



UNIVERSIDADE D  
**COIMBRA**

Diana Rita Batista Neves

**SERVIÇO SOCIAL FORENSE**  
A PROBLEMÁTICA DAS SUBSTÂNCIAS DE ABUSO  
EM CRIMES DE VIOLÊNCIA

VOLUME 1

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Medicina Legal e Ciências  
Forenses orientada pelo/a Professor Doutor Francisco Manuel  
Andrade Corte Real Gonçalves e coorientado pela Dra. Helena  
Gaspar**

setembro de 2022



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Diana Rita Batista Neves

**SERVIÇO SOCIAL FORENSE**  
A PROBLEMÁTICA DAS SUBSTÂNCIAS DE ABUSO  
EM CRIMES DE VIOLÊNCIA

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Medicina Legal e Ciências  
Forenses orientada pelo/a Professor Doutor Francisco Manuel  
Andrade Corte Real Gonçalves e coorientado pela Dra. Helena  
Gaspar

setembro de 2022

## Agradecimentos

---

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Dra. Helena Gaspar, orientadora no local de estágio, a quem estou, sem dúvida alguma, especial e eternamente grata pela disponibilidade da sua orientação, pela excelente pessoa que é, por toda a amabilidade, afeto, incentivo, dedicação, paciência, pelas experiências e aprendizagens que me proporcionou e que levo para o resto da vida. Pela excelente forma como executa a sua profissão, e também pela amizade e compreensão demonstrada nos momentos mais complicados, mas sobretudo pela forma como me ajudou a crescer pessoal e profissionalmente através de todas as sugestões e oportunidades dadas ao longo deste período de estágio.

Ao Professor Doutor Francisco Corte Real, orientador de estágio, estou também bastante grata pelo apoio, disponibilidade e ajuda que demonstrou ao longo deste período.

É também importante agradecer a todos os utentes que tive o prazer de conhecer e acompanhar ao longo deste estágio, e que de certa forma, contribuíram para uma melhor conduta pessoal e profissional.

Às minhas amigas, que também se encontravam a estagiar no Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses – Delegação de Coimbra, Francisca Lopes, Beatriz Martinho, Joana Ferreira, Márcia Madureira e Susana Godinho, por todos os momentos inesquecíveis que passámos juntas, pela força e incentivo que partilhámos! Sem vocês o meu percurso não teria sido o mesmo! Vão deixar imensas saudades! Obrigada! Um especial agradecimento à minha Kikinha, por tudo o que fez por mim durante o meu percurso em Coimbra, por me dar a conhecer a cidade, por me integrar, ajudar e por ter feito com que o tempo que estive longe de casa fosse muito melhor, por estar sempre do meu lado, pelo seu coração bondoso, um gigante obrigada! Não é um adeus, mas sim um até já!

À minha melhor amiga, Mariana Graça, por todo o apoio e força que me deu ao longo desta caminhada. Por me incentivar e me acompanhar em cada momento desta jornada, por me acalmar quando eu achava que não era capaz, por nunca desistir de mim e me ajudar a fazer sempre mais e melhor. Porque apesar de estar longe esteve sempre presente, o meu mais sincero e gigante obrigada!

Aos meus amigos, pela paciência que sempre tiveram quando não estava tão disponível, pela compreensão e pelo apoio. Obrigada!

À minha família por todas as manifestações de afeto, apoio e incentivo que me transmitiram. Obrigada a todos!

Aos meus pais pelo acompanhamento que sempre me deram na vida e por continuarem a dar. Pela oportunidade que me deram a nível académico, encorajando e acreditando nas minhas capacidades. Por me darem a liberdade de aprender por mim, e pelo porto seguro que sempre criaram. Ao meu pai por me ajudar sempre que tive algum problema. À minha mãe por todo o carinho, por se fazer estar perto mesmo estando longe, pela paciência que teve para os meus dias menos bons. Por apesar deste último ano ter sido difícil terem continuado sempre aqui para mim. Sem vocês nada disto seria possível. Muito obrigada!

Ao meu namorado por ter sido uma das pessoas que mais me encorajou neste percurso, que apesar de estar longe durante o período de estágio fez por estar sempre presente, pela paciência que teve (e ainda tem) quando não estava tão disponível ou quando estava a ter um dia mau e por, nessas alturas, me fazer ver o lado positivo das situações. Por se preocupar comigo e por me apoiar sempre em tudo. Pelos momentos que passamos juntos, porque não poderia pedir melhor, o meu muito obrigada!

## Índice

Agradecimentos .....	3
Lista de Abreviaturas e Siglas .....	9
Introdução.....	10
Parte I.....	12
Atividades de Estágio .....	12
1. O Serviço Social Forense no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P. ....	13
1.1. Intervenção do Serviço Social na Unidade Funcional de Clínica Forense .	14
2. Apresentação das Atividades de Estágio .....	18
2.1. Objetivos Gerais e específicos .....	18
2.2. Descrição das atividades concretizadas no estágio .....	18
3. Apresentação Dos Casos Práticos .....	20
Parte II.....	24
Projeto de Pesquisa.....	24
Resumo .....	25
Abstract .....	26
1. Enquadramento Temático do Estágio: Problemática Social .....	27
1.1. Modelos/Teorias.....	29
2. Tipos de Violência.....	32
3. Tipologias da Violência Doméstica.....	37
4. Fatores de Risco da Violência Conjugal .....	41
4.1. Estratégias de Intervenção baseadas no Modelo Ecológico.....	44
5. Vítima.....	45
5.1. Níveis de Vitimação .....	46
5.2. Perfil da Vítima.....	46
5.3. Quando a Vítima é Homem.....	48
6. Os Agressores .....	49

6.1. Perfil dos/as Agressores/as.....	50
7. Substâncias de Abuso.....	51
7.1. Depressores.....	51
7.2. Estimulantes .....	52
7.3. Opiáceos.....	52
7.4. Canabinóides .....	53
7.5. Alucinógenos .....	53
7.6. Bloqueador do canal do recetor de n-metil-de-aspartato (NMDA) .....	53
7.7. Inalantes .....	54
7.8. Álcool .....	54
7.9. O Que Provoca os Transtornos Por Uso de Substâncias .....	56
7.10. Razões Pelas Quais Um Indivíduo Consome Substâncias de Abuso ....	56
8. Pesquisa .....	58
8.1. Pertinência.....	58
8.2. Objetivos do Estudo .....	58
8.3. Metodologia do Estudo.....	58
8.4. Amostra do Estudo.....	59
8.5. Tratamento Estatístico e Codificação dos Dados .....	60
8.6. Considerações Éticas.....	60
8.7. Apresentação e Análise dos Resultados .....	61
8.8. Discussão dos Resultados .....	82
8.9. Limitações do Estudo .....	86
8.10. Potencialidades e Implicações Futuras.....	86
Conclusão.....	88
Bibliografia .....	90

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Sexo dos(as) agressores(as) .....	61
Tabela 2 - Idade dos(as) agressores(as) .....	62
Tabela 3 - Estado Civil dos(as) agressores(as).....	62
Tabela 4- Situação Profissional/Acadêmica dos(as) agressores(as).....	63
Tabela 5 - Profissão Atual dos(as) agressores(as) .....	63
Tabela 6 - Concelho de Residência dos(as) agressores(as) .....	65
Tabela 7 - Grau de Parentesco dos(as) agressores(as).....	66
Tabela 8 - Coabitação das vítimas com os(as) agressores(as).....	67
Tabela 9 - Antecedentes Clínicos dos(as) agressores(as) .....	68
Tabela 10 - Antecedentes familiares e/ou pessoais dos(as) agressores(as).....	70
Tabela 11 - Características dos(as) agressores(as).....	72
Tabela 12 - Tipologia da violência perpetrada pelos(as) agressores(as).....	73
Tabela 13 - Ameaças realizadas pelos(as) agressores(as).....	73
Tabela 14 - Uso de armas/objetos por parte dos(as) agressores(as) e Tipos de armas utilizadas pelos(as) agressores(as).....	74
Tabela 15 - Alguém assistiu aos atos de violência perpetrados pelos(as) agressores(as) e Quem assistiu à violência realizada pelos(as) agressores(as) .....	76
Tabela 16 - Alguém sofreu atos de violência por parte dos(as) agressores(as) e Quem sofreu violência por parte dos(as) agressores(as) .....	77
Tabela 17 - Ato Isolado.....	79
Tabela 18 - Escalada da violência .....	80
Tabela 19 - Existência de queixas anteriores.....	80
Tabela 20 - Saída de casa ou tentativa.....	81
Tabela 21 - Saída de casa com pretensão de voltar .....	81
Tabela 22 - Vítimas e agressores(as) continuam a coabitar.....	81

## Índice de Anexos

Anexo I .....	98
Organograma INMLCF, I.P. ....	98
Anexo II .....	100
Certificado de participação – 19º Congresso de Medicina Legal e Ciências Forenses .....	100
Anexo III .....	102
Certificado de Participação – Webinar “Princípios gerais de avaliação psicológica no âmbito forense” .....	102
Anexo IV .....	104
Ciclo da Violência Doméstica.....	104
Anexo V .....	106
Quadros de Fatores de Risco .....	106
Anexo VI.....	109
Os Agressores – Tipologias e Descrição .....	109
Anexo VII.....	112
Quadro de categorias das substâncias aditivas .....	112
Anexo VIII.....	114
Codificação dos dados, categorização de variáveis .....	114
Anexo IX.....	132
Tabela Completa dos Antecedentes Familiares e Pessoais dos/as Agressores/as.....	132
Anexo X.....	136
Tabela Completa das Características dos/as Agressores/as.....	136
Anexo XI.....	142
Tabela de Correlações Efetuada no SPSS .....	142



## Lista de Abreviaturas e Siglas

---

AMCV – Associação de Mulheres Contra a Violência

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

DNINMLCF – Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

GHB – Gama-Hidroxitirato

GNR – Guarda Nacional Republicana

INMLCF – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

INMLCF, I.P. – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, Instituto Público

LGBTQIA – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgéneros, Queers, Intersexuais, Assexuais

LSD – Dietilamida do Ácido Lisérgico

MDMA – 3,4 – Metilenodioximetanfetamina

NICHHD – National Institute of Children Health and Human Development

NMDA – N-metil D-Aspartato

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCP – Cetamina e fenciclidina

PJ – Polícia Judiciária

PSP – Polícia de Segurança Pública

RASI – Relatórios Anuais de Segurança Interna

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SSF – Serviço Social Forense

VC – Violência Conjugal

VD – Violência Doméstica

VRI – Violência nas Relações de Intimidade

VSM – Violência Sobre as Mulheres

## Introdução

---

No âmbito da execução do Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, no segundo ano, a estagiária optou por realizar o Estágio de carácter pré-profissional, permitindo apresentar o conhecimento adquirido e os conceitos dominados durante a sua realização.

Deste modo, a estagiária realizou o seu Estágio no Serviço de Clínica e Patologia Forense do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses da Delegação do Centro, mais especificamente, na Unidade Funcional de Clínica Forense, sob a coorientação da Dra. Helena Gaspar e orientação do Professor Dr. Francisco Corte-Real.

A estagiária escolheu o Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF, I.P.), para a realização do Estágio influenciada pelo seu interesse nas áreas forenses e de justiça, tendo sido esta jornada no Instituto enriquecedora para o seu interesse prático, designado por Serviço Social Forense. É de salientar que este relatório não passa apenas pelo carácter empírico, mas também pelo desenvolvimento e expansão do conhecimento relativo à prática forense realizada em Portugal.

O INMLCF, I.P., é um instituto público de regime especial, integrado na administração indireta do Estado, nos termos da lei, sendo dotado de autonomia administrativa e financeira e de património próprio. Baseia-se em atribuições do ministério da justiça, sob direcção e tutela do membro do governo responsável pela área da justiça. No que diz respeito à sua missão e atribuições, tem natureza de laboratório do Estado, é um organismo central com jurisdição sobre todo o território nacional, com sede em Coimbra, sendo considerado uma instituição nacional de referência (Cf. Art.º 1º do Decreto-Lei nº 166/2012 de 31 de julho). Dispõe de serviços desviados, designados Delegações, no Porto – Delegação do Norte, em Coimbra – Delegação do Centro e Lisboa – Delegação do Sul, na dependência dos quais funcionaram os gabinetes médico-legais.

A DCINMLCF prossegue, na sua área de atuação nas comarcas de Anadia, Arganil, Condeixa-a-Nova, Coimbra, Lousã, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Penacova, Penela, Tábua, Pombal e Figueira da Foz, as atribuições do INMLCF, I.P., sem prejuízo das competências reservadas aos órgãos e aos serviços centrais do INMLCF, I.P.. Os recursos humanos a trabalhar na delegação em questão são compostos por médicos, enfermeiros, assistente social, engenheiros informáticos, administrativos e especialistas.

Segundo o artigo nº 9 dos Estatutos do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P., em cada delegação existe um Serviço de Clínica e Patologia Forenses, onde se encontram inseridas as unidades funcionais de Clínica Forense e de Patologia Forense. Compete, ainda, ao Serviço de Clínica e Patologia Forenses emitir pareceres e prestar acessória técnico-científica no domínio das suas competências em medicina legal e em outras ciências forenses. No âmbito das suas áreas de competência, o Serviço de Clínica e Patologia Forenses é responsável, pela supervisão técnico-científica dos gabinetes médico-legais dependentes da respetiva delegação. Quando a perícia é complexa, ou caso existam outras circunstâncias que o legitimem, o diretor da delegação pode atribuir ao serviço médico-legal que entenda mais conveniente a realização de perícias referentes a comarcas da respetiva área de atuação médico-legal.

No que se refere à Unidade Funcional de Clínica Forense, onde a estagiária se encontra integrada (mais concretamente no Gabinete de Serviço Social), são realizados exames e perícias em pessoas: “Para a descrição e avaliação dos danos provocados na integridade psicofísica, nos diversos domínios do Direito, designadamente no âmbito do Direito Penal, Civil e do Trabalho, nas comarcas do âmbito territorial de atuação da delegação; de natureza psiquiátricas e psicológicas forenses; outros atos neste domínio, designadamente avaliações de natureza social”.

Desta forma, a estagiária utilizou uma metodologia prática juntamente com a sua orientadora, estabelecendo uma ligação com os conteúdos bibliográficos relativos à instituição e à intervenção realizada no serviço. Tendo em conta que a estagiária teve a oportunidade de participar ativamente em tudo o que lhe era possível, esta conseguiu adquirir variados conhecimentos dentro da área.

Relativamente à estrutura, o Relatório de Estágio, dividir-se-á em duas partes: a primeira parte abordará as atividades do Estágio, ou seja, o Serviço Social na Instituição, bem como a sua intervenção na Unidade Funcional de Clínica Forense; apresentará as atividades de Estágio e descreverá um caso prático; a segunda parte tratará do projeto de pesquisa/investigação, onde se começará por fazer um enquadramento teórico da problemática social, referir as tipologias da Violência Doméstica, tal como os fatores de risco ligados à mesma e por fim, serão apresentadas as conclusões.

**Parte I**  
**Atividades de Estágio**

## 1. O Serviço Social Forense no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P.

---

O Serviço Social relacionado com a Medicina Legal, em Portugal, começa no ano de 1985 no então Instituto Nacional de Medicina Legal do Porto e, a sua intervenção baseava-se apenas pela interação com o Serviço de Tanatologia Forense, à data designado de Patologia Forense. É somente em 1999, através da Portaria nº 434/99 de 16 de junho que o técnico superior de Serviço Social é integrado nos quadros de pessoal dos três institutos, tendo como competências, segundo o diploma “apoio social, articulação com os serviços do instituto e da comunidade”.

O Serviço Social Forense (SSF), encontra-se integrado na Unidade Funcional de Clínica Forense, sendo chamado a intervir em questões do direito através da intervenção em casos de maus-tratos em crianças, adultos e idosos, no apoio a vítimas que tenham sofrido algum tipo de violência.

Compete também ao SSF intervir transitoriamente em processos judiciais, independentemente da instância ou do foro, para os quais é convocado, sendo da sua responsabilidade realizar um relatório de informação social relevante para a decisão judicial (Morais, 2017).

No protocolo de intervenção que existe entre a Unidade de Clínica Forense e o Serviço Social, o Assistente Social tem como competências, no âmbito da sua intervenção, centrar toda a atenção na vítima, promover o apoio psicossocial, participar no processo de reestruturação sociofamiliar, elaborar relatórios de informação social para a colaboração com a justiça, e estabelecer uma articulação multidisciplinar e interdisciplinar, no sentido do encaminhamento das vítimas com o objetivo da sua reestruturação familiar e social.

Assim, é essencial recolher o máximo de informação possível, analisá-la e apresentar o caso de forma clara, objetiva e fundamentada, tendo por base os elementos sociofamiliares levantados que sejam relevantes para o objeto da perícia solicitada.

## 1.1. Intervenção do Serviço Social na Unidade Funcional de Clínica Forense

O trabalho exercido com os utentes pelo Gabinete de Serviço Social da Medicina Legal visa a consciencialização e transmissão de informação relativa aos seus direitos, deveres e recursos disponíveis na atribuição de respostas adequadas. Assim sendo, pode-se dizer que uma das muitas competências do Assistente Social passa por facultar ferramentas que permitam que os cidadãos se sintam capazes de exercer a sua cidadania, de uma forma responsável e consciente, tendo como finalidade, ultrapassar as adversidades com que se deparam (Andrade, 2009).

Nos dias de hoje, verifica-se uma importância em tornar o utente um agente ativo de todo o processo em que está inserido, procurando capacitá-lo para a mudança, terminando com a ideia de que estes detêm uma mera função passiva na resolução dos seus problemas (Payne, 2002) (empowerment). Para que isto aconteça, é essencial um investimento de todos os envolvidos e, principalmente, dos utentes, de forma a conquistar um maior controlo das suas vidas, com consciência sobre os recursos pessoais que têm ao seu dispor e como os podem utilizar, superando assim os entraves que enfrentam e procurando ir ao encontro das suas convicções e desejos (Dalrymple e Burke, 1995).

A principal preocupação do Assistente Social centra-se na “Pessoa” e, tendo isto em conta, a sua atuação tem em consideração todos os subsistentes que englobam o indivíduo. Através de uma abordagem holística e integrada, o técnico realiza uma avaliação de dano, sem contar com a imagem física da vítima (uma vez que este parâmetro é avaliado pela médica do Serviço), mas incluindo as transformações psicológicas e sociais que a vítima comporta, com destaque para as alterações sofridas a nível socioeconómico e socioambiental. Também é necessário tem em conta que, em caso de dano, podem existir vítimas diretas e indiretas.

Deste modo, para alcançar o papel e a atuação do Assistente Social na Medicina Legal é indispensável, primeiro, esclarecer o desencadeamento que o processo assume, desde o ponto inicial até chegar ao Instituto. Primeiramente, existe uma queixa ou uma denúncia perante os órgãos de polícia criminal (em regra a PSP, GNR ou PJ) que, de seguida, procedem à elaboração do auto de notícia. A partir deste momento, o processo dá entrada no INMLCF, I.P.<sup>1</sup> sendo encaminhado para o Serviço de Clínica e Patologia Forenses – Unidade Funcional de Clínica Forense. Neste local, realiza-se uma

---

<sup>1</sup> Anexo I – Organograma do INMLCF, I.P.

avaliação médico-legal. Sempre que se mostre imperativo a adoção de medidas psicossociais e a articulação institucional, é produzido um relatório de informação social, o qual é inserido no processo.

Na Unidade Funcional de Clínica Forense, o Serviço Social oferece respostas em múltiplos domínios. Existem dois vetores distintos de intervenção: o Gabinete do Cidadão, com as vicissitudes que lhe estão inerentes, como a gestão das reclamações, elogios e sugestões de âmbito nacional e todo o procedimento protocolado; e o Gabinete de Serviço Social, que se ocupa dos atendimentos, apoio e acompanhamento psicossocial, como também o encaminhamento e articulação com as diversas entidades que se apresentam pertinentes.

De acordo com o acima referido, o trabalho desenvolvido pelo SSF, assenta na perícia social, ou seja, a elaboração do diagnóstico e avaliação realizada aos utentes, com o objetivo de fazer um levantamento dos dados sociais fundamentais para o processo judicial, solicitados no decurso do atendimento/entrevista. O estudo social toma singularidades de perícia social a partir do momento em que o objetivo passa por formar provas que subsidiem decisões.

*“A perícia social se efetiva a partir de uma solicitação de uma autoridade, geralmente judiciária. Tem como finalidade última a emissão de uma opinião fundamentada sobre uma determinada situação social que estará subsidiando decisões da autoridade requerente. Portanto, para a sua realização, o/a Assistente Social utiliza do estudo social, que fornece os subsídios necessários para a elaboração do parecer técnico.”* (Mioto, 2001, p. 153).

Ao longo do atendimento, o Assistente Social fornece toda a informação disponível e pertinente para cada caso, informando sobre todas as entidades que podem conceder respostas concertantes e que estão envolvidas no processo, assim como especifica e clarifica todas as etapas do processo e todos os procedimentos relativos ao mesmo. Assim, é fulcral que o Assistente Social possua conhecimentos sobre o enquadramento legal em vigor para as problemáticas em questão.

No que se relaciona com a problemática da Violência Doméstica, o diagnóstico e avaliação efetuada às vítimas procuram o risco de reincidência de quadros agressivos. Desta forma, o técnico informa as vítimas sobre todos os seus direitos e deveres, procedimentos e medidas consideradas fulcrais com vista a minimizar o impacto da violência e quebrar o ciclo de violência em que vivem.

Costa (2014) menciona ainda que possa parecer evidente ao Assistente Social que determinada senhora está a ser vítima de Violência Doméstica, nem sempre isso é evidente para a mesma. Uma vez que ela pode ter vivido muito tempo sob violência,

tendo assim mais dificuldade em percebê-la como tal, o que realça a importância da linguagem utilizada para explicar à vítima todas as dinâmicas e práticas envolvidas.

A intervenção divide-se em duas vertentes: a intervenção na crise ou intervenção continuada, sempre dependente do que é melhor para o utente, sendo que é em contexto de crise que os/as utentes recorrem ao serviço, tal como refere a APAV (2014): “A maioria das pessoas após serem vítimas de um crime, podem sentir-se muito confusas e vulneráveis. Reações como pânico geral, pânico de morrer, a impressão de estar a viver num pesadelo, a desorientação geral, sentimento de solidão e o estado de choque, são reações comuns e normais nas vítimas de crime.”

Deste modo, o Assistente Social deve explicar um conjunto de comportamentos que a vítima deve adotar (tais como, não responder às instigações deste, uma vez que o parceiro pode interpretá-la como uma provocação), assim como alertá-la para a fase que se aproxima (ou seja, após a denúncia constata-se um acréscimo do risco de recidiva, uma vez que o agressor toma conhecimento da atitude desta e tende a reagir de forma mais rígida).

Assim, o Relatório de Informação Social, que é remetido para o Ministério Público, onde se encontram vertidas as medidas propostas para que a vítima seja acompanhada e protegida. Este relatório serve também para estabelecer um plano de intervenção/capacitação para a mudança, estimulando uma reflexão mais aprofundada acerca da situação em causa e das consequências da mesma e poderá dar um contributo holístico para decisão judicial.

Aquando da realização de atendimentos às vítimas menores de idade, o Assistente Social adota um guião de Entrevista Forense, adaptado ao contexto português a partir do National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), que tem como finalidades o levantamento de provas, a veracidade dos factos narrados, assim como a capacidade para testemunhar, prevenindo situações classificadas de vitimação secundária, falsos relatos e enviesamento de respostas, incluindo características de entrevistas investigatórias, com respostas de âmbito aberto, com o objetivo de ampliar a qualidade e credibilidade da informação registada.

Tendo em conta que neste caso, o Assistente Social trabalha com vítimas em condições de grande vulnerabilidade e que, muitas vezes, apresentam sentimentos de medo e/ou vergonha, bem como de desconfiança, é essencial que o técnico estabeleça, antes, um clima de empatia, para que o utente se sinta capaz de reportar o máximo de informação possível e relevante para o caso. Contudo, deve adotar uma postura de escuta ativa, atendendo a todos os pormenores (como o comportamento não verbal e corporal que apresenta), sem nunca fazer quaisquer tipos de juízos de valor que possam



pôr em causa a investigação e intervenção. Sendo assim, deve procurar compreender o que lhe está a ser comunicado e refletir sobre os encaminhamentos que poderão ser benéficos para o utente.

Resumindo, o papel desempenhado pelo Assistente Social assenta nos Direitos Humanos e na promoção de Justiça Social. Na Medicina Legal, mais especificamente, na Unidade Funcional de Clínica Forense, a atuação levada a cabo por estes profissionais afigura-se fulcral, uma vez que permite mudanças na vida dos utentes, capacitando-os e dotando-os de empowerment que lhes possibilite desenvolver as suas habilidades e competências pessoais que, mais tarde, levam à sua autodeterminação. É, assim, da sua competência estabelecer um clima de confiança, baseado num relacionamento positivo e “mobilizando os seus saberes e associando-os de forma complexa para gerar serviços e processos de ação, utilizando para isso instrumentos e recursos técnicos, assim como valores éticos que visem o bem-estar dos cidadãos” (Carvalho e Pinto, 2014 cit. In Gonçalves, 2017).

Na Portaria nº 434/99, de 16 de junho constam as funções do técnico de Serviço Social no quadro de pessoal do INMLCF, I.P.:

- Apoio social, articulação com os serviços do Instituto e da comunidade, segundo o Diploma.

Para além das funções presentes na Portaria acima referida, o técnico tem ainda como funções:

- Coadjuvação da Justiça nas questões do foro social, contribuindo para a humanização dos serviços;
- Promover o apoio psicossocial do utente e fomentar a sua participação no processo de reabilitação;
- Estabelecer uma articulação multidisciplinar e interdisciplinar, no sentido de dar continuidade ao acompanhamento das vítimas;
- Promover a sua reestruturação e inserção familiar e social;
- Elaboração de Relatórios de Informação Social.

## 2. Apresentação das Atividades de Estágio

---

### 2.1. Objetivos Gerais e específicos

A Delegação Centro do INMLCF, I.P., possui um conjunto de objetivos gerais fundamentais, utilizados por todos os serviços que constituem a organização. No que diz respeito à UFCF, engloba várias questões no âmbito do Direito, da qual se destaca o Direito Penal. Assim sendo, a estagiária tem como objetivo desenvolver a capacidade de análise e reflexão no que compete ao tema da VD. Sendo para isso necessário, conhecer o conjunto variado das práticas utilizadas na intervenção e, à posteriori, treinar as competências para a realização dessa mesma intervenção com as vítimas.

