concentração, sentimentos de vergonha e culpa e comportamentos de risco - abuso de substâncias e tabagismo. O autor Bonomi (2006) relata através da sua investigação, que mulheres que foram vítimas de violência têm uma maior probabilidade de ser ou terem sido fumadoras e consumidoras de abuso excessivo de álcool ou substâncias psicoativas (Ford-Gilboe, Wuest, Varcoe, Davies, Merritt-Gray, Campbell & Wilk, 2009).

A repercussão mais severa da violência na saúde física é o homicídio (Campbell e colaboradores, 2003), sendo que entre 30 a 40% de mulheres são mortas nos Estados Unidos por um parceiro ou ex-companheiro (Campbell, Baty, Laughon & Woods, 2009). No caso de Portugal, no primeiro semestre de 2011 foram registados quatro casos de morte da vítima (Núcleo de Estudos e Análise Prospetiva em Segurança Interna, 2011).

De salientar, que para além de todas estas consequências nefastas referidas, existem ainda outro tipo de impacto, a nível familiar, social, laboral e financeiro. No que se refere ao trabalho o absentismo, a descida de produtividade e os distúrbios provocados pelo agressor no local de trabalho pode potenciar a longo prazo, instabilidade laboral e empobrecimento da mulher vitimizada (Swanberg, Logan & Macke, 2005). No contexto familiar, possíveis consequências poderão ser o divórcio e a vivência de violência de forma indireta por parte dos filhos. As vitimas sobretudo no que diz respeito ao abuso físico e/ou sexual correm ainda maiores riscos de sofrer hospitalizações e acedem mais frequentemente ao sistema de cuidados de Saúde pelo que este fenómeno terá também impacto em termos financeiros (Krug et al., 2002). Ao nível familiar, de referir por exemplo que os filhos que testemunham violência entre os pais têm maior risco de apresentar problemas de adaptação social, delinquência e perturbações mentais, tanto na infância como posteriormente na vida adulta, além de futuramente poderem vir a tornar-se perpetradores ou vítimas de violência conjugal (Miranda & Bordin, 2010).

Fatores de Risco associados a Violência por parceiro íntimo

Segundo Palmer (2001) a maioria da investigação referente à avaliação de risco, tem-se concentrado na predição do comportamento criminal, procurando estabelecer quais os fatores de risco que estão associados à reincidência da violência (Palmer, 2001). A avaliação de risco da violência conjugal pode ser explicada como um processo de recolha de informação, acerca das pessoas envolvidas, para tomar decisões de acordo com o risco de reincidência da violência (Kropp, 2004; Kropp, Hart, Webster, & Eaves, 1998, citados por Almeida & Soeiro, 2010).

Stith e McMonigle (2009) alertam para a importância da utilização dos fatores de risco enquanto preditores de violência futura, pois este conhecimento possibilitará essencialmente que os esforços incidam na prevenção da mesma, possibilitando também o acesso aos passos que devem ser tomados para minimizar os riscos (Almeida & Soeiro, 2010). Assim, a compreensão desses mesmos fatores de risco é essencial para gerar linhas orientadoras que tenham como alvo a prevenção e intervenção. Os autores referem ainda, que o facto de existirem escassos estudos longitudinais, não nos permite generalizar que estes fatores precedem a violência, apenas que estes tendem a ocorrer concomitantemente com ela.

Hart (2001, citado por Almeida & Soeiro, 2010) acrescenta também, que para conseguir prever se o perpetrador irá ou não reincidir violentamente, será necessário avaliar outras premissas, tais como, natureza, iminência, severidade e frequência da avaliação.

De acordo com Kropp (2007) existem 5 princípios básicos inerentes à avaliação de risco da violência conjugal, sendo estes, a) a utilização de múltiplas fontes de informação, b) a identificação de fatores de risco com suporte na literatura, c) o consentimento informado da vítima, d) a utilização de instrumentos com linhas de orientação e e) a gestão do risco. O primeiro princípio requer que o avaliador obtenha informação a partir de múltiplos métodos, o que preferencialmente deveria incluir uma entrevista com o agressor, uma entrevista com a vítima, consulta do registo criminal, avaliação psicológica e outras fontes de informação consideradas relevantes por parte do avaliador. O segundo princípio baseia-se na preocupação, por parte do técnico que avalia, considerar apenas fatores de risco com suporte teórico e empírico: história de abusos físicos, sexuais e emocionais para com os parceiros íntimos; acesso ou uso de armas; atitudes e comportamentos antissociais; relacionamentos instáveis, incluindo histórico de separações ou divórcios; presença de eventos de vida stressantes, incluindo problemas financeiros, de desemprego ou perdas recentes; vítima ou testemunha de violência na infância; problemas mentais ou perturbações da personalidade; resistência à mudança e motivação para o tratamento e atitudes que suportam a violência. (Kropp, 2007; Kropp & Hart, 2000, citados por Almeida & Soeiro, 2010). O terceiro princípio diz respeito à necessidade de ser cauteloso quando se efetua a avaliação de risco a partir de

entrevistas com agressores conjugais, pois estes podem negar ou minimizar a sua responsabilidade. Daí ser importante integrar a informação dada pela vítima, desde que exista um foco de avaliação em certos domínios da vida do agressor e desde que a vítima seja informada de todos os parâmetros da avaliação e que a informação obtida possa ser comparada com a informação apresentada pelo agressor (Kropp, 2007, citado por Almeida & Soeiro, 2010). Relativamente ao quarto princípio, Dutton & Kropp, 2000, citados por Almeida & Soeiro, 2010), referem que se relaciona com a exigência de utilizar instrumentos de avaliação de risco que contenham linhas orientadoras, já que ultimamente têm surgido alguns instrumentos de avaliação de risco de violência conjugal. Neste contexto são referidos alguns instrumentos considerados como tendo maior suporte, sendo um deles o *Ontario Domestic Assault Risk Assessment* (ODARA, Hilton, Harris, Rice, Lang, & Cormier, 2004) que avalia a frequência e severidade das ofensas, a história de violência e comportamento antissocial do agressor, os detalhes do último episódio violento e as circunstâncias pessoais das vítimas (Almeida & Soeiro, 2010). Por fim, o quinto e último princípio relaciona-se com a gestão do risco, ou seja, depois de se constatar a presença ou não dos fatores de risco, os avaliadores/técnicos devem identificar e determinar quais são as estratégias de gestão mais relevantes a partir de quatro categorias: monitorização/vigilância; avaliação/tratamento; controlo/supervisão e planos de segurança da vítima (Kropp, Hart, & Lyon, 2002, citados por Almeida & Soeiro, 2010).

A atividade dos avaliadores prende-se com o determinar se vários fatores (e.g atitudes e crenças a cerca das mulheres, problemas de relacionamento, perturbação mental) influenciaram ou irão influenciar decisões futuras. O objetivo é assim efetuar a avaliação do indivíduo para caracterizar o risco de futura violência e compreender como e porquê os indivíduos escolhem agir de forma violenta e determinar quais os fatores que podem contribuir para que futuramente opte pela violência (Hart, 2001; Kropp, 2004, citados por Almeida & Soeiro, 2010).

Como fatores de risco associados à prática de violência, a tendência é a de se considerar a interação de vários, nomeadamente os pessoais, situacionais e socioculturais de forma combinada, tal como salientam os autores (Day et al., 2003).

A identificação de características que estão na base do comportamento criminal, é importante para melhor compreender o crime e para o desenvolvimento de intervenção e/ou pena para os criminosos. A investigação tem identificado diferenças entre infratores violentos e não violentos (Lynam, 2004, citado por Swogger, Walsh & Kosson, 2007). Contudo, tem sido dada menos atenção a diferenças potencialmente interessantes em determinadas classes de criminosos violentos. Os agressores de violência doméstica têm sido alvo de atenção considerável pela investigação, o que se poderá refletir programas especializados nas diferenças entre agressores e outros criminosos violentos (Swogger, Walsh & Kosson, 2007). Assim, as características individuais, quer das vítimas, quer dos agressores, particularmente o

sexo, idade, nível de instrução, o estatuto socioprofissional, autonomia financeira, identidade religiosa e política e consumo de substâncias (drogas e álcool), revelam-se importantes na compreensão do fenômeno da violência conjugal. Também como fatores de risco foram identificados os aspectos associados à vivência anterior no contexto do processo de socialização primário, no seio da família de origem, bem como, o contexto social mais próximo na tentativa de identificar a rede social ou a eventual existência de processos de isolamento ao nível familiar e social.

No que concerne aos fatores do agressor, destacam-se como características pessoais, o facto de ser homem, ter presenciado violência conjugal ou sofrido de abuso durante a sua infância/adolescência, ter a figura paterna ausente, consumo de bebidas alcoólicas e/ou drogas. No que respeita a relação, os fatores importantes a ter em consideração são a existência de conflito conjugal e existir um controle masculino da riqueza e da tomada de decisão na família. Por seu lado, também os fatores relacionados com a sociedade e comunidade podem influir neste fenómeno, a pobreza, isolamento ou associação a amigos delinquentes, as normas socioculturais que concedem aos homens o controle sobre o comportamento feminino, associando os homens à dominação, honra e agressão bem como a aceitação de violência como forma de resolução de conflitos (Day et al., 2003).

Comportamento de ciúme ou perseguição

O ciúme é um sentimento de dimensão variável, pode ser um catalisador de discussões ou transformar-se mesmo num promotor de crimes passionais (Santos, 2011). O ataque feito através do ciúme exerce a função interpessoal de tentar controlar o outro, através da culpa que o outro possa sentir.

Segundo Weisz, Tolman e Saunders (2000, citados por Stith & McMonigle, 2009) o ciúme é algo que está presente amiúde em relacionamentos abusivos e que se relaciona com a severidade do abuso e homicídio. O ciúme tem vindo a ser relacionado com a escalada de violência. Num estudo, Champbell (1992, citado por Stith & McMonigle, 2009) concluiu que 64% dos homicídios referentes às mulheres vítimas de violência doméstica, envolviam o ciúme dos homens. Por seu lado, a perseguição apresenta-se como uma causa adicional de preocupação para as vítimas, sendo também um fator de risco para a escalada de violência.

De acordo com Conner, Duberstein, Conwell e Caine (2003, citados por Kerr & Capaldi, 2011) o ciúme pode ser uma forma de estilo atribucional de hostilidade e uma forma de propensão para a amargura e humor negativo seguindo-se muitas vezes o conflito que tem sido relacionado com agressão reativa.

No ciúme patológico, diversas emoções são vivenciadas, tais como, a ansiedade, depressão, raiva, insegurança, vergonha, humilhação e desejo de vingança. O sujeito portador de ciúme patológico estaria assim numa encruzilhada emocional, vivenciando muitas vezes de um modo distorcido o amor, de uma forma depreciativa e doentia (Caridade, 2011).

História passada de violência ou comportamento impulsivo

Uma história passada de violência ou outros comportamentos impulsivos, está frequentemente relacionada com violência futura. Torna-se assim, importante compreender episódios de violência que tenham ocorrido no passado dos sujeitos, em que circunstâncias ocorreram, isto é, em que tempo e em que espaço, quem estava presente, o que recorda do (s) episódio (s), o porquê de o sujeito ter sido violento e o que poderia ter sido feito para evitar o comportamento violento.

Um agressor com uma história prévia de violência poderá ter um risco acrescido de estar inserido em violência conjugal mesmo que esse comportamento prévio, nada tenha a ver com a sua parceira (Kropp, 2005, citado em Stith & McMonigle, 2009). Os investigadores e clínicos denotaram que geralmente os homens violentos, tanto os que são violentos dentro como fora de casa, se envolvem mais facilmente em atos frequentes e severos de violência nas relações íntimas do que os homens que não são violentos fora de casa. Além do mais, foi demonstrada uma ligação entre os antecedentes criminais do agressor e homicídio (Campbell, 1992, citados em Stith & McMonigle, 2009) e a reincidência (Babcock e Steiner, 1999, citados em Stith & McMonigle, 2009). Num estudo de Block & Christakos (1995, citados em Stith & McMonigle, 2009) concluiu-se que uma percentagem de 40% dos homens que tinham morto as suas companheiras já tinham sido detidos por crime violento no passado. Estas investigações revelam que muitos agressores já tiveram contacto com o sistema legal de alguma forma. Intervir para prevenir violência futura nas relações íntimas durante os programas de reabilitação do agressor, deverá ser um dado importante a ter em consideração.

Abusos na infância

Tem sido demonstrada uma forte relação entre crianças abusadas e a ocorrência de violência nas relações íntimas (Gondolf, 1988; McCloskey, 1996; Ross, 1996, citados por Stith, & McMonigle, 2009). O abuso de pai para filho está associado frequentemente com a ocorrência de abuso físico do homem para com a mulher. Existe uma relação clara e recíproca entre o abuso em criança e a violência nas relações íntimas, o que implica que existindo a presença de uma pode indicar um elevado risco para as famílias. Também o facto de ter presenciado

ou sido vítima direta de violência em relacionamentos íntimos enquanto criança está associado com a perpetuação da violência enquanto adulto (Ernst, A. A., Weiss, S. J. & Enright-Smith, S. (2006). A violência na família de origem como fator de risco para a existência de violência nas relações tem vindo a ser suportada pela literatura.

Agressão física prévia na relação íntima atual ou passada

A história de qualquer agressão física num relacionamento íntimo é estabelecida como um fator de risco para a reincidência (MacEwen & Barling, 1988; Weisz et al., 2000, citados por Stith, & McMonigle, (2009) e por diversas formas de abuso severo. Estudos têm demonstrado que os homens com longas histórias de abuso têm uma maior probabilidade de continuarem a ser violentos e a tornarem-se ainda mais violentos do que homens com pequenas ocorrências de violência. Daí ser importante ter acesso à história de violência de ambos os parceiros, tanto da mulher como do homem.

Abuso verbal e emocional no relacionamento atual ou passado entre parceiros íntimos

Também a agressão verbal e emocional é um importante fator de risco de violência na relação. Existe uma relação significativa entre o nível de severidade de violência física e a presença de abuso emocional e verbal (Jacobson, Gottman, Gortner, Berns & Shortt, 1996; Margolin, John & Foo, 1998; Vivian & Malone, 1997, citados por Stith & McMonigle, 2009). Apesar desta associação, Stets (1990, citado por Stith & McMonigle, 2009) encontrou que 50% dos casos que envolviam este tipo de agressão ocorriam sem violência física. Concluiu-se que a agressão verbal ocorre mesmo sem existir violência física, mas raramente ocorre violência física sem se fazer acompanhar de violência emocional. Uma história de violência psicológica é assim um importante fator na avaliação do risco para ambos, homem e mulher em termos da perpetuação da agressão. Uma das ideias preconcebidas acerca da violência entre parceiros íntimos refere-se ao facto de se pensar apenas que este tipo de violência é apenas do foro físico. Assim, torna-se crucial providenciar esclarecimentos para que se tome consciência do papel significativo de outras formas de abuso na violência física e na escalada de violência.

Psicose

Segundo Anderson e Silver (1999, citado por Rosenfeld & Pivovarova, 2008) a psicose, não sendo um diagnóstico propriamente dito, traduz-se num sintoma que pode estar presente em perturbações médicas e neurológicas, perturbações de abuso de substâncias, esquizofrenia, perturbação delirante, perturbação de humor sobretudo em estados de mania. A presença de psicose, independentemente da perturbação em questão, aumenta o risco de violência. Pacientes esquizofrênicos do tipo paranoide, podem ter delírios persecutórios, pelo que muitas vezes podem retaliar contra a suposta fonte de perseguição. Também as alucinações frequentes neste quadro clínico podem resultar em comportamentos violentos e até homicídios (Dixon, Haas, Weiden, Sweeney & Frances, 1991). Outras características inerentes à esquizofrenia à parte destes processos psicóticos, podem igualmente incrementar o risco de violência, devido à sua desorganização generalizada do pensamento, falta de controlo de impulsos acompanhada por vezes de grande atividade psicomotora.

Psicopatia

Segundo Hart (1998), a psicopatia é um consistente marcador de risco para a violência, e apesar de não ser considerado fator suficiente para a avaliação do risco, deveria ser considerado em qualquer avaliação de risco de violência embora seja considerado razoável.

A psicopatia é uma das perturbações da personalidade mais estudada, devido ao forte impacto negativo que os comportamentos associados a esta perturbação possuem no meio onde o psicopata vive (Gonçalves, 2002; Soeiro & Gonçalves, 2010). Igualmente para Rosenfeld e Pivovarova (2008) a psicopatia é provavelmente um dos fatores de risco para ocorrência de violência futura mais bem estabelecido. O conceito de psicopatia tem sido utilizado para descrever indivíduos que se envolvem em comportamentos violentos e criminosos, que não mostram nenhum remorso ou empatia pelas vítimas.

