



UC/FPCE_2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que olhares nos atendem?

Ana Margarida Rodrigues Bompastor (ambompastor@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica com subespecialização em Sistémica, Saúde e Família sob a orientação de Professora Doutora Maria Madalena de Carvalho

Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que olhares nos atendem?

O presente estudo tem como objetivo analisar as representações sociais da violência entre parceiros íntimos dos profissionais de saúde assim como a influência do estado civil, de formações específicas sobre o tema e o momento temporal destas na construção das crenças. Para este fim, utilizámos uma amostra de 156 sujeitos. O protocolo de investigação aplicado contemplou: o Questionário Sociodemográfico e Dados Complementares, o CTS-2: *The Revised Conflict Tactic Scales* (Straus), o QRVC-HIST: Questionário de Violência Conjugal – Histórias (Alarcão, Alberto, Correia & Camelo, 2007) e o QVC-CMR: Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (Alarcão, Alberto, Correia & Camelo, 2007). Constatámos que 51.3% da amostra é solteira e 77% nunca teve formação sobre violência nas relações íntimas apesar de 79% da população considerar ser importante. Os resultados obtidos sugerem a não influência das variáveis em estudo e indicam as dificuldades económicas do casal/família como a principal causa da violência conjugal o que, considerando a condição financeira do país, poderá acarretar consequências a nível nacional.

Palavras-chave: violência entre parceiros íntimos, representações sociais, estado civil, formação em violência conjugal, profissionais de saúde.

Social representations of intimate partners violence on a sample of health professionals: what do their eyes see?

The goal of the present study is to analyze the social representations of intimate partners violence of health professionals. It also wants to evaluate the influence of their marital status, the specific know how about the theme, and its time point. This final purpose is to "sum it all up" to understand its "weight" when forming their beliefs.

To do so, we gathered a sample of 156 subjects. The protocol of investigation had in consideration: the Sociodemographic Questionnaire Supplemental Data, the CTS-2: *The Revised Conflict Tactic Scales* (Straus), the QRVS-HIST: *Conjugal Violence Questionnaire - Stories* (Alarcão, Alberto, Correia & Camelo 2007), the QVC - CMR: *Conjugal Violence Questionnaire - Causes, Maintenance and Resolutions* (Alarcão, Alberto, Correia & Camelo 2007). We came to do conclusion that 51.3% of the sample is maiden, and that 77% never had any specific formation about intimate partners violence, although 79% of them believe to be an important issue. The results suggest the non influence of the variables in study, and indicat the economic difficulties of the couple/ family to be the main cause for the conjugal violence. Considering the current state of the economy, it can bring consequences nationwide.

Key Words: intimate partners violence; social representations; marital status; formation in conjugal violence; health professionals.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Madalena de Carvalho: um enorme obrigada por todos os ensinamentos e orientações, por todo o carinho e confidencialidade e, acima de tudo, por se ter mostrado sempre um grande exemplo de força e coragem a seguir. É uma lutadora e merecedora de uma imensa felicidade.

A todas as docentes de Sistémica: estou-lhes eternamente grata por me terem despertado a paixão pela área e por partilharem comigo os vossos saberes e experiências.

À Professora Doutora Isabel Aberto: muitíssimo obrigada por toda a disponibilidade, atenção e compreensão. Toda a sua ajuda foi fundamental e valiosa. Como costume dizer entre amigos: “Foi um anjo!”.

À Mariana: muito, muito obrigada por teres sempre um tempinho para mim, por me motivares e me ajudares de coração. A tua determinação e perseverança são incondicionais. Tenho tanto orgulho em ti! Muito obrigada pela tua amizade.

À Catarina e à Pitxi: obrigada por se terem cruzado no meu caminho e terem sido uma surpresa tão boa! Foram um dos alicerces desta longa caminhada. Obrigada pelos momentos de “descompressão” que trouxeram lufadas de ar fresco!

À Nani: obrigada por todos os telefonemas e jantares que fizeram com que este ano fosse mais fácil de suportar.

À Xana, de sempre e para sempre: obrigada por compreenderes a gestão dos meus horários e por nunca me julgares. Por estares sempre do meu lado e pela verdadeira amizade que temos, muito obrigada.

À minha equipa Tommy, Cristina, Teresa, Ângela, Vera, Tiago e Sté: obrigada por me terem acolhido de braços abertos, por se preocuparem comigo e compreenderem o meu cansaço. Obrigada por me quererem bem!

À minha família: mãe, obrigada pela paciência e carinho que tens sempre comigo; pai, obrigada pela determinação que sempre me ensinaste; avó, obrigada pela ternura e alegria que me ofereces; maninho, cunhada e sobrinhos lindos, obrigada pelos incentivos e força; Bruno, por estares ao meu lado sempre, por puxares a corda quando eu estava em baixo, por aguentares com o meu estado-bolha e por me fazeres sempre muito feliz, muito obrigada. A todos vocês: obrigada pelo amor, por nunca desistirem de mim e por, simplesmente, serem a minha família.