No que diz conta aos objetivos específicos, a estagiária pretende desenvolver competências ao nível da perícia social, no que se refere ao diagnóstico e à avaliação realizados às vítimas, através de entrevistas diagnósticas com o objetivo de obter informações importantes facultadas pelas mesmas, para a elaboração do relatório de informação social que é solicitado pelo Ministério Público, atuando como meio de prova e de auxílio à decisão judicial.

### 2.2. Descrição das atividades concretizadas no estágio

#### **Atividades de formação:**

- Participação no 19º Congresso de Medicina Legal e Ciências Forenses e na 4ª Reunião de Rede de Serviços Médico-Legais realizados entre 18 e 20 de novembro<sup>2</sup>;
- Participação no Webinar “Princípios Gerais da Avaliação Psicológica no Âmbito Forense” organizado pelo Departamento de Investigação, Formação e Documentação e pelo Serviço de Clínica e Patologia Forenses da Delegação do Centro, no dia 28 de janeiro de 2022<sup>3</sup>.

#### **Atividades de Pesquisa:**

- A problemática de estágio para o relatório de estágio centra-se na existência ou não de relação entre as doenças mentais e as substâncias de abuso por parte do agressor e os seus comportamentos violentos.

#### **Atividades de ação direta:**

---

<sup>2</sup> Anexo II – Certificado de participação

<sup>3</sup> Anexo III – Certificado de participação

Consideram-se atividades de ação direta as que são efetuadas com uma maior frequência, ou seja, as ações levadas a cabo no dia-a-dia profissional.

Assim, podemos afirmar que as atividades de ação direta, realizadas no Gabinete de Serviço Social, da Unidade Funcional de Clínica Forense do Serviço de Clínica e Patologia INMLCF, I.P., são:

- Acolhimento;
- Atendimento;
- Apoio e acompanhamento psicossocial;
- Encaminhamento;
- Elaboração de Relatórios de Informação Social;
- Articulação intrainstitucional e interinstitucional.

### 3. Apresentação Dos Casos Práticos

---

- **Identificação da vítima**

Nome: Anabela Pratas<sup>4</sup>

Idade: 28 anos

Estado Civil: Solteira

Profissão: Empregada fabril

Entrevista social diagnóstica realizada à senhora Anabela, 28 anos de idade, que se apresentou juntamente com a filha, com 21 meses de idade, revelando que é a primeira vez que se dirige ao Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P.

No que diz respeito à sua história ocupacional, refere que se encontra a trabalhar numa fábrica, tal como a sua mãe.

Aquando da entrevista, mostrou-se tranquila e colaborante.

- **Sinalização**

A sinalização foi solicitada pelo serviço de clínica forense, no dia 16 de maio de 2022, após observação médico-legal.

Refere agressões por parte do companheiro desde que engravidou, tendo começado por ser violência psicológica “*chamava-me vagabunda, quando deixei de trabalhar, por causa da gravidez, dizia que me estava a sustentar*”. No que se refere à violência física, a mesma diz que começou três dias depois de ter saído da maternidade.

No que concerne ao evento em apreço, começou com uma discussão no sábado, uma vez que as coisas não estavam bem entre os dois, a senhora Anabela mencionou que “*já não dava mais*” e que o companheiro antes de sair para ir trabalhar lhe pediu para pôr umas roupas em cima da mesa, uma vez que ele iria sair de casa. Contudo, quando voltou do trabalho perguntou o porquê de as roupas estarem em cima da mesa. No domingo, com a família da senhora Anabela em casa, o casal voltou a discutir, tendo a mesma sido agredida pelo companheiro enquanto segurava a filha menor no colo e foi nesse momento que tomou a decisão de sair de casa.

- **Diagnóstico Social**

---

<sup>4</sup> Nome fictício

No que concerne ao diagnóstico social, no presente, não se afigura qualquer intervenção ou encaminhamento de âmbito psicossocial de emergência, tendo em conta a autonomia financeira e o apoio da rede social informal (família). Foram fornecidas as informações necessárias, no que se refere ao pedido de guarda parental provisória.

- **Enquadramento Sociofamiliar**

Natural do Brasil, revela que em novembro deste ano, irá fazer 4 anos que reside em Portugal, tendo começado a relação com o presumível agressor há cerca de 3 anos (irá fazer 3 anos em setembro), tendo deste relacionamento nascido a menor Maria<sup>5</sup>.

Refere que não está sozinha em Portugal, uma vez que tem a mãe a viver consigo e um irmão que reside perto da sua casa. Quanto à situação profissional, trabalha numa fábrica, tal como a sua mãe e menciona que tem horários compatíveis com a creche da menor, tal como tem o apoio da mãe para tomar conta da filha *“também tenho o apoio da minha mãe com a pequenina, que me ajuda muito. Quando tenho que fazer horas a mais, a minha mãe vai buscá-la à escolinha e quando chego a casa já tem o banho tomado.”* *“A minha mãe me ajuda demais”*. A alegada vítima tem carta de condução e carro próprio, o que lhe permite autonomia em termos de mobilidade.

No que diz respeito ao companheiro, tem 42 anos de idade e trabalha como mecânico. A senhora Anabela indica que conhece a mãe, os tios e os primos do companheiro e que o pai deste já faleceu. O companheiro tem ainda um filho menor, 10 anos de idade, de um relacionamento anterior, que se encontra a residir com a mãe.

Tal como acima mencionado, a alegada vítima refere que a agressividade começou quando engravidou, sendo que primeiro era dirigida para a mãe do mesmo, uma vez que não aceitava a gravidez, isto numa altura em que viviam todos juntos. Com dois meses de gestação, foram viver apenas os dois para uma casa arrendada e foi nesse momento que a agressividade se virou contra a alegada vítima, sendo que começou com a violência psicológica *“chamava-me vagabunda, quando deixei de trabalhar, por causa da gravidez, dizia que me estava a sustentar”*. A violência física começou três dias depois de sair da maternidade.

Menciona ainda que o companheiro tem consumos tabágicos e etílicos excessivos o deixam ainda mais agressivo, mencionando que da primeira vez que foi agredida não denunciou uma vez que *“tinha acabado de ser mãe, estava sem trabalhar, a minha mãe ainda não estava cá e tinha uma filha recém-nascida nos braços”*. Indica que o mesmo não é seguido a nível psicológico nem psiquiátrico, no entanto dá a

---

<sup>5</sup> Nome fictício

entender que deveria ter seguimento: *“ele fala grosso e depois passado um tempo acha que está tudo bem”*.

No que diz respeito à relação do companheiro com a filha menor, nunca houve grande ligação, ele nunca a foi pôr nem buscar à escola, nunca tomou conta dela. Quando fala da filha, descreve-a como *“super animada, risonha, bem-disposta, carinhosa”*.

- **Avaliação do Processo de Intervenção (Mapa de Rede Social)**

Ao nível das relações, é possível constatar que no seio familiar, a senhora Anabela tem uma relação de grande proximidade com a sua filha menor, com a sua mãe e com o seu irmão, de alguma proximidade com um tio do alegado agressor e respetiva esposa desse tio (madrinha da filha) e de menor proximidade com o companheiro e com a mãe deste.

Relativamente às relações profissionais, não foi possível determinar o grau de relacionamento.

No que se refere aos restantes serviços apresenta uma relação de grande proximidade com os profissionais que a atenderam no INMLCF, I.P., especificamente a equipa médica, a Assistente Social e a Estagiária que providenciaram o atendimento.

- **Medidas Propostas**

Face ao exposto e atendendo ao facto de se ter realizado apenas uma única entrevista em Gabinete, presume-se que o risco de recidivas poderá estar diminuído, atendendo a diversos fatores, dos quais destacamos: apoio da família alargada e em particular o facto de não partilharem a mesma habitação. Foi-lhe transmitida toda a informação necessária para apresentar um pedido de guarda provisória, no Tribunal de Família, foi-lhe dado o requerimento para pedir apoio jurídico na segurança social, tal como o modelo de acordo sobre as responsabilidades parentais.

- **Reflexão**

A escolha do caso reportado adveio, essencialmente de três questões: a primeira respeita ao facto da violência ter sido exercida na presença da filha menor do casal, com apenas 21 meses; a segunda por se tratar de uma cidadã que se encontra em Portugal há pouco tempo; a terceira deve-se ao facto da alegada vítima ter decidido sair de casa para se proteger a si, mas essencialmente à sua filha.

Contudo conclui-se que, caso a alegada vítima não tivesse o apoio do irmão e da mãe em Portugal e não se encontrasse a trabalhar, como muitas vezes não acontece,

a saída de casa provavelmente não teria acontecido, uma vez que uma das razões que a mesma menciona para não ter denunciado da primeira vez foi a falta de apoio que tinha em Portugal e o facto de se encontrar desempregada.

“Para Anderson (2007), devido à organização social de género, as mulheres podem mais frequentemente experienciar constrangimentos e dependência económica, diminuindo a sua capacidade para deixar a relação em casos de violência severa. (...) Igualmente, o custo individual inerente à saída da relação violenta deve, no contexto nacional, ser enquadrado no atual cenário de crise económica e desemprego, que contribuem, certamente, para o adiamento do fim da relação, com risco de vida para as vítimas.” (Guerreiro, D. M., Patrício, A. J., Coelho, R. A. & Saleiro, P. S., 2015, p.18-19).

**Parte II**  
**Projeto de Pesquisa**



## Resumo

---

Este estudo investigou a problemática da violência doméstica, no sentido de perceber a existência ou inexistência de correlação, entre o uso de substâncias de abuso por parte dos agressores e os seus comportamentos violentos em meio familiar. Desta forma, procurou-se perceber se existem mais agressores com consumos, ou agressores com comportamentos sociais considerados adequados tendo em conta as normas da sociedade, mas que no seio familiar se revelam violentos. Foram recolhidos dados de 781 relatórios sociais, descritos em relatórios de informação social, realizados através dos atendimentos efetuados às vítimas de violência doméstica que recorreram ao Gabinete de Serviço Social da Unidade Funcional de Clínica Forense, do Serviço de Clínica e Patologia Forense, da Delegação de Coimbra, do INMLCF, I.P. Foi realizado um estudo empírico (estudo-caso), que compreende um método abrangente, com coleta e análise de dados de forma a responder à problemática do relatório de estágio. A metodologia usada foi qualitativa e quantitativa, tendo em conta um conjunto de variáveis que na literatura estão descritos como possíveis potenciadores de violência (estruturadas numa grelha de recolha de dados).

**Palavras-chave:** Serviço Social; Forense; Violência; Vítimas; Agressores; Substâncias de Abuso

## Abstract

---

This study investigated the problem of domestic violence to understand whether there is a correlation between the aggressors and the consume of addictive substances and their aggressive behaviors in the family environment, similarly, it was sought to assess whether there are more abusers with previous consumption, or aggressors with social behaviors considered adequate considering the norms of society but who are violent within the family. Data were collected from 781 social reports, described in social information reports, carried out through the assistance provided to victims of domestic violence who turned to the Social Work Office at INMLCF, I.P. An empirical study (case study) was carried out, comprising a comprehensive method, with data collection and analysis to respond to the problem of the internship report. The methodology used was qualitative and quantitative, considering a set of variables that are described in the literature as possible enhancers of violence (structured in a data collection grid).

**Keywords:** Forensic Social Work; Violence; Victims; Aggressors; Substance Abuse

## 1. Enquadramento Temático do Estágio: Problemática Social

---

O fenómeno da violência é visto hoje, acima de tudo, como uma questão de Direitos Humanos e de Cidadania que se encontram consagrados em instrumentos internacionais: Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pelas Nações Unidas em 1948; Convenção sobre todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres de 1979 e Recomendação Interpretativa da mesma; Declaração de Sevilha sobre a Violência, aprovada pela UNESCO em 1986; Declaração das Nações Unidas sobre a Violência Contra as Mulheres de 1993; Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Doméstica, de 2011 (Convenção de Istambul).

A Violência Doméstica é, atualmente, considerado um problema de saúde pública e uma questão social. Este fenómeno não se trata de um problema recente, contudo, ganhou mais notoriedade com os movimentos feministas que denunciaram a realidade social como uma grave violação dos direitos humanos, perpetrada no interior do seio familiar e sob o olhar cúmplice da matriz social. Noutros tempos legitimada em termos legais e económicos, passou efetivamente a ser objeto de definição de políticas públicas e de intervenção de forma a fazer face a este fenómeno. Encontra-se consagrada na Legislação Portuguesa, mais concretamente no Código Penal, Art. 152º. Ainda hoje não existe uma definição universal, no entanto já muitos autores o tentaram fazer, nomeadamente o Art. 152º do Código Penal de 2007; APAV (2010); entre outros.

Atento ao descrito, a Violência Doméstica pode ser definida como um comportamento violento continuado ou um padrão de controlo coercivo perpetrado de forma direta ou indireta sobre qualquer pessoa que habite no mesmo agregado de família da vítima, ou que não coabitando seja companheiro/a, ex-companheiro/a ou familiar. Existem ainda vários tipos de violência (Violência Conjugal, Violência nas Relações de Intimidade, Violência sobre as Mulheres). A Violência Doméstica pode ainda ser perpetrada de várias formas, nomeadamente mediante a violência física, psicológica e emocional, coação, ameaça/intimidação, violência económica, sexual e isolamento social. As agressões perpetradas por um parceiro íntimo é reconhecida por todo o globo como uma das formas mais comuns e graves de violência contra a mulher (Watts & Zimmermann, 2002, citados por Paiva & Figueiredo, 2003). Este impacto mais do que considerável nos sistemas nacionais de saúde, bem como na saúde das vítimas tem sido foco de atenção especial nos últimos anos (Lipsky & Caetano, 2011).

Atendendo à problemática da violência doméstica, com a promoção da primeira alteração de fundo no Código Penal Português, surge um passo essencial para a difusão social deste fenómeno epidemiológico com fortes fundições do ponto de vista cultural e convencional. Assim, em 1982 surge a qualificação penal do Crime de Maus-tratos (menores/cônjuge) e, quase uma década depois surgiu o primeiro Decreto-Lei que procurava garantir uma maior proteção às vítimas deste crime (DL nº 61/91 de 13 de agosto). Nesta mesma década surgem as primeiras casas de abrigo, tendo-se também promovido a aplicação do estatuto de vítimas especialmente vulneráveis. Apesar de tudo, é apenas em 2000 que o crime passa a ter uma natureza pública, tendo-se em 2007 instituído como um crime-autónomo ao abrigo do Código Penal. Dois anos depois, através do DL nº 112/2009, de 16 de setembro, que estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica e à proteção e à assistência das vítimas.

Fica assim consolidado a evolução legal dentro da área, no entanto, há que ter em conta que esta se encontra continuamente em mudança sob a premissa de existência de novos desafios e necessidades.

O objetivo de reduzir o fenómeno da violência doméstica é motivo de preocupação desde há algumas décadas. Assim, tornou-se essencial obter informações que permitam um conhecimento aprofundado sobre as características, fragilidades e recursos dos indivíduos. Desta forma, é importantíssimo rentabilizar este conhecimento sobre os sujeitos, quando for necessário tomar decisões, nomeadamente no âmbito das propostas de intervenção. A redução do risco de violência e de reincidência da mesma assume-se com um objetivo de extrema importância, no qual a avaliação rigorosa assume um papel crucial.

O conhecimento dos diversos fatores envolvidos no âmbito de relações violentas, irá permitir atuar em termos de prevenção primária e, também, ao nível da intervenção a propor junto dos sujeitos envolvidos (Paiva & Figueiredo, 2003).

A OMS evidencia que as mulheres, as crianças e as pessoas idosas são quem sofre mais maus-tratos físicos, psicológicos e sexuais, mencionando que:

- Um quarto das pessoas adultas refere que sofreu maus-tratos em criança;
- Uma em cada cinco mulheres revela ter sido vítima de abuso sexual em criança;
- Uma em cada três mulheres assinala ter sofrido atos de violência física ou sexual nas relações de intimidade em algum momento da sua vida;
- Uma em cada 17 pessoas idosas divulga ter sido vítima de maus-tratos no mês anterior.

É um fenómeno que está presente em todas as sociedades, na maioria das vezes de modo silencioso e dissimulado, afeta um número enorme de pessoas, sem ter em conta a idade, sexo, religião, cultura, grupo étnico, orientação sexual, formação, estado civil e estatuto socioeconómico.

No que conta ao estudo da violência doméstica sobre os homens existem duas perspetivas dominantes:

- A perspetiva da sociologia da família, em que a sociologia defende que os homens são igualmente vítimas de violência doméstica (tal como as mulheres), tendo como amostra a população geral nos estudos realizados;
- A perspetiva patriarcal, defendida sobretudo pelos movimentos feministas: considera que os homens são predominantemente perpetradores e as suas mulheres vítimas, com base em estudos exclusivamente com amostras de mulheres vítimas de violência e, muitas vezes, realizados em casas abrigo e/ou com amostras clínicas.

De acordo com Machado e Matos (2014), os estudos indicam que os homens são, em grande parte, vítimas de violência moderada, sobretudo psicológica, contudo, este fenómeno passa muitas vezes despercebido, uma vez que os homens são menos tendentes a denunciar tais incidentes por vergonha, tal como pela falta de serviços de apoio. Assim, os homens, enquanto vítimas de violência na intimidade, não são tantas vezes estudados como as mulheres na mesma situação e o conhecimento sobre este objeto de estudo não se encontra tão disseminado.

A problemática abordada sofreu ao longo dos anos uma perspetiva evolutiva baseada em diversos modelos/teorias.

## 1.1. Modelos/Teorias

Investigações recentes sugerem que, enquanto fatores biológicos e psicológicos intrínsecos podem explicar a predisposição individual para a agressão, na maioria das vezes, estes fatores interagem com outros, externos, ambientais, de ordem familiar, comunitária, cultural e social que despoletam situações em que a violência pode ocorrer. Daí surgiu o modelo ecológico.

**Modelo ecológico:** baseia-se no modelo concetual do desenvolvimento humano criado por Bronfenbrenner e, posteriormente adaptado por diversos autores para a violência nas relações de intimidade. De acordo com este modelo, são concetualizados quatro

níveis de fatores que interagem entre si (fatores individuais; fatores relacionais, fatores comunitários e fatores sociais).

- **Fatores individuais:** vários fatores de ordem biológica ou da história pessoal do indivíduo, como por exemplo, a impulsividade, a presença de psicopatologia, a história pregressa de agressão, e de maus-tratos, o abuso de substâncias psicoativas, entre outros, que pode condicionar a propensão para a realização de atos violentos. Antecedentes pessoais e sociais da vítima e do/a agressor/a (idade, sexo, normalização da violência, entre outros).
- **Fatores relacionais:** domínio das relações próximas, seja no contexto do convívio entre pares, na vida familiar ou, particularmente, nas relações entre parecerias íntimas. Deste modo, podem ser condicionantes a existência de conflitualidade familiar, de problemas relacionados com a parentalidade, de assimetrias de poder e controlo, ou de baixo estatuto socioeconómico, em particular no caso da violência física. Exemplos: conflitos familiares, ordenamento familiar patriarcal, uso de álcool.
- **Fatores comunitários:** contextos em que os relacionamentos se processam. Comunidades em que existe uma elevada densidade populacional ou um isolamento social acentuado; naquelas em que o capital social está empobrecido cultural e economicamente e em que os vínculos sociais são poucos; naquelas onde os níveis de desemprego se encontram mais elevados; o isolamento social é evidente e o tráfico de drogas uma realidade; tornam-se mais propensas ao fenómeno da violência. O isolamento da mulher devido ao ciclo da violência<sup>6</sup>, impede-a de procurar ajuda da família e do Estado.
- **Fatores sociais:** moldam as características de uma sociedade, quer sejam as normas culturais e sociais que permitem suportar, ou ignorar, a violência e as desigualdades, quer sejam as próprias políticas de saúde, sociais, de justiça e educativas que podem levar a manter a desigualdade económica e social e as iniquidades em geral. Práticas com base em formas tradicionais de papéis de género que concebem a violência contra a mulher como uma forma legítima de relação.

O modelo ecológico possibilita salientar a influência recíproca entre os diversos níveis de fatores. Desta forma, para compreender os fatores de ordem individual é crucial inseri-los no nível relacional, comunitário e social, abrangendo a influência dinâmica entre os fatores considerados em cada nível.

---

<sup>6</sup> Anexo IV – Ciclo da Violência Doméstica

Este modelo numa ótica feminista de análise de género é uma ferramenta que permite analisar o contexto em que as mortes se inserem.

Existem essencialmente três abordagens teóricas das causas de violência doméstica (cada uma altera a abordagem na intervenção):

- **Teorias baseadas na família:** estrutura da família e interações. Como abordagem é importante uma intervenção nas capacidades de comunicação;
- **Teorias centradas no indivíduo:** desordens de personalidade; experiências na infância; predisposição biológica. Como abordagem de intervenção temos programas psicoterapêuticos e cognitivo-comportamentais;
- **Teorias sociais e culturais:** baseado em programas feministas que defendem a reeducação e ressocialização dos agressores e das vítimas e sublinham a igualdade nas relações íntimas.

## 2. Tipos de Violência

---

- **Violência**

Atualmente o conceito de “atos violentos” abrange um conjunto de comportamentos considerados reprováveis e condenáveis, tendo em conta o impacto negativo que, a curto, médio e longo prazo podem apresentar na qualidade de vida e na saúde dos indivíduos e das populações, sendo que, em casos limites, pode levar à morte. Existem formas de violência visíveis e umas menos visíveis. Quando nos referimos à primeira, podemos falar da guerra e do terrorismo, como exemplos. Já quando passamos às formas menos visíveis da violência estamos a falar das que ocorrem na esfera privada familiar, em meio laboral, escolar ou institucional.

De acordo com Lisboa et al., 2006: Não existe propriamente uma única definição de violência, mesmo que nas sociedades ocidentais atuais se atribua tal designação a um número cada vez maior de atos e situações. A proliferação de significados, muitas vezes não coerentes com a gravidade e as características dos significantes, obriga a que se faça um esforço de reflexão, de forma a identificar por detrás do termo os processos e dinâmicas sociais que estão associadas à atribuição de tal rótulo.

Lourenço & Lisboa, 1992; Lourenço, Lisboa & Pais, 1997, dizem que a variação temporal e espacial do seu significado, leva a entender a violência como uma transgressão aos sistemas de normas e valores em uso em cada momento social historicamente definido, mas também como uma agressão à integridade da pessoa.

Segundo a OMS, a violência é definida pelo uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio/a, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação (Krug et al., 2002, conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde – OMS).

Tendo isto em conta podemos admitir que o conceito da OMS engloba várias noções fundamentais, nomeadamente:

- **Intencionalidade:** relacionada com o ato em si mesmo, independentemente do dano causado, pelo que não se inserem ações não intencionais, como, por exemplo, os acidentes;
- **Poder:** esta noção alarga a natureza do ato violento, deixando de se restringir apenas à questão da força física, mas englobando também a assimetria de poder existente nas relações violentas, caracterizada pela hierarquia



estabelecida entre o agressor/a e vítima, na qual se insere o recurso a ameaças e a intimidação;

- **Alvo:** relativo à sua tipologia, desta forma pode ser autoinfligida, interpessoal e coletiva. A violência autoinfligida abrange o comportamento suicida e a autoagressão. A violência interpessoal está dividida em duas subcategorias: a violência familiar/entre parceiros íntimos e a violência na comunidade. A violência coletiva refere-se à violência cometida por grandes grupos de indivíduos ou por países;
- **Natureza:** o conceito da OMS é bastante abrangente, uma vez que engloba questões relacionadas com a negligência ou atos de omissão, para além de todos os tipos de ações violentas de natureza física, psicológica ou sexual, assim como comportamentos suicidas e outras formas de agressão autodirigida;
- **Impacto:** ultrapassa o domínio físico da lesão ou da morte, fazendo também referência aos danos psicológicos, morais e sociais que, muitas vezes, acompanham as vítimas ao longo da sua vida, atravessando até várias gerações, com resultado também nos custos sociais para toda a Humanidade.

Na linguagem que usamos todos os dias, a violência aparece como sinónimo de outros termos como, agressividade, constrangimento, força, luta, conflito. Esta confusão entre termos reforça e contribui para uma ideologia da violência, tornando-se esta num elemento prévio e fundacional da cultura da violência, que produz dois efeitos: a naturalização da violência e a tolerância da violência.

- **Violência vs. Conflito**

No conflito existe uma igualdade entre as partes, o que permite a negociação e outras formas de resolução que não a violência. Nas situações de conflito, a escalada da intensidade do mesmo poderá levar a situações de violência, quando uma das partes tenta utilizar a força ou a coação para subjugar a outra.

- **Violência vs. Agressividade**

A agressividade quando bem gerida e dirigida, pode ser entendida como uma função de “organizador biológico”, assim como de regulação social e cultural.

Uma gestão positiva da agressividade, também entendida como assertividade, passa pelo reconhecimento e pela aceitação das diferenças. Obtém-se na interação

com o meio, alicerça-se no sentimento de pertença e desenvolve-se com base no respeito.

- **Violência e Crime**

É importante perceber que existem atos que são crimes e não são entendidos como violentos e que há atos que são violentos e que legalmente não são considerados crimes, mesmo que o passam vir a ser mais tarde ou noutros contextos (Lisboa et al., 2006).

**Crimes** são os atos classificados pela lei.

**Violência** é um conceito mais abrangente, diz respeito à percepção e representação que os atores sociais, individuais ou coletivos, fazem de determinados atos, independentemente de estarem tipificados a nível legal enquanto crime (Lourenço & Lisboa, 1992).