De forma genérica, os estudos indicam que esta se manifesta numa série de condutas que são resultado de fatores biológicos e da personalidade, relacionados com uma série de antecedentes familiares e outros fatores ambientais. O conceito clínico de psicopatia assenta na presunção de que existem certos indivíduos que partilham um conjunto de traços de personalidade associados a certos sintomas. Cleckley apresentou um perfil de psicopatia, indicando que os traços mais significativos da perturbação são: (1) encanto superficial e boa inteligência; (2) inexistência de alucinações ou de outras manifestações de pensamento irracional; (3) ausência de nervosismo ou de manifestações neuróticas; (4) ser indigno de confiança; (5) ser mentiroso e insincero; (6) egocentrismo patológico e incapacidade para amar; (7) pobreza geral nas principais relações afetivas; (8) vida sexual impessoal, trivial e

pouco integrada; (9) ausência de sentimentos de culpa ou de vergonha; (10) perda específica do insight; (11) incapacidade para seguir qualquer plano de vida; (12) ameaças de suicídio raramente cumpridas; (13) raciocínio pobre e incapacidade para aprender com a experiência; (14) comportamento fantasioso e pouco recomendável com ou sem ingestão de bebidas alcoólicas; (15) incapacidade para responder na generalidade das relações interpessoais; (16) exibição de comportamentos antissociais sem escrúpulos aparentes. Segundo o autor, a característica mais marcante de um psicopata é a deficiente resposta afetiva perante os outros, o que justificaria a forte relação com comportamentos antissociais. Para Gonçalves (2002) e Soeiro e Gonçalves (2010) é sobretudo no trabalho de Cleckley (1941/1976) que se baseiam as definições mais recentes deste conceito, sobretudo aquelas que se integram numa vertente mais clínica.

Assim, o psicopata não se sente culpado pelos vários importunos causados a si mesmo e a outrem, em função de suas ações irresponsáveis. Geralmente, ele exime-se de qualquer responsabilidade por tais importunos e acusa diretamente outros. Outras vezes, numa espécie de encenação, refere que os seus problemas são devidos aos seus erros, porém, quando questionado sobre que problema e que erros estariam em questão, a incoerência de suas respostas demonstra que a sua noção de culpa é apenas aparente. É difícil compreender a natureza subjacente aos atos antissociais, dada a aparente falta de lógica dos mesmos - o psicopata comete diversos de atos desonestos, colocando-se constantemente em situações de alto risco. Outra marca característica do psicopata é seu egocentrismo que pode ser confirmado pela sua indiferença ao sofrimento que provoca nas pessoas, às quais diz amar. Atualmente, “psicopatia” (ou “sociopatia”) é sinónimo de “personalidade antissocial”, que denota uma disposição permanente do carácter no sentido da agressividade, da crueldade e da malignidade, determinando inexoravelmente o mal de outrem caracterizando a perversão social. A psicopatia é certamente uma das perturbações de personalidade que apresenta consequências sociais mais graves, dadas as condutas antissociais dos psicopatas, associadas ao delito e ao crime.

A Psicopatia pratica um importante papel nos diagnósticos clínicos e forenses, no planeamento de tratamento, na avaliação de risco e definição de decisões. Este conceito é um preditor de reincidência de violência numa variedade de populações e contextos (Rosenfeld & Pivovarova, 2008). A Psicopatia tem sido medida através do PCL e pela sua posterior revisão (PCL-R; Hare, 1991). Este instrumento foi desenvolvido para medir os conceitos fundamentais da psicopatia e tem sido validada em investigações de saúde mental e forense. A relação existente entre a presença de comportamentos violentos e a sintomatologia psicopática está fundamentada. Contudo, a importância da psicopatia na violência doméstica ainda não está bem explicitada e não são muitos os dados disponíveis atualmente (Femández-Montalvo & Echeburúa, 2008).

Elevados níveis de raiva e hostilidade

A Hostilidade tem sido entendida como um constructo atitudinal envolvendo a antipatia e a avaliação negativa dos outros, podendo também ser conceptualizada como um traço cognitivo de desvalorização do património e dos motivos dos outros, uma visão relacional de estar em oposição em relação aos outros, e um desejo de infligir dano ou ver os demais prejudicados. A hostilidade também é vista como um conceito multifacetado que engloba o afeto e o comportamento expressivo, para além de atitudes negativas. Envolve sobretudo as variáveis cognitivas de cinismo, desconfiança e difamação.

A definição de raiva, baseia-se em alguns índices como a ativação fisiológica, a fenomenologia subjetiva ou o construtivismo social. Contudo, estas definições não abrangem de forma suficiente a constelação de experiências que ocorrem durante um episódio de raiva. Um episódio de raiva, contemplaria uma panóplia de respostas fisiológicas de alarme, comportamento de fuga/ataque, e cognições relacionadas com a transgressão. Por isso mesmo, as definições mais atuais deste constructo consideram-no como multidimensional, consistindo em respostas fisiológicas (ativação geral do sistema simpático; função de certos neurotransmissores), cognitivas (crenças irracionais, pensamentos automáticos negativos, imagens inflamatórias), fenomenológicas (consciência subjetiva e rotulagem dos sentimentos de raiva) e comportamentais (expressões faciais, expressão verbal de raiva, estratégias comportamentais) (Norlander & Eckhardt, 2005).

A maioria dos investigadores assume que esta pode ser um predisponente para episódios frequentes de raiva motivando muitas das vezes comportamentos agressivos e vingativos (Norlander & Eckhardt, 2005). Um elevado nível de hostilidade e raiva é um fator de risco na agressão de homens para com mulheres (Dutton, 1995b; Maiuro, Cahn, Vitaliano & Wagner, 1988; Margolin et al., 1998, citados por Stith & McMonigle, 2009). Nos seus estudos, Hanson e colaboradores (1997, citados por Stith & McMonigle, 2009) e Margolin e os seus colaboradores (1998) concluíram que homens abusivos severamente pontuavam significativamente mais alto nas medidas de hostilidade e raiva comparados com os homens não violentos ou violentos em menor grau. Mesmo em estudos com alunos que eram violentos para com os seus colegas, Dye e Eckhardt (2000, citados por Stith & McMonigle, 2009) expressavam mais raiva e menos capacidade de controlo em situações de violência do que os participantes que não eram considerados violentos. Efetivamente, e de acordo com os relatos que se obtém de episódios de violência doméstica parece que o agressor tende a “explodir” e a optar por comportamentos violentos, sendo que, os dados acumulados sugerem que os problemas respeitantes à ativação fisiológica (raiva), são pelo menos moderadamente consistentes na discriminação entre sujeitos violentos e não violentos (Norlander & Eckhardt, 2005). De um modo geral, vários estudos demonstram que um alto nível de hostilidade/raiva num dos

membros do casal, é um fator de risco para a presença de violência doméstica (Stith & McMonigle, 2009).

A questão da prevenção do risco de violência, pode neste caso intervir-se com os sujeitos, para que estes, aprendam a lidar com a raiva e hostilidade de modo mais assertivo ao invés de uma forma agressiva.

Saúde mental

Genericamente, os homens que agredem as mulheres nas suas relações, aparentam ter mais problemas psicológicas do que os homens que não são violentos (Riggs, Caufield & Street, 2000, citados por Stith & McMonigle, 2009). Especificamente a depressão, a perturbação de personalidade *borderline*, perturbação de stress pós traumático e abuso de substâncias têm sido relacionados de forma consistente com a perpetuação de violência nos parceiros. Para além disso, têm sido encontradas relações entre elevado nível de violência e entre indivíduos que experienciam outro tipo de perturbações de personalidade (e.g. antissocial, histriónico, narcisista), os que apresentam sinais de doença mental severa (e.g. alucinações, delírios, demência) e também os que são portadores de deficiência a nível cognitivo e intelectual (e.g. lesões cerebrais, deficiência mental; Kropp, 2005).

Os agressores têm muitas vezes historial de doença mental ou algum diagnóstico de perturbação de personalidade (Campbell et al., 2001; Dobash et al., 2004, citados por Watt, 2008).

Depressão

Alguns estudos têm associado a depressão e a violência nas relações íntimas (Straus & Yodanis, 1996; Pan, Neidig, & O'Leary, 1994). Maiuro e os seus colaboradores (1988), numa das primeiras investigações que examinava esta relação, estudaram a depressão através de uma amostra de 100 homens violentos em terapia para lidar com a raiva e 29 sujeitos não violentos num grupo controle. Concluíram assim, que dois terços da amostra, pontuaram dentro do intervalo clínico para depressão. De forma significativa, mais homens no grupo dos agressores de violência doméstica pontuaram mais alto para o índice de depressão do que os homens do grupo de controlo ou outro grupo de agressores de outra ordem. Para além desta associação, a depressão tem sido também relacionada com a severidade da violência (Pan, Neidig & O'Leary, 1994; Straus & Yodanis, 1996, citados por Stith & McMonigle, 2009). Pan e os seus colaboradores (1994), num estudo de 11, 870 homens de 38 bases do exército,

perceberam que os homens que tinham praticado atos físicos violentos, suaves ou severos, relatavam significativamente mais sintomas depressivos do que os homens que não eram fisicamente agressivos. Sendo que, o grupo dos homens severamente agressivos relataram mais sintomas depressivos que os agressores físicos mais “suaves”.

Em suma, a investigação refere que a depressão é um fator altamente relevante relacionado com o abuso físico.

Perturbações de Personalidade

De acordo com Haller e Krub (2006), de entre as perturbações de personalidade, as que foram relacionadas com comportamentos violentos de modo mais significativo, apesar de não verificáveis em todos os pacientes, foram a Perturbação Antissocial da Personalidade e Perturbação Borderline. Considera-se que metade dos pacientes que são diagnosticados com perturbação antissocial, são pacientes agressivos (Haller & Kruk, 2006).

No caso concreto dos agressores conjugais, as investigações demonstram grande heterogeneidade nas características de personalidade que se encontram presentes nestes sujeitos, identificando-se alguns tipos de perturbações de personalidade nesta população, sobretudo nos contextos prisionais (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2008). Assim, a perturbação antissocial da personalidade, a perturbação borderline da personalidade e a perturbação narcísica da personalidade, têm sido as perturbações encontradas com mais frequência neste tipo de amostra (Huss & Langhinrichsen-Rohling, 2000)

Os agressores antissociais constituem aproximadamente 25% da amostra, sendo este número maior para os agressores que recebem tratamento por ordem judicial. Este género de agressor ostenta uma violência mais generalizada (isto é, vai mais para lá da sua companheira) e tem uma história mais alargada de antecedentes criminais e é mais provável que se veja afetado por perturbações mentais (abuso ou dependência de substâncias, impulsividade, etc.). É frequente também, que apresentem atitudes hostis face às mulheres e uma baixa capacidade empática para com as mesmas (Huss & Langhinrichsen-Rohling, 2000; Tijeras, Fernández-Montalvo, Sarasa & Seminario, 2011).

De acordo com os trabalhos de Tijeras e os seus colaboradores (2011) foi encontrada uma prevalência de 79.3% de perturbações de personalidade na amostra de agressores (ou seja, quase 8 em cada 10 sujeitos apresenta uma perturbação da personalidade). Apesar deste significativo valor, vai ao encontro de outros estudos tal como o de Fernández-Montalvo e Echeburúa (2008), no qual uma amostra de 76 homens que estavam condenados a pena de prisão por crime grave contra a sua companheira, 86,8% apresentava pelo menos uma

perturbação da personalidade. Relativamente aos tipos de perturbações de personalidade encontrados nestes estudos, evidenciam-se respetivamente, a perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade, a perturbação dependente e a paranoide. A excessiva dependência emocional, a obsessão e a atribuição sistemática dos males próprios a outras pessoas tornam mais provável a adoção de comportamentos agressivos para com o companheiro (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2008).

Consumo de substâncias

Existe uma estreita relação entre o consumo de substâncias e a violência conjugal (Stuart, Temple, Follansbee, Bucossi, Hellmuth & Moore, 2008, citado por Fernández-Montalvo, López-Goñi & Arteaga, 2011). É importante reconhecer que o abuso de álcool e muitas drogas podem estar associados com agressão e violência como resultado de desinibição, particularmente na fase inicial de intoxicação. Em alguns casos, o consumo excessivo ou a retirada de álcool/drogas pode levar ao delírio, alucinações ou pensamento delirante, podendo a violência resultar da desorganização ou como resposta a ameaças das alucinações e pensamento delirante (Bushman & Anderson, 1997). O uso excessivo de álcool e drogas pode causar mudanças ao nível cerebral, que podem levar à incapacidade crónica e sintomas psiquiátricos relacionados ao comportamento violento (Bushman, 1993). Bushman e Anderson (2002) concluem ainda, que os fatores facilitadores da agressão (e.g. provocação, frustração) têm um maior impacto nas pessoas, quando estas se encontram sob a influência de álcool ou drogas do que quando não o estão. Apesar desta constatação por parte de diversos estudos, não há segundo Leonard (2005), nenhum estudo que estabeleça uma relação causal entre estes fenómenos. O abuso de substâncias parece funcionar assim, como um fator precipitante de violência contra o parceiro, mais do que como fator causal.

Brown, Werk, Caplan, Shields e Seraganian (1998), averiguaram numa amostra de pacientes internados por abuso de substâncias, a prevalência de episódios de violência doméstica, no ano anterior, variava de 58% a 84%. Num outro estudo, Gondolf (1999) constatou que 26% da totalidade da sua amostra de agressores, tinham já recebido algum tipo de tratamento para o alcoolismo ou consumo de drogas. Também os investigadores Grann e Wedin (2002, citados por Stith & McMonigle, 2009), que avaliaram 88 reclusos cumprindo pena por homicídio ou agressão contra o conjugue e observaram que 51% destes apresentava um problema de álcool ou drogas, sendo que 31% destes sujeitos apresentava um consumo de álcool exclusivamente, 5% de álcool e outra droga e 16% de diversas substâncias.

Kyriacou e os seus colaboradores (1999) assinalam que o abuso de substâncias está ainda associado a formas mais severas de violência, estando muitas vezes associado a um maior risco de traumas graves como resultado da violência posta em prática pelo parceiro íntimo.

Tipologia de agressores conjugais e características inerentes

Corvo e deLara (2010) afirmam que não é só em importantes variáveis psicológicas que os sujeitos violentos diferem dos não violentos. Os autores referem que existem de facto diferenças substanciais entre eles. Holtzworth-Munroe, Bates, Smutzler & Sandin (1997) aludem para o facto de “os agressores conjugais evidenciarem mais distress psicológico, maior tendência para perturbações de personalidade, mais problemas de dependência, mais agressividade e hostilidade e mais problemas com álcool do que homens não violentos” (p.94). O reconhecimento de que de que os perpetradores de violência doméstica diferem significativamente em características importantes, tem levado a esforços para elaborar uma classificação de subtipos de agressores conjugais (Corvo & deLara 2010). Os subtipos distinguem-se fundamentalmente em medidas como perturbações de personalidade, características psicopatológicas, hostilidade, estilos de vinculação, uso de drogas e álcool e também na gravidade dos episódios violentos (Lohr, Bonge, Witte, Hamberger & Langhinrichsen-Rohlin, 2005).

Byrne e Roberts (2007) referem que a classificação tipológica tem por base a noção de que os agressores conjugais são um grupo heterogéneo, no qual se podem encontrar diversos fatores e variáveis que permitam diferenciar uns sujeitos de outros. Em seguida serão apresentadas algumas tipologias de agressores conjugais segundo as visões específicas de alguns autores.

Tipologia de Holtzworth-Munroe e Stuart (1994)

Segundo os autores Holtzworth-Munroe e Stuart (1994), o comportamento agressivo, pode ser interpretado através de um *continuum*, variando entre a violência expressiva e a violência instrumental. Encontra-se então por um lado a **violência expressiva** que diz respeito à conduta agressiva motivada por sentimentos de ira e raiva, refletindo-se numa grande dificuldade de controlar os impulsos e de exprimir os afetos e por outro lado a **violência instrumental**, que se expressa num grau profundo de insatisfação, não gerando sentimentos de culpa Biezma & Guinea, 2006).

Assim, estes autores descreveram três tipos básicos de agressores conjugais: **agressores impulsivos** (apresentam um estado de ânimo predominantemente disfórico, ou seja, são

instáveis e irascíveis emocionalmente, sendo frequentemente hipersensíveis à crítica apresentando rápidas alterações de controle, encaixando com a perturbação borderline da personalidade), **agressores instrumentais** (utilizam a violência de forma instrumental, apresentando níveis mais baixos de raiva e depressão, apresentando níveis mais altos de narcisismo e manipulação psicopática, ameaçando e agredindo a seu cônjuge quando este não satisfaz as suas exigências) e por último temos os **agressores sobrecontrolados** (são sujeitos menos violentos que os anteriores, optando por comportamentos violentos como um reflexo das suas carências pessoais, são pessoas mais passivas, dependentes e com alguns traços obsessivos) (Biezma & Guinea, 2006).

A tipologia de Holtzworth-Munroe e Stuart (1994) considerava como possíveis fatores de risco, três dimensões: a severidade da violência, generalidade da violência e o funcionamento psicológico juntamente com três **fatores distais** (fatores genéticos/pré-natais; experiências familiares precoces e experiências com os pares) e cinco **proximais** (estilo de vinculação, impulsividade, habilidades sociais, atitudes para com as mulheres, violência). Estas variáveis permitiram-lhes diferenciar três subtipos de agressores: *os limitados ao âmbito familiar/sobrecontrolados*; *os borderline/disfóricos* e *os agressores violentos no geral/antissociais* (Amor, Echeburúa & Loinaz, 2009; Calvete, 2008).