A todos os participantes que colaboraram para que esta investigação tivesse asas para voar: muito obrigada!

A todos os que me ajudaram, amigos, conhecidos e desconhecidos, cada um à sua maneira: muito obrigada!

Índice

I.	Introdução	1
II.	Enquadramento conceitual	1
	1. Violência entre parceiros íntimos	1
	2. Representações sociais: o que são e como se constroem.	4
	3. Contributos da teoria das representações sociais para a compreensão da violência entre parceiros íntimos no atendimento realizados pelos serviços de saúde	4
	4. As representações sociais da violência dos profissionais de saúde	7
	5. Conjugalidade e violência entre parceiros íntimos: haverá diferenças entre o estado civil e a violência entre parceiros íntimos? O que nos revelam os estudos?	9
III.	Objetivos	9
IV.	Metodologia	10
	1. Caracterização da amostra	10
	2. Instrumentos de avaliação	13
	2.1 Questionário sociodemográfico	13
	2.2 CTS-2: <i>The Revised Conflict Tactic Scales</i>	14
	2.3 QRVC-HIS: Questionário de Violência Conjugal – Histórias	15
	2.4 QVC-CMR: Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução	16
	2.5 Procedimentos de investigação	17
	2.6 Procedimentos estatísticos	18
V.	Resultados	18
	1. Crenças dos profissionais de saúde sobre a violência conjugal (QRVC-HIS e QVC-CMR)	18
	2. Influência da variável “Estado civil”	21
	3. Influência da variável “Alguma vez teve algum tipo de formação sobre violência nas relações íntimas?”	23
	4. Influência da variável “Quando obteve a(as) formação(ões) sobre violência nas relações íntimas?”	23
	5. Influência da variável “Profissões”	24
	6. Relação entre a legitimação/banalização da violência conjugal e os padrões de resolução de conflitos entre parceiros íntimos (CTS-2)	25
VI.	Discussão	26
	1. Crenças dos profissionais de saúde sobre a violência conjugal (QRVC-HIS e QVC-CMR)	26
	2. Influência da variável “Estado civil”	29
	3. Influência das variáveis “Alguma vez teve algum tipo de formação sobre violência nas relações íntimas?” e “Quando obteve a(as) formação(ões) sobre violência nas relações íntimas?”	30

	4. Influência da variável “Profissões”	31
	4. Relação entre a legitimação/banalização da violência conjugal e os padrões de resolução de conflitos entre parceiros íntimos (CTS-2)	31
	5. Limitações do estudo e propostas para futuras investigações	32
VII.	Conclusões	32
	Bibliografia	33
	Anexo.	38
	Anexo I: Protocolo de Investigação	38
	1.1 Pedido de Autorização dirigido às instituições.....	38
	1.2 Carta de Apresentação do Projeto de Investigação.....	39
	1.3 Consentimento Informado	40
	1.4 Questionário Sociodemográfico e Dados Complementares.....	41
	1.5 CTS-2: <i>The Revised Conflict Tactic Scales</i>	45
	1.6 QRVC-HIST: Questionário de Violência Conjugal – Histórias	50
	1.7 QVC-CMR: Questionário de Violência Conjuga – Causas, Manutenção e Resolução	55
	Anexo II: Caracterização da amostra	58
	2.1 Análise Descritiva da variável “Idade”	58
	2.2 Análise Descritiva da variável “Nacionalidade”	59
	2.3 Análise Descritiva da variável “Profissão. Outra. Qual?”	59
	2.4 Análise Descritiva da variável “Que tipo de violência?”	60
	2.5 Análise Descritiva da variável “Em que contexto?”.....	60
	2.6 Análise Descritiva da variável “Quantas formações já realizou sobre violência nas relações íntimas?”.....	60
	2.7 Análise Descritiva da variável “Quando obteve a(as) formação(ões) sobre violência nas relações íntimas?”....	61

Introdução

A violência entre parceiros íntimos constitui um problema de Saúde Pública, afetando sujeitos em todo o mundo (Redondo, 2013). A Agência para os Direitos Fundamentais da União Europeia indicou em 13 milhões o número de mulheres vítimas de violência física na EU (FRA, 2014).

O presente estudo propõem-se estudar as representações sociais da violência entre parceiros íntimos dos profissionais de saúde. Assim, visa identificá-las e perceber se existem diferenças estatisticamente significativas entre as diversas profissões. Ademais, interessa-nos averiguar se fatores sociodemográficos, como o estado civil, e a presença/ausência de formação sobre violência nas relações íntimas, assim como o momento temporal destas, influenciam as crenças dos profissionais de saúde. Estes objetivos revelam-se pertinentes e atuais face a uma revisão literária que pontua falhas na formação e treino dos profissionais de saúde para lidarem com vítimas e agressores de violência íntima (McClure, 1996; Ramsay et al., 2012). Além de que, apesar do aumento significativo de estudos, continuam a verificar-se lacunas no que diz respeito à exploração das representações sociais da violência conjugal (Casimiro, 2002).