- **Violência Doméstica (VD)**

Comportamento violento continuado ou padrão de controlo coercivo efetuado de forma direta ou indireta sobre qualquer pessoa que habite no mesmo agregado familiar da vítima, ou que não coabitando seja companheiro/a, ex-companheiro/a ou familiar. Importa ainda realçar que o termo Violência Doméstica tem sido alvo de críticas por ser omissivo na nomeação dos seus protagonistas (vítima e agressor/a), nos vários tipos de violência, por não explicitar o facto de a violência ocorrer também no espaço público (ex.: stalking). Contudo, a literatura científica, de forma a englobar outros formatos relacionais, tais como as uniões de facto, o namoro, as relações LGBTQIA, assim como outros alvos de violência, os homens, deu espaço a outros termos: “partner violence” (“violência no casal); “intimate partner violence” (“violência entre parceiros/as íntimos/as ou violência nas relações de intimidade”), para posicionar a problemática num espectro abrangente das relações afetivas íntimas entre pares, contribuindo para a evolução dos quadros legislativos. Portugal é um excelente exemplo desta evolução.

Contudo não podemos esquecer que, embora existam estas definições conceptuais que nos permitem compreender este tipo de violência como algo que ocorre em contextos de intimidade, sendo que este fenómeno é complexo, heterogéneo em situações e experiências (tipos de relação, formas de violência) e multidimensional, no que conta à tipologia, severidade, frequência e intensidade é importante compreender

o quadro legislativo que opera. No nosso país a definição legal de Violência Doméstica passa por critérios específicos.

- **Violência Conjugal (VC)**

É uma dimensão da violência doméstica que remete para todas as formas de comportamento violento, realizadas por um cônjuge, ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a sobre o outro, não incluindo relações de namoro.

- **Violência nas Relações de Intimidade (VRI)**

Surge através da necessidade de ampliação do conceito de violência doméstica e preponderantemente de violência conjugal, de forma a incluir a violência usada entre companheiros/as que se encontrem envolvidos/as em diferentes tipos de relacionamentos íntimos, a violência entre namorados/as e casais homossexuais são alguns exemplos.

- **Violência Sobre as Mulheres (VSM)**

Todos os atos de violência que produzam sofrimento ou dano sobre uma mulher ou em último caso a sua morte, abarcando a privação da liberdade, coação, ameaça de perpetração de atos de violência, em espaços públicos ou privados sobre a vítima, pelo simples facto de ser mulher.

Em 1995, encontramos o primeiro estudo em Portugal, realizado a nível nacional tendo por base o inquérito “Violência contra as mulheres”, realizado no âmbito do protocolo entre a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres e a Universidade Nova de Lisboa que conclui que: “a violência contra as mulheres na sociedade portuguesa é fundamentalmente doméstica, com especial destaque para a violência psicológica”

- **Violência de Género**

“Todo o ato de violência baseado na pertença ao sexo feminino, que causa, ou é suscetível de causar nas mulheres, dano ou sofrimento físico, psicológico ou sexual. Inclui ameaças, atos, coação ou privação arbitrária da liberdade, e podem acontecer

tanto em contextos públicos como privados” (Art. 1 da “Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher”, Nações Unidas, Conferência de Viena, 1993).

A perspectiva de gênero situa papéis e relações de poder desiguais no centro da análise deste tipo de violência. Em que, por norma, o masculino exerce domínio sobre o feminino e são estabelecidas relações de submissão (Sistema Patriarcal). Esta é a causa fundamental que dá origem e perpetua a violência de gênero. A violência é usada para manter as relações de poder desiguais.

### 3. Tipologias da Violência Doméstica

---

A violência doméstica é perpetuada de várias formas e tende a aumentar em frequência, intensidade e, por conseguinte, em gravidade (e risco para a vítima). De seguida iremos ver a tipologia mais utilizada para os tipos de violência:

- **Violência Física**

Utilização da força física com o intuito de ferir ou produzir danos orgânicos ou físicos, podendo provocar ou não marcas evidentes. Alguns exemplos de atos de violência física passam por dar estaladas, murros, apertar o pescoço, empurrar e queimar. Sendo assim, pode-se dizer que pode abranger formas de violência física menos, mais ou extremamente severas, as quais podem levar a incapacidades permanentes, lesões graves e, em último caso, o falecimento da vítima.

- **Violência Psicológica e Emocional**

Consiste em atos como criticar, insultar, desprezar, menosprezar ou humilhar a vítima em espaços tanto públicos como privados, podendo ser realizado através de atitudes, comportamentos e/ou palavras. Alguns exemplos deste tipo de violência passam por criticar todas as ações da vítima, particularidades físicas ou da personalidade, não permitir que a vítima descanse, perseguir na rua, locais de lazer, trabalho, dizer que a vítima é infiel, gritar para meter medo e ameaçar ou efetivamente realizar atos de violência contra amigos/as, descendentes ou outros familiares da vítima.

A coação, ameaça e intimidação quando relacionadas com a violência psicológica e emocional, comportam o manter a vítima permanentemente com medo do que o/a agressor/a possa fazer contra si e/ou os/as seus/suas familiares, amigos/as, animais de estimação ou bens. Para isto, o agressor pode usar olhares, palavras, expressões, gestos e sugerir ou tocar em objetos de cariz intimidatório.

As estratégias acima mencionadas têm como objetivo manter a vítima sob controlo, uma vez que em situações de tensão ou violência iminente, potenciam na mesma um sentimento de medo e ansiedade.

- **Violência Económica**

Consiste numa forma de controlo mediante a qual o/a agressor/a nega o acesso a bens ou dinheiro, incluindo, em muitos casos, bens de necessidade básica para os/as

descendentes e para a própria vítima. Abrange simultaneamente estratégias de controlo da higiene pessoal e da alimentação da vítima e, em alguns casos, dos/as descendentes.

- **Perseguição/Stalking**

O agressor controla todos os passos da vítima através do uso de vários objetos, como telemóvel, computador ou câmaras escondidas. Em muitos casos para além de perseguir a vítima, persegue também os familiares e amigos/as. Este tipo de violência pode ser realizado com recurso a aliciamento ou ameaça. Como por exemplo: enviar prendas, cartas e objetos não desejados; destruir propriedade da vítima; ameaçar a vítima que vai fazer mal a animais de estimação, familiares e/ou amigos/as. Para além de tudo isto, pode ainda recorrer à vigilância (coberta ou aberta), em casos em que já não pode controlar a vítima. Nessas circunstâncias, e embora esteja a cumprir eventuais medidas judiciais já impostas, continua a intimidar a vítima, pelo simples facto de aparecer nos mesmos locais que ela constantemente. Este tipo de violência pode gerar um impacto negativo e, muitas vezes severo, nas vítimas.

- **Violência Espiritual/Religiosa**

Forma de violência em que o agressor usa as crenças da vítima para a manipular e em alguns casos impede-a, mesmo, de praticar os seus rituais religiosos.

- **Violência Sexual**

Abarca toda a forma de imposição de práticas de índole sexual contra a vontade da vítima, utilizando a coação ou ameaça ou, em alguns casos, obrigando a vítima a ter atos sexuais mediante o uso de força física. A exposição a práticas sexuais com terceiros, obrigar a vítima a manter contacto sexual com terceiros e a exposição forçada a pornografia, são alguns exemplos que apresentam a perpetuação da violência sexual. Isto é, “qualquer ato de natureza sexual que é perpetrado contra a vontade de outrem” (OMS, 2015). Portugal criminaliza a violência sexual de acordo com o Código Penal, enquadrando-a nos crimes contra as pessoas: “crimes contra a liberdade sexual” e “crimes contra a autodeterminação sexual”. No que se refere aos crimes contra a liberdade sexual as vítimas tanto podem ser crianças como adultos/as, no entanto, nos crimes contra a autodeterminação sexual são apenas considerados no caso das vítimas serem menores de idade.

- **Isolamento Social**

Engloba estratégias perpetradas pelo/a agressor/a com o intuito de afastar a vitimada sua rede familiar e social, tornando-a mais suscetível a atos de controlo e manipulação. O facto de negar que a vítima se ausente da habitação sozinha ou sem a autorização do/a agressor/a, proibir a vítima de praticar a sua atividade laboral fora do seio familiar e afastar a vítima do convívio com os/as amigos/as e a família, são alguns exemplos dessas estratégias.

Pode-se realmente verificar um afastamento por parte da vítima em relação às outras pessoas, na sequência de perturbações psicossociais e emocionais, resultante da situação de violência continuada ou por vergonha de se encontrar a vivenciar uma relação marcada pela violência ou das eventuais marcas físicas visíveis consequentes da mesma.

- **Padrão Violento Mútuo**

Relações em que duas pessoas se agridem mutuamente, com alternância nos papéis de vítima e de agressor/a. Neste tipo de relações, predominam modelos comunicacionais e relacionais desordenados e conflituosos, marcados por uma dinâmica típica das relações em que ambos lutam para ter o controlo da relação, levando a dificuldades no que concerne à partilha e aos espaços comuns. São poucos os sentimentos de pertença e de proximidade pela falta de respeito mútuo e pela banalização dos atos e da linguagem violenta.

- **Situações Fronteira**

Famílias que se situam no limbo da violência, devido ao uso de padrões comunicacionais violentos baseados na sua banalização. Estas relações assentam numa ambivalência emocional e comportamental, em que os sentimentos são muito extremados, dominando quer o amor, quer o ódio. Deste modo, variam entre uma vida que aparenta estabilidade e harmonia (com base numa “falsa paz”) e a agressão, que explode assim que surgem divergências e conflitos e que pode ser física e/ou psicológica. As pessoas presentes neste tipo de relação, possuem sentimentos positivos, apenas não dispõem de recursos pessoais para lidar de forma assertiva com as contrariedades e divergências.

- **Violência Vicariante**

O sujeito não é uma vítima direta, mas encontra-se exposto a situações de violência exercida sobre terceiros. Na violência doméstica, as crianças, ao presenciarem a violência interpaparental, são vítimas deste tipo de violência. Existem estudos que referem que o impacto deste tipo de violência nas crianças pode atingir proporções alarmantes, sugerindo que estas podem ter distúrbios de crescimento que se podem manifestar através de problemas de desajustamento comportamental, emocional e cognitivo.

- **Bullying**

Pode ser considerado um aspeto específico da violência escolar que acontece quando ocorre uma relação assimétrica de poder, afetando a relação entre pares. Consiste num maltrato verbal e/ou físico, reiterado e deliberado, que uma criança/jovem sofre por parte de outro/a ou outros/as, com o intuito de subjugar, ridiculizar, intimidar, atentando contra a sua dignidade e direitos fundamentais. Este domínio/perseguição serve para desgastar a vítima, de forma a obter algum ganho e/ou satisfação da necessidade de exercer poder sobre o outro. É uma prática comportamental que pode assumir a forma física, mas que é, primeiramente, uma agressão de natureza psicológica e grupal.

- **Maus-Tratos**

Conceito relacionado com as crianças e jovens que diz respeito a qualquer ação ou omissão, não acidental, realizada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima. Existem inúmeras situações que consubstanciam a prática de maus-tratos e podem apresentar diversas formas clínicas, por vezes relacionadas: negligência (inclui abandono e mendicidade), maltrato físico, abuso sexual, maltrato psicológico/emocional e Síndrome de *Munchausen by Proxy*.



## 4. Fatores de Risco da Violência Conjugal

---

Alguns fatores de risco<sup>7</sup> estão mais ligados do que outros a determinados tipos de violência. Por outro lado, os diversos tipos de violência compartilham alguns fatores de risco quanto à respectiva ocorrência. As normas culturais predominantes, a pobreza, o isolamento social e fatores como abuso de álcool e de outras substâncias e acesso a armas de fogo são fatores de risco relacionados a mais do que um tipo de violência. Como consequência, é normal que algumas pessoas nessa situação estejam mais propensas a diversos tipos de maus-tratos, que interagem entre si de forma dinâmica, tendo em conta a sua especial vulnerabilidade.

No caso específico da violência doméstica estudos têm mostrado que a exposição a este fenómeno durante a infância representa para os indivíduos um risco maior de se tornarem, eles próprios, vítimas diretas ou agressores, no decurso da adolescência ou da vida adulta. Recorrentemente, experiências de rejeição, abandono, negligência (nomeadamente emocional), por parte dos progenitores ou outras figuras cuidadoras, podem potenciar, na criança ou jovem, o aparecimento de comportamentos violentos e antissociais, assim como comportamentos abusivos quando adulto, como mecanismo de identificação e sobrevivência psicológica. Foram também encontradas associações entre o comportamento suicida e os diversos tipos de violência, inclusive maus-tratos à criança, violência nas relações de intimidade, abuso sexual ou maus-tratos a pessoas idosas.

A maior vulnerabilidade à vitimação pode ser explicada por:

- **Fatores de risco individuais:** características sociodemográficas, biológicas, cognitivas, psicológicas, emocionais de um determinado indivíduo e a sua história de vida, assim como a forma que estes determinam ou têm impacto nos seus comportamentos. Exemplo: as vivências prévias de vitimação na infância e na adolescência podem aumentar a probabilidade de vivências de vitimação na vida adulta;
- **Fatores de risco relacionais:** impacto das relações sociais mais próximas, ou seja, a qualidade do relacionamento com pessoas significativas (pares, pareceres íntimos, familiares, amigos), no aumento da probabilidade de experienciar uma situação violenta. Exemplo: a envolvimento em relações íntimas

---

<sup>7</sup> Anexo V – Quadros com fatores de risco

conflituosas, onde subsiste o desequilíbrio de poder entre os elementos do casal pode amplificar o risco de ocorrência de violência interpessoal;

- **Fatores de risco comunitários:** características dos contextos comunitários em que as relações sociais são estabelecidas, como local de trabalho, o local de formação escolar ou profissional e/ou a vizinhança. Exemplo: a ausência de coesão social numa certa comunidade, caracterizada pela desorganização, pela ausência ou dificuldade de acesso a estruturas comunitárias de apoio e pela ausência de articulação interinstitucional, pode amplificar o risco de ocorrência de violência;
- **Fatores de risco sociais:** conjunto de fatores sociais mais abrangentes que, de certo modo, contribuem para o aumento da violência, nomeadamente, a desigualdade económica, social e de género, as normas formais e informais que legitimam a violência (ou a minimizam), as medidas educativas, económicas, sociais e políticas. Exemplo: o consentimento de papéis tradicionais de género pode ampliar o risco de violência contra a mulher.

É crucial interpretar estes fatores de risco enquanto condições que contribuem para o aumento do risco de vitimação criminal e não enquanto causas ou razões pelas quais um certo indivíduo é, ou foi, em alguma circunstância da sua vida, alvo de um ato violento ou criminal.

É também importante não esquecer que a maior probabilidade de uma determinada pessoa ser vítima de violência não pode ser atribuída ou explicada pela presença de um único fator de risco, quanto maior o número de fatores de risco presentes, maior poderá ser a probabilidade de ocorrência de violência.

Existem alguns fatores de risco cuja relevância na ponderação no risco de vitimação varia ao longo da vida, sendo, por exemplo, mais determinantes num determinado período de vida e menos em outros. Exemplo: a frequência de ensino superior assume uma variável de risco de vitimação sexual especialmente relevante na altura em que o indivíduo se encontra efetivamente a frequentar o ensino superior. Contudo, o papel da frequência de ensino superior na determinação do risco de violência sexual noutras fases da vida adulta, será, em princípio, menos relevante.

Lidar de forma preventiva com os fatores de risco, fomentando fatores de proteção nos diversos níveis do modelo ecológico pode apresentar um contributo para que haja redução da ocorrência de casos em mais de um tipo de violência. Tendo em consideração os vários níveis de risco preconizados pelo modelo ecológico para a

compreensão do fenómeno, a OMS defende a criação de respostas multifacetadas que tenham em conta estes diferentes patamares de intervenção.

Estes fatores de riscos<sup>8</sup> são unicamente indicadores, não sendo, fatores casuais da possibilidade de desencadeamento deste tipo de fenómeno. De acordo com Andrews e Bonta (2006, p.47), “referem-se às particularidades dos indivíduos e às circunstâncias que estão associadas ao aumento da probabilidade de praticar um crime no futuro<sup>9</sup>”. Para estes autores, os fatores de risco podem ser dinâmicos, ou seja, suscetíveis a mudanças ao longo do tempo, sendo que estas mudanças estão associadas a alterações no comportamento criminal subsequente (ex.: circunstâncias problemáticas em casa, na escola ou no trabalho, nomeadamente, separação real ou pendente/distanciamento emocional; conflitos derivados à guarda dos filhos ou à guarda partilhada; escalada de violência; desemprego por parte do agressor; consumos excessivos de álcool ou estupefacientes por parte do agressor; posse de armas; existência de um novo parceiro na vida da vítima; relações sexuais forçadas; agressões durante as relações sexuais; instabilidade emocional do agressor; comportamentos obsessivos, incluindo perseguição e/ou ciúmes excessivos); ou estáticos, que se referem ao passado e não são mutáveis (ex.: história criminal; agressor – história de violência doméstica noutras relações; história de violência a terceiros; ameaça de morte a vítimas anteriores; agressões anteriores com armas; ameaças ou tentativas prévias de suicídio; tentativas de estrangulamento; antecedentes de violência doméstica no seio familiar; testemunhar um comportamento suicida na família de origem; presença de enteados em casa; problemas judiciais/desobediência a figuras de autoridade; ameaça ou abuso de crianças). Estes fatores de risco devem, ainda, ser compreendidos consoante o contexto em que se inserem, uma vez que isolados não constituem necessariamente um risco verdadeiro (Azevedo, 2013).

É importante ter em conta os fatores de risco, visto que a presença destes aumenta a probabilidade de reincidência ou da escalada de agressão (AMCV cit. In Laing & Lecturer, 2013).

Contudo, torna-se também importante, para além dos fatores de risco, ter em consideração os fatores de proteção, uma vez que estes diminuem a probabilidade de

---

<sup>8</sup>Quanto mais fatores de risco existirem maior é a probabilidade de se desencadear determinado comportamento. Os fatores de risco podem ser de vários domínios: individuais, familiares, grupo de pares, escola, na comunidade (Loeber & Farrington, 2000)

<sup>9</sup> A consideração dos fatores de risco é de extrema importância para a tomada de decisão no âmbito do sistema de justiça (McLaughlin & Muncie, 2001, p.251) e para a avaliação da probabilidade de reincidência dos sujeitos (Andrews & Wormith, 1984)

reincidência, agindo de forma compensatória à influência dos fatores de risco (Azevedo, 2013).

Os fatores de risco podem ser organizados em três níveis: exossistema, microsistema e ontogénico. Ao nível do exossistema encontram-se os fatores sociodemográficos, ou seja, a idade, educação, emprego e os recursos económicos. No nível do microsistema encontra-se a violência na família de origem, que se subdivide em violência interparental e maus-tratos na infância; está presente também o historial de violência conjugal e os fatores ligados ao relacionamento, dentro destes existem a satisfação marital e o ciúme. Por fim, ao nível ontogénico, estão presentes as crenças e atitudes pessoais; as características psicológicas onde se inserem a personalidade borderline<sup>10</sup> e sintomas associados e a personalidade antissocial e sintomas associados; bem como o consumo de substâncias.

## 4.1. Estratégias de Intervenção baseadas no Modelo Ecológico

**Individual:** intervir em fatores de risco individuais ao nível comportamental;

**Relacional:** promover relacionamentos pessoais saudáveis nos diversos contextos;

**Comunitário:** aplicação de medidas preventivas em escolas, bairros e locais de trabalho;

**Social:** combater atitudes e práticas culturais adversas ao nível da desigualdade de género e garantir a igualdade de acesso aos serviços;

**Macro:** lidar com os fatores culturais, sociais e económicos mais abrangentes.

---

<sup>10</sup> – A característica essencial do transtorno de personalidade borderline é um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e de afetos e de impulsividade acentuada que surge no começo da vida adulta e está presente em múltiplos contextos. Indivíduos com este transtorno de personalidade tentam de tudo para evitar abandono real ou imaginado; apresentam um padrão de relacionamentos instáveis e intensos; mostram impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (...) (DSM-5, 2014)

## 5. Vítima

---

Pode-se referir à vítima como uma pessoa singular que foi objeto de uma ação ou omissão da qual tenha resultado, ou seja passível de resultar, um dano ou sofrimento de natureza física, sexual, psicológica ou económica num contexto de violência doméstica, abrangendo a ameaça do cometimento de tais atos (definição assente no previsto na Lei nº130/2015 de 4 de setembro, que procede à vigésima terceira alteração ao Código de Processo Penal e aprova o Estatuto de Vítima).

Vítima em situação de especial vulnerabilidade: vítima cuja especial fragilidade resulte, da idade (diminuta ou avançada), estado de saúde, deficiência ou incapacidade, gravidez, dependência económica, etnia, condição social, identidade de género, expressão de género e orientação sexual, tal como do facto, tipo, grau e duração da vitimização, tiver resultado em lesões com consequências graves no seu equilíbrio psicológico ou nas condições da sua integração social (definição assente no previsto na Lei nº130/2015 de 4 de setembro, que procede à vigésima terceira alteração ao Código de Processo Penal e aprova o Estatuto de Vítima).

As variáveis que parecem aumentar a probabilidade de uma determinada pessoa experienciar uma situação de vitimação podem ser provenientes de diferentes níveis de funcionamento ou dos contextos em que se encontra: individual, relacional, comunitário, social e mesmo físico e temporal.

Estes fatores podem ser denominados por fatores de risco e representam condições ou características que contribuem para o aumento da probabilidade de um determinado indivíduo passar por uma situação violenta.

A vítima pode ainda ter de lidar com alguns conceitos culpabilizadores da sua conduta como por exemplo, o conceito de vítima nata, que resumidamente, postulava que certas pessoas, em virtude uma predisposição para desempenhar o papel da vítima, atraíam criminosos/as. Existe ainda a noção do crime precipitado pela vítima que defende que a vítima, pela sua atitude ou comportamento, pode desencadear a motivação criminal do/a agressor/a (“ela estava a pedi-las”; “pôs-se a jeito”). Exemplos: pelo uso de roupas provocantes ou reveladoras, pelo consumo de álcool, pela má reputação, pelo acordo prévio para estabelecimento de uma interação sexual seguido de negação. Esta posição não só culpabilizava a vítima pelos atos sexualmente forçados sobre si, como desresponsabilizava o/a agressor/a em relação à própria conduta, concebendo-o/a como uma figura sem qualquer controlo sobre os próprios comportamentos, cujos atos seriam hétero determinados pela conduta da vítima.

## 5.1. Níveis de Vitimação

- **Primária**

Quando a vítima sofre as consequências da ação criminosa diretamente. Ela é vitimizada pela pessoa criminosa, diretamente através da sua conduta. Existe uma violação dos direitos da vítima e pode causar danos de natureza patrimonial, físico, psicológico, entre outros. Exemplo: violação, a vítima sofre diretamente da conduta do violador os danos decorrentes deste crime.

- **Secundária**

A vítima sofre as consequências do próprio procedimento oficial do estado, quando a vítima se dirige às forças de segurança ela acaba por se sentir constrangida. Sendo assim, a vitimização secundária decorre do sistema de justiça, trata-se do sofrimento causado às vítimas pelas investigações e curso do processo. Exemplo: depoimentos, exames médico-legais, audiências – é obrigada pela justiça criminal, por várias vezes a relembrar o facto corrido, que causou impacto físico e psicológico na sua vida.

- **Terciária**

A própria sociedade, até mesmo membro do estado viram as costas à vítima, é o momento que vítima é negligenciada. Exemplo: uma vítima que é dissuadida pela família para não denunciar um caso de violência sexual, inclusive, pensar que protege a vítima (“não vai dar em nada”).

A vitimização terciária tem como causa a omissão do Estado e da sociedade que não amparam as vítimas. Em alguns casos, órgãos públicos e a própria sociedade, além da inércia, chegam a incentivar que as vítimas não denunciem os factos criminosos.

## 5.2. Perfil da Vítima

Não existe um perfil pré-estabelecido e não é possível identificar um conjunto de características que estejam presentes de forma universal e indiferenciada em todas as vítimas, existem sim, características que, com frequência, surgem em algumas vítimas.

**Características comuns:**

- Género feminino, com características de vulnerabilidade em termos de idade e de necessidades (ex.: crianças e/ou idosos/as);
- Dependentes do consumo de substâncias;
- Com doença física, mental e/ou deterioração cognitiva fisiológica;
- Dependentes física e emocionalmente do/a agressor/a, com dificuldades económicas, estando dependentes do/a abusador/a também nesta esfera;
- Baixo nível educacional;
- Experiência de vitimação na infância;
- Habitações precárias;
- Isoladas socialmente.

- **Auto-cegueira**

Uma vítima tem extrema dificuldade em perceber que está a viver uma situação de abuso. Mexe profundamente com os aspetos mais sensíveis da sua relação – o reconhecer, aceitar, convencer-se, que a pessoa que está ao seu lado (o seu “parceiro”) é o seu agressor/a. Tomar consciência deste facto é algo, frequentemente visto pela vítima como uma traição (deve ser uma pessoa horrível para pensar tal coisa do seu companheiro).

- **Sentido de “ética”**

Este sentido de ética, por um lado faz com que a vítima tenha maior dificuldade em “trair” o seu parceiro íntimo, pensando ou falando sobre o “abuso”, e por outro lado, vai aumentar a sua capacidade para “aguentar”. Este facto é bastante apreciado pelo/a agressor/a, porque lhe facilita a vida – tem muito menos trabalho para enganar e controlar este tipo de vítima.

- **Culpa e vergonha**

Duas características que se encontram sempre presentes em cada vítima de violência doméstica, seja mulher seja homem – a sensação constante de que é culpada da agressão (mesmo que não perceba porquê) e a vergonha de que as outras pessoas possam perceber o que se está a passar. Estes aspetos tornam muito mais difícil qualquer atitude para mudar a situação ou procurar ajuda e devido isso, são fortemente incentivados pelo/a agressor/a.

### 5.3. Quando a Vítima é Homem

Os homens vítimas de violência doméstica experimentam comportamentos de controlo, são alvos de agressões físicas (em muitos casos com consequências físicas graves) e psicológicas e tal como as vítimas mulheres também eles receiam abandonar as relações abusivas.

O medo e a vergonha são, para estas vítimas, a principal barreira para pedir ajuda. Estes homens receiam ser desacreditados e humilhados por terceiros (familiares, amigos e até mesmo instituições judiciárias e policiais) se decidirem denunciar o caso. Nos homens o sentido de ética pode determinar toda a situação – ele é o homem que não iria abandonar os filhos/as (uma vez que é comum o tribunal entregar a guarda dos menores à mãe), que não está disposto a falar abertamente das atitudes que ela tem, que acredita que se ele a deixasse ela iria ficar muito mal, em depressão, sem sustento, etc.