Relativamente aos agressores limitados ao âmbito familiar/sobrecontrolados, estes são fundamentalmente violentos no seio familiar (contra o seu cônjuge e/ou filhos) tendo os seus comportamentos violentos uma frequência e gravidade menor que os restantes grupos. Este grupo representa cerca de 50% dos agressores da tipologia teórica e cerca de 36% no estudo empírico. Não é frequente que se encontre neste grupo sujeitos com perturbações da personalidade, embora se possam encontrar traços de personalidade passiva, dependente e também obsessiva. Aqui, os fatores de risco apresentados são também menores, sendo que estes indivíduos podem ter sido vítimas de níveis baixos ou moderados de agressão na sua família e normalmente demonstram arrependimento após a ocorrência de episódio violento e condenam o uso da violência. Estes são os agressores de baixo risco, tendo geralmente menos problemas legais. No que se refere às habilidades sociais e de comunicação, estes demonstram algumas dificuldades e apresentam altos níveis de dependência em relação ao seu par sendo os seus relacionamentos mais estáveis que nos outros grupos (Amor, Echeburúa & Loinaz, 2009; Calvete, 2008).

Já no que concerne aos segundos, os agressores borderline/disfóricos representam aproximadamente 25% dos agressores, limitando-se a apenas 15% no controlo empírico. São indivíduos com comportamentos violentos ao nível físico, psicológico e sexual, com uma intensidade média ou alta dirigida ao cônjuge ou a outros membros da família. Estes agressores, apresentam maiores problemas psicológicos como a impulsividade, instabilidade emocional e irascível, apresentando características de paciente com perturbação borderline da personalidade. Caracterizam-se por uma história de rejeição familiar, abuso infantil, alta

dependência, pobres habilidades sociais e de comunicação, hostilidade face às mulheres e baixo nível de arrependimento (Amor, Echeburúa & Loinaz, 2009; Calvete, 2008).

Por fim, os agressores violentos em geral/antissociais, representam cerca de 25% dos agressores no estudo teórico e 16% nas constatações empíricas. Estes indivíduos utilizam de forma instrumental e generalizada a violência física e psicológica (e.g. não específica no contexto familiar), como uma estratégia de resolução de problemas com o objetivo de alcançar o que desejam e superar a frustração. OS comportamentos violentos por eles efetuados, são de maior frequência e intensidade que nos dois grupos anteriores, sendo que são estes os sujeitos que apresentam menores níveis de raiva e depressão mas maiores níveis de narcisismo e manipulação psicopática. Muitos destes sujeitos vivenciaram na sua infância maltratos graves ou assistiram a episódios violentos, existindo grande probabilidade que mantenham consumos de álcool ou drogas e que tenham tido problemas legais considerando-se este grupo de alto risco (Amor, Echeburúa & Loinaz, 2009).

Tipologia de Dutton e Golland (1997)

A tipologia de Dutton e Golland (1997) tem subjacente a teoria da vinculação. Segundo eles, a propensão para a violência doméstica advém de um estilo vincutivo inseguro e de um sentimento crescente de vergonha que se ergue na infância/adolescência. Consequente a este estilo vincutivo, surge a necessidade e desejo de contacto íntimo ao mesmo tempo que se vivenciam sentimentos de rejeição, desconfiança e pouca satisfação nos relacionamentos íntimos. Aliado a este estilo de vinculação, a tendência que estes indivíduos mostram para experimentar grandes níveis de raiva, pode conduzir aos episódios de violência doméstica, nomeadamente quando os sujeitos se sentem ameaçados pelo seu parceiro ou quando acreditam que o relacionamento falhou de alguma maneira (Dutton, 1995 cit. in Bell & Naugle, 2008).

Após a análise da personalidade de diversos agressores conjugais, os autores concluíram que existem três tipos básicos: **o agressor psicopático**; **o agressor hipercontrolado** e **o agressor cíclico** (Martinez, 2005).

No caso concreto dos agressores psicopáticos, habitualmente vivenciaram maltratos durante a infância, tentam agradar os outros apesar de carecem de empatia e não conseguem imaginar as consequências dos seus comportamentos violentos. Este seria o tipo mais raro mas que os seus maus-tratos sempre têm algum objetivo. Este tipo de comportamentos estende-se mais para lá do contexto familiar, e estes sujeitos podem mesmo envolver-se em vários crimes. Possuem uma visão pouco realista acerca do seu futuro, não realizam qualquer tipo de aprendizagem com as suas experiências negativas e não possuem de consciência moral nem

têm remorsos pelas suas ações, assumindo-as como se fossem um comportamento natural inerente ao homem (Martinez, 2005; Carvalho-Barreto, Bucher-Maluschke, Almeida & DeSousa, 2009).

O agressor hipercontrolado, é aquele que tem tendência a acumular estados de grande tensão e raiva, resultando a agressão do acúmulo progressivo de frustrações. Habitualmente, são sujeitos bem-vistos no contexto social e profissional, surpreendendo por isso as pessoas próximas quando estas descobrem os seus abusos. Os seus esquemas mentais são marcados por estereótipos de género. Estes sujeitos afastam-se emocionalmente do cônjuge e simultaneamente, controlam-no e proíbem-no de realizar atividades fora de casa, desenvolvendo assim obsessões de controlo. Tendem também a ridicularizar a sua vítima em público, culpabilizando-a pelos erros do passado (Carvalho-Barreto, Bucher-Maluschke, Almeida & DeSousa, 2009; Martinez, 2005).

O agressor cíclico é o que vivência um verdadeiro terror por medo ao abandono, mas também com medo de estabelecer relações íntimas. Estes indivíduos possuem frequentemente ciúmes muito intensos, tornando-os demasiado “colados” aos seus parceiros. Interpretam de forma errada os atos das vítimas através das suas distorções cognitivas e pensam ter direito de as castigar quando elas não cumprem com as expectativas que eles esperavam. Têm estados de ânimo cíclicos, tendo comportamentos distintos em casa ou em público utilizando muitas vezes o abuso verbal para humilhar o seu cônjuge. No início de um relacionamento amoroso, escolhem com alguma frequência uma pessoa sobre a qual terão maior hipótese de estabelecer controlo e domínio psicológico ou físico, como mulheres com baixa autoestima, carentes afetivamente, com algum déficite cognitivo ou muito tímidas (Carvalho-Barreto, Bucher-Maluschke, Almeida & DeSousa, 2009; Martinez, 2005).

No caso dos dois primeiros tipos, os seus comportamentos violentos são mais controlados e planeados, atacando a vítima muitas vezes em sítios escondidos, enquanto o terceiro tipo exterioriza um crescente de violência de modo mais descontrolado devido ao facto de que estes sujeitos possuem pouco controlo sendo os ciclos de violência imprevistos, atacando a vítima em locais visíveis. Esta visão é suportada por várias pesquisas sobre a autoestima do agressor, onde os atos violentos fazem parte de um mecanismo de proteção psicológica. Também Dutton (1995) assinala que normalmente o agressor utiliza mecanismos de defesa na argumentação dos eventos, tais como a racionalização, negação, projeção, repressão e minimização (Soria, Armadans, Viñas & Yepes, 2009).

Diversas investigações propõem-se a identificar patologias ou características da personalidade que possam ser cruciais na determinação do envolvimento dos sujeitos em comportamentos violentos (Bell & Naugle, 2008). As teorias psicológicas da violência doméstica examinam fatores individuais, tanto a nível psicológico, como psiquiátrico, comportamental e neurológico (Corvo & deLara 2010).

Corvo e deLara (2010) referem que as diferenças existentes entre os sujeitos violentos e não violentos, não se encerram apenas nas importantes variáveis psicológicas, assinala que existem diferenças substanciais entre eles. Efetivamente, com o reconhecimento de que os perpetradores de violência doméstica diferem grandemente em um certo número de características importantes, esforços têm sido feitos para classificar os subtipos de agressores conjugais.

Estes subtipos diferem essencialmente em medidas como perturbações de personalidade, em características psicopatológicas, hostilidade, estilos de vinculação, uso de drogas e álcool e na gravidade dos episódios violentos (Lohr, Bonge, Witte, Hamberger & Langhinrichsen-Rohlin, 2005).

Capítulo 3 - Metodologia

Neste segundo capítulo, faz-se menção à metodologia que foi adotada na realização desta investigação, nomeadamente, a caracterização dos participantes, instrumentos e procedimentos, bem como a formulação do problema, aos principais objetivos do trabalho de investigação e sua pertinência.

Formulação do problema e objetivos do trabalho empírico

A visibilidade pública que a violência doméstica adquiriu na sociedade portuguesa tem sido cada vez maior nos últimos anos, devido à ação da comunicação social e de entidades públicas e privadas que a elegeram como objeto de estudo e de intervenção. Contudo, apesar de todos os avanços feitos pela investigação, existe ainda um longo trabalho a desenvolver tanto a nível nacional como internacional.

Deste modo, é fundamental que se desenvolvam estudos que auxiliem na compreensão, descrição e tipificação deste fenómeno. Os estudos, de âmbito nacional, têm privilegiado o conceito de violência enquanto representação social, sobretudo tendo em conta a visão da vítima.

De forma significativa, parte substancial da vitimização neste contexto poderá ser evitada através de uma melhor compreensão das variáveis que estão envolvidas, com o objetivo de antecipar e prevenir este tipo de comportamento.

Assim, é de todo relevante existirem novos estudos que possibilitem a compreensão dos agressores, para se conseguir um melhor entendimento acerca do porquê da utilização de comportamentos violentos em detrimento de comportamentos mais adaptativos. Para isto, a sinalização e avaliação de fatores de risco poderá ter um papel essencial no auxílio da prevenção e intervenção.

Como já foi referido anteriormente na componente teórica do trabalho, ao abordar-se a questão do perfil de agressores, compreende-se que estes não fazem parte de um grupo homogéneo e Hamberger & Holtzworth-Munroe (1999, citados por Padovani & Williams, 2002).

Muitas características vão sendo descritas a respeito de homens que agredem as suas companheiras, sejam elas esposas ou não. Entre tais características estão: a idade, nível de instrução, estatuto socioprofissional, consumo de álcool ou drogas, vivências anterior de violência no contexto de socialização na família de origem (Lisboa, Barroso, Patrício &

Leandro, 2009). Stith e McMonigle (2009) assinalam ainda outros fatores como presença de episódios violentos (verbais e físicos) em relações anteriores, elevados níveis de raiva e hostilidade, a utilização de variadas formas de poder e controlo, e a presença de algumas condições de saúde como a depressão, perturbações de personalidade, estilos de vinculação e níveis elevados de stress e ansiedade (Cortez, Padovani & Williams, 2005).

Neste sentido, surge o objetivo principal deste trabalho, pois a natureza desviante do comportamento dos agressores conjugais leva-nos a procurar compreender se existe alguma relação entre este a as questões referentes à Saúde Mental, pretendendo obter alguns resultados, refletindo sobre estes e compreender possíveis fatores associados a este fenómeno tão complexo. De salientar que o trabalho não tem como objetivo último adotar uma postura em conforme existe ou não um perfil de agressor conjugal, mas sim, descrever alguns constituintes de Saúde mental e possíveis relações entre algumas variáveis e o seu papel no comportamento violento.

Deste modo, pretenderam-se analisar algumas características individuais deste grupo de agressores, na tentativa de verificar a presença ou não de alguns fatores sendo que o estudo assenta numa base descritiva, exploratória e correlacional.

Assim, podem enumerar-se os seguintes objetivos para este estudo empírico:

- Caracterizar nível de ansiedade
- Caracterizar nível de depressão
- Relacionar ansiedade com níveis etários
- Relacionar depressão com níveis etários
- Caracterizar nível de psicopatia
- Caracterizar consumo de álcool e substâncias
- Caracterizar comportamento violento na relação atual
- Caracterização dos comportamentos violento adotado
- Relacionar consumo de álcool e substâncias com comportamento violento na relação atual
- Relacionar ansiedade com indicador de risco ODARA
- Relacionar depressão com indicador de risco ODARA

Participantes

Para a concretização deste estudo, foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por 30 participantes exclusivamente do sexo masculino. Os participantes estavam sinalizados pela DGRS a cumprirem pena por crime de violência doméstica sobre o conjugue ou análogo e encontravam-se com suspensão provisória do processo, com exceção de 3 dos participantes que tinham sido condenados a pena de prisão suspensa.

Foi realizado o contacto com quatro equipas da DGRS, nomeadamente a equipa Baixo Mondego (Coimbra) onde o protocolo de instrumentos foi administrado a 12 participantes, a equipa da Beira Norte (Guarda e Covilhã) 8 participantes, equipa da Beira Sul (Castelo Branco) 4 participantes, e a equipa Dão Lafões onde se aplicaram os instrumentos a 6 participantes. De realçar, que os participantes foram selecionados pelos técnicos da DGRS, tendo em conta o número de indivíduos que se encontrava a cumprir pena por crime de violência doméstica contra cônjuge ou análogos em cada uma das equipas, e segundo a disponibilidade dos mesmos em participar neste projeto de investigação, tendo como únicos critérios de exclusão o facto de não cumprir pena por crime de violência doméstica contra cônjuge ou análogos e ser do sexo feminino (por uma questão de representatividade, visto que a maior parte dos sujeitos a cumprir pena por este tipo de crime é do sexo masculino).

Importa referir, que a suspensão provisória do processo se insere sobretudo nos casos em que a vítima procura apenas a cessação da violência e a restituição da dinâmica relacional. Assim, a suspensão provisória do processo implica que haja consonância por parte de ambos, arguido e vítima [artigo 281º, nº1, al. a) do Código do Processo Penal (CPP)] e pressupõe ainda, ausência de condenação e de aplicação anterior desta medida por crime da mesma natureza. Esta medida, requer por parte do arguido certas obrigações e regras de comportamento caracterizadas por um carácter retributivo, obrigacional ou impeditivo. Relativamente ao carácter retributivo, o indivíduo pode ser obrigado a indemnizar e/ou atribuir uma satisfação moral à vítima, entregar ao Estado uma quantia ou prestar serviços de interesse publico. O Ministério Público pode considerar mais pertinente e essencial que o sujeito resida em certo local e/ou frequente programas com determinados objetivos subjacentes. As injunções podem incluir o não exercer de determinada profissão, não frequentar e/ou não residir em certos locais, não ter contacto com determinada pessoa, nem ter em seu poder alguns objetos suscetíveis de facilitar a prática de crimes. De acordo com o art. 282º do CPP, a suspensão provisória do processo pode, ter o prazo máximo de dois anos [nº1], com exceção para crimes de violência doméstica ou crimes sexuais de menores que pode ir até aos cinco anos de duração [nº5] (Dias & Alarcão, 2012).

No que concerne à idade, a amostra composta pelos 30 participantes do sexo masculino, a faixa etária varia entre os 23 e os 70 anos, sendo a média de idade de 49 anos e um desvio padrão de 11,890. A variável idade segue uma distribuição normal.

Relativamente à variável estado civil, 2 dos participantes são solteiros (6,7%), 15 deles são casados (50%), 3 vivem em união de facto (10%) e 10 dos sujeitos são divorciados (33,3%) ($Mo=2$). Para além disto, 6 participantes vivem sozinhos (20%), 9 vivem com a esposa (30%), 13 vivem com a esposa e com os filhos (43,3%), 1 sujeito vive com os pais e 1 vive atualmente com a sua ex-mulher ($Mo=2$). Relativamente ao meio de residência, 17 participantes vive em meio urbano (56,7%) e 13 em meio rural (43,3%) ($Mo=1$).

Já reportando-nos ao grau de escolaridade, verifica-se que 19 dos participantes (63,3%) possuem o ensino básico, 10 o ensino secundário (33,3%) e 1 dos sujeitos possui frequente o ensino superior (3,3%) ($Mdn=0$, $IQQ=1$). Ao nível profissional, de referir que 9 dos participantes se encontra desempregado (30%), 14 deles encontram-se empregados (46,7%), e ainda, 7 estão reformados (23,3%) ($Mo=1$). Dentre aqueles que se encontram empregados, 2 (6,7%) trabalham no setor primário, 10 no setor secundário (33,3%) e 18 participantes encontram-se a exercer as suas funções no setor terciário (60%) ($Mo=2$). Por seu lado, dos participantes que se encontram numa situação de desemprego, 4 estão nesta situação há menos de um ano (13,3%) e 6 há mais de um ano (20%) ($Mo=1$).

No que se refere ao estatuto socioeconómico, 6 dos participantes encontram-se no estatuto baixo (20%), 5 deles no médio-baixo (16,7%), 9 no médio (30%), 5 no médio-alto (16,7%) e outros 5 situados no estatuto médio alto (16,7%) ($Mdn=2$, $IQQ=2$).

A maioria dos participantes da amostra, 22 (73,3%) considera ter pelo menos um problema significativo na sua vida em contrapartida aos 8 participantes que referem não ter problemas (26,7%) ($Mo=1$). Assim sendo, 15 dos participantes indica ter problemas ao nível familiar (50%) ($Mo=1$), 6 de nível judicial (20%) ($Mo=0$), 2 a nível laboral (6,7%) ($Mo=0$), 12 a nível económico (40%) ($Mo=1$) e 1 refere ter problemas de cariz social (3,3%) ($Mo=0$). Consequentemente a estes problemas, 11 participantes referem sentir stress (36,7%), 8 ansiedade (26,7%) ($Mo=0$), 2 dizem sentir desmotivação (6,7%) ($Mo=0$), 3 diz ter problemas de isolamento (10%) ($Mo=0$), 7 diz sentir-se deprimido (23,3%) ($Mo=0$), 6 referem problemas familiares (20%) ($Mo=0$), 3 salientam problemas de comunicação (10%), 8 problemas económicos (26,7%) ($Mo=0$), 6 problemas de saúde (20%) ($Mo=0$) e 2 referem ainda ter problemas de outros tipos (6,7%) ($Mo=0$).

De destacar que 18 (60%) dos participantes refere não ter assistido a qualquer cena de violência na sua infância e adolescência contra os 12 (40%) que dizem ter assistido ($Mo=0$) a este tipo de comportamento entre os seus pais por diversas vezes, sendo que dos que afirmam

ter assistido, 4 dos participantes refere ter assistido a cenas de violência de cariz psicológico/emocional (13,3%) e 7 a cenas de violência física (23,3%) ($M_0=1$).

Por último, mencionar que 1 dos participantes refere ser atualmente violento para com a sua namorada (3,3%), 27 para com a sua esposa (90%) e 4 para com os seus filhos (13,3%). Nenhum dos participantes refere apresentar comportamentos violentos para com os seus pais, avós, sobrinhos ou outros. Relativamente à frequência dos episódios violentos, 10 dos sujeitos indagados, indica que este comportamento é “nada frequente” (33,3%), 10 indica ser “pouco frequente” (33,3%), 5 menciona serem “algo frequente” (16,7%), 3 “frequente” (10%), 2 dizem ocorrer “muito frequente” (6,7%) ($Mdn= 1$, $IQQ= 2$). Após a análise destes resultados, compreende-se que apesar dos participantes estarem identificados pelo ministério público como agressores conjugais, 2 destes participantes não consideram as mulheres como alvo do seu comportamento violento e 66,7% dos participantes indica que a adoção deste comportamento abusivo é “pouco frequente” ou “nada frequente”.

Instrumentos

O facto do presente trabalho fazer parte de um projeto de investigação, cujo objetivo é determinar o perfil de risco em agressores conjugais, fez com que se opta-se por elaborar um protocolo de instrumentos que possibilitasse simultaneamente avaliar as crenças e atribuições associadas à violência doméstica nos agressores conjugais, caracterizar as dimensões psicopatológicas associadas aos seus comportamentos e determinar as dimensões de psicopatia. O protocolo foi constituído pelas seguintes provas de avaliação: Questionário Sociodemográfico; Atribuições Causais (Henning, Joner & Holdford, 2005); versão portuguesa do SCL-90-R (Derogatis, 1977); I.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); E.C.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); PCL/P-Scan (Hare, 2003; Hare & Hervé, 1999; Gonçalves & Lobo, 2006 cit. in Lobo, 2007;) e ODARA (Hilton, Harris & Rice, 2002).

Porém, como o objetivo deste trabalho se detém com a determinação de alguns indicadores de Saúde Mental associadas ao comportamento de agressores conjugais, apenas serão analisados mais especificamente os resultados obtidos através dos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; versão portuguesa do SCL-90-R (Derogatis, 1977); I.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); PCL/P-Scan (Hare, 2003; Hare & Hervé, 1999; Gonçalves & Lobo, 2006 cit. in Lobo, 2007) e ODARA (Hilton, Harris & Rice, 2002), instrumentos estes, que serão descritos em seguida.

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (cf. anexo I) foi elaborado pelo grupo de investigação com a intenção de obter dados específicos da amostra que assentissem a realização de uma análise geral e descritiva segundo as variáveis sociodemográficas. O questionário abrange assim diversas variáveis tais como: idade, género, estatuto socioeconómico, estado civil, composição do agregado familiar, grau de escolaridade, atividade profissional e meio de residência. Para além destas variáveis, englobaram-se também questões mais relacionadas com a perceção de qualidade de vida por parte dos sujeitos e a presença de alguns possíveis stressores como sendo a existência ou não de “problemas significativos de vida” e suas consequências, assim como, perguntas relacionadas com a perceção de suporte social.

Foram ainda contempladas no questionário questões relacionadas mais diretamente com o comportamento violento, para se averiguar a presença de episódios de violência na infância ou adolescência entre os pais, a que tipo de condutas assistiram e quais terão sido os comportamentos adotados perante essa situação. Por último, as questões referem-se aos alvos do comportamento violento por parte do inquirido e à frequência desse mesmo comportamento.

A revisão de literatura serviu de mote para a construção do questionário, tendo por objetivo aceder de forma célere e simples a algumas características fundamentais que poderão guiar a um perfil de risco, como a presença de alguns stressores, fraca rede de suporte e o testemunho de episódios violentos por parte dos seus pais, quando os próprios sujeitos eram adolescentes ou crianças.

Psychopathy Checklist-Revised (PLC-R) e P-Scan

O P-scan foi também aplicado aos participantes, este instrumento de Robert Hare, tem por objetivo identificar e avaliar as características psicopáticas. Trata-se de uma *checklist* planeada para uso não clínico através da pesquisa de ficheiros (Hare, 2003; Lobo, 2007). Este instrumento derivou do PCL-R (*Psychopathy Checklist-Revised*), formulada por Robert Hare para uma avaliação válida e fidedigna da psicopatia. Não se tratando de um instrumento clínico, serve para criar impressões gerais, tendo em conta a hipótese de que uma pessoa possa ser psicopata, o que poderá ter implicações na forma como lidar com o risco de comportamento violento ou antissocial (Ramsland, 2007 cit. in Lobo, 2007). De facto, quando existe uma pontuação elevada neste instrumento, esse dado servirá de sinalizador (Hare & Hervé, 1999), pois como não é um teste psicológico, não resulta num diagnóstico clínico ou numa avaliação propriamente dita. O relatório que pode ser obtido através dos dados do P-Scan possibilita o estabelecimento de uma hipótese acerca do grau em que uma pessoa

poderá ter em termos de características psicopáticas aos níveis interpessoal, afetivo, antissocial e no estilo de vida (Ramsland, 2007 cit. in Lobo, 2007).

O PCL-R é constituído por 90 itens que descrevem comportamentos específicos no âmbito da psicopatia, os quais se enquadram em três dimensões organizativas (cada uma com 30 itens) correspondentes às três facetas chave da psicopatia: interpessoal, afetiva e estilo de vida. A cotação de cada item é feita segundo uma escala de likert de 3 pontos, consoante a extensão em que se aplique ao sujeito (Hare e Hervé, 1999), a escala varia de 0 a 2 podendo ainda haver pontuações interrogadas (“?”) que surgem quando não se tem a certeza se aquela característica se enquadra ou não a um determinado sujeito.

Por seu lado, a P-Scan consiste em 120 características pessoais, 30 para impressões sobre traços interpessoais (como a grandiosidade e a tendência para a mentira), 30 para impressões sobre traços afetivos (como a ausência de remorso e emoções superficiais), 30 sobre o estilo de vida do sujeito (como a impulsividade e a busca de sensações) e 30 sobre comportamentos antissociais (Hare, 1999). Relativamente à consistência interna deste instrumento, importa salientar que este se tem mostrado alvo de confiabilidade. Lobo (2007) aponta no seu estudo um valor de Alpha de Cronbach de 0,95, o que se traduz num alto índice de homogeneidade interna. No presente estudo, o valor de Alpha de Cronbach obtido foi de 0,89, que apesar de não ser um valor tão elevado como o encontrado no estudo de Lobo, não deixa de apontar para um nível de consistência interna elevado.

Posto isto, este instrumento poderá ser um utensílio muito importante para questões de despiste, sobretudo porque um psicopata pode ser uma pessoa simpática e de expressões sensatas que, não obstante, não vacila ao cometer um crime quando lhe convém e fá-lo sem sentir culpa pela sua ação (Lobo, 2007).

Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA)

O ODARA (*Ontario Domestic Assault Risk Assessment*) deve a sua elaboração a Hilton, Harris e Rice (2010) e foi desenvolvido com o objetivo de avaliar o risco de reincidência do comportamento violento. Trata-se de um instrumento que avalia a frequência e a severidade das ofensas, a história de violência e comportamento antissocial do agressor, os detalhes do último episódio violento e as circunstâncias pessoais das vítimas (Almeida & Soeiro, 2010). Atualmente, o sistema ODARA é o único sistema de avaliação do risco de reincidência da violência doméstica. Quanto maior os scores obtidos neste instrumento, maior será a probabilidade de o sujeito agredir a sua parceira, mais frequentes e severos serão os episódios de violência futuros, assim como mais breves serão os intervalos entre esses mesmos episódios. São 13 os itens que compõem este instrumento, com uma escala de

resposta dicotômica (Sim ou Não), sendo que o “Sim” corresponde ao 1 e o 0 diz respeito à resposta “Não”, variando o total entre 0 e 13 pontos. Trata-se de um instrumento validado para a avaliação de risco de reincidência da violência contra a mulher através de relatórios e registros criminais/policiais.

Symptom Check-List Revised (SCL-90-R)

O inventário SCL-90-R (*Symptom Check-List Revised*) (Derogatis, 1983) é constituído por 90 itens de autoavaliação dirigido às manifestações somáticas de desajustamento emocional.

Muito embora este instrumento não tenha sido desenhado como medida de diagnóstico, pretende avaliar nove dimensões sintomáticas e três índices globais de mal-estar. Pode ser aplicado a sujeitos a partir dos 13 anos de idade (Canavarro, 2007).

Por ser relativamente fácil de aplicar (15 minutos em média) e de cotar, este instrumento pode ser utilizado em estudos epidemiológicos com grupos populacionais amplos e também como instrumento de *screening* para a deteção de áreas de dificuldade, podendo também ser útil para utilização periódica para avaliação da eficácia de uma determinada intervenção.

No que concerne à aplicação, é dado ao sujeito a instrução de que deve assinalar a sua resposta, tendo em conta a forma como a informação que está contida em cada item o afetou nos últimos sete dias. As suas respostas devem obedecer a uma correspondência com uma escala de tipo Likert de cinco pontos, que pode variar de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes) (Derogatis, 1983).

Os 90 sintomas (itens) distribuem-se segundo as suas afinidade em 10 “dimensões somáticas” - a somatização, a obsessão-compulsiva, a depressão, a ansiedade, a hostilidade, a ansiedade fóbica, a idealização paranoide, o psicoticismo e uma dimensão que não corresponde a uma sintomatologia específica (Derogatis, 1983) (cf. Tabela 1), medindo cada um deles um aspeto diferente da psicopatologia.

Tabela 1: Caracterização das dimensões somáticas do SCL-90-R

Dimensão	Caracterização
Somatização	Compreende doze sintomas relacionados com a vivência de disfunção corporal; inclui sintomas relacionados com alterações neurovegetativas que ocorrem sobretudo nos sistemas cardiovasculares, respiratório, gastrointestinal e muscular. Constitui

	o grosso das manifestações psicossomáticas ou funcionais podendo refletir uma sintomatologia média subjacente;
Obsessão-Compulsiva	Composta por 10 itens que descrevem condutas, pensamentos e impulsos que o sujeito considera absurdos e indesejáveis, que geram uma intensa angústia e que são difíceis de resistir, evitar ou eliminar, além de outras vivências e fenômenos cognitivos característicos das perturbações de personalidades obsessivas;
Sensibilidade Interpessoal	Os nove sintomas desta dimensão reconhecem sentimentos de timidez e vergonha, a tendência para se sentir inferior ao outro, a hiper sensibilidade a opiniões alheias e atitudes alheias e, em geral, o incômodo e inibição nas relações interpessoais;
Depressão	Constituída por 13 itens que reconhecem sinais e sintomas clínicos próprios de perturbações psíquicas, incluindo vivências disfóbicas, impotência e falta de energia, bem como, ideias autodestrutivas e outras manifestações cognitivas e somáticas características dos estados depressivos;
Ansiedade	Os 10 itens desta dimensão são os que classicamente são referidos nas manifestações clínicas da ansiedade, tanto generalizada como aguda, incluindo também sinais gerais de tensão emocional e as suas manifestações psicossomáticas;
Ansiedade Fóbica	Os 7 itens desta dimensão pretendem avaliar as distintas variantes da fobia, entendida como um medo persistente, irracional e desproporcionado relativamente a um animal ou a uma pessoa, lugar, objeto ou situação, geralmente complicado por condutas relacionadas com a fuga, embora tenham mais peso nesta dimensão os sintomas relacionados com a agorafobia e fobia social do que os com sintomas típicos da fobia simples;
Ideação Paranoide	Constituída por 6 itens que reconhecem aspetos distintos da conduta paranoide, considerada fundamentalmente como uma resposta a uma perturbação de ideação incluindo características próprias do pensamento projetivo, como a desconfiança, centralismo auto referencial e ideação delirante, hostilidade, grandiosidade, medo da perda de autonomia e necessidade de controlo;
Psicoticismo	Os dez sintomas que compõem esta dimensão configuram um espectro psicótico que se estende desde a esquizofrenia leve até uma psicose mais complicada, sendo que, na população em geral esta dimensão está mais relacionada com sentimentos de alienação social do que com a

psicose clinicamente manifesta;

Escala adicional

Os 7 itens considerados como adicionais, sintomas misturados, são-no porque o seu peso fatorial em diferentes escalas não permite inseri-los em nenhuma escala em particular.

Nota. Fonte: Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual II for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.

O instrumento permite ainda proceder ao cálculo de três índices globais: o índice global de severidade (**GSI**, *Global Severity Index*), o total de sintomas positivos (**PST**, *Positive Symptom Total*) também chamado total de respostas positivas e o índice de severidade dos sintomas presentes (**PSDI**, *Positive symptom distress index*). Trata-se de medidas sumárias da perturbação que representam aspetos diferentes da psicopatologia, apesar de correlacionadas, sendo indicativo de diferentes aspetos do sofrimento psicopatológico em geral. Assim, o GSI traduz-se num indicador numérico mais sensível ao sofrimento psicológico do individuo, através da compilação da informação sobre o número de sintomas e a intensidade do distúrbio. Por seu lado, o PSDI apresenta-se como uma medida pura de intensidade sintomática pois relativiza o distúrbio global em referência ao número total de sintomas, indicando o estilo característico do individuo para experimentar o sofrimento psíquico. Por último, o *PST* indica o número de sintomas que ele relatou experimentar com alguma intensidade, contribuindo portanto para a interpretação do padrão global informado sobre a “amplitude” sintomática do distúrbio do individuo (Derogatis, 1983).

Segundo Derogatis (1983) a aplicação deste instrumento, apesar de requerer apenas cerca de 15 minutos, tem a grande vantagem de possibilitar o acesso a um perfil multidimensional de sintomas, incidindo sobre um contexto sindrómico que permite interpretar as tendências concretas da expressão psicopatológica de cada sujeito.

Relativamente às características psicométricas, este instrumento aponta para um Alpha de Cronbach que varia entre os 0,84 (obtido no índice de Sensibilidade Interpessoal), e os 0,90 (aferido no índice de Depressão), na versão original (Derogatis, 1983).

No caso deste estudo em questão, o valor de Alpha de Cronbach obtido para a totalidade dos itens foi de 0,93 o que indica uma consistência interna muito elevada, tendo-se obtido também valores de consistência interna muito elevados (Freitas & Rodrigues, 2005) para as dimensões somáticas (todas apresentam um valor de alpha de cronbach de 0,93) e para os índices globais (os valores de alpha de cronbach variam entre 0,93 e 0,97, este último em referência ao PST).

Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.)

O Inventário de Violência Conjugal, I.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000) destina-se a identificar a vitimização e/ou a perpetração de comportamentos abusivos em relações do tipo conjugal.

É um inventário de autorresposta, podendo ser respondido oralmente, constituído por 21 itens que envolvem comportamentos fisicamente abusivos (“*dar um muro*”; “*dar uma bofetada*”, e.g.), comportamentos emocionalmente abusivos (“*insultar, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou ferir*”, e.g.) e comportamentos de coerção/intimidação (“*impedir o contacto com outras pessoas*”; “*partir ou danificar coisas intencionalmente ou deitar a comida para o chão, para meter medo*”, e.g.). Divide-se ainda numa parte A e numa parte B (Machado, Matos & Gonçalves, 2000).

Para cada um dos comportamentos, é pedido ao participante que, na componente A do inventário, se refira a estes comportamentos durante o último ano, a) se os adotaram no contexto da sua atual relação afetiva ou b) o seu atual parceiro os adotou no contexto da sua atual relação afetiva. Caso a resposta a qualquer uma destas questões seja afirmativa, pergunta-se se esse comportamento ocorreu uma única vez ou mais do que uma vez. Na componente B do inventário este procedimento é repetido, mas desta vez referente às relações afetivas anteriores dos participantes (Machado, Matos & Gonçalves, 2000).

Referir ainda, que este inventário comportamental não possui uma cotação de escala, pelo que a sua leitura deverá ser efetuada item a item, analisando assim, a regularidade do uso de cada prática abusiva identificada (Machado, Matos & Gonçalves, 2000).