## 6. Os Agressores

---

Alguns autores consideram o fenômeno de violência doméstica um problema social e de modo que este seja controlado é necessário, não só, saber mais sobre as suas motivações e tipos de violência existentes, como também as tipologias dos sujeitos violentos (Carrasco, 2012).

Assim, iremos abordar duas tipologias de agressores conjugais, a desenvolvida por Holtzworth-Munroe e Stuart (1994) e a de Fernández-Montalvo e Echeburúa (1997).

- **Tipologia de Holtzworth-Munroe e Stuart (1994)**

Estes autores desenvolveram primeiramente uma tipologia de agressor conjugal, onde os comportamentos agressivos podem ser vistos de dois pontos de vista, através da violência expressiva (trata-se de uma conduta agressiva motivada por sentimentos de raiva e ira e grande dificuldade no controle de impulsos) e a violência instrumental (gera um grau profundo de insatisfação, não gerando sentimentos de culpa no indivíduo) (Biezma e Guinea, 2006), tendo em conta este tipo de classificação os autores descrevem três tipos básicos de agressores conjugais<sup>11</sup>: Agressores impulsivos, agressores instrumentais e agressores sobrecontrolados.

Apesar disso, e tendo em conta a severidade e frequência da violência, generalidade da violência e psicopatologia ou distúrbios da personalidade apresentados pelo agressor os autores desenvolveram uma outra tipologia de agressores conjugais e apontaram a existência de três tipos de agressores, os agressores estritamente familiares, agressores disfóricos-borderline e agressores geralmente violentos e antissociais, este é um modelo teórico de análise que propõe equacionar as três dimensões descritivas das tipologias dos agressores (Peinado, Mora, Almeida, Santos e Gaspar, 2010).

Assim sendo, torna-se importante conhecer as características do agressor, tendo em conta que os comportamentos violentos trazem consequências graves à vítima que vão desde a sua saúde física à mental, levando muitas vezes ao desenvolvimento de diversos problemas tais como, ansiedade, depressão ou stress pós-traumático (Carrasco, 2002).

- **Tipologia de Fernández-Montalvo e Echeburúa (1997)**

---

<sup>11</sup> Anexo VI – Os Agressores – Tipologias e Descrição

Estes autores desenvolveram um estudo de tipologia de agressores conjugais baseados numa amostra de 42 indivíduos pacientes de um programa de intervenção psicológica para agressores conjugais.

Segundo os mesmos, existem um conjunto de fatores como hostilidade, estado emocional de ira ou transtorno de personalidade que em interação uns com os outros pode despoletar um comportamento violento (Nuñez, 2013).

Deste modo, tendo em consideração uma extensão de episódios violentos temos de acordo com os autores quatro tipos de agressores subdivididos em dois grupos: o grupo quanto à extensão da violência onde se encontram os agressores violentos só em casa e os agressores violentos em geral e o grupo quanto ao perfil psicopatológico do agressor, onde encontramos os agressores com défice nas habilidades interpessoais e os agressores sem controlo de impulsos (Biezma e Guiena, 2006).

Assim sendo, estes autores desenvolveram um modelo tipológico do agressor conjugal tendo em consideração dois grandes grupos, a extensão da violência e o perfil psicopatológico do agressor.

## 6.1. Perfil dos/as Agressores/as

Geralmente estes apresentam algumas características que são transversais, nomeadamente:

- Género masculino, idade jovem/adulta;
- Desempregados/as ou com uma atividade profissional ativa;
- Dependentes de substâncias;
- Padecem de doença física ou mental;
- Têm baixa autoestima, baixo autocontrolo, baixa tolerância à frustração, impulsividade;
- São vulneráveis ao stress, com expectativas irrealistas;
- Dificuldades económicas e socioculturais, estando mais dependentes da vítima;
- Possuem histórico de comportamentos desviantes e histórico de vitimação;
- Não possuem a capacidade de admitir que a vítima foi ou esteja a ser abusada;
- Sem experiência na prestação de cuidados.

## 7. Substâncias de Abuso

---

Substâncias de abuso ou drogas de abuso, são substâncias que afetam o cérebro e modificam o humor, alterando a forma como as estimulações sensoriais são interpretadas e afetam outros aspectos do funcionamento encefálico. A intoxicação acontece quando o produto ingerido produz diretamente alterações comportamentais, fisiológicas e psicológicas que comprometem a função. A ingestão repetida pode gerar tolerância, que advém das adaptações físicas e psicológicas, o que leva a uma necessidade de doses mais altas de substância para produção do efeito desejado.

As substâncias de abuso encontram-se organizadas por classes, de acordo com os efeitos geralmente produzidos com as doses habituais. As categorias<sup>12</sup> são: depressores, estimulantes, opiáceos, canabinóides, alucinógenos e inalantes. Iremos de seguida falar sobre cada um destes grupos, contudo, no que se refere à classe dos depressores iremos dar um maior foco no álcool. No que se refere à pesquisa, irá haver uma separação entre o álcool e as restantes classes de drogas, que irão pertencer ao mesmo grupo (consumo de estupefacientes).

### 7.1. Depressores

Os depressores, são substâncias que, nas doses habituais, fazem com que o indivíduo se sinta relaxado e desinibido, induzem o sono, reduzem a ansiedade e geram ações anticonvulsivas. A ingestão aguda tende a reduzir a frequência respiratória e a pulsação, baixar a pressão arterial e reduzir a temperatura corporal. Tal como para as drogas de qualquer classe, diferentes depressores provocam sensações semelhantes de intoxicação e exibem padrões análogos de problemas associados. Estas substâncias incluem o álcool (ao qual vamos dar especial destaque na pesquisa), os benzodiazepínicos, os barbitúricos e similares. Outra droga importante é o ácido gama-hidroxibutírico (GHB), um fármaco bastante popular em algumas festas. Os problemas relacionados aos depressores englobam uma sobredosagem potencialmente letal, com a diminuição dos sinais vitais essenciais; uma síndrome de abstinência fisiologicamente exigente, que pode levar a insónias e ansiedade proeminentes; e síndromes do humor substância-induzidas. Os sintomas de abstinência relacionados a alguns agentes

---

<sup>12</sup> Anexo VII – quadro de categorias de substâncias aditivos

depressores, como o caso do álcool, em consumidores regulares e intensivos, podem compreender tremores, convulsões e morte, se não forem tratados.

## 7.2. Estimulantes

Os estimulantes englobam drogas que, de forma aguda, provocam sensações de energia e euforia, reduzem a necessidade de dormir, aumentam a capacidade de concentração, reduzem o apetite e provocam efeitos idênticos aos da adrenalina sobre a pulsação, respiração e temperatura corporal. Dentro deste grupo encontram-se todas as formas de cocaína, anfetamina, grande parte dos comprimidos de redução de peso vendidos através de prescrição médica (e também grande parte dos comprimidos vendidos sem prescrição) e os fármacos estimulantes prescritos para o tratamento do transtorno de hiperatividade com déficit de atenção. Como problemas relacionados com os estimulantes surgem as sobredosagens potencialmente mortais, arritmias, hiperpirexia e convulsões; psicoses graves e ansiedade na fase de intoxicação; e estados de abstinência física, caracterizados por dormir e comer em excesso e depressão.

A nicotina e a cafeína têm propriedades estimulantes, contudo, não são considerados estimulantes clássicos, uma vez que apresentam mecanismos neuroquímicos diferentes. Para além disso, os seus usos não estão relacionados ao padrão agudo de sobredosagem e transtornos psiquiátricos substância-induzidos temporários que pode ser observado com o consumo dos outros estimulantes.

## 7.3. Opiáceos

Esta categoria inclui a heroína, a metadona, a codeína e grande parte dos comprimidos prescritos para o alívio da dor. A intoxicação por este tipo de substâncias é caracterizada por uma redução acentuada da dor, redução do reflexo da tosse, inibição da motilidade intestinal (seguida por constipação) e sensação de estar a “flutuar” semiacordado. Doses elevadas de opiáceos provocam a redução dos sinais vitais, contudo as sobredosagens podem ser letais. A abstinência dos opiáceos pode causar dor, tosse, corrimento nasal, diarreia e sensação de tristeza. O risco de uma sobredosagem fatal por opiáceos pode aumentar exponencialmente com a combinação com outros compostos sedativos.

## 7.4. Canabinóides

Os canabinóides incluem a maconha e drogas correlacionadas que incluem todas as formas da planta de maconha (*Cannabis sativa*). O dronabinol (*Marinol*), também pertence a esta categoria. A intoxicação provocada por estas substâncias engloba tontura, euforia, sensação suave de relaxamento, fome, redução das interações sociais e problemas para acompanhar o tempo.

As substâncias pertencentes a este grupo, não costumam produzir sobredosagens. No entanto, os estados de abstinência clinicamente relevantes (podendo até ser prejudiciais à vida) acontecem após o consumo excessivo ou prolongado. A intoxicação por canabinóides compromete a concentração, o julgamento e o desempenho motor, ampliando o risco de acidentes com veículos motorizados. Encontram-se, também, associados a dificuldades de desenvolvimento e execução de comportamentos dirigidos por metas, numa condição nominada como síndrome amotivacional.

## 7.5. Alucinógenos

Englobam drogas como a dietilamida do ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina e 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), mais conhecido como Ecstasy. A intoxicação provocada por este grupo de substâncias passa por uma intensidade acentuadamente aumentada da estimulação sensorial. Quando consumido em doses altas faz com que o consumidor veja luzes a piscar, cores e formas geométricas, visíveis tanto com os olhos abertos como fechados. Os problemas podem englobar uma precipitação de um episódio psicótico do tipo esquizofrénico em indivíduos que se encontram predispostos e uma ansiedade relacionada com a intoxicação com alucinógenos como o MDMA e LSD. As psicoses permanentes em indivíduos não predispostos são raras.

## 7.6. Bloqueador do canal do recetor de n-metil-de-aspartato (NMDA)

O uso indevido deste tipo de substâncias que incluem a fenciclidina (PCP) e a quetamina, é bastante rara no contexto clínico geral, contudo não é incomum em indivíduos que consomem abusivamente outras substâncias. Estes agentes não

costumam produzir sobredosagem e também não se encontram relacionados à síndrome da abstinência, contudo a intoxicação pode provocar uma grave confusão com agitação acompanhada de alucinações e violência.

## 7.7. Inalantes

Os inalantes, como drogas de abuso, englobam a cola, o tolueno e os hidrofluorocarbonos, incluindo o “ar comprimido”. A intoxicação derivada deste tipo de substâncias provoca dificuldade de raciocínio, na maior parte das vezes acompanhada de uma forte cefaleia. Os perigos relacionados com o consumo destas substâncias englobam as arritmias cardíacas e os danos hepáticos e renais.

## 7.8. Álcool

O álcool é considerado droga generalizada e comercializada na nossa sociedade, estando presente nos hábitos alimentares e nos vários eventos sociais e recreativos. É também, uma das substâncias mais consumidas em todo o mundo, sendo Portugal um dos países em que o seu consumo é mais elevado (Negreiros, 2001).

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o alcoólico como “um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, de saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico” (Lino, 2006, p.4). No que concerne aos critérios de diagnóstico, a DSM-IV-TR (2002) reconhece duas perturbações relacionadas com a utilização do álcool: o abuso do álcool e a dependência do álcool. O abuso traduz-se num padrão desadaptativo de utilização de substâncias, levando a défice ou sofrimento clinicamente significativo, ocorrendo, pelo menos, durante um período de 12 meses.

De acordo com esta classificação, o diagnóstico de consumo abusivo de álcool encontra-se dependente da presença de um (ou mais) dos seguintes critérios:

1 – Uso recorrente do álcool tendo como resultado a incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa;

2 – Utilização recorrente do álcool em situações em que este se torna fisicamente perigoso (condução, trabalho com máquinas);

3 – Problemas legais recorrentes respeitantes ao abuso da substância;

4 – Continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelo efeito do álcool.

A dependência do álcool, segundo a mesma fonte, refere-se igualmente a um padrão desadaptativo de utilização do álcool, levando a défices ou sofrimento clinicamente significativo, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses. O diagnóstico de dependência de álcool inclui, inevitavelmente, a presença de três ou mais dos seguintes critérios:

1 – Tolerância definida por qualquer uma das seguintes situações:

- Necessidade de quantidades cada vez maiores de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
- Diminuição acentuada do efeito com o consumo continuado da mesma porção de álcool;

2 – Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes aspetos:

- Síndrome de abstinência característica do consumo de álcool (critérios 1 e 2);
- A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida de forma a aliviar ou a evitar os sintomas da abstinência;

3 – Existência de um consumo de álcool em porções superiores ou por um período mais extenso do que o pretendido;

4 – Existe desejo constante ou esforços, sem êxito, para reduzir ou controlar a utilização do álcool;

5 – É despendida grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção e utilização do álcool e à recuperação dos seus efeitos;

6 – É abandonada ou diminuída a participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização do álcool;

7 – A utilização do álcool é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização do álcool (ex. manutenção do consumo apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste).

Desta forma, pode dizer-se que o que diferencia estes dois quadros é o facto de, na dependência, existirem sinais claros de tolerância, abstinência (privação) e/ou comportamento compulsivo referentes à utilização do álcool, aspetos que não se verificam no abuso.

## 7.9. O Que Provoca os Transtornos Por Uso de Substâncias

Não existe uma única causa para este tipo de transtornos, existem, assim, muitos fatores que influenciam na vulnerabilidade de um indivíduo desenvolver este transtorno.

- **Genética/biológica:** De acordo com as estimativas, os genes representam 40-60% da vulnerabilidade de um indivíduo desenvolver um transtorno por uso de substância. Contudo, isto não significa que existe um gene de vício, mas sim uma combinação de muitos genes, como também outros fatores biológicos que podem atuar em conjunto para tornar um indivíduo mais vulnerável a usar substâncias em excesso.

- **Ambiental:** Crescer numa família destruída, viver num bairro onde as drogas são facilmente acessíveis, ter membros da família, amigos ou colegas que abusam de álcool ou outras drogas são fatores normalmente associados ao desenvolvimento do transtorno por uso de substância. Tal como acontece com os fatores genéticos, os fatores ambientais por si só não causam diretamente um transtorno, contudo podem aumentar a vulnerabilidade do indivíduo.

- **Desenvolvimento:** A fase de desenvolvimento física e mental de um indivíduo tem um grande papel na sua suscetibilidade para desenvolver um transtorno por uso de substâncias. O uso de drogas seja em que idade for pode ser arriscado, contudo pessoas que começam a usar drogas antes ou durante a adolescência (fase em que o cérebro ainda se encontra em desenvolvimento) têm um risco muito maior de desenvolver um transtorno por uso de substância.

## 7.10. Razões Pelas Quais Um Indivíduo Consome Substâncias de Abuso

- **Para se sentir bem:** as drogas podem produzir um sentimento intenso de prazer. Esta euforia inicial é seguida por outros efeitos, que diferem dependentemente do tipo de droga usado. Por exemplo, nos estimulantes, como a cocaína, a euforia é seguida de sentimentos de poder, auto-confiança e aumento de energia. Em contraste, a euforia causada pelos opióides, tais como a heroína, é seguida por sentimentos de relaxação e satisfação.
- **Para se sentir melhor:** Alguns indivíduos que sofrem de ansiedade social, stress e depressão começam a usar drogas para tentar sentir menos ansiedade. O stress pode ter um grande papel no começo e na continuação do uso de



drogas, tal como na recaída em indivíduos que se encontram a recuperar da adição.

- **Para fazer melhor:** Alguns indivíduos sentem pressão para melhorar a sua concentração na escola, no trabalho ou nas habilidades desportivas. Este facto pode ter um papel decisivo para começar e continuar o uso de drogas, tal como a prescrição de estimulantes ou cocaína.
- **Curiosidade e pressão social:** No que diz respeito a este tópico, os adolescentes estão particularmente em risco, uma vez que a pressão dos seus pares pode ser bastante forte. A adolescência é um período de desenvolvimento durante o qual, a presença de fatores de risco, tais como pares que usam drogas, podem levar ao consumo de substâncias.

## 8. Pesquisa

---

### 8.1. Pertinência

Já é conhecido, através de diversos estudos que o consumo de substâncias aditivas é considerado um fator de risco para a violência doméstica, contudo seria importante perceber quais os tipos de substâncias que mais se relacionam com este tipo de violência e, claro se existe claramente uma correlação entre o consumo de substâncias aditivas e a violência doméstica e, se existir o que poderá ser feito para tentar diminuir ou até mesmo erradicar este fator de risco na sociedade portuguesa.

Desta forma, este estudo tem como objetivo dar importância à necessidade de se estudar a perspectiva dos agressores (de acordo com o relato das vítimas), assim como, perceber se os consumos de substâncias aditivas dos agressores podem ou não estar relacionados com os seus comportamentos agressivos.

### 8.2. Objetivos do Estudo

O objetivo geral desta investigação, prende-se com o facto de a estagiária querer responder a algumas questões, das quais se destacaram as seguintes: “Será que existe uma correlação entre o consumo de substâncias aditivas dos agressores e os seus comportamentos violentos?” tal como perceber se “existem mais agressores com consumos ou mais agressores com comportamentos normativos?”

#### **Objetivos específicos:**

- Analisar se existem consumos de álcool ou estupefacientes nos agressores;
- Especificar que tipos de consumos existem;
- Elaborar uma investigação/grelha de correlação de forma a conseguir analisar se os fatores de risco estão, ou não, associados aos comportamentos agressivos.

### 8.3. Metodologia do Estudo

Os dados para esta investigação foram obtidos através da recolha de dados empíricos presentes nos relatórios de informação social realizados através dos atendimentos efetuados às vítimas que recorreram ao Gabinete de Serviço Social, da Unidade Funcional de Clínica Forense, do Serviço de Clínica e Patologia Forense da Delegação do Centro do INMLCF, I.P. no período compreendido entre 2016 e 2020

(metodologia qualitativa<sup>13</sup> e quantitativa<sup>14</sup>). Foi efetuado um estudo longitudinal retrospectivo, mais concretamente uma pesquisa de correlação, tendo em consideração um conjunto de variáveis (estruturadas numa grelha de recolha de dados) que possam mostrar se estão ou não relacionadas com os comportamentos violentos dos agressores. Os dados são obtidos segundo a perspetiva da vítima e não do relato dos próprios agressores.

- **Delimitação do campo de pesquisa:**
  - **Delimitação da zona:** Gabinete de Serviço Social da Unidade Funcional de Clínica Forense, do Serviço de Clínica e Patologia Forense da Delegação do Centro do INMLCF, I.P.
  - **Universo de pesquisa:** Vítimas de Violência Doméstica que se dirigem ao Gabinete de Serviço Social na Unidade Funcional de Clínica Forense do Serviço de Clínica e Patologia Forense da Delegação do Centro
  - **Constituição da amostra:** Recolha de dados de Relatórios de Informação Social de vítimas de Violência Doméstica atendidas no Gabinete de Serviço Social, da Unidade Funcional de Clínica Forense, do Serviço de Clínica e Patologia Forense da Delegação do Centro, do INMLCF, I.P. (781 relatórios de vítimas)
  - **CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão:** Os critérios de inclusão reúnem todos os relatórios de informação social compreendidos entre o período de 2016 a 2020; sendo que os critérios de exclusão se referem a todos os outros relatórios de informação social que não se encontram compreendidos entre o período acima mencionado e os que, estando compreendidos no período mencionado, englobam agressores menores.

## 8.4. Amostra do Estudo

---

<sup>13</sup> A metodologia qualitativa “concentra-se em demonstrar a relação que existe entre conceitos, as descrições, explicações e as significações dadas pelos participantes e investigador relativamente ao fenómeno e sobre a descrição semântica” (Fortin, 2009:322)

<sup>14</sup> A metodologia quantitativa admite que tudo pode ser quantificável, isto é, que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, posteriormente, poderem ser classificadas e analisadas. A abordagem quantitativa constitui-se “um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo (...) o controlo permite delimitar o problema e suprimir os efeitos de variáveis estranhas. As estratégias tais como o controlo, os instrumentos metodológicos e a análise estatística visam tornar os dados válidos, isto é assegurar uma representação da realidade” (Fortin, 2009:322)

A seleção da amostra do estudo consistiu na recolha de informação de relatórios, entre o período de 2016 a 2020, o que resultou numa amostra total de 781 relatórios de informação social. Esses relatórios resultam dos atendimentos feitos às vítimas que se dirigiram ao Gabinete de Serviço Social, da Unidade Funcional de Clínica Forense, do Serviço de Clínica e Patologia Forense da Delegação do Centro do INMLCF, I.P., dos quais se recolheu a informação dos consumos dos agressores sob o ponto de vista da vítima.

## 8.5. Tratamento Estatístico e Codificação dos Dados

Após terminar a recolha dos dados presentes nos processos de informação social, relativamente aos agressores, esta foi processada no Programa Estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), na versão IBM SPSS Statistics 22, permitindo uma melhor organização dos dados, para a posterior realização de conclusões.

No que concerne à Codificação dos dados, foi realizada uma categorização de variáveis<sup>15</sup>, a partir do programa acima referido, como pode ser observado no Anexo VI.

## 8.6. Considerações Éticas

De forma a que uma investigação seja eticamente aceitável é preciso que, em todas as suas fases, esteja de acordo com as normas aplicáveis ao contexto em que se desenvolve.

As questões éticas estão presentes em todas as investigações, independentemente do objeto de estudo, dos objetivos, do procedimento metodológico, dos participantes e em todas as etapas (Planificação, Recolha, Tratamento, Análise e Divulgação). Devem ser previstas, o mais possível, a partir do momento da planificação da investigação e também as estratégias de resolução. Uma vez que a investigação é um processo que inclui um conjunto de decisões e procedimentos, estes interagem entre si, muitas vezes de forma subtil, pelo que é essencial que haja uma capacidade de adaptação de forma que as decisões possam ser alteradas ao longo da investigação, mantendo, contudo, a coesão e a coerência da mesma (Ilhéu, 2016).

A ética dentro da investigação social baseia-se na defesa dos direitos das pessoas e tem os seus alicerces em documentos aprovados internacionalmente de

---

<sup>15</sup> Anexo VIII – categorização das variáveis

onde se retiram os princípios universais e noutros documentos, como códigos deontológicos e guidelines, que orientam a particularidade das questões éticas. Sendo que, por vezes, seja muito difícil, deve procurar-se articular, concomitantemente, a defesa dos direitos das pessoas e o progresso científico (Ilhéu, 2016).

Na intervenção do Serviço Social, seja qual for a problemática, os recursos ou o público-alvo, a estagiária teve com princípio fundamental o bem-estar emocional da vítima, tal como o critério da confidencialidade, de maneira a manter o sigilo/anonimato de cada utente e respetivas situações.

## 8.7. Apresentação e Análise dos Resultados

Tendo por base a tabela abaixo apresentada, a população em estudo caracteriza-se por 89 jovens/adultos do sexo feminino e 692 jovens/adultos do sexo masculino, correspondendo, respetivamente a 11,4% e a 88,6%. Assim, podemos concluir que existem mais agressores do sexo masculino.

*Tabela 1 - Sexo dos(as) agressores(as)*

		<b>Sexo (N=781)</b>			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Feminino	89	11,4	11,4	11,4
	Masculino	692	88,6	88,6	100,0
	Total	781	100,0	100,0	

No que se refere à faixa etária do/da Agressor/a, são apresentados valores muito dispersos, sendo o mínimo de 18 anos de idade. Contudo, verificamos que o intervalo de idade com mais frequência, se situa entre os 40 e 49 anos de idade, com uma percentagem de 26,1%.

Tabela 2 - Idade dos(as) agressores(as)

		<b>Idade (N=781)</b>			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	[18-29]	86	11,0	11,0	11,0
	[30-39]	144	18,4	18,4	29,4
	[40-49]	204	26,1	26,1	55,6
	[50-59]	128	16,4	16,4	72,0
	[60-69]	73	9,3	9,3	81,3
	>=70	44	5,6	5,6	86,9
	Desconhecido	102	13,1	13,1	100,0
	Total	781	100,0	100,0	

Assim como se pode ver na Tabela 3, o estado civil dos/as agressores/as é maioritariamente casado/a, seguido de divorciado/a e solteiro/a e, por último, viúvo/a, correspondendo respetivamente às seguintes percentagens, 42,8%(casado/a), 12,9% (divorciado/a), 4% (solteiro/a) e 0,4% (viúvo/a). De referir que não se entrou em consideração com o número de agressores/as cujo estado civil é desconhecido (39,9%).

Tabela 3 - Estado Civil dos(as) agressores(as)

		<b>Estado Civil (N=781)</b>			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Solteiro/a	31	4,0	4,0	4,0
	Casado/a	334	42,8	42,8	46,7
	Divorciado/a	101	12,9	12,9	59,7
	Viúvo/a	3	,4	,4	60,1
	Desconhecido	312	39,9	39,9	100,0
	Total	781	100,0	100,0	

No que conta à situação profissional/académica, observa-se que a maioria dos/as agressores/as é “trabalhador/a por conta de outrem”, sendo que apresentam uma frequência de 308, atingindo 39,4%. Contudo, é importante salientar a existência de um elevado número de indivíduos desempregados (164 – 21%) e de aposentados e reformados por invalidez (115 – 14,8%).

Tabela 4- Situação Profissional/Académica dos(as) agressores(as)

<b>Situação Profissional/Académica (N=781)</b>					
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa	
Válido	Trabalhador/a por conta de outrem	308	39,4	39,4	39,4
	Doméstico/a	8	1,0	1,0	40,5
	Reformado/a por invalidez	27	3,5	3,5	43,9
	Desempregado/a	164	21,0	21,0	64,9
	Trabalhador/a por conta própria	46	5,9	5,9	70,8
	Estudante	13	1,7	1,7	72,5
	Desconhece-se se é por conta própria ou de outrem	85	10,9	10,9	83,4
	Desconhecido	40	5,1	5,1	88,5
	Aposentado/a	88	11,3	11,3	99,7
	Inativo/a	1	,1	,1	99,9
	Trabalhador/a-Estudante	1	,1	,1	100,0
	Total	781	100,0	100,0	

A amostra que diz respeito à profissão atual dos/as agressores/as, foi feita tendo em conta a Classificação Portuguesa das Profissões (2010), elaborada pelo INE. Tendo isso em conta, pode verificar-se uma grande diversidade de profissões, destacando os “Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices”, apresentando uma frequência de 126 correspondente a uma percentagem de 16,1%. No entanto, é de extrema importância mencionar como a variedade de grupos de profissões aqui expostas remete para a compreensão de que a violência afeta toda a população (fenómeno universal), independentemente do seu estatuto profissional.