Procedimento

O protocolo de instrumentos desta investigação foi construído de forma conjunta com outras duas investigações, que abordavam também elas a temática da violência conjugal e os fatores de risco associados a esta problemática. Esta agregação, foi realizada no sentido de possibilitar uma maior receptividade na colaboração com as respetivas instituições onde iria ser recolhida a amostra, bem como, com os próprios sujeitos. Assim, esta recolha de dados conjunta, permitiu também obter um maior número de sujeitos num menor tempo de recolha e viabilizou uma maior compreensão da população alvo de estudo pelo facto de cada investigação explorar aspetos diferentes, ainda que interligados. O protocolo utilizado, foi constituído pelo consentimento informado (cf. anexo II) e pelos diversos instrumentos

referidos acima, escolhidos segundo a pertinência para a temática de cada investigação. Os instrumentos encontravam-se ordenados de forma intercalada em cada protocolo.

Na fase seguinte, procedeu-se ao contacto com os serviços centrais da Direção Geral de Reinserção Social de Portugal Continental, no sentido de solicitar a colaboração e aprovação do projeto previamente delineado. Após a autorização ter sido obtida, foi efetuado o contacto via telefónica e via correio eletrónico com as respetivas direções da Zona Centro do País, nomeadamente Baixo Mondego 1 - Coimbra, Beira Norte - Guarda, Beira Sul - Castelo Branco e Dão Lafões - Viseu, com o propósito de combinar um contacto presencial para serem explorados os objetivos principais da investigação e dúvidas subjacentes aos mesmos. Neste contacto, foram selecionados pelos técnicos da instituição os possíveis participantes, tendo em conta os critérios de inclusão - ser do género masculino e terem sido identificados pelo Ministério Público como agressores conjugais.

A recolha de dados teve o seu início em março de 2012 e findou em junho de 2012. Alguns dos participantes foram propositadamente convocados para uma data específica na qual era solicitada a sua participação, nos outros casos, foi aproveitado o facto de os sujeitos já terem contactos presenciais agendados com os técnicos de cada delegação, para lhes ser solicitada sua participação.

De acordo com a disponibilidade dos sujeitos e da própria logística da instituição, a aplicação dos instrumentos decorria a qualquer altura do dia numa sala disponibilizada pela DGRS, na presença do investigador e do sujeito. A sós com o sujeito, era explicado o objetivo da investigação e seguidamente realizava-se o consentimento informado, ressaltando sempre as questões de confidencialidade inerentes a este e respondendo a alguma dúvida que pudesse surgir relativamente a todo o processo. Em dois casos apenas, por existirem de facto dificuldades na marcação das entrevistas com esses sujeitos, os protocolos foram aplicados por uma Psicóloga, técnica da instituição, à qual foram devidamente esclarecidos os procedimentos e esclarecimentos devidos acerca do protocolo e investigação. Em alguns casos, foi realizada a leitura de questões consoante a indicação das técnicas e a própria solicitação dos participantes, enquanto outros autorresponderam, sendo que o preenchimento dos instrumentos demorou cerca de uma hora e meia a duas horas. No que diz respeito ao ODARA e PCL-R, estes instrumentos requeriam o preenchimento por parte do técnico da instituição tendo por base os relatórios e registos acerca do participante. No entanto, em algumas delegações, os técnicos alertaram para o facto de não possuírem conhecimento suficiente para responder a todas as questões do PCL-R, ficando estabelecido *a priori* com os técnicos, que nesses casos os dois instrumentos seriam englobados juntamente com os restantes para os participantes responderem.

Após a recolha, os dados foram transformados numa linguagem suscetível de ser utilizada pelo programa SPSS® - Versão 19.0 com vista à análise estatística dos dados.

Capítulo 4 - Resultados

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos segundo os objetivos do trabalho, já referidos acima, através da análise estatística de dados. A análise dos dados foi efetuada com o auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 19 para Windows.

O início do processo de tratamento estatístico dos dados iniciou-se com a elaboração da estatística descritiva respeitante à caracterização dos participantes segundo a metodologia descritiva - medidas de tendência central e dispersão).

Em seguida, prosseguiu-se para a análise descritiva das dimensões ansiedade e depressão do SCL-90-R, para atentar aos resultados médios obtidos pelos sujeitos da amostra nestas dimensões. Esses resultados são expressos em notas T, este exercício de conversão foi realizado segundo as orientações do autor.

Posteriormente pretendia-se compreender se existiria alguma associação entre a dimensão ansiedade e a variável idade. Utilizou-se para isto o Coeficiente de Correlação de Pearson, tese este, que pretende apurar se duas (ou mais) variáveis intervalares estão associadas, permitindo avaliar também a direção (positiva ou negativa) e magnitude (varia entre +1 e -1) dessa mesma associação (Martins, 2011). O mesmo procedimento foi realizado para a associação entre a dimensão depressão e a idade.

Foi realizada a análise descritiva do instrumento PCL-R, mais uma vez assente em medidas de tendência central e dispersão, para compreender os resultados médios obtidos na amostra nas suas três facetas (faceta interpessoal, afetiva e estilo de vida) bem como da pontuação total do instrumento, para caracterizar em termos de características de psicopatia a amostra

Caracterizou-se também a amostra relativamente aos consumos de substâncias, informação esta que foi obtida através de um dos itens constituintes do instrumento ODARA.

Elaborou-se uma análise qualitativa do IVC, este instrumento, como já referido anteriormente, permite detetar se ocorreu ou não algum tipo de comportamento violento tanto na relação atual, como em relações anteriores. Assim e como a escala não possui uma cotação, a análise qualitativa surgiu como o meio mais indicado, com o objetivo de tipificar, analisar e descrever qual ou quais os tipos de comportamento violento mais adotado pelos agressores conjugais. Assim, dividiram-se 20 itens em duas categorias gerais: “violência física e sexual” e “violência emocional/psicológica”. Esta categorização foi realizada consoante a revisão da literatura elaborada anteriormente, segundo o que diz respeito à definição de violência física e violência emocional, agrupando assim cada item na respetiva categoria que lhe corresponde. A categorização foi realizada também em conformidade com a realizada por

Machado, Gonçalves, Matos e Dias (2007), no seu artigo - *Child and partner abuse: Self-reported prevalence and attitudes in the north of Portugal*. Esta representação está ilustrada na tabela 2.

Tabela 2 - Categorização dos itens pertencentes ao I.V.C.

Violência física e sexual	Violência emocional/psicológica
“puxar os cabelos com força” (item 1)	“insultar, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou “ferir”” (item 2)
“dar uma bofetada” (item 3)	“partir ou danificar coisas intencionalmente ou deitar a comida para o chão, para meter medo” (item 6)
“apertar o pescoço” (item 4)	“acordar a meio da noite, para causar medo” (item 7)
“ameaçar com armas ou usando de força física” (item 5)	“impedir o contacto com outras pessoas” (item 9)
“dar um murro” (item 8)	“perseguir na rua, no emprego ou no local de estudo, para causar medo” (item 14)
“atirar com objetos à outra pessoa”, (item 10)	“ficar com o salário da outra pessoa ou não lhe dar o dinheiro necessário para as despesas quotidianas” (item 19)
“dar uma sova” (item 11)	“gritar ou ameaçar para meter medo” (item 20)
“dar pontapés ou cabeçadas” (item 12)	
“dar empurrões violentos” (item 13)	
“bater com a cabeça contra a parede ou o chão” (item 15)	
“causar ferimentos que não necessitam de assistência médica” (item 16)	
“causar ferimentos que necessitam de assistência médica” (item 17)	
“forçar a pessoa a manter atos sexuais contra a sua vontade” (item 18)	

O passo seguinte, foi o de relacionar o abuso de substâncias com o comportamento violento na relação atual, utilizando para isso o Teste do Qui-Quadrado. Teste este, que testa a independência entre linhas e colunas de uma tabela de contingência que cruza duas variáveis

nominais (ou uma nominal e outra ordinal) entre as quais se pretende averiguar a existência de uma associação (Martins, 2011). Este passo foi subdividido em duas análises, isto é, entre o abuso de substâncias e o comportamento de violência física na relação atual e entre o abuso de substâncias e o comportamento de violência emocional/psicológica na relação atual.

Outra caracterização realizada, foi a do indicador de risco e reincidência, a partir do instrumento ODARA.

Seguidamente, por fim, realizaram-se novamente através do Coeficiente de Correlação de Pearson, duas correlações, uma entre o indicador de risco e reincidência e a dimensão ansiedade e uma segunda correlação entre este indicador de risco e a dimensão depressão, tendo em conta que as variáveis eram intervalares.

Relativamente à normalidade das distribuições, o facto da amostra utilizada para a realização deste trabalho ser de pequena dimensão, fez com que se optasse à partida pela utilização de testes de cariz não paramétrico.

Por fim referir que em todas as análises, a significância estatística foi aceite para um valor de $p < 0,05$.

Caracterização do nível de ansiedade e depressão

A *informação dimensional* deste teste é obtida através da valorização das dimensões somáticas, conseguindo-se obter uma clara representação da expressão psicopatológica de um indivíduo. Relativamente às dimensões Ansiedade e Depressão mencionadas no instrumento SCL-90-R foram obtidos os valores médios que estão expressos na Tabela 3.

De destacar que os valores foram obtidos tendo em conta as tabelas de conversão do instrumento SCL-90-R que traduzem a pontuação bruta/direta obtida pelos sujeitos em notas T, o que permite uma comparação com o seu grupo normativo. Para esta conversão das notas brutas em notas T, foram cumpridos todos os requisitos sugeridos pelo autor do SCL-90-R.

De acordo com os dados obtidos, a pontuação obtida na dimensão ansiedade varia entre os 63 e os 34 de nota T, tendo uma média de 45,97 de nota T e um desvio-padrão de 7,490.

Já na dimensão depressão, os resultados obtidos demonstram que esta varia entre os 60 e os 34 de nota T, com uma média de 47,23 de nota T e desvio-padrão de 5,894.

Tabela 3: Estatística descritiva relativa às dimensões Ansiedade e Depressão do SCL-90-R

<i>Dimensões</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Ansiedade (ASN)	30	45,97	45	45	7,490	34	63
Depressão (DEP)	30	47,23	46	46	5,894	34	60

Relação entre ansiedade e idade

Pretendia-se verificar se a variável ansiedade e idade estariam associadas, procedeu-se assim ao Coeficiente de Correlação de Pearson, um teste que pretende averiguar se duas (ou mais) variáveis intervalares estão associadas, permitindo avaliar a direção (positiva ou negativa) e magnitude (variando entre +1 e -1) dessa mesma associação (Martins, 2011).

Efetivamente a análise dos dados não permite afirmar que a ansiedade e idade têm uma relação estatisticamente significativa, $r = -0,141$, $p = 0,456$ (visto que $p > 0,05$).

Relação entre depressão e idade

Efetou-se também o Coeficiente de Correlação de Pearson para verificar a associação entre a variável da dimensão depressão e a idade. Também aqui os resultados demonstram que não existe uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis em questão, $r = -0,143$, $p = 0,452$ ($p > 0,05$).

Caracterização nível de psicopatia

Como já foi referido anteriormente, aquando da descrição dos instrumentos, o P-Scan, é um instrumento de cariz não clínico pelo que não se destina a criar concretamente um diagnóstico. Foi elaborado para possibilitar uma impressão geral, criando uma hipótese interpretativa acerca do grau em que o sujeito poderá possuir ou não características psicopáticas seja no âmbito interpessoal, afetivo, antissocial e estilo de vida (Lobo, 2007).

Uma pontuação elevada neste instrumento, servirá como uma sinalização e alerta. Assim, um resultado total igual ou aproximado de 60 pontos, deverá ser já motivo de preocupação

significativa; um resultado igual a 30 deverá também ser seriamente tido em consideração como preocupante; um resultado situado entre os 20 e os 30 pontos insinua que o sujeito provavelmente tem características psicopáticas e por fim, um resultado entre os 0 e os 10 pontos sugere que não é provável que a pessoa se enquadre na descrição de psicopata (Lobo, 2007).

Relativamente à amostra aqui analisada, os dados obtidos pelos participantes induzem que em geral, eles não se inserem na descrição de psicopata. A pontuação total do instrumento varia entre os 32,67 pontos e 1,67 pontos, com uma média de 9,80 pontos e com desvio-padrão de 6,76 pontos (cf. Tabela 4). Por seu lado, na faceta interpessoal, a pontuação varia entre os 31 e os 2 pontos, e obteve-se uma média de 11,73 pontos e um desvio-padrão de 7,47, o que indicia um nível de preocupação baixo. Na faceta afetiva, a pontuação dos participantes varia entre os 26 pontos e 1 ponto, com uma média de 9,83 pontos e com desvio padrão de 6,53 pontos, indicando assim um nível de preocupação muito baixo. Por fim na última faceta, a referente ao estilo de vida, a pontuação varia entre os 45 e 0 pontos, com uma média de 7,83 e desvio-padrão de 10,11 pontos, sugerindo também um nível de preocupação muito baixo (cf. Tabela 4).

Tabela 4: Estatística Descritiva relativa ao PCL-R/P-Scan

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Moda</i>	<i>Desvio-Padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Pontuação Total	30	9,80	8	6,76	1,67	32,67
Faceta Interpessoal	30	11,73	6	7,47	2	31
Faceta afetiva	30	9,83	10	6,53	1	26
Faceta estilo de vida	30	7,83	2 ^a	10,11	0	45

Em conclusão, após a análise dos dados relativos ao total obtido no PCL-R e suas facetas, poderá dizer-se que estes participantes não apresentam em média características tipicamente relacionadas com a psicopatia.

Caracterização do abuso de substâncias

No caso do consumo de substâncias, presente no instrumento ODARA (item 11) é necessário compreender que para ser contabilizado como abuso de substâncias, não basta por si só consumir álcool, é necessário a existência de pelo menos dois dos seguintes exemplos: consumo de álcool imediatamente antes ou durante a agressão; consumo de drogas

imediatamente antes ou durante a agressão; abuso de álcool/drogas nos dias ou semanas anteriores à agressão; aumento substancial do uso de álcool/drogas nos dias ou semanas anteriores à agressão, sem um retorno à quantidade normal de consumo; tornar-se mais violento quando consumiu drogas/álcool antes da agressão; consumo de álcool ou drogas numa ocorrência criminal antes do episódio de agressão; o abuso de álcool, depois dos 18 anos de idade, e antes da agressão, interferiu significativamente na vida do sujeito; o abuso de drogas depois dos 18 anos de idade, e antes da agressão, interferiu significativamente na vida do sujeito.

De salientar, que toda esta informação se encontrava explicitada no próprio instrumento aquando da aplicação do mesmo.

Neste estudo, verificou-se assim que dos 30 participantes, 17 (56,7%) possuem critérios para a presença de abuso de substâncias enquanto 13 (43,3%) deles não foram associados a abuso de substâncias.

Caracterização dos comportamentos violentos adotados

Após a categorização qualitativa do IVC que foi descrita anteriormente, procedeu-se então à análise estatística descritiva dos resultados obtidos através deste instrumento para obter uma caracterização dos comportamentos violentos.

Dos 30 participantes, 25 encontram-se atualmente num relacionamento. Destes 25, 16 (53,3%) admitem ter recorrido ao uso da violência física pelo menos uma vez, enquanto 9 (30%) dos participantes refere nunca ter recorrido a este tipo de violência ($M_o=1$).

No que se refere à violência emocional/psicológica, dos 25 participantes, 13 (43,3%) admite que recorreu a esta, pelo menos uma vez na relação atual. Por outro lado, 12 (40%) dos participantes referem nunca ter recorrido ao uso de violência emocional/psicológica ($M_o=1$).

Assim, pode constatar-se que o tipo mais prevalente de violência adotado pelos participantes na sua relação atual, é a violência física.

Verificou-se ainda que apenas 22 participantes tiveram alguma relação amorosa para além da atual. Desses 22, 10 (33,3%) dos participantes admitem ter recorrido à violência física enquanto 12 (40%) referem nunca ter recorrido a este tipo de violência ($M_o=0$). No que respeita à violência emocional/psicológica, 12 (40%) dos participantes refere ter recorrido pelo menos uma vez em qualquer relação para além da atual. E 11 (36,7%) participantes mencionam que nunca adotaram este tipo de comportamento.

Relação entre abuso de substâncias e o comportamento violento na relação atual

Um dos objetivos pretendia verificar se existe alguma associação entre os comportamentos violentos adotados na relação atual e o abuso de substâncias. Para isso, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado.

Importa referir, que como a maior parte dos participantes se encontrava em regime de suspensão provisória do processo por violência doméstica e permanecia na relação onde esse episódio violento ocorreu, e sendo que esta questão se reporta aos comportamentos que ocorrem no último ano, se optou por focalizar o comportamento violento na relação atual, dando assim uma perspetiva temporal mais válida e atual.

Constatou-se que não existe uma associação entre o abuso de substâncias e a violência física manifestada na relação atual, $\chi^2(1) = 0,116$, $p = 0,734$. A tabela 5, ilustra a relação entre a presença de violência física na relação atual e o abuso de substâncias mostrando a frequência observada e percentagem. Como se pode observar, apesar de não existir uma associação entre estas variáveis, os participantes que consomem substâncias parecem adotar mais este tipo de comportamento.

Tabela 5: Tabela de contingência da presença de violência física na relação atual segundo o abuso de substâncias.

		Abuso de substâncias		Total	
		Não	Sim		
Presença de violência física na relação atual	Nunca fiz	Frequência observada	4	5	9
		%	44,4	55,6	100
	Já fiz pelo menos uma vez	Frequência observada	6	10	16
		%	37,5	62,5	100

	Frequência observada	10	15	25
Total	%	40	60	100

Do mesmo modo, parece também não existir uma associação entre o abuso de substâncias por parte dos agressores e a violência emocional/psicológica manifestada na relação atual, $\chi^2(1)=0,962$, $p=0,327$. No entanto os perpetradores que consomem substâncias parecem adotar este tipo de comportamento com mais frequência do que os que não consomem substâncias (cf. Tabela 6).

Tabela 6: Tabela de contingência da presença de violência emocional/psicológica na relação atual segundo o abuso de substâncias.

		Abuso de substâncias		Total	
		Não	Sim		
Presença de violência emocional/psicológica na relação actual	Nunca fiz	Frequência observada	6	6	12
		%	50	50	100
	Já fiz pelo menos uma vez	Frequência observada	4	9	13
		%	30,8	69,2	100
Total		Frequência observada	10	15	25
		%	40	60	100

Caracterização do indicador de risco de reincidência (ODARA)

No que respeita aos resultados obtidos através do instrumento ODARA, para a variável reincidência, a média foi de $M= 4,33$ ($SD=2,31$), tendo presente que a pontuação pode variar entre 1 e 13. Deste modo, pode considerar-se que, em média, a percentagem de participantes que irá perpetuar outro comportamento violento com a sua atual ou futura companheira, num intervalo de tempo de 5 anos, será cerca de 39%. Importante salientar ainda, que dos 9 participantes com scores totais situados entre 5 e 6 de score total, a percentagem de reincidência de violência será de 53% e dos 5 participantes que obtiveram scores totais entre 7 e 13 a percentagem de reincidência é de 74%. Na tabela 7, estão detalhados os scores, as frequências de respostas dos participantes e a percentagem de reincidência associada.

Tabela 7: Distribuição dos scores do ODARA pelos dados normativos de Reincidência

ODARA Score	Frequência (N=30)	%	Reincidência (%)
0	1	3,3	7
1	1	3,3	17
2	6	20,0	22
3	2	6,7	34
4	6	20,0	39
5-6	9	30,0	53
7-13	5	16,6	74

Relação entre ansiedade e indicador de risco ODARA

Efetou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson para verificar que tipo de associação existe entre a dimensão ansiedade e o indicador de risco ODARA. Através do resultado obtido, $r= 0,122$, $p= 0,520$, parece não existir uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis em questão.

Relação entre depressão e indicador de risco ODARA

Relativamente à relação entre a dimensão depressão e o indicador de risco ODARA, apesar de não se poder dizer, a partir dos resultados obtidos no Coeficiente de Correlação de Pearson, que existe uma associação estatisticamente significativa entre elas, $r= 0,341$, $p= 0,065$ (NS).

Capítulo 5 - Discussão e Conclusões

Este último capítulo surge no sentido de integrar os resultados obtidos na componente empírica tendo em consideração a revisão bibliográfica e estado de arte respeitante à problemática em estudo. No final, será ainda feita uma reflexão acerca da pertinência e potencialidades deste estudo, bem como, as limitações inerentes ao mesmo.

Esta discussão será elaborada segundo as variáveis em estudo e objetivos explanados, numa tentativa de reflexão e contraposição dos resultados obtidos. Para esta compreensão, será importante evidenciar alguns dados sociodemográficos da amostra, passando para variáveis que parecem funcionar como indicadores de saúde mental e sua possível influência no comportamento violento.

Começar por refletir acerca da população em questão, que possui de facto uma especificidade muito própria e pelo facto de a colaboração e participação dos sujeitos poder ser pautada por algum grau de relutância, pois para além de esta temática ser muito complexa, a maioria destes sujeitos encontrava-se também pela primeira vez numa situação judicial por crime de violência doméstica. O facto de a amostra ser de reduzidas dimensões, facto este que muito se deve à dificuldade em aceder a este tipo de população, e a impossibilidade de controlar a deseabilidade social pressupõe uma relativização dos dados e um cuidado na interpretação dos resultados.

Características Sociodemográficas

Kropp (2007) menciona que os agressores conjugais são um grupo heterogéneo no que concerne à presença de fatores de risco individuais e ao risco percebido. Contudo, Tijeras, Rodriguez e Armenta (2005) afirmam que podem estabelecer-se teoricamente uma amálgama de características sociodemográficas comuns que parecem estar relacionadas de forma mais ou menos persistente com o perpetrar da violência doméstica.

As características demográficas dos sujeitos devem ser também consideradas na avaliação do potencial de violência. Os jovens e os homens estão mais aproximados ao potencial de violência, bem como as pessoas de ambientes mais desfavorecidos e pobres. O ambiente a partir do qual o agressor chega é portanto também um dado a considerar para a determinação do potencial de violência (Lim & Bell, 2008).

Uma análise descritiva da amostra deste estudo demonstra que a maioria destes sujeitos são indivíduos que se situam na meia-idade, são casados a viver com a esposa e os filhos, habitam

em meio urbano, encontram-se empregados e encontram-se no estatuto socioeconómico médio, possuindo a escolaridade básica (4º ano). A maioria não relata ter vivenciado violência doméstica enquanto criança/adolescente, no entanto, a maioria afirma manter comportamentos violentos na relação com o cônjuge.

Relativamente ao tipo de comportamentos violentos adotados, considerando a relação atual, a maior parte dos sujeitos refere ter recorrido tanto à violência de cariz físico como psicológico, pelo menos uma vez, mas é a violência física que se destaca como mais prevalente em detrimento da psicológica. Por outro lado, quando se considera qualquer outra relação amorosa para além da atual, os participantes relatam ter recorrido apenas ao uso de violência emocional/psicológica, pelo menos uma vez. Neste âmbito e fazendo alusão ao estudo realizado por Machado, Gonçalves, Matos e Dias (2007) no norte de Portugal, os autores obtiveram taxas de prevalência para a relação atual de 12,2% de violência física e 23,7% para a violência psicológica. Em contrapartida, os resultados que se obtiveram na presente investigação são superiores, pois 53,3% refere o uso de violência física e 43,3% de violência emocional/psicológica. Os resultados obtidos nos dois estudos são similares no que concerne à maior parte dos participantes referir fazer uso dos dois tipos de violência.

Um aspeto que tem vindo a ser considerado segundo o suporte empírico como um fator de risco para a perpetração de violência, é o facto de se vivenciar e testemunhar violência doméstica no seio da família de origem, no processo de socialização enquanto se é criança e jovem. Na amostra em questão, os resultados obtidos demonstram que a maior parte dos participantes inquiridos não terá assistido a episódios de violência doméstica enquanto jovens (60%). Esperar-se-ia talvez que os sujeitos declarassem um maior número de testemunhos na sua família de origem. O que desde logo nos pode levar a refletir acerca da possibilidade de existir alguma deseabilidade social nestas respostas e pelo facto de a amostra ser de reduzida dimensão não permitir generalizar estas conclusões de forma representativa.

A literatura referente à avaliação do risco considera que o facto de ter sido vítima de abuso físico na infância ou ter presenciado violência entre os pais como um fator que auxilia na análise do potencial de risco (Feiteira, 2011). Também a hipótese sobre o ciclo de violência que está fortemente ancorada à teoria da Aprendizagem Social de Bandura, que vem sugerir que a criança exposta a padrões de violência em casa terá uma maior probabilidade de vir a utilizar padrões comportamentais similares e inclusivamente vir a experienciar esses padrões nas suas relações conjugais futuras (Blumenthal, 2000; Halford, Sanders & Behrens, 2000, citados por Sani, 2004). Uma das razões para que tal aconteça tem relação desde logo com a modelagem exercida pelo próprio progenitor que pratica comportamento violento, reforçando de forma errónea que agressão é uma forma adequada e validada de resolver conflitos.

Saúde Mental

Embora as perturbações relacionadas com a Saúde Mental não sejam a única ou mesmo a primeira causa de violência, a literatura acerca da avaliação de risco, sugere que os sintomas de perturbações na saúde mental estão associados com o comportamento violento em geral e com violência conjugal em particular.

Os distúrbios de humor e a violência estão relacionados de diversas maneiras. A violência pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento subsequente de perturbações de humor e pode exacerbar ou perpetrar perturbações de humor já existentes. Alternativamente, a violência poderá ser uma consequência, ou correlato de um estado da perturbação (Mallakh, Roberts, & El-Mallakh, 2007). Os autores referem ainda, que vários fatores biológicos, sociais e psicológicos que estão associadas à violência e à agressão que frequentemente coexistem com as perturbações de humor, então essa coocorrência entre violência e perturbações de humor são frequentemente vistos nos indivíduos e seus sistemas. Nestas situações, a violência pode ser direcionada para si mesmo ou para os outros.

A exposição a violência é um importante preditor de subseqüentes sintomas depressivos, esta questão tem sido documentada em uma ampla gama de estudos. Miller (2005, citado por El-Mallakh, Roberts, & El-Mallakh, 2007) relaciona também o facto de a exposição a comportamento violentos durante a infância e adolescência podem estar ligadas a um incremento da produção de cortisol e epinefrina, que têm sido associados à depressão e à ansiedade.

O Instituto Nacional de Captação Epidemiológica do Ministério da Saúde Mental Área de estudo (ECA) descobriu que pacientes com perturbação mental (depressão, ansiedade, esquizofrenia) relatam uma prevalência de violência de 16% em comparação com 7% entre as pessoas sem doença mental (Swanson, 1994).

Diagnósticos que incluíam perturbações e sintomatologia ansiosa e depressiva, perturbações por uso de substâncias e perturbações de personalidade podem elevar o risco de perpetração de violência por parceiro íntimo (Bergman e Ericsson 1996; Briere, Woo, McRae et al., 1997, citados por Friedman, Stankowski & Loue, 2007). Os autores referem que a própria dificuldade de raciocínio, a diminuição das funções executivas e dificuldade nas relações sociais que frequentemente estão associadas à sintomatologia depressiva e ansiosa, podem aumentar a vulnerabilidade e aumento do risco para comportamento violento.

Na presente investigação, o resultado máximo obtido na dimensão ansiedade em pontuação T foi de 63, o que indica que os participantes com esta pontuação apresentam sintomatologia somática com uma intensidade superior a 90% da amostra psiquiátrica. Já relativamente ao resultado médio obtido em notas T nesta dimensão foi de 46 pelo que em média os

participantes apresentam sintomatologia somática superior a 35% da amostra psiquiátrica. Estes resultados são de facto importantes de considerar, pois permitem verificar que estes participantes possuem algumas manifestações clínicas de ansiedade, tanto generalizada como aguda, incluindo sinais gerais de tensão emocional e as manifestações psicossomáticas.

Por outro lado, no que respeita à dimensão depressão, o resultado máximo obtido em nota T foi de 60, o que indica que os participantes com este resultado apresentam sintomatologia somática com uma intensidade superior a 85% da amostra psiquiátrica. No que concerne ao resultado médio obtido em nota T foi de 48, o que sugere que os participantes apresentam em média uma sintomatologia somática superior a 45% da população. Através da pontuação compreende-se que os participantes reconhecem sinais e sintomas clínicos próprios de perturbações psíquicas, incluindo vivências disfóbicas, impotência e falta de energia, bem como, ideias autodestrutivas e outras manifestações cognitivas e somáticas características dos estados depressivos.

Relativamente à associação das dimensões ansiedade e depressão com a variável idade, não se verificaram resultados estatisticamente significativos. A presença deste tipo de sintomatologia aparece independentemente da idade dos sujeitos.

No que se refere aos dados obtidos no instrumento PCL-R, nesta amostra apurou-se um nível muito baixo de preocupação no que respeita às características psicopáticas.

Embora a psicopatia possa ser um dos mais poderosos fatores de risco para a ocorrência de violência, muitas vezes esta abordagem deverá ser mais ampla segundo uma avaliação de personalidade com recurso a instrumentos adaptados (Rosenfeld & Pivovarova, 2008).

Relativamente ao constructo de psicopatia, o autor Cornell et al. (1996, citado por Andrade, 2009) refere que desde o advento do instrumento PCL, se encontrou uma clara diferença entre os agressores que pontuam alto neste instrumento e aqueles que obtêm uma pontuação baixa. Os primeiros são considerados muito mais perigosos, menos passíveis de tratamento e mais propensos à reincidência (Andrade, 2009).

No estudo de Femández-Montalvo e Echeburúa (2008) encontra-se uma taxa de prevalência de 14,4% de participantes com tendências psicopáticas, já os autores Goldolf e White (2001) averiguaram um predomínio de 11% de psicopatas no seu estudo. Como os resultados sugerem, esta amostra de participantes revela ter um nível muito baixo de preocupação no que toca a características de psicopatia. Ainda que significativa, se analisarmos os dados anteriores, verifica-se que a prevalência do mesmo não é assim tão elevada e se tivermos em conta que os autores Goldolf e White (2001) obtiveram uma prevalência de 11% tendo em conta uma amostra de 580 participantes, os resultados obtidos neste estudo seriam provavelmente expectáveis.

A incidência de violência doméstica, tem sido altamente relacionada com consumo de substâncias psicoativas em muitas sociedades e diferentes culturas (Day et al., 2003).

A relação da violência com o consumo de álcool e /ou drogas tem vindo a ser desenvolvida a vários níveis de recolha de dados, designadamente, ao nível das estatísticas de crime e dos inquéritos de vitimação (Walker, Kerashaw, & Nicholas, 2006, citados por Lisboa, Barroso, Patrício e Leandro, 2009). No entanto Lisboa, Barroso, Patrício e Leandro (2009) realçam que até então, os estudos que se realizaram não apontam no sentido de ser exequível estabelecer uma relação de causalidade entre esses fatores e a prática de violência, consideram sim uma associação em que eles funcionam como facilitadores dos comportamentos violentos.

Num estudo na região de Murcia, Espanha, o autor Fernando Espí encontrou uma história de consumo de álcool em 60% dos casos de violência doméstica estudados. O autor considerou ainda o consumo desta substância como um fator indutor de agressividade e violência, acrescentando ainda que as mulheres cujos companheiros são consumidores de álcool apresentam maior risco de vir a sofrer maus tratos por parte deste (Day et al., 2003).

Vários são os estudos a evidenciar que cerca de 50% dos agressores têm uma história de abuso de álcool, enquanto que 15% tem uma história de abuso de drogas (Dobash et al., 2004; Belfrage e Rying, 2004; Sharps, Campbell, Campbell, Gary, e Webster, 2001 citados por Watt, 2008). De igual modo, entre 20 a 50% estão sob a influência do álcool e entre 8% e 11% sob a influência de drogas no momento da agressão no contexto da relação íntima Campbell et al., 2001; Dobash et al., 2004, citados por Watt, 2008). Os autores rematam com a ideia de que pode existir um risco diferencial para a violência doméstica dependendo da substância utilizada, o contexto na qual é consumida, e a quantidade ingerida.

Indivíduos sem perturbação mental que abusam de álcool ou drogas têm quase sete vezes mais probabilidade de relatar comportamentos violentos do que os que não têm consumos dessas substâncias (Friedman, 2006).

Assim sendo, os resultados obtidos concretamente neste estudo específico, onde se constatou que 56,7% dos participantes tem um comportamento de abuso de substâncias vão ao encontro do que tem sido encontrado na literatura.

Os autores Logan, Walker, Staton e Lenkefeld (2001) averiguaram que no grupo de sujeitos que tinham consumos de cocaína de modo mais regular (4,5 anos) existia uma forma mais extrema de violência, quando comparado com o grupo que exerceu violência moderada (consumo de 2,9 anos) ou de violência mais leve (2,6 anos). Os autores apontam para o facto de a cocaína pode mesmo potenciar episódios de violência devido aos seus efeitos farmacológicos, podendo mesmo agravar também um temperamento pautado pela hostilidade e agressividade. Moore, Stuart, Meehan, Rhatigan, Hellmuth e Kenn (2008) acrescentam que

diversos tipos de drogas podem levar a um acréscimo do risco de adoção de comportamentos violentos, sendo que neste âmbito, a cocaína é o tipo que produz maior risco.

O consumo de álcool e drogas sobretudo em indivíduos portadores de outro tipo de perturbação mental como sejam a Esquizofrenia, demências, bem como em sujeitos com personalidade de características impulsivas e com pouca tolerância à frustração, pode ser considerado como um potenciador e desencadeador de atos de violência (Day et al., 2003).

Também Fals-Stewart (2003, citado por Burbach, 2007) concluiu numa intervenção com agressores, que esses sujeitos tinham uma probabilidade vinte vezes maior de exercer violência sobre o seu parceiro em dias de consumo mais pesado em comparação com os dias em que não existia consumo.

Relativamente aos dados obtidos neste estudo em concreto, de facto não se apurou existir uma associação entre as variáveis comportamento violento físico na relação atual e abuso de substâncias. No entanto, vale a pena observar com atenção os dados e perceber que ainda assim, a maior parte dos participantes que consomem substâncias parecem adotar mais este tipo de comportamento de violência física, do que os que não consomem.

Já no que concerne às variáveis, comportamento de violência psicológica/emocional e abuso de substâncias, também não se verificou uma associação através dos resultados obtidos. Contudo, também se pode observar que dos participantes que consomem substâncias, a maioria já fez uso da violência psicológica mais que uma vez.