Tabela 5 - Profissão Atual dos(as) agressores(as)

<b>Profissão Atual (N=781)</b>					
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa	
Válido	Profissões das Forças Armadas	3	,4	,4	,4

Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos	7	,9	,9	1,3
Especialista das Atividades Intelectuais e Científicas	25	3,2	3,2	4,5
Técnicos e Profissões de Nível Intermédio	18	2,3	2,3	6,8
Pessoal Administrativo	10	1,3	1,3	8,1
Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores	72	9,2	9,2	17,3
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta	12	1,5	1,5	18,8
Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	126	16,1	16,1	35,0
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	34	4,4	4,4	39,3
Trabalhadores Não Qualificados	79	10,1	10,1	49,4
Estudantes	13	1,7	1,7	51,1
Não Apresenta	288	36,8	36,8	87,9
Desconhecido	54	6,9	6,9	94,8
Outros <sup>16</sup>	40	5,1	5,1	100
Total	781	100,0	100,0	

No que concerne ao concelho de residência dos/as agressores/as, observa-se que a maioria reside no concelho de Coimbra, tendo em conta que apresenta uma frequência de 228, atingindo 29,2%.

<sup>16</sup> Empresário, POC numa junta de freguesia



Tabela 6 - Concelho de Residência dos(as) agressores(as)

<b>Concelho de Residência (N=781)</b>				
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
	Coimbra	228	29,2	29,2
	Oliveira do Hospital	16	2,0	31,2
	Pampilhosa da Serra	7	,9	32,1
	Tábua	14	1,8	33,9
	Figueira da Foz	94	12,0	46,0
	Mira	17	2,2	48,1
	Pombal	58	7,4	55,6
	Montemor-o-Velho	46	5,9	61,5
	Cernache	1	,1	61,6
	Miranda do Corvo	23	2,9	64,5
	Cantanhede	46	5,9	70,4
	Penela	11	1,4	71,8
	Tondela	1	,1	72,0
	Penacova	30	3,8	75,8
	Lousã	37	4,7	80,5
	Mealhada	39	5,0	85,5
	Vila Nova de Poiares	11	1,4	86,9
Válido	Condeixa-a-Nova	25	3,2	90,1
	Arganil	13	1,7	91,8
	Soure	23	2,9	94,8
	Barreiro	1	,1	94,9
	Góis	4	,5	95,4
	Odivelas	2	,3	95,6
	Valongo	2	,3	95,9
	Tocha	1	,1	96,0
	Tomar	1	,1	96,2
	Castanheira de Pêra	1	,1	96,3
	Braga	1	,1	96,4
	Sintra	1	,1	96,5
	Gondomar	2	,3	96,8
	Santa Comba Dão	1	,1	96,9
	Lisboa	2	,3	97,2
	Leiria	1	,1	97,3
	Aveiro	4	,5	97,8
	Alcácer do Sal	1	,1	98,0

Ponte de Sôr	1	,1	,1	98,1
Açores	1	,1	,1	98,2
Castelo Branco	1	,1	,1	98,3
Luxemburgo	2	,3	,3	98,6
Vagos	1	,1	,1	98,7
Loulé	1	,1	,1	98,8
Alvaiázere	1	,1	,1	99,0
Ílhavo	1	,1	,1	99,1
Anadia	2	,3	,3	99,4
Castro Marim	1	,1	,1	99,5
Oliveira do Bairro	1	,1	,1	99,6
Desconhecido	3	,4	,4	100,0
Total	781	100,0	100,0	

No que diz respeito ao grau de parentesco dos/as agressores/as para com a vítima, verifica-se que existe uma prevalência do “marido”, com frequência de 266, correspondendo a 34,1%.

Tabela 7 - Grau de Parentesco dos(as) agressores(as)

Grau de Parentesco (N=781)				
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Marido	266	34,1	34,1
	Esposa	34	4,4	38,4
	Ex-marido	55	7,0	45,5
	Ex-mulher	5	,6	46,1
	Companheiro	191	24,5	70,6
	Companheira	20	2,6	73,1
	Ex-companheiro	57	7,3	80,4
	Ex-companheira	4	,5	80,9
	Namorado	16	2,0	83,0
	Namorada	3	,4	83,4
	Ex-namorado	20	2,6	85,9
	Mãe	10	1,3	87,2
	Filho	37	4,7	91,9
	Filha	9	1,2	93,1
	Padrasto	6	,8	93,9

Neta	1	,1	,1	94,0
Nora	2	,3	,3	94,2
Irmão	4	,5	,5	94,8
Pai	29	3,7	3,7	98,5
Neto	6	,8	,8	99,2
Companheiro da filha	1	,1	,1	99,4
Mãe do ex-companheiro	2	,3	,3	99,6
Avô	2	,3	,3	99,9
Genro	1	,1	,1	100,0
Total	781	100,0	100,0	

A amostra correspondente à coabitação dos/as agressores/as com a vítima mostra que em 77,5% dos casos (da amostra em questão) os/as agressores/as residem com a vítima, o que significa uma maior perigosidade para a reincidência e agravamento dos atos de violência.

Tabela 8 - Coabitação das vítimas com os(as) agressores(as)

		Coabitação (N=781)			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	605	77,5	77,5	77,5
	Não	176	22,5	22,5	100,0
	Total	781	100,0	100,0	

Na tabela 9, foram recolhidos os antecedentes clínicos e familiares dos/as agressores/as elencados pela vítima. A tabela apresentada de seguida, patenteia que as vítimas descrevem os/as agressores/as como indivíduos com consumos excessivos de álcool, uma vez que os/as agressores/as que apresentam (segundo o relato das vítimas) apenas consumos etílicos excessivos apresentam uma frequência de 227, atingindo 29,1%, mas se a este número juntarmos os números dos/as agressoras com consumos etílicos e outras comorbilidades (sem ter em conta “consumos etílicos no passado”), vemos o número de agressores/as com hábitos de bebida excessivos aumentar para 350, correspondendo a 44,8%. No que conta aos/as agressores/as com

consumos de estupefacientes (com e sem comorbilidade, sem contar com “suspeita de consumo de estupefacientes” e “consumo de estupefacientes no passado”) a frequência é de 73 que corresponde a 9,3%. Assim sendo, a frequência de agressores/as com consumos de substâncias de abuso é de 375, com 48%.

Os/As agressores/as com comportamentos socialmente adequados (de acordo com as vítimas), abrange uma frequência (290), com 37,1%.

É importante referir que a tabela apresentada mostram que as vítimas não descrevem os/as agressores/as com apenas uma variável, visto que os mesmos podem ser descritos como (ex: “Consumos etílicos + Consumo de estupefacientes”).

Tabela 9 - Antecedentes Clínicos dos(as) agressores(as)

		<b>Antecedentes Clínicos</b>			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Consumos etílicos	227	29,1	29,1	29,1
	Psicopatologia	60	7,7	7,7	36,7
	Agressor/a com comportamentos socialmente adequados <sup>17</sup>	290	37,1	37,1	73,9
	Consumo de estupefacientes	20	2,6	2,6	76,4
	Consumos etílicos + Consumo de estupefacientes	33	4,2	4,2	80,7
	Consumo de estupefacientes + Consumos etílicos + Outras doenças	5	,6	,6	81,3
	Outras doenças	18	2,3	2,3	83,6
	Psicopatologia + Consumos etílicos + Outras doenças	4	,5	,5	84,1

<sup>17</sup> Entende-se por comportamentos ditos socialmente adequados, os comportamentos que são aprovados/aceites pela sociedade, em que o indivíduo não apresenta consumos (álcool e ou estupefacientes) nem tem patologias diagnosticadas. Tal pode ser comprovado por Sherif (1936), uma vez que este definiu norma como formas padronizadas que regulam as atividades da nossa vida e o modo como percebemos o mundo. De uma forma mais difusa considerou normas o conjunto formado por costumes, tradições, regras, valores, modas e todos os demais critérios de conduta que são convencionados como resultado das relações entre indivíduos.

## Serviço Social Forense

Outras doenças + Suspeita de psicopatologia	6	,8	,8	84,9
Suspeita de psicopatologia + Consumos etílicos + Outras doenças	3	,4	,4	85,3
Consumos etílicos + Outras doenças	25	3,2	3,2	88,5
Psicopatologia + Consumos etílicos	30	3,8	3,8	92,3
Consumos etílicos no passado	5	,6	,6	93,0
Suspeita de psicopatologia + Consumos etílicos	7	,9	,9	93,9
Consumo de estupefacientes no passado + Outras doenças	1	,1	,1	94,0
Suspeita de psicopatologia	19	2,4	2,4	96,4
Suspeita de consumo de estupefacientes + Psicopatologia + Consumos etílicos	1	,1	,1	96,5
Suspeita de consumo de estupefacientes + Consumos etílicos	2	,3	,3	96,8
Consumos etílicos + Consumo de estupefacientes + Psicopatologia + Outras doenças	2	,3	,3	97,1
Psicopatologia + Consumos etílicos + Consumo de estupefacientes	8	1,0	1,0	98,1
Outras doenças + Consumo de estupefacientes no passado + Consumos etílicos	2	,3	,3	98,3
Psicopatologia + Suspeita de consumo de estupefacientes	3	,4	,4	98,7

Consumo de estupefacientes no passado + Consumos étlicos	1	,1	,1	98,8
Psicopatologia + Consumo de estupefacientes	4	,5	,5	99,4
Psicopatologia + Outras doenças	4	,5	,5	99,9
Outras doenças + Consumo de estupefacientes	1	,1	,1	100,0
Total	781	100,0	100,0	

Importa ainda referir, alguns dos antecedentes familiares e pessoais dos(as) agressores(as)<sup>18</sup>, que de certa forma, podem ter levado ao seu comportamento violento. Na tabela abaixo, são apresentados apenas os antecedentes referidos pelas vítimas com maior frequência, contudo a tabela com todos os antecedentes relatados pelas vítimas, estará disponível para consulta no Anexo VII. Se olharmos para a tabela 10, podemos ver que na maioria dos casos as vítimas não têm conhecimento de nenhum antecedente familiar e/ou pessoal sobre o/a agressor/a justificante do seu comportamento agressivo (275 – 25,1%). No entanto, existem alguns fatores em comum, tais como “problemas com a justiça” (68 – 6,2%), “antecedentes de violência doméstica” (68 – 6,2%), “mortes na família” (86 – 7,9%), “relações extraconjugais” (102 – 9,3%), entre outros, que as vítimas descrevem como potenciadores de violência.

Tabela 10 - Antecedentes familiares e/ou pessoais dos(as) agressores(as)

Antecedentes Familiares e/ou Pessoais				
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Divórcio dos pais	14	1,3	1,3
	Psicopatologia na família	27	2,5	3,8
	Violência Doméstica entre os pais	15	1,4	5,2
	Problemas com a justiça	68	6,2	11,4

<sup>18</sup> Anexo IX – Tabela completa dos Antecedentes Familiares e Pessoais dos(as) agressores(as)

Antecedentes de Violência Doméstica	68	6,2	6,2	17,6
Mortes na família	86	7,9	7,9	25,5
Sem (grande) contacto com os filhos/as	33	3,0	3,0	28,5
Nada a apontar	275	25,1	25,1	53,6
Relações extraconjugais	102	9,3	9,3	62,9
Sem contacto com família de origem	39	3,6	3,6	66,5
Maus-tratos na infância	16	1,5	1,5	68,0
Alcoolismo na família	37	3,4	3,4	71,4
Consumo de estupefacientes na família	13	1,2	1,2	72,6
Pedido de divórcio por parte da vítima	20	1,8	1,8	74,4
Família destruída	34	3,1	3,1	77,5
Filho/a com deficiência	12	1,1	1,1	78,6
Violência familiar	14	1,3	1,3	79,9
Relação conflituosa com membros da família	28	2,6	2,6	82,5
Abandono por parte do pai	14	1,3	1,3	83,8
Total	915	83,8	83,8	

Tal como é apresentado na tabela<sup>19</sup>, as vítimas, descrevem maioritariamente os/as agressores/as como verbalmente hostis, pelo que apresenta uma frequência de 385, abrangendo 9,8%, seguido de rude (336 – 8,6%) e de agressivo/a (282 – 7,2%).

É importante referir que a caracterização realizada pelas vítimas é composta por uma ou mais características, ou seja, um/a agressor/a pode ser caracterizado como “agressivo/a” e “autoritário/a”. Desta forma, tal como acontece na tabela anterior, esta apresenta apenas as características evidenciadas pelas vítimas com maior frequência, uma vez que a tabela completa é demasiado extensa, estando apenas no Anexo VIII.

<sup>19</sup> Anexo X – Tabela completa Características dos(as) agressores(as)

Tabela 11 - Características dos(as) agressores(as)

<b>Características dos Agressores(as)</b>				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Participativo/a na vida em família	55	1,4	1,4	1,4
Ciumento/a	263	6,7	6,7	8,1
Controlador/a	223	5,7	5,7	13,8
Verbalmente hostil	385	9,8	9,8	23,6
Agressivo/a	282	7,2	7,2	30,8
Autoritário/a	152	3,9	3,9	34,7
Rude	336	8,6	8,6	43,3
Alterações de comportamento	153	3,9	3,9	47,2
Alterações de humor	211	5,4	5,4	52,6
Postura hipervigilante	280	7,1	7,1	59,7
Perturbado/a	38	1,0	1,0	60,7
Desadequado/a	54	1,4	1,4	62,1
Desequilibrado/a	81	2,1	2,1	64,2
Possessivo/a	68	1,7	1,7	65,9
Pouco participativo/a na vida em família	127	3,2	3,2	69,1
Nervoso/a	54	1,4	1,4	70,5
Violento/a	88	2,2	2,2	72,7
Mau/á	56	1,4	1,4	74,1
Socialmente adequado/a	49	1,2	1,2	75,3
Descontrolado/a	83	2,1	2,1	77,4
Pouco afetuoso/a	55	1,4	1,4	78,8
Descompensado/a	84	2,1	2,1	80,9
Insultuoso/a	43	1,1	1,1	82,0
<b>Total</b>	<b>3220</b>	<b>82,0</b>	<b>82,0</b>	

Em relação à tipologia da violência exercida sobre a vítima, a violência física exibe uma frequência de 749, atingindo o 41,3%, seguida da violência psicológica (746) com 41,1%. É fulcral ter em conta que as vítimas, na maioria dos casos, referem ter sofrido mais que um tipo de violência, estando a violência física e a violência psicológica presente em quase todos os relatos das vítimas, seguida pelo stalking (238 de 781).



Tabela 12 - Tipologia da violência perpetrada pelos(as) agressores(as)

		Tipologia da Violência			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Económica	51	2,8	2,8	2,8
	Sexual	29	1,6	1,6	4,4
	Stalking	238	13,1	13,1	17,5
	Física	749	41,3	41,3	58,9
	Psicológica	746	41,1	41,1	100,0
	Total	1813	100,0	100,0	

No que diz respeito às ameaças feitas pelos/as agressores/as, podemos observar através da tabela seguinte, que as mesmas apresentam uma frequência de 459, atingindo os 58,8%.

Tabela 13 - Ameaças realizadas pelos(as) agressores(as)

		Ameaças			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	459	58,8	58,8	58,8
	Não	56	7,2	7,2	65,9
	Desconhecido	266	34,1	34,1	100,0
	Total	781	100,0	100,0	

No que concerne às ameaças com uso de armas, podemos verificar uma frequência de 196, abrangendo 25,1%, o que demonstra a gravidade da violência a que estão sujeitas as vítimas. Tendo em conta o relato das vítimas, as armas mais utilizadas são as armas brancas, uma vez que apresentam maior frequência (112), com 14,3%, seguido das armas de fogo (56 – 7,2%).

Tabela 14 - Uso de armas/objetos por parte dos(as) agressores(as) e Tipos de armas utilizadas pelos(as) agressores(as)

<b>Uso de Armas/Objetos</b>					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	196	25,1	25,1	25,1
	Não	447	57,2	57,2	82,3
	Desconhecido	138	17,7	17,7	100,0
	Total	781	100,0	100,0	

<b>Tipos de Armas Utilizadas</b>					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Chinelo	3	,4	1,2	1,2
	Arma branca	112	14,3	45,5	46,7
	Moleta	1	,1	,4	47,2
	Arma de fogo	56	7,2	22,8	69,9
	Vassoura	5	,6	2,0	72,0
	Barra de ferro	1	,1	,4	72,4
	Ferro	5	,6	2,0	74,4
	Chave	2	,3	,8	75,2
	Pau	13	1,7	5,3	80,5
	Cadeira	2	,3	,8	81,3
	Prato	1	,1	,4	81,7
	Chicote	1	,1	,4	82,1
	Cana da Índia	1	,1	,4	82,5
	Cinto	2	,3	,8	83,3
	Diluyente	1	,1	,4	83,7
	Fogo	1	,1	,4	84,1
	Banco	2	,3	,8	85,0
	Chávena de café quente	1	,1	,4	85,4
	Balde de água	1	,1	,4	85,8
	Cadeira de rodas	1	,1	,4	86,2
	Bidon de água	2	,3	,8	87,0
	Pedras	2	,3	,8	87,8
	Tijolo	3	,4	1,2	89,0
	Colher de pau	2	,3	,8	89,8
	Cão feroz	1	,1	,4	90,2

Escadote	1	,1	,4	90,7
Tubo de cartão	1	,1	,4	91,1
Veneno	3	,4	1,2	92,3
Garrafa de plástico	1	,1	,4	92,7
Extensão elétrica	1	,1	,4	93,1
Desconhecido	1	,1	,4	93,5
Objeto metálico	1	,1	,4	93,9
Taco de snooker	1	,1	,4	94,3
Taco	1	,1	,4	94,7
Pressão de ar	1	,1	,4	95,1
Camisa	1	,1	,4	95,5
Cabos elétricos	1	,1	,4	95,9
Botija de gás	1	,1	,4	96,3
Placa de plástico	1	,1	,4	96,7
Gás (tentativa de asfixia por monóxido de carbono)	1	,1	,4	97,2
Frigideira	1	,1	,4	97,6
Vaso	1	,1	,4	98,0
Tubo	1	,1	,4	98,4
Mópa	1	,1	,4	98,8
Carro	2	,3	,8	99,6
Taco de baseball	1	,1	,4	100,0
Total	246	31,5	100,0	

Na tabela 15, verifica-se que nos episódios de violência relatados existiram tanto membros do agregado familiar como terceiros a assistir às sucessivas agressões. Sendo que a maioria das vítimas coabita com o/a agressor/a, observa-se que os “Filho/a menor do casal” são os que assistem mais aos episódios violentos, na medida em que apresenta uma maior frequência (145), abrangendo 18,6%. É crucial perceber que na maioria dos casos, existe mais que uma pessoa a assistir à situação de violência.

Tabela 15 - Alguém assistiu aos atos de violência perpetrados pelos(as) agressores(as) e Quem assistiu à violência realizada pelos(as) agressores(as)

		Alguém Assistiu?			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	533	68,2	68,2	68,2
	Não	114	14,6	14,6	82,8
	Desconhecido	134	17,2	17,2	100,0
	Total	781	100,0	100,0	

		Quem?			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Filhos/as menores do casal	75	9,6	11,3	11,3
	Terceiros	90	11,5	13,5	24,8
	Companheiro/a da vítima	2	,3	,3	25,1
	Filhos/as do casal	106	13,6	15,9	41,0
	Filho/a menor do/a agressor/a	3	,4	,5	41,4
	Filho/a menor do casal	145	18,6	21,8	63,2
	Mãe do/a agressor/a	29	3,7	4,4	67,6
	Filho/a menor da vítima	19	2,4	2,9	70,4
	Irmão/ã do/a agressor/a	9	1,2	1,4	71,8
	Filho/a do casal	47	6,0	7,1	78,8
	Pais do/a agressor/a	6	,8	,9	79,7
	Filho/a da vítima	14	1,8	2,1	81,8
	Marido da agressora	1	,1	,2	82,0
	Pai do/a agressor/a	10	1,3	1,5	83,5
	Família alargada	20	2,6	3,0	86,5
	Filhos/as da vítima	6	,8	,9	87,4
	Filho/a do/a agressor/a	9	1,2	1,4	88,7
	Nora do casal	2	,3	,3	89,0
	Ex-mulher do agressor	3	,4	,5	89,5
	Companheiro/a do/a agressor/a	8	1,0	1,2	90,7
Esposa do agressor	9	1,2	1,4	92,0	
Pai da vítima	7	,9	1,1	93,1	
Netos/as do casal	2	,3	,3	93,4	

Mãe da vítima	10	1,3	1,5	94,9
Ex-companheiro/a do/a agressor/a	1	,1	,2	95,0
Irmão/ã da vítima	12	1,5	1,8	96,8
Avô/ó do/a agressor/a	3	,4	,5	97,3
Filhos/as menores da vítima	3	,4	,5	97,7
Amante do/a agressor/a	2	,3	,3	98,0
Irmãos/ãs do/a agressor/a	2	,3	,3	98,3
Neto/a da vítima	3	,4	,5	98,8
Filhos/as do/a agressor/a	1	,1	,2	98,9
Neto/a do casal	2	,3	,3	99,2
Avô/ó da vítima	1	,1	,2	99,4
Irmãos/ãs da vítima	1	,1	,2	99,5
Pais da vítima	3	,4	,5	100,0
Total	666	85,3	100,0	

Relativamente ao facto dos/as agressores/as praticarem algum tipo de violência a outro membro do agregado familiar e/ou a terceiros, é possível observar que o “Filho/a menor do casal” apresenta maior frequência (146), com 18,7%. É importante ter duas coisas em conta, em muitos dos casos há mais que uma pessoa a sofrer de violência e que, de acordo com a lei, qualquer menor que assista a uma situação de violência doméstica é considerado ele mesmo, vítima de violência.

Tabela 16 - Alguém sofreu atos de violência por parte dos(as) agressores(as) e Quem sofreu violência por parte dos(as) agressores(as)

		Alguém Sofreu?			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	422	54,0	54,0	54,0
	Sim	329	42,1	42,1	96,2
	Desconhecido	30	3,8	3,8	100,0
	Total	781	100,0	100,0	

Quem

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Ex-namorado/a do/a agressor/a	3	,4	,6
	Filhos/as do casal	64	8,2	13,1
	Filhos/as menores do casal	74	9,5	27,5
	Filho/a menor da vítima	20	2,6	3,9
	Filho/a menor do casal	146	18,7	60,0
	Filho/a do casal	22	2,8	64,3
	Mãe da vítima	5	,6	65,2
	Companheiro/a do/a agressor/a	9	1,2	67,0
	Ex-companheiros/as do/a agressor/a	6	,8	68,2
	Terceiros	26	3,3	73,2
	Companheiro/a da vítima	2	,3	73,6
	Filho/a menor do/a agressor/a	4	,5	74,4
	Mãe do/a agressor/a	30	3,8	80,3
	Irmão/ã do/a agressor/a	4	,5	81,1
	Pais do/a agressor/a	7	,9	82,4
	Filho/a da vítima	6	,8	83,6
	Pai do/a agressor/a	8	1,0	85,2
	Família alargada	15	1,9	88,1
	Filhos/as da vítima	1	,1	88,3
	Ex-companheiro/a do/a agressor/a	5	,6	89,3
	Ex-mulher do agressor	13	1,7	91,8
	Esposa do agressor	9	1,2	93,6
	Pai da vítima	3	,4	94,1
	Ex-namorados/as do/a agressor/a	4	,5	94,9
	Netos/as do/a agressor/a	3	,4	95,5
	Irmão/ã da vítima	3	,4	96,1
	Avô/ó do/a agressor/a	4	,5	96,9
	Irmãos/ãs do/a agressor/a	3	,4	97,5
	Filhos/as menores da vítima	3	,4	98,0
	Avô/ó da vítima	1	,1	98,2

Namorado/a da vítima	1	,1	,2	98,4
Neto/a da vítima	1	,1	,2	98,6
Filhos/as do/a agressor/a	1	,1	,2	98,8
Netos/as do casal	1	,1	,2	99,0
Neto/a do casal	3	,4	,6	99,6
Pais da vítima	1	,1	,2	99,8
Avós da vítima	1	,1	,2	100,0
Total	512	65,6	100,0	

É importante ainda considerar se o ato de violência descrito pelas vítimas, foi um ato isolado ou não. Desta forma, como podemos ver na tabela seguinte, na maioria dos casos (724) já tinha acontecido atos de violência anteriores, com uma percentagem de 92,7%.

Tabela 17 - Ato Isolado

		Ato Isolado			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	10	1,3	1,3	1,3
	Física sim	43	5,5	5,5	6,8
	Desconhecido	4	,5	,5	7,3
	Não	724	92,7	92,7	100,0
	Total	781	100,0	100,0	

Podemos ainda observar, através da tabela 18, que existiu uma escalada da violência na maioria dos casos (707 – 90,5%). Tendo em conta estes valores, é seguro afirmar que as vítimas que continuam a coabitar com o/a agressor/a estão sujeitas a um perigo cada vez maior a cada ato de violência.

Tabela 18 - Escalada da violência

		Escalada			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	73	9,3	9,3	9,3
	Sim	707	90,5	90,5	99,9
	Desconhecido	1	,1	,1	100,0
	Total	781	100,0	100,0	

No que concerne a queixas anteriores, podemos verificar, segundo o relato das vítimas, que numa percentagem elevada, apesar de já terem sofrido atos de violência anteriormente foi a primeira vez que apresentaram queixa, com uma frequência de 390, correspondendo a 49,9%.

Tabela 19 - Existência de queixas anteriores

		Queixas Anteriores			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	146	18,7	18,7	18,7
	Desconhecido	234	30,0	30,0	48,7
	Não	390	49,9	49,9	98,6
	Sim, mas por outra vítima	11	1,4	1,4	100,0
	Total	781	100,0	100,0	

Relativamente aos dados da tabela 20, podemos constatar que a maior parte das vítimas abandonou a casa de morada de família (311 – 39,8%), contudo, em alguns casos a vítima referiu que pretendia voltar para casa (17 – 2,2%).