Como se pode observar, apesar de não existir uma associação entre estas variáveis, os participantes que consomem substâncias parecem adotar mais este tipo de comportamento.

Relativamente à associação entre a dimensão ansiedade e o indicador de risco de reincidência (ODARA) não se apurou existir uma relação estatisticamente significativa. Por seu lado, no que diz respeito à associação entre a dimensão depressão e o indicador de risco de reincidência (ODARA) também não existe uma relação estatisticamente significativa, no entanto, o facto do valor de $p = 0,065$ e não se distanciar muito de $0,05$, parece "refletir" uma tendência de sentido positivo.

Síntese Integrativa

Os resultados médios obtidos em notas T na dimensão ansiedade sugerem que os participantes apresentam em média uma sintomatologia somática superior a 45% da população. Por seu lado, na dimensão depressão esse resultado médio será de cerca de 35%. Ainda que estes resultados não sejam alarmantes devem ser tidos em consideração como sinalizadores de alguma sintomatologia.

Concluiu-se que o comportamento violento ocorre no relacionamento dos casais independentemente da idade, do nível económico e grau de escolaridade do agressor. Apesar disso, a maioria dos participantes encontrava-se no escalão socioeconómico médio e possuía o ensino básico.

Os agressores tendem a adotar tanto comportamentos de violência física, como de violência emocional/psicológica, ainda assim, registou-se uma maior incidência relativamente à violência de cariz físico.

A maior parte dos agressores conjugais consome álcool e/ou outras substâncias e apesar de não ter sido encontrada uma relação entre este abuso de substâncias e a prática de comportamentos violentos (físico e emocional/psicológico), são os participantes que possuem critério para abuso de substâncias que mais recorrem (pelo menos uma vez) a comportamentos de violência tanto física como emocional/psicológica.

Relativamente aos resultados referentes ao construto de psicopatia, os resultados evidenciaram níveis de preocupação baixo em relação a esta variável o que pode ser considerado como um fator de bom prognóstico, sobretudo no que se refere à implementação de uma mudança terapêutica através de intervenção adequada.

Nos dados apurados para a reincidência, em média, pode concluir-se que a percentagem dos participantes que irá cometer outro comportamento violento no seu relacionamento atual ou numa futura relação, num intervalo de tempo de 5 anos, será de 39%. Neste caso concreto da reincidência relativa a esta problemática tão complexa qualquer percentagem esperada é preocupante.

Ainda que em vários resultados de facto não se tenham obtido resultados estatisticamente significativos entre as variáveis estudadas ao ponto de estabelecermos mais concretamente algumas relações é inegável que este grupo de agressores conjugais apresenta alguns sintomas psicopatológicos, ora se estes são a causa deste tipo de comportamento ou uma mera consequência do mesmo é algo que não se poderá desvendar com este trabalho, lembrando que estabelecer uma relação de causa-efeito não é nem nunca poderia ser um dos objetivos

do mesmo, funcionando apenas como uma base descritiva e correlacional, procurando descrever algumas características de um grupo de agressores conjugais e verificar algumas associação entre as mesmas.

Apesar dos cuidados que devem ser tidos em conta na interpretação dos resultados, quer no que se refere à dimensão da amostra quer à questão da desejabilidade social, os dados obtidos são importantes para compreendermos que os agressores tendem a relativizar ou desvalorizar os seus comportamentos, tópico este que muito terá certamente a ver também com o contexto sociocultural pelo qual o nosso país foi passando.

Como referem Echeburúa, Fernandez-Montalvo, Corral, e López-Goñi (2008) muitos dos agressores conjugais são indivíduos ajustados e funcionais ao nível psicológico no entanto, alguns são portadores de algum tipo de sintomatologia ou perturbações na sua saúde mental (podendo, ou não, estarem associadas a consumos de substâncias).

A heterogeneidade das características destes sujeitos tem possibilitado a emergência de várias abordagens tipológicas sobre as mesmas e o desbravar de novas hipóteses que nos auxiliem na compreensão do funcionamento do sujeito e seus relacionamentos.

Limitações

Como não poderia deixar de ser, existem limitações inerentes a este trabalho de investigação. É necessário mencioná-las e sobretudo refletir acerca das mesmas não só para contextualizar o estudo em questão, mas também para se colmatarem em futuras investigações.

Desde logo podem ser apontadas ao nível metodológico algumas limitações, como sejam a dimensão reduzida da amostra e o facto de esta ser não probabilística de conveniência, o que não permite a generalização dos resultados. No entanto, neste caso concreto em que o objetivo seria estudar agressores conjugais, este tipo de seleção da amostra afigurou-se como o mais indicado tendo em conta que os participantes estavam já referenciados como sendo agressores conjugais pelo Ministério Público.

Outro aspeto remete-se para a questão da seleção dos instrumentos, que apesar de representativos e adequados ao fenómeno em estudo, nem todos se encontram aferidos ou possuem dados comparativos para a população portuguesa. No caso do sistema ODARA, foi traduzido para português e trabalhou-se com os critérios e normas da versão americana. Relativamente ao instrumento SCL-90-R apenas se dispõe de dados estandardizados para a população espanhola.

Outra limitação associada à investigação em ciências sociais que não poderia deixar de ser também aqui referida diz respeito à desejabilidade social. É efetivamente difícil conseguir que as informações prestadas pelos participantes sobre assuntos da sua intimidade não sejam marcadas por alguma desejabilidade social. Alguns sujeitos podem ser motivados a mascarar a verdadeira história, os sintomas ou pensamentos, ou simplesmente estarem em negação ou minimizarem os sintomas.

Potencialidades e implicações futuras

Apesar das limitações referidas, este estudo pode ser visto como um esforço para dar visibilidade à temática da violência doméstica, que apesar de ser cada vez mais alvo de interesse e estudo, beneficia sempre com o estudo e reflexão de diversas variáveis e contextos. Como a maioria das investigações se focaliza na perspectiva da vítima, o facto de este estudo ter como alvo o agressor conjugal poderá ser também uma mais-valia sobretudo para melhor compreender a sua perspectiva, bem como algumas características ou fatores que possam estar associados ao relacionamento violento. As investigações com agressores conjugais poderão potenciar a elaboração de programas terapêuticos que possam atuar como agentes de mudança no indivíduo e suas relações, restituindo assim uma relação conflituosa ou diminuindo a probabilidade de voltar a vivenciar uma relação violenta.

Aludem para o facto de ser necessário alguma ponderação e cuidado quando se efetuam avaliações de risco a partir das entrevistas com agressores conjugais, uma vez que estes podem minimizar ou até mesmo negar a sua responsabilidade

Em futuras investigações, um possível caminho a seguir será o de integrar as duas perspectivas, tanto a da vítima como a do agressor, numa tentativa de melhor compreender a dinâmica relacional de um casal onde existe violência. Kropp (2007) alude para a importância das informações dadas pela vítima sobretudo no que diz respeito a determinados domínios da vida do agressor, desde que sejam informados sobre todos os parâmetros da avaliação e que a informação possa ser comparada com a informação apresentada pelo agressor aquando da acusação. Além disso, outras variáveis situacionais, relacionais, pessoais, sociais e culturais poderiam ser adotadas em investigações futuras uma abordagem de cariz comparativo entre casais violentos e casais onde não ocorre violência, fomentando a procura e estabelecimento de fatores de risco que permitirão passar de uma vertente remediativa para uma prevenção mais efetiva.

Referências Bibliográficas

- Almeida, I., & Soeiro, C. (2010). Avaliação de risco de violência conjugal: Versão para polícias (SARA: PV). *Análise Psicológica*, 1 (XXVIII), 179-192.
- Alvim, S. F., & Souza, L. (2005). Violência Conjugal Em Uma Perspetiva Relacional: Homens e Mulheres Agredidos/Agressores. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7 (2), 171-206.
- Amor, P., Echeburúa, E., & Loinaz, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (9), 519-539.
- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2010). Domestic Violence Against Women: systematic review of prevalence studies, *Journal of Family Violence*, 25, 369-382.
- Andrade, J. T. (2009). Psychopathy: Assessment, Treatment and Risk Management. In J. T. Andrade (Ed.), *Handbook of Violence Risk Assessment and Treatment* (pp.241-290). New York: Springer Publishing Company.
- Archer, J. (2000) Sex differences in aggression between heterosexual partners. A meta-analytic review, *Psychological Bulletin*, 126, 651-680.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). *Estatísticas APAV 2010 retificadas*. Lisboa: APAV.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2012). *Estatísticas APAV: Relatório Anual 2011*. Consultado em 10 de março, 2013, retirado de http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_RelatorioAnual_2011.pdf.
- Barto, S. B. (2010). *Hombres Maltratadores: historias de violencia masculina*. Zaragoza: Prensas Universitárias de Zaragoza.
- Bell, K. M., & Naugle, A. E. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clinical Psychology Review*, 28 (7), 1096-1107.
- Biezma, M., & Guinea, S. (2006). Disfunción neuropsicológica en maltratadores. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 6, 83-101.
- Borin, T. (2007). *Violência doméstica contra a mulher: percepções sobre violência em mulheres agredidas* (Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (Brasil).

- Bosch, E. & Ferrer, V. (2002). *La voz de las invisibles: Las víctimas de un mal de amor que mata*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Caderno de Atenção Básica, 8).
- Brown, T., Werk, A., Caplan, T., Shields, N., & Seraganian, P. (1998). The incidence and characteristics of violent men in substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 5 (23), 573-586.
- Burbach, R. (2007). Substance Abuse Disorders. In C. D. Webster & S. J. Hucker (Eds.), *Violence risk assessment and management* (pp. 141-160). Chichester: Wiley.
- Bushman, B. J. (1993). Human aggression while under the influence of alcohol and other drugs: an integrative research review. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 148-52.
- Bushman, B. J. & Anderson, C. A. (2002). Human aggression. *Annual Reviews Psychology*, 53, 27-51.
- Byrne, J.M., & Roberts, A.R. (2007). New directions in offender typology design, development, and implementation: Can we balance risk, treatment and control? *Aggression and Violent Behavior*, 12, 483-492.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-1336.
- Campbell, J. C., Baty, M. L., Laughon, K., & Woods, A. (2009). Health effects of partner violence: aiming toward prevention. In D. J. Whitaker & J. R. Lutzker (Eds.), *Preventing Partner Violence: research and evidence-based intervention strategies*. (pp.113-138) Washington, DC: American Psychological Association.
- Campbell, J. C., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C., Campbell, D., Curry, M. A., et al. (2003). Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study. *American Journal of Public Health*, 93 (7), 1089-1097.
- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, (pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.

- Carrasco, J. C. (2004). Violência física, psicológica e sexual em el ámbito de la pareja: papel del contexto. *Clínica y Salud*, 1 (15), 33-54.
- Carvalho-Barreto, A., Bucher-Maluschke, J., Almeida, P., & DeSousa, E. (2009). Desenvolvimento Humano e Violência de Gênero: Uma Integração Bioecológica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (1), 86-92.
- Casique, L. C., & Furegato, A. R. F. (2006). Violência Contra Mulheres: reflexões teóricas. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 14 (6), 1-8.
- Chang, J., Decker, M., Moracco, K., Martin, S., Petersen, R., & Frasier, P. (2005). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counseling*, 59, 141-147.
- Cortez, M. B., Padovani, R. C., & Williams, L. C. A. (2005). Terapia de grupo cognitivo-comportamental com agressores conjugais. *Estudos de Psicologia Campinas*, 22 (1), 13-21.
- Corvo, K., & deLara, E. (2010). Towards an integrated theory of relational violence: Is bullying a risk factor for domestic violence? *Aggression and Violent Behavior*, 15, 181-190.
- Day, V. P., Telles, L. E. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F., Machado, D. A., Silveira, M. B., ... Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (SPRS)*, 25 (1), 9-21.
- Deeke, L. P., Boing, A. F., Oliveira, W. F., & Coelho, E. B. S. (2009). A Dinâmica da Violência Doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Revista Saúde e Sociedade*, 18 (2), 248-258.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual II for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Dias, I. (2010). Violência doméstica e justiça: respostas e desafios. *Sociologia: Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, 20, 245-262.
- Dias, S., & Alarcão, M. (2012). A suspensão provisória do processo em casos de violência conjugal: um estudo exploratório. *Ousar Integrar - Revista de reinserção social e prova*, 11, 9-21.

- Dixon, L., & Graham-Kevan, N. (2011). Understanding the nature and etiology of intimate partner violence and implications for practice and policy. *Clinical Psychology Review*, 31, 1145-1155.
- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P. J., Sweeney, J., & Frances, A.J. (1991). Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *American Journal of Psychiatry*, 148, 224-230.
- Duarte, C. M. N. (2005). *Percepções de conflito e violência conjugal*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto.
- Ernst, A. A., Weiss, S. J., & Enright-Smith, S. (2006) Child witnesses and victims in homes with adult intimate partner violence, *Academic Emergency Medicine*, 13, 696-699.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Fernández-Montalvo, J. & Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 2 (20), 193-198.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., & Arteaga, A. (2011). Tratamiento de agresores contra la pareja en programas de atención a drogodependientes: un reto de futuro. *Adicciones*, 23 (1), 5-9.
- Flury, M., Nyberg, E., & Riecher-Rössler, A. (2010). Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly*, 140, 1-6.
- Flynn, A., & Graham, K. (2010). "Why did it happen?" A review and conceptual framework for research on perpetrators' and victims' explanations for intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 15 (3), 239-251.
- Ford-Gilboe, M., Wuest, J., Varcoe, C., Davies, L., Merritt-Gray, M., Campbell, J., & Wilk, P. (2009). Modelling the effects of intimate partner violence and access to resources on women's health in the early years after leaving an abusive partner. *Social Science & Medicine*, 68, 1021-1029.
- Friedman, R. (2006). Violence and Mental Illness – How Strong Is the Link? *The New England Journal of Medicine*, 16, 2060-2066.

- Friedman, S. H., Stankowski, J. E., & Loue, S. (2007). Intimate Partner Violence and the Clinician. Kropp, P. R. (2007). In C. D. Webster & S. J. Hucker (Eds.), *Violence risk assessment and management* (pp. 483-499). Chichester: Wiley.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence. *Lancet*, *368*, 1260 - 1269.
- Gelles, R. J. (1997). *Intimate violence in families*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Glass, N., Laughon, K., Campbell, J., Chair, A., Block, C., Hanson, G., Sharps, P., & Taliaferro, E. (2007). Non-fatal strangulation is an important risk factor for homicide of women. *The Journal of Emergency Medicine*, *35*, 329-335.
- Gomes, N. P., Diniz, N. M. F., Araújo, A. J. S., & Coelho, T. M. F. (2004). Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Ata Paulista de Enfermagem*, *20* (4), 504- 508.
- Gonçalves, R. (2002). *Delinquência, crime e adaptação à prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, R. (2004). Agressores Conjugais: Investigar, avaliar e intervir na outra face da violência conjugal. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, *14* (4), 541-558.
- Gondolf, E., & White, R. (2001). Batterer program participants who repeatedly reassault - Psychopathic tendencies and other disorders. *Journal of Interpersonal Violence*, *16*, 361-380.
- González, P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. (Dissertação de Doutoramento, não publicada), Universidad Complutense de Madrid, Madrid (Espanha).
- Häkkinen-Nyholm, H., & Hare, R. D. (in press). Psychopathy, Homicide, and the Courts: Working the System. *Criminal Justice and Behavior*.
- Haller, J., & Kruk, M. (2006). Normal and abnormal aggression: human disorders and novel laboratory models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *30*, 292-303.
- Hare, R. D. & Hervé, H. (1999). *The Hare P-Scan: Research Version*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2nd ed.). Toronto, ON: Multi-Health Systems.

- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a Clinical and Empirical Construct. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 217-46.
- Hart, S. D. (1998). The role of psychopathy in assessing risk for violence: conceptual and methodological issues. *Legal and Criminological Psychology, 3*, 121-137.
- Heise, L., & Garcia-Moreno C. (2002). Violence by intimate partners. In: E. Krug, LL. Dahlberg, J. A. Mercy, et al. (Eds). *World report on violence and health* (pp. 87-121). Geneva: World Health Organization.
- Henning, K., Jones, A. R. & Holdford, R. (2005). "I didn't do it, but if I did I had a good reason": Minimization, Denial, and Attributions of Blame Among Male and Female Domestic Violence Offenders. *Journal of Family Violence, 20* (3), 131-139.
- Henriques, R. P. (2009). De H. Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 12* (2), 285-302.
- Heru, A. M. (2007). Intimate partner violence: treating abuser and abused. *Advances in Psychiatric Treatment, 13*, 376-383.
- Hilton, N. Z., Harris, G. T. & Rice, M. E. (2010). *Risk Assessment for Domestically Violent Man. Tools for Criminal Justice, Offender Intervention and Victim Services*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Holtzworth-Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N., & Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence part I: Maritally violent versus nonviolent men. *Aggression and Violent Behavior, 2* (1), 65-99.
- Houaiss, A., & Villar, M. (2003). *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Huss, M., & Langhinrichsen-Rohling, J. (2000). Identification of the psychopathic batterer: The clinical, legal, and policy implications. *Aggression and Violent Behavior, 4* (5), 403-422.
- Kenney, J. P. (2006). Domestic violence: A complex health care issue for dentistry today. *Forensic Science International, 159*, 121-125.
- Kerr, D. C. R., & Capaldi, D. M. (2011). Young men's intimate partner violence and relationship functioning: Long-term outcomes associated with suicide attempt and aggression in adolescence. *Psychological Medicine, 14*, 1 - 11.