Tabela 20 - Saída de casa ou tentativa

		<b>Saída ou Tentativa</b>			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Já se encontravam separados	143	18,3	18,3	18,3
	Nunca viveram juntos	25	3,2	3,2	21,5
	Não	296	37,9	37,9	59,4
	Saída	311	39,8	39,8	99,2
	Tentativa	3	,4	,4	99,6
	Desconhecido	3	,4	,4	100,0
	Total	781	100,0	100,0	

Tabela 21 - Saída de casa com pretensão de voltar

		<b>Pretende Voltar</b>			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	17	2,2	2,2	2,2
	Não	764	97,8	100,0	100,0
	Total	781	100,0		

Desta forma, podemos concluir que a grande maioria das vítimas presentes neste estudo deixou de coabitar com o/a agressor/a, com uma frequência de 312, atingindo os 39,9%

Tabela 22 - Vítimas e agressores(as) continuam a coabitar

		<b>Continuam a Coabitar</b>			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	294	37,6	37,6	37,6
	Já se encontravam separados	143	18,3	18,3	56,0
	Nunca viveram juntos	28	3,6	3,6	59,5
	Não	312	39,9	39,9	99,5
	Desconhecido	4	,5	,5	100,0
	Total	781	100,0	100,0	

### Tabela 23<sup>20</sup>

#### Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial (Teste de Correlação de Pearson) (N=781)

Procurou-se verificar se existe alguma associação entre o Consumo de Substâncias de Abuso e os seus Comportamentos Violentos. Para verificar essa mesma associação utilizou-se o Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial. Assim, averiguou-se que existe relação entre agressores/as com “consumos etílicos” e os comportamentos dos/as agressores/as em seio familiar (“socialmente adequado/a”) ( $r_{pb} = ,971$ ;  $p = ,000$ ) na amostra estudada, representando uma correlação positivamente moderada (existindo uma dispersão positiva ascendente). Verifica-se, de igual modo, uma correlação estatisticamente significativa entre agressores/as com “consumo de estupefacientes” e os comportamentos dos/as agressores/as no seio familiar ( $r_{pb} = ,230$ ;  $p = ,000$ ), tal como entre os/as agressores/as com “consumos etílicos + consumo de estupefacientes” e os comportamentos dos/as agressores/as no seio familiar ( $r_{pb} = ,323$ ;  $p = ,000$ ).

Assim sendo, pode-se concluir que existem Antecedentes Clínicos dos/as agressores/as que estão, de facto, relacionados com os comportamentos dos/as agressores/as em seio familiar, ou seja, existe uma tendência para indivíduos que apresentam consumos (excessivos) de substâncias de abuso, demonstrem comportamentos violentos no seio familiar.

## 8.8. Discussão dos Resultados

A última fase do projeto de investigação – a fase empírica – concerne à discussão dos resultados obtidos, com o objetivo de encontrar respostas para as questões da investigação.

O objetivo deste trabalho foi perceber se o facto dos/as agressores/as consumirem substâncias de abuso está, ou não, relacionado com os seus comportamentos no seio familiar, tendo também como propósito compreender se existem mais agressores/as com consumos de substâncias aditivas do que agressores/as com comportamentos normativos. Assim, elaborou-se uma grelha de recolha de dados para uma amostra de 781 relatórios de informação social realizados entre o ano de 2016 e 2020.

---

<sup>20</sup> Anexo XI – Tabela de Correlações efetuada no SPSS

Atento ao Relatório Anual de Segurança Interna (RASI, 2016), as vítimas são maioritariamente mulheres e os agressores são normalmente homens. De acordo com Manita (2005), em Portugal, 90% dos casos registados, os agressores são do sexo masculino. Assim, o presente estudo está de certa forma de acordo com a literatura, uma vez que, na amostra seiscentos e noventa e dois dos sujeitos são do sexo masculino, número que se aproxima dos 90% (88,6%).

Segundo o Relatório da APAV (2021), no que conta ao grau de parentesco são considerados o cônjuge, companheiro/, filho/a, pai, mãe e ex-companheiro/a, com prevalência no que conta aos agressores, para cônjuges. Tendo em conta com os dados obtidos é possível confirmar esta informação, visto que os/as agressores/as são na sua maioria casados/as.

No que concerne à situação profissional dos/as agressores/as, é possível reparar que se encontram profissionalmente ativos, abrangendo uma grande diversidade de profissões. Vários estudos apontam a ideia de que a violência doméstica ocorre tanto nas famílias com baixos rendimentos, como nas famílias com elevado estatuto económico.

A violência doméstica é um crime altamente social, que acontece na principal célula de qualquer sociedade: a família (Paulino e Rodrigues, 2016).

“A família, onde devemos esperar um contexto de amor e proteção, apresentasse-nos assim, muitas vezes, como um local onde a violência se instala e mantém entre casais que haviam construído um projeto de vida conjunto e apoiado numa relação de amor, levando a uma constrangedora realidade e com graves consequências” (Paulino e Rodrigues, 2016, p.36).

Deste modo, a violência é realizada, na maior parte das vezes, em contexto familiar, uma vez que a maioria dos agressores coabitam com as vítimas, provocando-lhes sofrimento. “A nível europeu (...) a casa é um dos lugares mais perigosos das sociedades modernas, correndo uma pessoa de qualquer idade e sexo mais perigo de ser atacada em sua casa do que em outro local qualquer (...)” (APAV, 1998 cit. in Maia, 2012, p.8). De acordo com o RASI (2016), constata-se que o grau de parentesco com a vítima incide maioritariamente no cônjuge/companheiro(a). Assim sendo, torna-se possível confirmar esta informação, sendo que, de acordo com os dados obtidos os/as agressores/as (605) coabitam com as vítimas e apresentam na sua maioria o grau de parentesco – marido/cônjuge.

De acordo com Maia (2012, p. 167), “o abuso de bebidas alcoólicas é um potente agravador da violência doméstica. O estado de etilização patológica (vulgo, embriaguez) representa uma condição em que a pessoa que consome torna-se extraordinariamente

violenta (...). Segundo os resultados obtidos é possível confirmar esta ideia, uma vez que grande parte dos/as agressores/as têm consumos etílicos (350). Se olharmos para os consumos de substâncias aditivas de uma forma geral, ou seja, incluirmos também o consumo de estupefacientes, o número de agressores/as com estes tipos de consumos sobe para 375.

A respeito dos antecedentes clínicos dos/as agressores/as foi possível observar que 290 dos indivíduos não têm qualquer tipo de consumos, patologias ou história pregressa de consumos/patologias (indicados como agressores/as “socialmente adequados/as”). Assim, tendo em conta a amostra utilizada, esta frequência de indivíduos, constitui uma preocupação, na medida em que, não apresentam nenhum fator de risco que possa servir para antecipar estes comportamentos, tornando mais complexa uma intervenção antecipada com os mesmos. Verifica-se, assim, que de acordo com a amostra usada, existem mais agressores/as com consumos de substâncias aditivas do que agressores com comportamentos considerados socialmente adequados.

De acordo com a Associação de Mulheres e contra a Violência (AMVC), as vítimas de violência familiar, sofrem, a longo prazo, graves danos emocionais, psicológicos e físicos. Esta violência é realizada, na maioria dos casos, através da agressividade que os/as agressores/as impõem sobre as vítimas. Estas escolheram adjetivos que caracterizam o lado “negro” das pessoas que escolheram para partilhar as suas vidas. Tendo em conta os dados obtidos, verifica-se que os/as agressores/as são na sua maioria agressivos, tanto fisicamente como verbalmente.

Vários estudos demonstram que nos casos em que existiu homicídio em contexto de violência doméstica, os comportamentos de controlo, ciúmes excessivos e stalking (...), aconteceram em 73,7% dos casos. Outro estudo demonstrou que, após a separação, mais de 75% das mulheres tinham sofrido assédio e violência por parte do ex-companheiro (...) (Humphreys e Lee, 2005 cit. in Paulino e Rodrigues, 2016, p.66). É, de igual modo importante o adjetivo “controlador”, uma vez que as vítimas tendem a ser controladas durante a relação e, mesmo após a separação. “*Aparecia à porta da minha casa, no meu local de trabalho*” (Relato de uma vítima de violência doméstica).

Na Violência Doméstica encontramos sempre a existência de “um agressor, uma vítima e o exercício de poder através do uso de violência, exercício esse que se pode traduzir em agressão física, psicológica, social, económica ou sexual, podendo mesmo culminar no homicídio” (Paulino e Rodrigues, 2016, p. 37). De acordo com os Relatórios Anuais de Segurança Interna (RASI), estes são os mais usuais tipos de violência associados às mulheres vítimas deste crime em Portugal. Segundo Paulino e Rodrigues

(2016, p. 37), “maioritariamente a violência física é identificada em quase todos os crimes de violência doméstica, no entanto, a violência psicológica apresenta-se como uma realidade silenciosa presente no âmbito doméstico”, algo que é possível corroborar através dos dados retirados da amostra estudada. “A primeira vez que me bateu, foi no dia do nosso casamento...”; “agarrou num machado para me bater, tive de fugir para casa de uma vizinha...”; “passa a vida a chamar-me nomes, porca, vadia, prostituta...” (Relatos de Vítimas de Violência Doméstica).

Foi usado o método correlacional para se verificar se existe alguma relação entre o consumo de substâncias de abuso e os comportamentos que os agressores têm no seio familiar. É crucial, deixar esclarecido que nunca é adequado concluir que as mudanças numa variável causam mudanças noutra variável apenas com base na correlação (não se trata de causa-efeito, mas sim de associação), contudo pode indicar que existe uma tendência. Tendo em conta os dados adquiridos verificou-se que o facto de os agressores consumirem substâncias de abuso, sendo os consumos etílicos os mais relevantes, resulta numa tendência de exercerem violência no seio familiar.

Assim sendo, o consumo de substâncias aditivas parece funcionar como um fator precipitante de violência contra o parceiro, mais do que como fator causal (Leonard, 2005). 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).

Grann e Wedin (2002, citados por Stith & McMonigle, 2009) avaliaram 88 reclusos que se encontrava a cumprir pena por homicídio ou agressão contra o cônjuge e verificaram 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(s) droga(s) e 16% de diversas substâncias.

Utilizando o mesmo método de investigação, observou-se que não só os indivíduos com consumos de substâncias aditivas tendem a exercer violência no seio familiar, como também os indivíduos com patologias diagnosticadas. Os homens que violentam as mulheres nas suas relações apresentam ter mais problemas psicológicos do que os homens que não são violentos (Riggs, Caufield & Street, 2000, cit. in Stith & McMonigle, 2009). Apesar de ao longo da investigação não se falar de nenhuma patologia em específico, apenas se referindo a esta categoria como “psicopatologia”, de acordo com outros estudos, existem certas perturbações que têm sido relacionadas de forma consistente com a perpetuação de violência nos parceiros, tais como: depressão, perturbação de personalidade borderline, perturbação de stress pós-traumático, outros tipos de perturbação de personalidade (antissocial, histriónico, narcisista), doença

mental severa (alucinações, delírios, demência), portadores de deficiência a nível cognitivo e intelectual (lesões cerebrais, deficiência mental; Kropp (2005). Os agressores têm muitas vezes historial de doença mental ou algum tipo de diagnóstico de perturbação de personalidade (Campbell et al., 2001; Dobash et al., 2004, cit. in Watt, 2008).

## 8.9. Limitações do Estudo

Depois de terminado o presente estudo, torna-se importante sublinhar algumas limitações metodológicas que devem ser tidas em conta na análise dos resultados apresentados.

A primeira vai de encontro ao método utilizado, uma vez que é realizado através da análise documental sendo a estagiária a preencher a grelha (elaborada pela mesma) podendo não ser totalmente precisa.

A segunda refere-se ao facto de a informação utilizada ser proveniente apenas do relato das vítimas e não ter em conta o relato dos próprios agressores.

A terceira prende-se com a amostra utilizada (781), uma vez que é significativamente baixa, tornando-se pouco credível a generalização na população.

A quarta e última, concerne à incerteza existente no que diz respeito à veracidade das informações recolhidas, uma vez que as mesmas decorrem do ponto de vista do/a queixoso/a.

## 8.10. Potencialidades e Implicações Futuras

Mesmo tendo em conta as limitações acima mencionadas, este estudo pode ser visto como um esforço para dar um contributo 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. Uma vez que maioria das investigações dá maior enfoque às vítimas, o facto deste estudo ter como alvo o agressor (através das informações fornecidas pela vítima) poderá ser também uma mais-valia sobretudo para conhecer melhor a sua perspetiva, bem como algumas características e/ou fatores que possam estar relacionados com os relacionamentos violentos.

As investigações com agressores conjugais poderão potenciar a elaboração de programas terapêuticos que possam atuar como agentes de mudança no indivíduo e nas suas relações, restituindo uma relação harmoniosa e/ou diminuindo a probabilidade de voltar a vivenciar uma relação violenta.

Numa investigação futura, seria importante integrar as duas perspectivas, tanto da vítima como a do agressor, numa tentativa de compreender melhor a dinâmica relacional onde existe violência.

## Conclusão

---

Numa primeira etapa, deu-se especial ênfase à reflexão teórica sobre a violência doméstica enquanto problemática social, modelos e teorias sobre a violência doméstica, tipos de violência, tipologias da violência doméstica, fatores de risco da violência conjugal e estratégias de intervenção, perfil da vítima e níveis de vitimação, perfil dos agressores. Por fim, uma segunda reflexão teórica, desta vez sobre substâncias de abuso.

A investigação teve como objetivo perceber os contornos da relação destas duas variáveis independentes (violência doméstica, consumo de substâncias aditivas). Após o término da investigação, parece-nos poder afirmar que as substâncias de aditivas não se assumem como causadoras da violência doméstica, mas tem um papel crucial enquanto potenciador. Acresce, ter-se observado que na grande maioria dos casos, para além do consumo destas substâncias, estavam também presentes outras variáveis cuja influência não pode ser ignorada (problemas económicos, desemprego, psicopatologia, ciúmes...). Contudo, é importante salientar que esta conclusão não deverá funcionar como desculpa para legitimar os comportamentos violentos no seio familiar, nem ver nas substâncias de abuso o único precipitante para estes comportamentos. As substâncias de abuso, por si só não explicam a violência doméstica, assim sendo uma terapia focada apenas nos consumos põe fim a uma relação maltratante. Este aspeto é fulcral, na medida em que poderá existir a tentação de focar a intervenção apenas na problemática do consumo, ignorando todas as outras variáveis e acreditando que dessa forma se colocará um ponto final à violência. Este estudo permitiu também concluir que as vítimas mantêm a crença que o consumo de substâncias aditivas têm uma grande responsabilidade nos atos de violência, mas que não são exclusivamente estes consumos os causadores da violência. Acresce, ainda, e apesar de não estar presente nesta investigação, uma vez que poderia tirar o foco do objetivo principal, o facto de ter sido encontrado nos relatórios de informação social analisados pela estagiária, elementos de índole cultural, relatados pelas vítimas, que poderá indicar uma relação entre cultura/etnia e a normalização da violência. Contudo, o estudo desse fator terá de ficar para uma próxima investigação.

A violência doméstica é uma problemática atual que, devido a todas as suas características, desperta muita indignação na nossa sociedade, ainda que muitos comportamentos violentos permaneçam tolerados por essa mesma sociedade. O estudo desta problemática é, apesar dos muitos trabalhos já desenvolvidos, ainda limitado e, devido a isso, pensamos poder ter contribuído, de alguma forma, para uma



melhor compreensão da violência doméstica e a sua relação com as substâncias de abuso, acreditando que toda a intervenção nestes domínios deverá ser sempre coletiva, envolvendo família, comunidade e as instituições (Alarcão, 2000).

## Bibliografia

---

Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.

Andrade, L. (2009). *A Flecha do Tempo... As Práticas de Serviço Social nas IPSS no Concelho de Coimbra*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga – ISMT, Coimbra, Portugal.

Andrews, D. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. (5<sup>th</sup> ed.). New Providence, NJ: Lexis Nexis Matthew Bender.

Andrews, D. A., & Wormith, J. S. (1984). *Criminal Sentiments and Criminal Behavior*. Ministry of the Solicitor General of Canada.

Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. (5<sup>a</sup> ed.) Portugal: Climepsi Editores.

Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV). (2013). *Avaliação e Gestão de Risco em Rede. Manual para Profissionais*. Associação de Mulheres Contra a Violência.

Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV). (2015). *Guia de Bolso sobre a Violência Sexual – para Profissionais*. Associação de Mulheres Contra a Violência.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2014). *Como a Violência o/a Afeta*. Lisboa: Associação de Apoio à Vítima.

Recuperado de <https://www.apav.pt/idosos/index.php/ser-vitima/como-a-violencia-o-afeta>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2010). *Manual Alcipe – para o atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica*. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2010). *Manual Títono – Apoio a Pessoas Idosas Vítimas de Crimes e de Violência*. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2012). *Tipos de Violência*. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

Recuperado de <https://apav.pt/vd/index.php/vd/tipos-de-violencia>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2021). *Relatório Anual 2021*. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

Recuperado de [https://apav.pt/apav\\_v3/images/press/Relatorio\\_Anual\\_2021.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anual_2021.pdf)

Azevedo, N. (2013). *Fatores de Risco e Tipologias dos Agressores Conjugais* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Direito – FD, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Barroco, M. (2003). *Fundamentos éticos do Serviço Social in Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. São Paulo: Cortez.

Bart, & Moran (1993). *Violence against woman. The bloody footprints*. London: Sage.

Bell, K. M. & Naugle, A. E. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clinical Psychology Review*, 28, 1096-1107.

Berrios, D. C., & Grady, D. (1991). *Domestic Violence – Risk Factors and Outcomes*. The Western Journal of Medicine.

Biezma, M. J. R., Guinea, S. F. (2006). Disfunción Neuropsicológica en maltratadores. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, (4º ed.), 83-101.

Caridade, S. (2008). *Violência nas relações de intimidade: Comportamentos e atitudes dos jovens*. Tese de Doutoramento em Psicologia - Área de Conhecimento e Psicologia da Justiça (não publicada). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Carrasco, J. C. (2002). Análisis cuantitativo y cualitativo de la violencia doméstica en la pareja. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatria de Enlace*. 60, 57-67.

Recuperado de [http://paginaspersonales.deusto.es/jcaceres/articulos/C%E1ceres%20\(2001-2002\).pdf](http://paginaspersonales.deusto.es/jcaceres/articulos/C%E1ceres%20(2001-2002).pdf)

Centro de Estudos Judiciários. (2020). *Violência Doméstica – implicações sociológicas, psicológicas e jurídicas do fenómeno – Manual pluridisciplinar*, (2ª ed.). Centro de Estudos Judiciários.

Claro, H. G., Oliveira, M. A. F., Titus, J. C., Fernandes, I. F. A. L., Pinho, P. H. & Tarifa, R. R. (2015). *Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal*. (Artigo extraído da tese de doutorado “Validação do Instrumento “Avaliação Global das Necessidades Individuais – Inicial””. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Comissão Europeia. (2020). *COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU, AO CONSELHO, AO COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU E AO COMITÉ DAS REGIÕES – Uma União da Igualdade: Estratégia para a Igualdade de Género 2020-2025*. Bruxelas: Comissão Europeia.

Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2016). *Guia de Requisitos Mínimos de Intervenção em Situações de Violência Doméstica e Violência de Género*. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.

Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2009). *Violência doméstica: Compreender para Intervir, Guia de Boas Práticas para Profissionais de Instituições de Apoio a Vítimas*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.

Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2016). *Violência Doméstica: implicações sociológicas, psicológicas e jurídicas do fenómeno*. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários e Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2020). *Violência Sexual nas Relações de Intimidade: Manual de Boas Práticas*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.

Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego. (2010). *A Vida Familiar no Masculino: Negociando Velhas e Novas Masculinidades*”. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.

Corsi, J. (1995). *Violência familiar – Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Argentina: Paidós.

Costa, A. (2013). *A Saúde Mental de Agressores Conjugais: Fatores de Risco*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – PCSH, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.

Costa, D. (2014). *A Intervenção do Serviço Social em Situações de Violência Doméstica*. Lisboa: Pactor.

Costa-Lopes, R. & Pereira, C. (2012). A normatividade das atitudes e dos comportamentos sociais: Uma introdução.

Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/235920710\\_A\\_normatividade\\_das\\_atitudes\\_e\\_dos\\_comportamentos\\_sociais\\_Uma\\_introducao](https://www.researchgate.net/publication/235920710_A_normatividade_das_atitudes_e_dos_comportamentos_sociais_Uma_introducao)

Cummings, E., & Davies, P. (1994). *Children and marital conflict. The impact of family dispute and resolution*. New York: The Guilford Press.

Dalrymple, J., & Burke, B. (1995). *Anti-oppressive Practice: Social Care and the Law*. (2<sup>nd</sup> ed.). United Kingdom: Open University Press.

*Decreto-Lei n. 48, de 15 de março de 1995. Aprova o Código Penal.*

Recuperado de [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?artigo\\_id=109A0152&nid=109&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao=](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=109A0152&nid=109&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao=)

*Decreto-Lei n. 166, de 31 de julho de 2012. Aprova a orgânica do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P..*

Recuperado de [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1775&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1775&tabela=leis)

Dias, I. (2010). Violência doméstica e justiça: respostas e desafios. *Sociologia: Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, 20, 245-262.

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Doerner, W. D., & Lab, S. P. (1995). *Victimology*. Cincinnati: Anderson Publishing Co.

Fernández-Montalvo, J. & Echeburúa, E. (2008). Transtornos de Personalidad y Psicopatía en Hombres Condenados por Violência 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.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. (3ª ed.). Portugal: Lusodidacta.

Garcia, E. (2004). *La figura del agresor en la violencia de género: Características personales e intervencion. Papeles del Psicólogo*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Gonçalves, D. (2017). *Da Reincidência em Vítimas de Violência Doméstica à Avaliação dos Fatores de Risco*. (Relatório de Estágio). Instituto Superior Miguel Torga – ISMT. Coimbra, Portugal.

Grupo I Vítimas da RIVS. (2011). *Guia para o Atendimento e Intervenção em Rede*. Associação de Mulheres Contra a Violência.

Guerreiro, D. M., Patrício, A. J., Coelho, R. A. & Saleiro, P. S. (2015). *Processos de Inclusão de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica*. 1ª ed, Realbase. Albergaria-a-Velha.

Holtzworth-Munroe, A., & Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116 (3), 476-497.

Ilhéu, J. (2016). Ética na Investigação Social – Uma proposta de ensino. *Desenvolvimento e Sociedade*, 7-29.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2010). *Classificação Portuguesa das Profissões*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Khan Academy. *Abuso e dependência de drogas*. Estados Unidos da América: Khan Academy.

Recuperado de <https://pt.khanacademy.org/science/health-and-medicine/mental-health/drug-abuse-and-drug-addictions/a/drug-abuse-and-drug-addiction>

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.

Laboratório de Ciências Forenses e Psicológicas Egas Moniz – Gabinete de Psicologia Forense. (2019). *Manual para Agentes Qualificados/as de Atendimento à Vítima* (1st ed.). Comunidade Intermunicipal do Médio Tejo.

Lei nº 130 de 4 de setembro de 2015. *Aprova o Estatuto de Vítima*.

Recuperado de [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?tabela=leis&nid=2394&pagina=1&ficha=1](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2394&pagina=1&ficha=1)

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.

Lino, T. R. (2006). *Alcoolismo – da Causa à Doença*. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.

Loeber, R., & Farrington, D. P. (2000). Young children who commit crime: epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, 12 (4), 737-762.

Maia, L. (2012). *Violência Doméstica e Crimes Sexuais – Um Guia para as Vítimas, Familiares e Amigos*. Pactor, Lisboa.

Manita, C. (2005). *A Intervenção em Agressores no Contexto da Violência Doméstica – Estudo Preliminar de Caracterização*. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

Martins, J. (2019). Fatores de Risco e Tipologias de Ofensores Conjugais. (Trabalho de conclusão de curso). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – FCSH, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudos sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. (Dissertação de Doutoramento). Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

McLaughlin, E., & Muncie, J. (2001). *The Sage Dictionary of Criminology*. London: Sage.

Mioto, R. (2001). *Perícia Social: proposta de um percurso operativo*. Revista Serviço Social e Sociedade, Ano XXII, nº67, São Paulo: Cortez.

Moeller, F. G. (2011). *Abuso de drogas e dependência*. Canadá: Decker Intellectual Properties INC.

Recuperado de [https://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/5734/abuso\\_de\\_drogas\\_e\\_dependencia.htm](https://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/5734/abuso_de_drogas_e_dependencia.htm)

Nações Unidas. (1993). *Declaração Sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres*. Conferência de Viena: Nações Unidas.

National Institute on Drug Abuse. (2020). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. Estados Unidos da América: National Institute on Drug Abuse.

Recuperado de <https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa.pdf>

Nuñez, M. I. L. (2013). La construcción de la masculinidad y su relación com la violencia de género. *Comunitania*, 5, 62, 84.

Paulino, M., & Rodrigues, M. (2016). *Violência Doméstica – Identificar, Avaliar, Intervir*. 1ª ed. Estoril: Prime Books.

Payne, M. (2002). *Teoria do Trabalho Social Moderno*. Coimbra: Quarteto.

Portaria nº 434/99, de 16 junho. *Aprova o quadro de pessoal do Instituto de Medicina Legal de Coimbra*.

Rhatigan, D.L., Moore, T. M., & Street, A. E. (2005). Reflections on partner violence: 20 years of research and beyond. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 82-88.



Rodríguez, N. R., & Gómez, J. L. G. (2015). Alcohol consumption, illicit substances, and intimate partner violence in a sample of batterers in psychological treatment. *Adicciones*, 27(1), 27-33.

Serviço de Violência Familiar- Hospital Sobral Cid. (2012). *MANUAL SARAR – SINALIZAR, APOIAR, REGISTAR, AVALIAR, REFERENCIAR: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos*. Coimbra: Serviço de Violência Familiar – Hospital Sobral Cid.

Sistema de Segurança Interna. (2016). *Relatório Anual de Segurança Interna*. Lisboa: Sistema de Segurança Interna.

Sherif, M. (1936). *The psychology of social norms*. Harper.

Stith, S. M., & McMonigle, C. L. (2009). In D. J. Whitaker & J. R. Lutzker (Eds.). *Risk factors associated with intimate partner violence. Preventing Partner Violence: research and evidence-based intervention strategies*. Washington, DC: American Psychological Association.