- Klap, R. Tang, L., Wells, K., Starks, S., & Rodriguez, M. (2007). Screening for Domestic Violence Among Adult Women in the United States. *Society of General Internal Medicine*, 22, 579-584.
- Kropp, P. R. (2005). Risk assessment and risk management of domestic violence offenders. Paper presented at the meeting of the Department of Defense Domestic Violence Intervention/Treatment Protocol, Alexandria, VA.
- Kropp, P. R. (2007). Spousal assaulters. In C. D. Webster & S. J. Hucker (Eds.), *Violence risk assessment and management* (pp. 123-131). Chichester: Wiley.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World health organization.
- Kyriacou, D., Anglin, A., Taliaferro, E., Stone, S., et. al (1999). Risk factors for injury to women from domestic violence. *The New England Journal of Medicine*, 25 (34), 1892-1898.
- Lamoglia, C. V. A., & Minayo, M. C. S. (2009). Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2), 595-604.
- Lawson, J. (2012). Theories of Violence from Multiple Social Science Perspectives. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22 (5), 572-590.
- Lazenbatt, A., Taylor, J., & Cree, L. (2007). A healthy settings framework: an evaluation and comparison of midwives' responses to addressing domestic violence. *Midwifery*, 25, 622-636.
- Leonard, K. E. (2005). Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributing cause of violence? *Addiction*, 100, 422-425.
- Leonard, K. E., & Senchak, M. (1996). Prospective prediction of husband marital aggression within newlywed couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 369-380.
- Lim, R. F., & Bell, C. C. (2008). Cultural Competence in Violence Risk Assessment. In: R. I. Simon & K. Tardiff, (Eds.). *Textbook of Violence Assessment and Management* (pp.35-57). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Lipsky, S., & Caetano, R. (2009). Definitions, surveillance systems, and the prevalence and incidence of intimate partner violence in the United States. In, D. J. Whitaker & J. R.

- Lutzker, *Preventing Partner Violence: Research and evidence-based intervention strategies* (pp. 17-40). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lipsky, S. & Caetano, R. (2011). Intimate partner violence perpetration among men and Emergency department use. *The Journal of Emergency Medicine*, 6 (40), 696-703.
- Lisboa, M., Barroso, Z., Patrício, J., & Leandro, A. (2009). *Violência e Género - Inquérito Nacional sobre a Violência exercida contra Mulheres e Homens*. Comissão para a cidadania e Igualdade de Género: Lisboa. Considerações teóricas e conceptuais relevantes para o estudo. Coordenador Lisboa, M.
- Lobo, C. A. C. C. F. (2007). *A P-Scan de Robert Hare na avaliação da Psicopatia Estudo exploratório numa amostra de reclusos portugueses* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Logan, T., Walker, R., Staton, M., & Leukefel, C. (2001). Substance Use and Intimate Violence Among Incarcerated Males. *Journal of Family Violence*, 2 (16), 93-114. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Lohr, J., Bonge, D., Witte, T., Hamberger, K., & Langhinrichsen-Rohling, J., (2005). Consistency and accuracy of batterer typology identification. *Journal of Family Violence*, 4(20), 253-258.
- Loue, S. (2001). *Intimate Partner Violence: Societal, Medical, Legal and Individual Responses*. New York: Plenum.
- Machado, C., & Dias, A. R. (no prelo). Cultura e violência: uma revisão crítica da literatura. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*.
- Machado, C., Gonçalves, M., Matos, M., & Dias, A. (2007). Child and partner abuse: Self-reported prevalence and attitudes in the north of Portugal. *Child Abuse & Neglect*, 31, 657-670.
- Machado, C., Matos, M., & Gonçalves, M. (2000). *Escala de Crenças sobre Violência Conjugal (E.C.V.C.) e Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.)*. Escalas de Avaliação e Manual. Braga: Psiquilíbrios.
- Manita, C., Ribeiro, C. & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica: compreender para intervir, guia de boas práticas para profissionais de Saúde*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

- Mantas, L. N. (2009). *Mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador: Características sociodemográficas y de salud* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidad de Granada, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Granada (Espanha).
- Martinez, A. (2005). *Violencia doméstica: Modelo multidimensional y programa de Intervención* (Dissertação de Doutoramento em Psicologia não publicada). Universidad Complutense de Madrid, Madrid (Espanha).
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos, com Recurso ao IBM SPSS*. Braga: Psiquilíbrios.
- Matos, M. A. V. (2006). *Violência nas relações de intimidade: estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga.
- Mauricio, A. M., & Gormley, B. (2001). Male Perpetration of Physical Violence Against Female Partners. *Journal of Interpersonal Violence, 16* (10), 1066-1081.
- McCue, M. (2008). *Domestic Violence: A Reference Handbook*. Santa Barbara: Library of Congress.
- Miranda, M., Paula, C., & Bordin, I. (2010). Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Rev Panam Salud Publica, 27* (4), 300-308.
- Monteiro, J. S. (2009). Avaliação do risco de violência. Da perigosidade à responsividade. *Ousar integrar - revista de reinserção social e prova, 4*, 99-105.
- Moore, T., Stuart, G., Meehan, J., Rhatigan, J., Hellmuth, J. & Keen, S. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 28*, 247-274.
- Nardi, S. C. S. (2011). *Agressor conjugal: uma compreensão psicanalítica* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, (Brasil)
- Nelson, H., Nygren, P., McInerney, Y., & Klein, J. (2004). Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine, 5* (140), 387-404.
- Norlander, B., & Eckhardt, C. (2005). Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 25* (2), 119-152.

- Núcleo de Estudos e Análise Prospetiva em Segurança Interna (agosto, 2011). *Relatório de monitorização da Violência Doméstica - 1º Semestre de 2011*. Lisboa: Ministério da Administração Interna
- Organização Mundial de Saúde. (1998). Organização Pan-Americana de Saúde. La unidad de salud de la mujer de la OMS (WHD). *Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario*. Ginebra (Sexta Sesión Plenaria).
- Padovani, R. C., & Williams, L. C. A. (2002). Intervenção Psicoterapêutica com agressor conjugal: Um estudo de caso. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 7 (2), 13-1.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2003). Abuso no contexto do relacionamento íntimo com companheiro: Definição, prevalência, causas e efeitos. *Psicologia, Saúde & doenças*, 4 (2), 165-184.
- Palmer, E. J. (2001). Risk assessment: Review of psychometric measures. In D. P. Farrington, C. R. Hollin, & M. McMurrin (Eds.), *Sex and violence: The psychology of crime and risk assessment* (pp.7-22). London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Pan, H. S., Neidig, P. H., & O'Leary, K. D. (1994). Predicting mild and severe husband-to-wife physical aggression. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 62, 975-981.
- Peterman, L. M., & Dixon, C. G. (2003). Domestic violence between same-sex partners: implications for counseling. *Journal of Counseling & Development*, 81, 40-47.
- Presidência do Conselho de Ministros (2001). *I Plano nacional contra a violência doméstica*. Gabinete da Alta Comissária para as Questões da Igualdade e da Família. *Diário da República*, 1.ª série – N.º 243 – 17 de dezembro de 2010/Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010.
- Rif S. El-Mallakh, R. S., Roberts, R. J., & El-Mallakh, P. L. (2007). Mood Disorders. In: R. I. Simon & K. Tardiff, (Eds.). *Textbook of Violence Assessment and Management* (pp. 77-104). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Roberts, A. R., & Roberts, B. S. (2005). *Ending Intimate Abuse: Practical Guidance and Survival Strategies*. New York: Oxford University Press.
- Rocha, G. P. N., Lalanda, P., Caldeira, S. N., Sousa, A., Palos, a. C., & Soares, D (2010). *A violência doméstica na região autónoma dos Açores - Estudo sócio-criminal*. Lisboa: Cadernos da Administração Interna.

- Rosmaninho, T. (cord.) (2005). *Violência doméstica manual para os media: informar para mudar*. Porto: Soroptimist Internacional Clube Porto Invicta.
- Rosenfeld, B. A., & Pivovarova, E. (2008). Psychological Testing in Violence Risk Assessment. In: R. I. Simon & K. Tardiff, (Eds.). *Textbook of Violence Assessment and Management* (pp. 59-74). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Sani, A. I. M. (2004). *As crenças, o discurso e a ação : as construções de crianças expostas à violência interpaparental* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Santos, E. F. (2011). *Ciúme - O medo da perda*. São Paulo: Editora Claridade.
- Scott, J. (1995). Género: Uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20 (2), 71-99.
- Sev'er, A., Dawson, M., & Johnson, H. (2004). Lethal and nonlethal violence against women by intimate partners: Trends and prospects in the United States, the United Kingdom and Canada. *Violence Against Women*, 10 (6), 563-576.
- Silva, L. L., Coelho, E. B. S., & Caponi, S. N. C. (2007). Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface - Comunicação Saúde, Educação*, 11 (21), 93-103.
- Soeiro, C. & Gonçalves, R. (2010). O estado de arte do conceito de psicopatia. *Análise Psicológica*, 18, 227-240.
- Soria, M., Armadans, I., Viñas, M., & Yepes, M. (2009). Homicide and domestic violence. Are there different psychological profiles mediated by previous violence exerted on the victim? *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1 (2), 205-220.
- Staus, M. A., & Yodanis, C. L. (1996). Corporal punishment in adolescence and physical assaults on spouses in later life: What accounts for the link? *Journal of Marriage and the Family*, 58, 825-841.
- Stith, S. M., & McMonigle, C. L. (2009). Risk factors associated with intimate partner violence. In D. J. Whitaker & J. R. Lutzker (Eds.), *Preventing Partner Violence: research and evidence-based intervention strategies*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Stith, S., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B., & Tritt, D. (2004). Intimate Partner Physical Abuse Perpetration and Victimization Risk Factors: A Meta-Analytic Review. *Aggression and violent Behavior, 10* (1), 65-98.
- Straus, M. A. (2005) Women's violence toward men is a serious social problem. In: Gelles RJ, Loseke DR, (Eds.). *Current Controversies on Family Violence*. 2nd ed. Newbury Park, Calif: Sage, 55-77.
- Swanberg, J., Logan T., & Macke, C. (2005). Intimate partner violence, employment, and the workplace: consequences and future directions. *Trauma Violence Abuse, 6* (4), 286-312.
- Swogger, M. T., Walsh, Z., & Kosson, D. S. (2007). Domestic Violence and Psychopathic Traits: Distinguishing the Antisocial Batterer from Other Antisocial Offenders. *Aggressive behavior, 33*, 253-260.
- Tavares, F. (2008). *Das lágrimas à esperança: O Processo de Fortalecimento das Mulheres em Situação de Violência Doméstica* (Dissertação de Mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (Brasil).
- Tijeras, J., Fernández-Montalvo, J., Sarasa, M., & Seminario, A. (2011). Trastornos de Personalidad en Hombres Maltratadores a la Pareja: Perfil Diferencial entre Agresores en Prisión y Agresores con Suspensión de Condena. *Anuario de Psicología Jurídica, 21*, 97-105.
- Tijeras, J., Rodríguez, J., & Armenta, M. (2005). Teoría y descripción de la violencia Doméstica. Programa terapéutico para Maltratadores del ámbito familiar en el Centro penitenciario de Pamplona. *Anurio de Psicología Jurídica, 15*, 67-95.
- Walker, L. E. A. (2000). *The Battered Woman Syndrome*, 2nd Edition. New York: Springer Publishing Company.
- Watt, K. (2008). Understanding risk factors for intimate partner femicide: The role of domestic violence fatality review teams. In A. C. Baldry & W. F. Winkel (Eds.), *Intimate Partner Violence Preventing and Intervention: The risk assessment and Management Approach*. (pp. 45-60) New York: Nova Science Publishers.
- Whitaker, D. J., Haileyesus, T., Swahn, M., & Saltzman, L. S. (2007). Differences in frequency of violence and reported injury between reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. *American Journal of Public Health, 9* (7), 941-947.

- Woodin, E., & O'Leary, K. (2009). Theoretical approaches to the etiology of partner violence. In D. J. Whitaker & J. R. Lutzker (Eds.), *Preventing Partner Violence: research and evidence-based intervention strategies*. (pp.41-65) Washington, DC: American Psychological Association.
- Valdez-Santiago, R., & Ruiz-Rodriguez, M. (2009). Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública? *Salud pública de México*, 6 (51), 505-511.
- Vicente, A. (2002). *Os Poderes das Mulheres, os Poderes dos Homens*. Lisboa: Gótica.

ANEXOS

Anexo I

Questionário Sociodemográfico

7- Atividade Profissional:

Atualmente encontra-se: Empregado Desempregado

- Se assinalou a opção **Empregado**, indique a atividade profissional que exerce e há quanto tempo: _____

- Se assinalou a opção **Desempregado**, indique há quanto tempo se encontra nesta condição laboral atual: _____

- E qual foi a última atividade profissional que exerceu? _____

8- Meio de Residência:

- Indique o meio em que reside: Rural Urbano

9- Problemas Significativos de Vida:

- Neste momento considera que existem problemas significativos na sua vida?

Sim Não

- Se respondeu SIM, pode-se dizer que o(s) seu(s) problema(s) é(são) de que natureza?

- Familiares

Exemplifique: _____

- Judiciais

Exemplifique: _____

- Laborais/Profissionais

Exemplifique: _____

- Económicos

Exemplifique: _____

- Sociais/Relacionamento Interpessoal

Exemplifique: _____

- Do(s) problema(s) que assinalou anteriormente, qual(ais) considera ser(em) o(s) mais significativo(s)?; e Porquê?

- Tendo em conta o(s) problema(s) assinalados pode afirmar-me qual(ais) das seguintes consequências é que o(s) mesmo(s) implicaram e/ou surgiram na sua vida?

- Stress;
- Ansiedade;
- Desmotivação;
- Isolamento;
- Depressão;
- Problemas Familiares;
- Problemas de comunicação;
- Problemas económicos;
- Problemas de saúde;

- Se surgiram outro tipo de consequências distintas das que se encontram listadas, indique qual(ais)?

10- Projeto de vida:

- Relativamente ao seu projeto de vida atual considera que:

- Não consegue atingir os objetivos
- Tem dificuldade em atingir os seus objetivos
- É relativamente fácil atingir os seus objetivos
- Consegue atingir plenamente os seus objetivos

- Tendo em conta a afirmação assinalada, solicito-lhe que tente justificar a mesma:

11- Relacionamentos Familiares e Interpessoais

- Tem amigos e/ou familiares em quem possa confiar? Sim Não
- Temo amigos e/ou familiares com quem possa contar? Sim Não

12 – Comportamento Agressivo/Violento e Atribuições Causais

- Na sua infância e/ou adolescência assistiu a cenas de violência entre os seus pais?

Sim Não

- Essas cenas de violências ocorreram apenas uma vez ou várias cenas e/ou episódios aos quais assistiu? _____

- Se respondeu SIM, (e independentemente da resposta assinalada à questão anterior), indique que tipo(s) de violência assistiu durante a sua infância e/ou adolescência?

- Abandono;
- Negligência;
- Verbal/ Psicológica/ Emocional;
- Física
- Sexual;

- Que comportamentos adotou?

- Fugiu para algum local
- Escondeu-se em algum local;
- Tentou parar a situação;
- Ignorou;
- Apoiou a posição do agressor;
- Apoiou a posição da vítima;

- O que fez depois de assistir a cena única ou aos diversos episódios de violência?

- Falou com alguém;
- Não pensou mais sobre isso;

- Atribuiu a culpa a si próprio;
- Atribuiu a culpa à vítima;
- Atribuiu a culpa ao agressor;
- Quem é(são) o(s) alvo(s) do seu comportamento agressivo/violento?
 - Namorada(o);
 - Esposa(o);
 - Mãe;
 - Pai;
 - Filho(a)/Filho(s)(as);
 - Avô;
 - Avó;
 - Sobrinho(s)(as)
 - Se é(são) outro(os) alvo(s) do seu comportamento agressivo/violento, indique qual(quais) (e.g. amigos; colegas de trabalho; etc.)? _____
- A frequência da adoção do seu comportamento agressivo para com a(s) pessoa(s) que indicou anteriormente é:
 - Muito Frequente;
 - Frequente;
 - Algo Frequente;
 - Pouco Frequente;
 - Nada Frequente;

Anexo II

Consentimento Informado

Consentimento Informado

No âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, pretende-se levar a cabo uma investigação cujo objetivo é determinar o perfil de risco de agressores conjugais. A sua participação é voluntária, podendo pedir acerca da mesma todos os esclarecimentos que considerar oportunos, antes do seu início. Assim, a sua colaboração é muito importante e, para tal, solicita-se o preenchimento do presente questionário. Por favor, responda do modo como realmente sente e pensa, pois os dados obtidos são confidenciais destinando-se apenas para fins de análise estatística. Desde já muito obrigado pela sua colaboração.

Compreendo o objetivo deste estudo e consinto que estes dados sejam utilizados no âmbito desta investigação,

Data ___/___/___