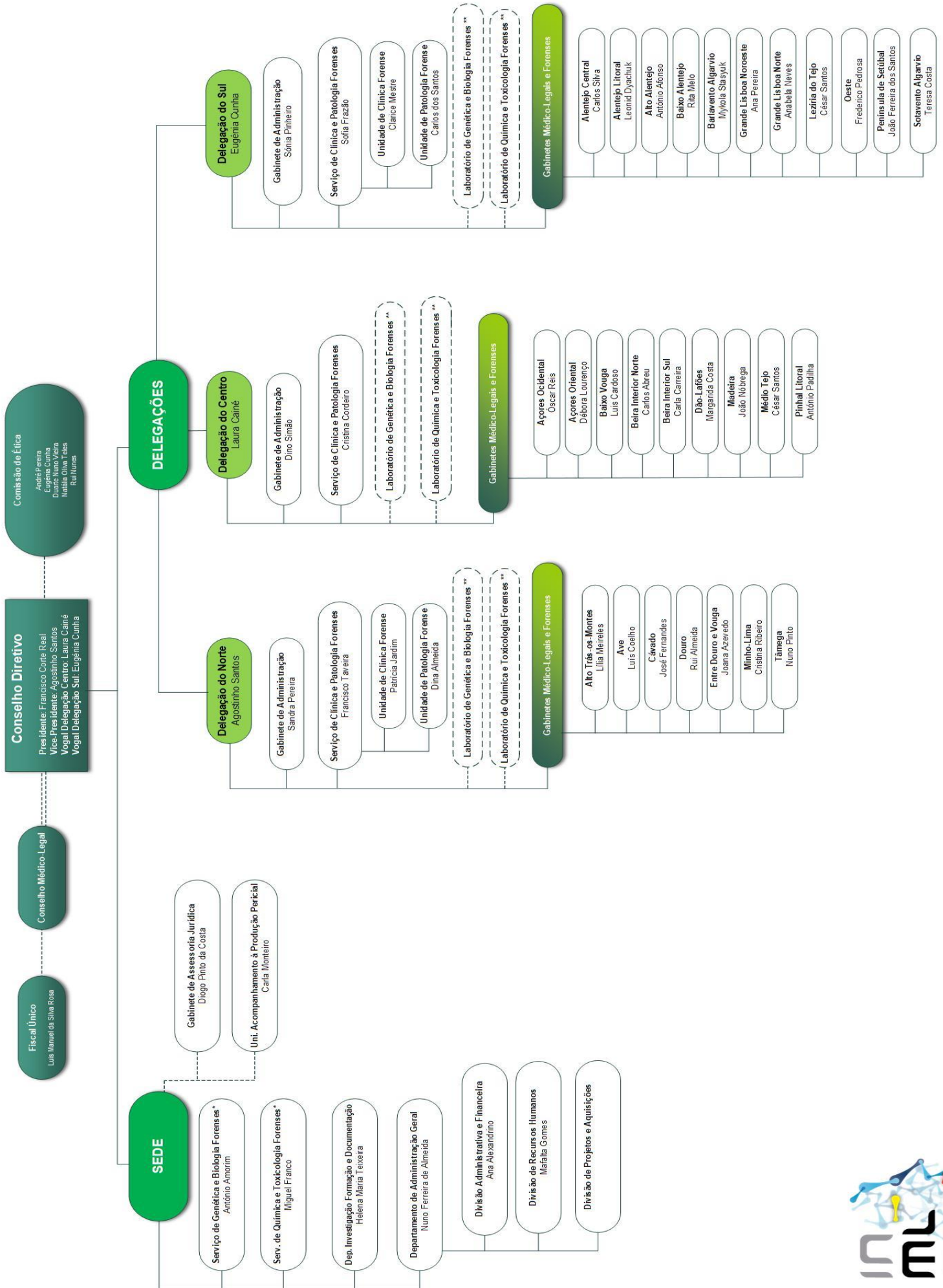
Watt, K. (2008). In A. C. Baldry & W. F. Winkel (Eds.). *Understanding risk factors for intimate partner femicide: The role of domestic violence fatality review teams. Intimate Partner Violence Preventing and Intervention: The risk assessment and Management Approach*, 45-60. New York: Nova Science Publishers.

XXII Governo Constitucional. (2020). *Guia de Intervenção Integrada Junto de Crianças ou Jovens Vítimas de Violência Doméstica* (1ª ed.). XXII Governo Constitucional.

# Anexo I

Organograma INMLCF, I.P.

# Serviço Social Forense



\* - O Serviço funciona descentraladamente, através de Unidades Operativas, junto de cada uma das Delegações do Instituto.

\*\* - A(s) Unidade(s) é (são) assegurada(s) pela(s) Distoria de Serviço respetivo.

# Anexo II

Certificado de participação – 19<sup>o</sup>  
Congresso de Medicina Legal e Ciências  
Forenses



## CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE

**Diana Rita Batista Neves**

Participou no 19º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL E CIÊNCIAS FORENSES e  
na 4ª Reunião da Rede de Serviços Médico-Legais e Forenses de Língua Portuguesa

Evento online | 18 a 20 de novembro de 2021



JUSTIÇA

Prof. Doutor Francisco Corte Real  
(Presidente do INMLCF, I.P.)  
20 de novembro de 2021



# Anexo III

Certificado de Participação – Webinar  
“Princípios gerais de avaliação psicológica no  
âmbito forense”

# CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO WEBINAR

CERTIFICA-SE QUE

## DIANA RITA BATISTA NEVES

PARTICIPOU NO WEBINAR “**PRINCÍPIOS GERAIS DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO ÂMBITO FORENSE**” ORGANIZADO PELO DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO, FORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO E PELO SERVIÇO DE CLÍNICA E PATOLOGIA FORENSES DA DELEGAÇÃO DO CENTRO, COM A DURAÇÃO DE 60 MINUTOS, NO DIA 28 DE JANEIRO DE 2022.

COIMBRA, 28 DE JANEIRO DE 2022

Profª. Doutora Helena M. Teixeira

Prof. Doutor Francisco Corte Real

Diretora do DIFD do INMLCF

Presidente do INMLCF

# Anexo IV

Ciclo da Violência Doméstica



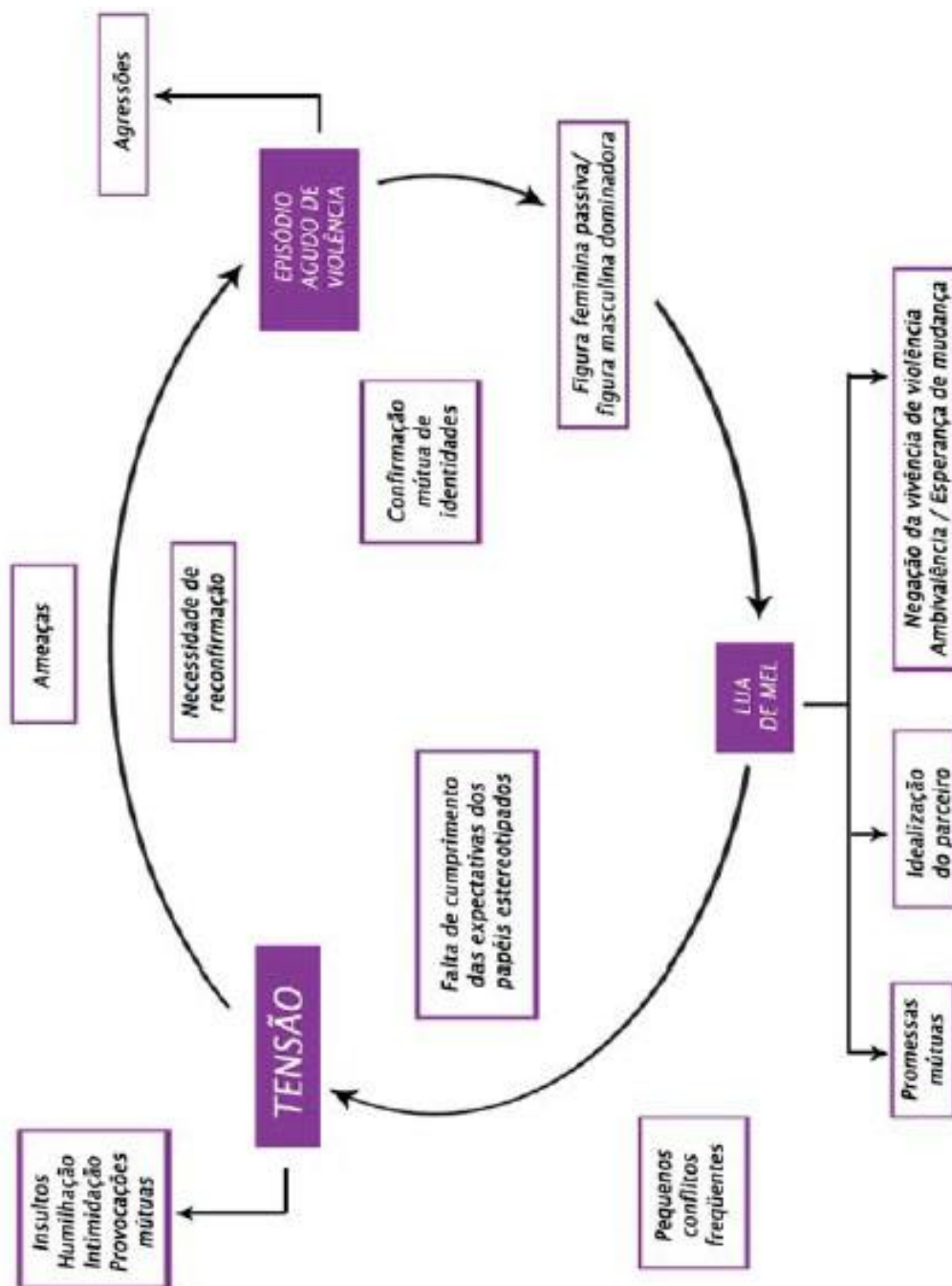


Figura 1: Ciclo da violência doméstica contra a mulher

Fonte: Walker, 1979, cit. in Tijeras, Rodriguez e Amenta, 2005

# Anexo V

Quadros de Fatores de Risco

Factores de Risco	Breve explicação
<p>História prévia de violência, na relação</p>	<p>A ocorrência de agressões anteriores constitui um dos factores de risco mais bem estabelecidos quanto à probabilidade de agressões futuras. A natureza da violência precedente pode incluir: ameaças, uso de armas, agressões ou tentativas de agressão. Pessoas com passado violento têm maior probabilidade de se envolver de forma mais frequente e mais grave em violência familiar do que as que não têm um passado violento. Isso pode acontecer mesmo que a violência não tenha sido direccionada, numa primeira fase, para membros da família. Outras vítimas podem incluir desconhecidos/as, conhecidos/as e / ou autoridades policiais. Assim, suspeitos com uma história de violência contra as parceiras apresentam um risco particularmente elevado de cometer um comportamento de violência com maior nível de severidade (cf. Monahan, 1981; Kropp, Hart, Webster &amp; Eaves, 1994; Kropp, Hart &amp; Belfrage, 2005).</p>
<p>Separação, tentativa de separação ou distanciamento emocional</p>	<p>A separação, real ou potencial, foi registada em todos os estudos como principal factor de risco para o exercício da violência severa/homicídio. Nalgumas relações, a separação pode constituir o ponto de viragem com o aumento em frequência e/ou gravidade da violência e, noutros casos, a violência tem início após a separação. Alguns estudos referem que a tentativa de separação ou a separação é o factor precursor em 45% dos homicídios. Sair da relação de violência pode significar o agravamento dos factores de risco pré-existentes. Muitas vítimas/sobreviventes permanecem com o agressor porque têm medo que a separação possa aumentar o risco de agressão letal. A motivação para a perseguição (<i>Stalking</i>) inicia-se muitas vezes associada à separação por parte das vítimas/sobreviventes. Os dados dos estudos sugerem que o período mais crítico se situa nos primeiros dois meses após a separação (Campbell <i>et al.</i>, 2003; Hilton &amp; Harris, 2007; Kropp, 2008).</p>
<p>Perseguição persistente/ stalking à vítima</p>	<p>O <i>stalking</i> ou perseguição persistente da vítima é um factor de risco associado à violência letal cometida contra as mulheres. Os comportamentos de <i>stalking</i> podem ocorrer durante a relação de vivência entre a vítima/sobrevivente e o agressor com comportamentos como: controlo de horários/ telemóvel/ emails; ameaças de violência física, com armas de fogo; telefonemas para o local de trabalho; vigilância; isolamento social; sentido de posse e ciúme. Após a separação, a perseguição pode iniciar-se, permanecer ou intensificar-se e direccionar-se também para outras pessoas das relações íntimas e sociais da vítima/sobrevivente, manifestando-se através de envio de emails/sms/internet intrusivos; presença constante em locais sociais frequentados pela vítima/sobrevivente; destruição de bens; vigilância; tentativa de relações sexuais forçadas; envolver outros/as nas estratégias de <i>stalking</i> (<i>proxy stalking</i>). A taxa de homicídios em casos de <i>stalking</i> é 5 vezes mais alta, segundo alguns estudos (Campbell <i>et al.</i>, 2003; Websdale, 2000 e Koziol-McLain <i>et al.</i>, 2006, cit. in Klein, 2009).</p>
<p>Escalada na intensidade e na frequência da violência</p>	<p>Um antecedente comum à ocorrência de violência severa/ homicídio é a escalada da violência. No entanto, isso nem sempre se verifica, por vezes a violência pode encontrar-se num nível constante e, em seguida, sem que fosse “expectável” resultar em homicídio. Algumas investigações apontam para uma taxa de homicídios 5 vezes superior quando existe escalada da violência (Campbell <i>et al.</i>, 2003; Websdale, 2000 e Koziol-McLain <i>et al.</i>, 2006, cit. in Klein, 2009).</p>

Presença de indicadores psicopatológicos em relação ao agressor

Os indicadores psicopatológicos que mais surgem associados a um quadro de maior severidade nos quadros de violência letal são: perturbação obsessiva/possessividade ou ciúme patológico; perturbações do sono (por vezes sob tratamento médico); depressão; psicoses, muitas vezes acompanhadas de ideação, planos ou tentativas de suicídio e/ou de homicídio.

Os estudos sugerem que existência de doença mental pode ser um factor de risco consistente para a ocorrência de violência. Contudo, esta questão é mais pertinente sempre que o doente se encontra clinicamente descompensado, por ter cessado a toma da medicação prescrita ou por alterar deliberadamente essa prescrição. Casos de homicídio seguidos de suicídio têm sido associados a agressores que têm problemas de saúde mental, particularmente de depressão. As ameaças de suicídio têm sido referidas como um potencial indicador de homicídio em casos de violência doméstica, quer de crianças ou de outros elementos familiares. Desta forma, um sujeito suicida deve também ser considerado um potencial homicida, já que desenvolve igualmente um quadro de ideação homicida.

O pensamento obsessivo/possessividade/ciúme patológico e o comportamento de perseguição são comportamentos altamente relacionados.

Utilização de arma em anteriores situações de violência; ameaças/acesso/posse de armas

Agressores com acesso a armas, especialmente armas de fogo, estão muito mais propensos a ferir gravemente ou matar uma vítima. Os estudos indicam que mulheres ameaçadas ou agredidas com arma têm 20 vezes mais probabilidade de serem mortas e que, quando existe arma em casa, as mulheres agredidas têm 6 vezes mais probabilidade de serem mortas. A utilização de uma arma no episódio prévio indica um elevado nível de risco. Este comportamento anterior é um preditor do comportamento futuro (Campbell *et al.*, 2003; Block, 2004, cit. in Klein, 2009).

O abuso de drogas ou álcool

O abuso no consumo de drogas, ilícitas ou de prescrição, de álcool ou de inalantes podem conduzir a dificuldades no funcionamento interpessoal e social e aumentar o risco de violência. A utilização de substâncias psicotrópicas pode desencadear psicoses temporárias. Nestas situações, os estudos apontam para uma probabilidade de homicídio 4 vezes mais alta (Websdale, 2000; Campbell *et al.*, 2003).

Violência sexual

Os estudos revelam que, em casos de agressores com um passado de práticas de abuso sexual, as vítimas estão expostas a comportamentos mais violentos, constituindo este facto um risco agravado (cf. Brookman, 2005; Campbell *et al.*, 2003; Frye *et al.*, 2005; Glass *et al.*, 2004; D’Cruze, Walkate & Pegg, 2006; McFarlane *et al.*, 2005). Alguns estudos indicam que as vítimas de violência doméstica sujeitas a violência sexual têm maior probabilidade de sofrer episódios de violência física grave e potencialmente letal (1 em cada 12 destes agressores são considerados agressores de alto risco). Alguns estudos apontam para uma probabilidade 7,5 vezes superior de ocorrência de homicídio, quando existe história de violência sexual (Campbell *et al.*, 2003 e Koziol-McLain *et al.*, 2006, cit. in Klein, 2009; Campbell *et al.*, 2009).

Violação de medidas judiciais

A violação de ordens judiciais destinadas a proteger a vítima indicam que o agressor não está disposto a acatar as ordens do tribunal. Tal comportamento deve ser considerado como um indicador sério do aumento do risco de violência no futuro.

# Anexo VI

## Os Agressores – Tipologias e Descrição

# Os Agressores

## Tipologia de Holtzworth-Munroe e Stuart (1994)

Os autores descrevem três tipos básicos de agressores conjugais: Agressores impulsivos, Agressores instrumentais e Agressores sobrecontrolados.

Tendo em consideração esta primeira tipologia dos autores podemos descrever os mesmos como:

- Agressores impulsivos – indivíduos que apresentam um estado de ânimo predominantemente disfórico, ou seja, são emocionalmente instáveis, sendo frequentemente hipersensíveis às críticas, apresentando rápidas alterações no controlo. São indivíduos que encaixam com a perturbação de personalidade borderline.
- Agressores instrumentais – são indivíduos que fazem uso da violência de forma instrumental, ou seja, de um modo geral apresentam níveis mais baixos de raiva e depressão em contrário aos níveis de narcisismo e manipulação psicopática. São indivíduos que agredem e ameaçam o cônjuge quando este não os satisfaz ou não faz aquilo que estes exigem.
- Agressores sobrecontrolados – são indivíduos mais passivos, dependentes e com alguns traços obsessivos, fazem uso da violência como reflexo das suas carências pessoais.

Por outro lado, indicaram a existência de três tipos de agressores: Agressores estritamente familiares; Agressores disfóricos-borderline e Agressores geralmente violentos e antissociais. Tendo em conta esta segunda tipologia descrita pelos autores:

- Agressores estritamente familiares: são um subgrupo menos violento, com registos de menor violência conjugal, bem como menores níveis de abuso psicológico e físico, são indivíduos menos violentos fora do entorno familiar e há ausência ou baixo grau de psicopatologias.
- Agressores disfóricos-borderline: são indivíduos que primeiramente confinam a violência à parceira, existindo mais tarde a possibilidade de violência extrafamiliar, abuso conjugal moderado e severo, são indivíduos mais afetados psicologicamente que os anteriores, apresentando sintomas depressivos, ansiosos e características da personalidade borderline.
- Agressores geralmente violentos e antissociais: são indivíduos mais violentos que os restantes subgrupos, onde há um elevado nível de violência conjugal, bem como extraconjugal, são indivíduos com características de desordem da personalidade antissocial.

### **Tipologia de Fernández-Montalvo e Echeburúa (1997)**

Segundo os autores existem quatro tipos de agressores subdivididos em dois grupos: o grupo quanto à extensão da violência onde estão presentes: os Agressores violentos só em casa e os Agressores violentos em geral; o grupo quanto ao perfil psicopatológico do agressor, onde temos presente: os Agressores com déficit nas habilidades interpessoais e os Agressores sem controlo de impulsos.

- Agressores violentos só em casa – representam 74% da amostra do estudo e são aqueles indivíduos que em casa têm comportamentos violentos graves e na rua adotam comportamentos e condutas socialmente adequadas. Frustrações do cotidiano, consumo de álcool ou ciúme patológico leva-os a adotarem condutas violentas dentro de casa.
- Agressores violentos em geral – representam 26% da amostra, sendo frequente nestes indivíduos a presença de violência na infância, são agressivos tanto na rua como em casa e contam com diversas ideias distorcidas do uso de violência como forma de solucionar o problema.
- Agressores com déficit nas habilidades interpessoais – representam 55% da amostra e devido às carências que tiveram durante o processo de socialização não conseguiram aprender as habilidades adequadas às relações interpessoais, fazem uso da violência como estratégia de solução do problema.
- Agressores sem controlo de impulsos – representam 45% da amostra e são aqueles que têm episódios bruscos e inesperados de descontrolo, são indivíduos mais conscientes no que diz respeito à não-aceitação da violência como forma de solucionar o problema, ou seja, têm mais consciência que não é através da violência que irão solucionar os conflitos, mostram-se incapazes de controlar os episódios violentos.

# Anexo VII

Quadro de categorias das substâncias  
aditivas



**Tabela 2. Substâncias frequentemente usadas de modo indevido<sup>4</sup>**

Classe	Exemplos
Depressores	Álcool, hipnóticos, benzodiazepínicos, barbitúricos
Estimulantes	Anfetamina, metilfenidato, todas as formas de cocaína, redutores de peso
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona, quase todos os analgésicos vendidos sob prescrição
Canabinoides	Maconha, haxixe, dronabinol (Marinol)
Alucinógenos	LSD, mescalina, psilocibina, MDMA (Ecstasy)
Bloqueadores de canal do receptor de NMDA	Fenciclidina (PCP), quetamina
Inalantes	Aerossóis em spray, cola, tolueno, gasolina, solventes de tinta

LSD = dietilamida do ácido lisérgico; MDMA = 3,4-metilenodioximetanfetamina; NMDA = N-metil-D-aspartato.

# Anexo VIII

Codificação dos dados, categorização de  
variáveis

## Codificação dos dados

1. Sexo do Agressor:
  - Feminino: 1
  - Masculino: 2
2. Faixa etária do agressor:
  - [18-29]: 1
  - [30-39]: 2
  - [40-49]: 3
  - [50-59]: 4
  - [60-69]: 5
  - >= 70: 6
  - Desconhecido: 7
3. Estado civil do agressor:
  - Solteiro/a: 1
  - Casado/a: 2
  - Divorciado/a: 3
  - Viúvo: 4
  - Desconhecido: 5
4. Situação profissional/académica do agressor:
  - Trabalhador por conta de outrem: 1
  - Doméstico/a: 2
  - Reformado/a por invalidez: 3
  - Desempregado/a: 4
  - Trabalhador por conta própria: 5
  - Estudante: 6
  - Desconhecido: 7
  - Reformado/a: 8
  - Inativo: 9
  - Trabalhador-estudante: 10
5. Profissão atual do agressor:
  - Profissões das Forças Armadas: 0

- Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos: 1
- Especialista das Atividades Intelectuais e Científicas: 2
- Técnicos e Profissões de Nível Intermédio: 3
- Pessoal Administrativo: 4
- Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores: 5
- Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta: 6
- Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices: 7
- Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem: 8
- Trabalhadores Não Qualificados: 9
- Não Apresenta: 10
- Desconhecido: 11
- Outros: 12

6. Concelho de Residência do Agressor:

- Coimbra: 1
- Oliveira do Hospital: 2
- Pampilhosa da Serra: 3
- Tábua: 4
- Figueira da Foz: 5
- Mira: 6
- Pombal: 7
- Montemor-o-Velho: 8
- Cernache: 9
- Miranda do Corvo: 10
- Cantanhede: 11
- Penela: 12
- Tondela: 13
- Penacova: 14
- Lousã: 15
- Mealhada: 16
- Vila Nova de Poiares: 17

- Condeixa-a-Nova: 18
- Arganil: 19
- Soure: 20
- Barreiro: 21
- Góis: 22
- Odivelas: 23
- Valongo: 24
- Tocha: 25
- Tomar: 26
- Castanheira de Pêra: 27
- Braga: 28
- Sintra: 29
- Gondomar: 30
- Santa Comba Dão: 31
- Lisboa: 32
- Leiria: 33
- Aveiro: 34
- Alcácer do Sal: 35
- Ponte de Sôr: 36
- Açores: 37
- Castelo Branco: 38
- Luxemburgo: 39
- Vagos: 40
- Loulé: 41
- Alvaiázere: 42
- Ílhavo: 43
- Anadia: 44
- Castro Marim: 45
- Oliveira do Bairro: 46
- Desconhecido: 47

7. Grau de Parentesco:

- Marido: 1
- Esposa: 2

- Ex-marido: 3
- Ex-mulher: 4
- Companheiro: 5
- Companheira: 6
- Ex-companheiro: 7
- Ex-companheira: 8
- Namorado: 9
- Namorada: 10
- Ex-namorado: 11
- Mãe: 12
- Filho: 13
- Filha: 14
- Padrasto: 15
- Neta: 16
- Nora: 17
- Irmão: 18
- Pai: 19
- Neto: 20
- Companheiro da filha: 21
- Mãe do ex-companheiro: 22
- Avô: 23
- Genro: 24

8. Coabitação da vítima com o agressor:

- Sim: 1
- Não: 2

9. Situação clínica e história pregressa do agressor elencado pela vítima:

- Consumos etílicos: 1
- Psicopatologia: 2
- Desconhecido: 3
- Consumo de estupefacientes: 4
- Consumos etílicos + Consumo de estupefacientes: 5
- Consumo de estupefacientes + Consumos etílicos + Outras doenças: 6
- Outras doenças: 7

- Psicopatologia + Consumos etílicos + Outras doenças: 8
- Outras doenças + Suspeita de psicopatologia: 9
- Suspeita de psicopatologia + Consumos etílicos + Outras doenças: 10
- Consumos etílicos + Outras doenças: 11
- Psicopatologia + Consumos etílicos: 12
- Consumos etílicos no passado: 13
- Suspeita de psicopatologia + Consumos etílicos: 14
- Consumo de estupefacientes no passado + Outras doenças: 15
- Suspeita de psicopatologia: 16
- Suspeita de consumo de estupefacientes + Psicopatologia + Consumos etílicos: 17
- Suspeita de consumo de estupefacientes + Consumos etílicos: 18
- Consumos etílicos + Consumo de estupefacientes + Psicopatologia + Outras doenças: 19
- Psicopatologia + Consumos etílicos + Consumo de estupefacientes: 20
- Outras doenças + Consumo de estupefacientes no passado + Consumos etílicos: 21
- Psicopatologia + Suspeita de consumo de estupefacientes: 22
- Consumo de estupefacientes no passado + Consumos etílicos: 23
- Psicopatologia + Consumo de estupefacientes: 24
- Psicopatologia + Outras doenças: 25
- Outras doenças + Consumo de estupefacientes: 26

#### 10. Antecedentes Familiares e Pessoais do agressor

- Divórcio dos pais: 1
- Vinculação materna excessiva: 2
- Psicopatologia na família: 3
- Violência Doméstica entre os pais: 4
- Problemas com a justiça: 5
- Antecedentes de Violência Doméstica: 6
- Antecedentes de violência: 7
- Mortes na família: 8
- Sem (grande) contacto com os filhos: 9
- Nada a apontar: 10

- Processo de divórcio a decorrer: 11
- Relações extraconjugais: 12
- Ilegal em Portugal: 13
- Sem contacto com família de origem: 14
- Maus-tratos na infância: 15
- Alcoolismo na família: 16
- Instabilidade familiar: 17
- Consumo de estupefacientes na família: 18
- Filho(a) institucionalizado(a): 19
- Sem amigos: 20
- Familiar institucionalizado: 21
- Vício no jogo: 22
- Perito em artes marciais: 23
- Pedido de divórcio por parte da vítima: 24
- Sem abrigo no passado: 25
- Institucionalizado na infância: 26
- Família destruída: 27
- Sem família próxima: 28
- Institucionalizado: 29
- Violência com animais: 30
- Alienação parental: 31
- Perda de um filho durante a gravidez: 32
- Segunda família: 33
- Dívidas: 34
- Problemas com a justiça por parte de familiares: 35
- Filho(a) com deficiência: 36
- Violência familiar: 37
- Ausência de hábitos regulares de trabalho: 38
- Roubo: 39
- Relação conflituosa com membros da família: 40
- Ex-combatente na guerra do Ultramar: 41
- Pai com incapacidade motora: 42
- Expulso de casa da mãe devido a consumos: 43
- Aborto espontâneo: 44
- Filhos(as) retirados(as): 45



- Abandono por parte do pai: 46
- Tráfico de drogas: 47
- Saída precoce de casa: 48
- Sem contacto com alguns membros da família: 49
- Dificuldades económicas: 50
- Pai com múltiplos relacionamentos amorosos: 51
- Vinculação com os pais excessiva: 52
- Vítima de Violência Doméstica em relação anterior: 53
- Divórcio (litigioso): 54
- Suspeita de abuso sexual com os filhos: 55
- Filho(a) sem abrigo: 56
- Passagem por família de acolhimento: 57
- Abandono por parte dos pais: 58
- Baixa escolaridade: 59
- Família geograficamente distante: 60
- Más companhias: 61
- Antecedentes de Violência Doméstica na família: 62
- Sem família: 63
- Família com problemas de álcool e drogas: 64
- Conflitos sociais: 65
- Consumos étlicos por parte do(a) companheiro(a): 66
- Abandono por parte das mulheres e dos(as) filhos(as): 67
- Traição por parte do(a) ex-parceiro(a): 68
- Desconhecido: 69
- Relação íntima com filhos(as) com deficiência: 70
- Abandono por parte da mãe: 71
- Doença da mãe: 72
- Proxeneta da vítima: 73

#### 11. Características dos agressores

- Introvertido/a: 1
- Pouco comunicativo/a: 2
- Participativo/a na vida em família: 3
- Ciumento/a: 4

- Controlador/a: 5
- Verbalmente hostil: 6
- Agressivo/a: 7
- Autoritário/a: 8
- Rude: 9
- Alterações de comportamento: 10
- Instável: 11
- Alterações de humor: 12
- Postura hipervigilante: 13
- Perturbado/a: 14
- Desadequado/a: 15
- Desequilibrado/a: 16
- Louco/a: 17
- Transtornado/a: 18
- Possessivo/a: 19
- Pouco participativo/a na vida em família: 20
- Nervoso/a: 21
- Exaltado/a: 22
- Violento/a: 23
- Mau/á: 24
- Ameaçador/a: 25
- Depressivo/a: 26
- Desafiador/a: 27
- Problemático/a: 28
- Manipulador/a: 29
- Temperamento difícil: 30
- Antissocial: 31
- Rebelde: 32
- Revoltado/a: 33
- Vingativo/a: 34
- Intolerante: 35
- Perigoso/a: 36
- Socialmente adequado/a: 37
- Intempestivo/a: 38
- Descontrolado/a: 39

- Doce: 40
- Frio/a: 41
- Distante: 42
- Pouco afetuoso/a: 43
- Sedutor/a: 44
- Impulsivo/a: 45
- Explosivo/a: 46
- Carente: 47
- Negativo/a: 48
- Trabalhador/a/Profissional: 49
- Ríspido/a: 50
- Rígido/a: 51
- Vádio/a: 52
- Mal-educado/a: 53
- Emocionalmente instável: 54
- Descompensado/a: 55
- Doente: 56
- Deprimido/a: 57
- Egoísta: 58
- Delirante: 59
- Boa pessoa: 60
- Agitado/a: 61
- Reservado/a: 62
- Inútil: 63
- Permissivo/a: 64
- Desnortado/a: 65
- Machista: 66
- Arrogante: 67
- Calmo/a: 68
- Ausente: 69
- Raivoso/a: 70
- Insensível: 71
- Teimoso/a: 72
- Preguiçoso/a: 73

- Descuidado/a: 74
- Desconfiado/a: 75
- Alienado/a: 76
- Boémio/a: 77
- Atrasado/a mental: 78
- Doido/a: 79
- Austero/a: 80
- Bêbado/a: 81
- Insultuoso/a: 82
- Obsessivo/a: 83
- Dissimulado/a: 84
- Intransigente: 85
- Educado/a: 86
- Desconhecido: 87
- Manhoso/a: 88
- Imaturo/a: 89
- Irresponsável: 90
- Intriguista: 91
- Protetor/a: 92
- Incumpridor/a: 93
- Intimidante: 94
- Pouco colaborante: 95
- Inseguro/a: 96
- Meigo/a: 97
- Atencioso/a: 98
- Severo/a: 99
- Bruto/a: 100
- Mimado/a: 101
- Isolado/a: 102
- Mimetista: 103
- Insuportável: 104
- Confuso/a: 105
- Compreensivo/a: 106
- Correto/a: 107
- Egocêntrico/a: 108

- Mentiroso/a: 109
- Malandro/a: 110
- Mal-intencionado/a: 111
- Afável: 112
- Fechado/a: 113
- Mitómano/a: 114
- Materialista: 115
- Socialmente adequado/a sem amizades: 116
- Rabugento/a: 117
- Bem-disposto/a: 118
- Incontrolável: 119
- Fantástico/a: 120
- Cuidador/a: 121
- Afetuoso/a: 122
- Provocador/a: 123
- Comodista/Sem iniciativa: 124
- Incompreensível: 125
- Negligente: 126
- Pouco ativo/a: 127
- Histérico/a: 128
- Orgulhoso/a: 129
- Narcisista: 130
- Extrovertido/a: 131
- Sensível: 132
- Intromissor/a: 133
- Implicativo/a: 134
- Alterações de personalidade: 135
- Mafioso/a: 136
- Amistoso/a: 137
- Tímido/a: 138
- Infantil: 139
- Demente: 140
- Querido/a: 141
- Companheiro/a: 142

- Alucinado/a: 143
- Paranoico: 144
- Bipolar: 145
- Maluco/a: 146
- Cobarde: 147
- Conflituoso/a: 148
- Psicopata: 149

## 12. Tipologia da violência

- Económica: 1
- Sexual: 2
- Stalking: 3
- Física: 4
- Psicológica: 5

## 13. Ameaças

- Sim: 1
- Não: 2
- Desconhecido: 3

## 14. Uso de armas/objetos

- Sim: 1
- Não: 2
- Desconhecido: 3

## 15. Tipo de armas utilizadas

- Chinelo: 1
- Arma branca: 2
- Moleta: 3
- Arma de fogo: 4
- Vassoura: 5
- Barra de ferro: 6
- Ferro: 7
- Chave: 8
- Pau: 9

- Cadeira: 10
- Prato: 11
- Chicote: 12
- Cana da Índia: 13
- Cinto: 14
- Diluente: 15
- Fogo: 16
- Banco: 17
- Chávena de café quente: 18
- Balde de água: 19
- Cadeira de rodas: 20
- Bidon de água: 21
- Pedras: 22
- Tijolo: 23
- Colher de pau: 24
- Cão feroz: 25
- Escadote: 26
- Tubo de cartão: 27
- Veneno: 28
- Garrafa de plástico: 29
- Extensão elétrica: 30
- Desconhecido: 31
- Objeto metálico: 32
- Taco de snooker: 33
- Taco: 34
- Pressão de ar: 35
- Camisa: 36
- Cabos elétricos: 37
- Botija de gás: 38
- Placa de plástico: 39
- Gás (tentativa de asfixia por monóxido de carbono): 40
- Frigideira: 41
- Vaso: 42
- Tubo: 43

- Mópa: 44
- Carro: 45
- Taco de basebol: 46

16. Alguém assistiu?

- Sim: 1
- Não: 2
- Desconhecido: 3

17. Quem assistiu?

- Filhos/as menores do casal: 1
- Terceiros: 2
- Companheiro/a da vítima: 3
- Filhos/as do casal: 4
- Filho/a menor do/a agressor/a: 5
- Filho/a menor do casal: 6
- Mãe do/a agressor/a: 7
- Filho/a menor da vítima: 8
- Irmão/ã do/a agressor/a: 9
- Pais do/a agressor/a: 10
- Filho/a da vítima: 11
- Marido da agressora: 12
- Pai do/a agressor/a: 13
- Família alargada: 14
- Filhos/as da vítima: 15
- Filho/a do/a agressor/a: 16
- Nora do casal: 17
- Ex-mulher do agressor: 18
- Companheiro/a do/a agressor/a: 19
- Esposa do agressor: 20
- Pai da vítima: 21
- Netos/as do casal: 22
- Mãe da vítima: 23
- Ex-companheiro/a do/a agressor/a: 24
- Irmão/ã da vítima: 25



- Avô/ó do/a agressor/a: 26
- Filhos/as menores da vítima: 27
- Amante do/a agressor/a: 28
- Irmãos/ãs do/a agressor/a: 29
- Neto/a da vítima: 30
- Filhos/as do/a agressor/a: 31
- Neto/a do casal: 32
- Avô/ó da vítima: 33
- Irmãos/ãs da vítima: 34
- Pais da vítima: 35

18. Alguém sofreu?

- Não: 1
- Sim: 2
- Desconhecido: 3

19. Quem sofreu?

- Ex-namorado/a do/a agressor/a: 1
- Filhos/as do casal: 2
- Filhos/as menores do casal: 3
- Filho/a menor da vítima: 4
- Filho/a menor do casal: 5
- Filho/a do casal: 6
- Mãe da vítima: 7
- Companheiro/a do/a agressor/a: 8
- Ex-companheiros/as do/a agressor/a: 9
- Terceiros: 10
- Companheiro/a da vítima: 11
- Filho/a menor do/a agressor/a: 12
- Mãe do/a agressor/a: 13
- Irmão/ã do/a agressor/a: 14
- Pais do/a agressor/a: 15
- Filho/a da vítima: 16
- Pai do/a agressor/a: 17

- Família alargada: 18
- Filhos/as da vítima: 19
- Ex-companheiro/a do/a agressor/a: 20
- Ex-mulher do agressor: 21
- Esposa do agressor: 22
- Pai da vítima: 23
- Ex-namorados/as do/a agressor/a: 24
- Netos/as do/a agressor/a: 25
- Irmão/ã da vítima: 26
- Avô/ó do/a agressor/a: 27
- Irmãos/ãs do/a agressor/a: 28
- Filhos/as menores da vítima: 29
- Avô/ó da vítima: 30
- Namorado/a da vítima: 31
- Neto/a da vítima: 32
- Filhos/as do/a agressor/a: 33
- Netos/as do casal: 34
- Neto/a do casal: 35
- Pais da vítima: 36
- Avós da vítima: 37

#### 20. Ato isolado

- Sim: 1
- Física sim: 2
- Desconhecido: 3
- Não: 4

#### 21. Escalada

- Não: 1
- Sim: 2
- Desconhecido: 3

#### 22. Queixas anteriores

- Sim: 1
- Desconhecido: 2

- Não: 3
- Sim, mas por outra vítima: 4

23. Saída ou Tentativa

- Já se encontravam separados: 1
- Nunca viveram juntos: 2
- Não: 3
- Saída: 4
- Tentativa: 5
- Desconhecido: 6

24. Pretende voltar

- Sim: 1
- Não: 2

25. Continuam a coabitar

- Sim: 1
- Já se encontravam separados: 2
- Nunca viveram juntos: 3
- Não: 4
- Desconhecido: 5

# Anexo IX

Tabela Completa dos Antecedentes  
Familiars e Pessoais dos/as Agressores/as

**Antecedentes Familiares e Pessoais**

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Divórcio dos pais	14	1,3	1,3	1,3
Vinculação materna excessiva	9	,8	,8	2,1
Psicopatologia na família	27	2,5	2,5	4,6
Violência Doméstica entre os pais	15	1,4	1,4	5,9
Problemas com a justiça	68	6,2	6,2	12,2
Antecedentes de Violência Doméstica	68	6,2	6,2	18,4
Antecedentes de violência	1	,1	,1	18,5
Mortes na família	86	7,9	7,9	26,3
Sem (grande) contacto com os filhos/as	33	3,0	3,0	29,3
Nada a apontar	275	25,1	25,1	54,5
Processo de divórcio a decorrer	9	,8	,8	55,3
Relações extraconjugais	102	9,3	9,3	64,6
Illegal em Portugal	2	,2	,2	64,8
Válido Sem contacto com família de origem	39	3,6	3,6	68,4
Maus-tratos na infância	16	1,5	1,5	69,8
Alcoolismo na família	37	3,4	3,4	73,2
Instabilidade familiar	7	,6	,6	73,9
Consumo de estupefacientes na família	13	1,2	1,2	75,0
Filho/a institucionalizado/a	7	,6	,6	75,7
Sem amigos	2	,2	,2	75,9
Familiar institucionalizado	4	,4	,4	76,2
Vício no jogo	3	,3	,3	76,5
Perito/a em artes marciais	1	,1	,1	76,6
Pedido de divórcio por parte da vítima	20	1,8	1,8	78,4
Sem abrigo no passado	4	,4	,4	78,8
Institucionalizado na infância	3	,3	,3	79,1
Família destruída	34	3,1	3,1	82,2
Sem família próxima	1	,1	,1	82,3

Institucionalizado/a	2	,2	,2	82,4
Violência com animais	3	,3	,3	82,7
Alienação parental	10	,9	,9	83,6
Perda de filho/a durante a gravidez	3	,3	,3	83,9
Segunda família	1	,1	,1	84,0
Dívidas	2	,2	,2	84,2
Problemas com a justiça por parte de familiares	7	,6	,6	84,8
Filho/a com deficiência	12	1,1	1,1	85,9
Violência familiar	14	1,3	1,3	87,2
Ausência de hábitos regulares de trabalho	2	,2	,2	87,4
Roubos	6	,5	,5	87,9
Relação conflituosa com membros da família	28	2,6	2,6	90,5
Ex-combatente na guerra do Ultramar	1	,1	,1	90,6
Pai c/ incapacidade motora	1	,1	,1	90,7
Expulso/a de casa da mãe devido a consumos	1	,1	,1	90,8
Aborto espontâneo	1	,1	,1	90,9
Filhos/as retirados/as	2	,2	,2	91,0
Abandono por parte do pai	14	1,3	1,3	92,3
Tráfico de drogas	3	,3	,3	92,6
Saída de casa precoce	3	,3	,3	92,9
Sem contacto com alguns membros da família	3	,3	,3	93,1
Dificuldades económicas	8	,7	,7	93,9
Pai com múltiplos relacionamentos amorosos	1	,1	,1	94,0
Vinculação com os pais excessiva	3	,3	,3	94,2
Vítima de Violência Doméstica em relação anterior	2	,2	,2	94,4
Divórcio (litigioso)	10	,9	,9	95,3
Suspeita de abuso sexual com os filhos/as	1	,1	,1	95,4
Filho/a sem abrigo	1	,1	,1	95,5

## Serviço Social Forense

Passagem por família de acolhimento	1	,1	,1	95,6
Abandono por parte dos pais	1	,1	,1	95,7
Baixa escolaridade	3	,3	,3	96,0
Família geograficamente distante	4	,4	,4	96,3
Más companhias	4	,4	,4	96,7
Antecedentes de Violência Doméstica na família	1	,1	,1	96,8
Sem família	1	,1	,1	96,9
Família com problemas de álcool e drogas	2	,2	,2	97,1
Conflitos sociais	2	,2	,2	97,3
Consumos etílicos por parte do/a companheiro/a	1	,1	,1	97,3
Abandono por parte das mulheres e dos/as filhos/as	1	,1	,1	97,4
Traição por parte do/a ex-parceiro/a	1	,1	,1	97,5
Desconhecido	23	2,1	2,1	99,6
Relação íntima com filhos/as com deficiência	1	,1	,1	99,7
Abandono por parte da mãe	1	,1	,1	99,8
Doença da mãe	1	,1	,1	99,9
Proxeneta da vítima	1	,1	,1	100,0
Total	1094	100,0	100,0	

# Anexo X

Tabela Completa das Características  
dos/as Agressores/as



**Características dos/as Agressores/as**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Introvertido/a	13	,3	,3	,3
Pouco comunicativo/a	11	,3	,3	,6
Participativo/a na vida em família	55	1,4	1,4	2,0
Ciumento/a	263	6,7	6,7	8,7
Controlador/a	223	5,7	5,7	14,4
Verbalmente hostil	385	9,8	9,8	24,2
Agressivo/a	282	7,2	7,2	31,4
Autoritário/a	152	3,9	3,9	35,3
Rude	336	8,6	8,6	43,8
Alterações de comportamento	153	3,9	3,9	47,7
Instável	32	,8	,8	48,5
Alterações de humor	211	5,4	5,4	53,9
Postura hipervigilante	280	7,1	7,1	61,0
Perturbado/a	38	1,0	1,0	62,0
Desadequado/a	54	1,4	1,4	63,4
Desequilibrado/a	81	2,1	2,1	65,4
Válido Louco/a	17	,4	,4	65,9
Transtornado/a	4	,1	,1	66,0
Possessivo/a	68	1,7	1,7	67,7
Pouco participativo/a na vida em família	127	3,2	3,2	70,9
Nervoso/a	54	1,4	1,4	72,3
Exaltado/a	4	,1	,1	72,4
Violento/a	88	2,2	2,2	74,7
Mau/á	56	1,4	1,4	76,1
Ameaçador/a	22	,6	,6	76,6
Depressivo/a	2	,1	,1	76,7
Desafiador/a	11	,3	,3	77,0
Problemático/a	5	,1	,1	77,1
Manipulador/a	23	,6	,6	77,7
Temperamento difícil	17	,4	,4	78,1
Antissocial	3	,1	,1	78,2
Rebelde	11	,3	,3	78,5
Revoltado/a	7	,2	,2	78,7
Vingativo/a	13	,3	,3	79,0

Intolerante	7	,2	,2	79,2
Perigoso/a	8	,2	,2	79,4
Socialmente adequado/a	49	1,2	1,2	80,6
Intempestivo/a	3	,1	,1	80,7
Descontrolado/a	83	2,1	2,1	82,8
Doce	1	,0	,0	82,8
Frio/a	6	,2	,2	83,0
Distante	18	,5	,5	83,4
Pouco afetuoso/a	55	1,4	1,4	84,8
Sedutor/a	17	,4	,4	85,3
Impulsivo/a	27	,7	,7	86,0
Explosivo/a	1	,0	,0	86,0
Carente	2	,1	,1	86,0
Negativo/a	2	,1	,1	86,1
Trabalhador/a/Profissional	8	,2	,2	86,3
Ríspido/a	6	,2	,2	86,4
Rígido/a	7	,2	,2	86,6
Vádio/a	1	,0	,0	86,7
Mal-educado/a	22	,6	,6	87,2
Emocionalmente instável	21	,5	,5	87,7
Descompensado/a	84	2,1	2,1	89,9
Doente	26	,7	,7	90,6
Deprimido/a	1	,0	,0	90,6
Egoísta	10	,3	,3	90,8
Delirante	21	,5	,5	91,4
Boa pessoa	7	,2	,2	91,5
Aagitado/a	4	,1	,1	91,6
Reservado/a	6	,2	,2	91,8
Inútil	1	,0	,0	91,8
Permissivo/a	1	,0	,0	91,8
Desnortado/a	2	,1	,1	91,9
Machista	1	,0	,0	91,9
Arrogante	2	,1	,1	92,0
Calmo/a	5	,1	,1	92,1
Ausente	32	,8	,8	92,9
Raivoso/a	4	,1	,1	93,0
Insensível	3	,1	,1	93,1
Teimoso/a	7	,2	,2	93,3
Preguiçoso/a	1	,0	,0	93,3

## Serviço Social Forense

Descuidado/a	1	,0	,0	93,3
Desconfiado/a	5	,1	,1	93,5
Alienado/a	1	,0	,0	93,5
Boémio/a	4	,1	,1	93,6
Atrasado/a mental	1	,0	,0	93,6
Doido/a	2	,1	,1	93,7
Austero/a	5	,1	,1	93,8
Bêbado/a	27	,7	,7	94,5
Insultuoso/a	43	1,1	1,1	95,6
Obsessivo/a	11	,3	,3	95,8
Dissimulado/a	6	,2	,2	96,0
Intransigente	2	,1	,1	96,1
Educado/a	2	,1	,1	96,1
Desconhecido	13	,3	,3	96,4
Manhoso/a	4	,1	,1	96,5
Imaturo/a	4	,1	,1	96,6
Irresponsável	5	,1	,1	96,8
Intriguista	5	,1	,1	96,9
Protetor/a	1	,0	,0	96,9
Incumpridor/a	3	,1	,1	97,0
Intimidante	2	,1	,1	97,0
Pouco colaborante	13	,3	,3	97,4
Inseguro/a	4	,1	,1	97,5
Meigo/a	4	,1	,1	97,6
Atencioso/a	2	,1	,1	97,6
Severo/a	1	,0	,0	97,7
Bruto/a	2	,1	,1	97,7
Mimado/a	1	,0	,0	97,7
Isolado/a	3	,1	,1	97,8
Mimetista	1	,0	,0	97,8
Insuportável	1	,0	,0	97,9
Confuso/a	1	,0	,0	97,9
Compreensivo/a	1	,0	,0	97,9
Correto/a	1	,0	,0	97,9
Egocêntrico/a	2	,1	,1	98,0
Mentiroso/a	11	,3	,3	98,3
Malandro/a	2	,1	,1	98,3
Mal-intencionado/a	1	,0	,0	98,3

Afável	1	,0	,0	98,4
Fechado/a	1	,0	,0	98,4
Mitómano/a	1	,0	,0	98,4
Materialista	2	,1	,1	98,5
Socialmente adequado/a sem amizades	6	,2	,2	98,6
Rabugento/a	1	,0	,0	98,7
Bem-disposto/a	1	,0	,0	98,7
Incontrolável	1	,0	,0	98,7
Fantástico/a	1	,0	,0	98,7
Cuidador/a	3	,1	,1	98,8
Afetoso/a	4	,1	,1	98,9
Provocador/a	2	,1	,1	99,0
Comodista/Sem iniciativa	2	,1	,1	99,0
Incompreensível	4	,1	,1	99,1
Negligente	1	,0	,0	99,1
Pouco ativo/a	1	,0	,0	99,2
Histórico/a	1	,0	,0	99,2
Orgulhoso/a	1	,0	,0	99,2
Narcisista	1	,0	,0	99,2
Extrovertido/a	2	,1	,1	99,3
Sensível	2	,1	,1	99,3
Intrissor/a	1	,0	,0	99,4
Implicativo/a	1	,0	,0	99,4
Alterações de personalidade	1	,0	,0	99,4
Mafioso/a	1	,0	,0	99,4
Amigoso/a	1	,0	,0	99,5
Tímido/a	1	,0	,0	99,5
Infantil	1	,0	,0	99,5
Demente	1	,0	,0	99,5
Querido/a	1	,0	,0	99,6
Companheiro/a	1	,0	,0	99,6
Alucinado/a	6	,2	,2	99,7
Paranoico/a	2	,1	,1	99,8
Bipolar	1	,0	,0	99,8
Maluco/a	2	,1	,1	99,9
Cobarde	3	,1	,1	99,9
Conflituoso/a	1	,0	,0	100,0

## Serviço Social Forense

Psicopata	1	,0	,0	100,0
Total	3926	100,0	100,0	

# Anexo XI

Tabela de Correlações Efetuada no SPSS

**Correlações**

	Consumos Etílicos			Consumos Etílico + Estupefacientes			Socialmente Adequado/a			Consumo de Estupefacientes		
	Sig.	Correl	N	Sig.	Correl	N	Sig.	Correl	N	Sig.	Correl	N
Consumos Etílicos	(2 extremidades)	ação de Pearson	781	(2 extremidades)	ação de Pearson	781	(2 extremidades)	ação de Pearson	781	(2 extremidades)	ação de Pearson	781
	,000	1		,000	,323**		,000	,971**		,000	,230**	
Consumos Etílico + Estupefacientes	(2 extremidades)	ação de Pearson	781	(2 extremidades)	ação de Pearson	781	(2 extremidades)	ação de Pearson	781	(2 extremidades)	ação de Pearson	781
	,000	,323**		,000	1		,000	,333**		,000	,711**	
Socialmente Adequado/a	(2 extremidades)	ação de Pearson	781	(2 extremidades)	ação de Pearson	781	(2 extremidades)	ação de Pearson	781	(2 extremidades)	ação de Pearson	781
	,000	,971**		,000	,333**		,000	1		,000	,237**	
Consumo de Estupefacientes	(2 extremidades)	ação de Pearson	781	(2 extremidades)	ação de Pearson	781	(2 extremidades)	ação de Pearson	781	(2 extremidades)	ação de Pearson	781
	,000	,230**		,000	,711**		,000	,237**		,000	1	

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).