Estudos anteriores revelam que os utentes dos serviços médicos procuram ajuda para tratar os sintomas físicos da violência, omitindo a sua origem (Marinheiro, 2006). Por sua vez, os profissionais de saúde não questionam por terem medo de ofender e perturbar, considerando não terem tempo suficiente nem capacitação para realizar um despiste de violência conjugal (Gonçalves, 2004).

Esperamos, com esta investigação, contribuir para a discussão de uma operacionalização sólida de projetos de formação e capacitação dos profissionais para uma prática clínica consciente do ponto de vista relacional e preparada para o contexto da violência entre parceiros íntimos.

II – Enquadramento concetual

1. Violência entre parceiros íntimos

A violência entre parceiros íntimos consiste num abuso sistemático sobre uma pessoa com a qual o indivíduo mantém ou manteve um relacionamento íntimo (Feder, Huston, Ramsay & Taket, 2006) quer este seja um casamento, uma união de facto, um namoro ou um encontro, entre hétero ou homossexuais (McClure, 1996). “*É uma situação em que um dos parceiros procura exercer controlo sobre vários aspetos da vida do outro parceiro*” (Fife, Ebersole, Bigatti, Lane & Huber, 2008, p.769). O abuso pode ser emocional, verbal, físico, sexual, económico ou financeiro (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Ramsay et al., 2012). Ademais, segundo a Organização das Nações Unidas (1993) a ameaça de cometer estes atos

assim como as supervisões e os contactos controlados a familiares e amigos, quer na vida pública quer na vida privada, são igualmente consideradas forma de violência entre parceiros íntimos. Gregori (1993) afirma que este tipo de violência é determinado por um conflito entre as partes envolvidas, sendo a agressão uma forma enviesada de comunicação, ritualizada em jogos relacionais de poder e prazer.

A violência entre parceiros íntimos pode, para alguns autores, também ser denominada por violência doméstica (Fife et al., 2008) no sentido em que, maioritariamente, ocorre dentro das quatro paredes do lar (Instituto Patrícia Galvão, 2004). Neste sentido, *“o domicílio, que deveria ser o local de proteção, é transformado em espaço de vulnerabilidade a esses eventos”* (Leal, Lopes & Gaspar, 2011, p.410).

“É impossível compreender a violência sem pensar na questão da dependência relacional ou interpessoal” (Alarcão, 2000, p. 289).

A autora começa por nos chamar a atenção para a indissociável relação conteúdo-contexto. Desta forma, realça a importância relacional e o jogo patológico existente na díade, caracterizados por papéis que vão sendo reforçados pelo comportamento do outro e mantidos pelo próprio jogo, permitindo-se olhar para a violência como produto de interações de dependência e vinculações inseguras. Por outras palavras, podemos considerar que, num cenário confirmatório, o próprio ato violento valida a posição do agressor do mesmo modo que mantém possível a existência da vítima, acarretando ganhos escondidos para ambos, sejam eles: sentimento de poder ou controlo, reforço de autoestima ou manutenção de uma identidade. Consideramos, então, que é o sintoma que cria o sistema (Ausloos, 2003).

Neste sentido, para compreendermos a dinâmica da violência entre parceiros íntimos, é importante pensar dois fatores: 1) o carácter cíclico da violência; e 2) a sua intensidade crescente (Alarcão, 2000).

De acordo com Alarcão (2000, p.303), o ciclo da violência é constituído por três fases:

a) na “fase de acumulação de tensão” há pequenos episódios de confronto entre os cônjuges que provocam um acumular da ansiedade e hostilidade; b) na “fase do episódio agudo” a tensão acumulada dá lugar à explosão da violência (...); 3) na “fase de lua de mel”, o arrependimento leva ao procedimento de desculpas e à promessa de que a situação não vai repetir-se”.

Esta leitura permite-nos olhar para o microsistema conjugal e explorar visões múltiplas acerca do problema. No entanto, à luz da perspectiva sistémica e dos modelos ecológicos, há necessidade de se equacionar, ademais, o contexto alargado dos indivíduos, no qual se inserem as suas representações sociais, as suas crenças e ideologias culturais, expectativas, desejos assim como as normas e os papéis sociais e os valores culturais.

Para melhor compreendermos esta complexidade, analisemos o esquema de leitura de violência familiar proposto por Corsi (Figura 1) que nos remete a atenção para a importância e a influência das interações inter e

intrassistemas: a violência ultrapassa as singularidades existentes no casal, transborda as barreiras relacionais e torna-se significativa, por padrões circulares e mensagens repetitivas, na esfera macro do sistema conjugal.

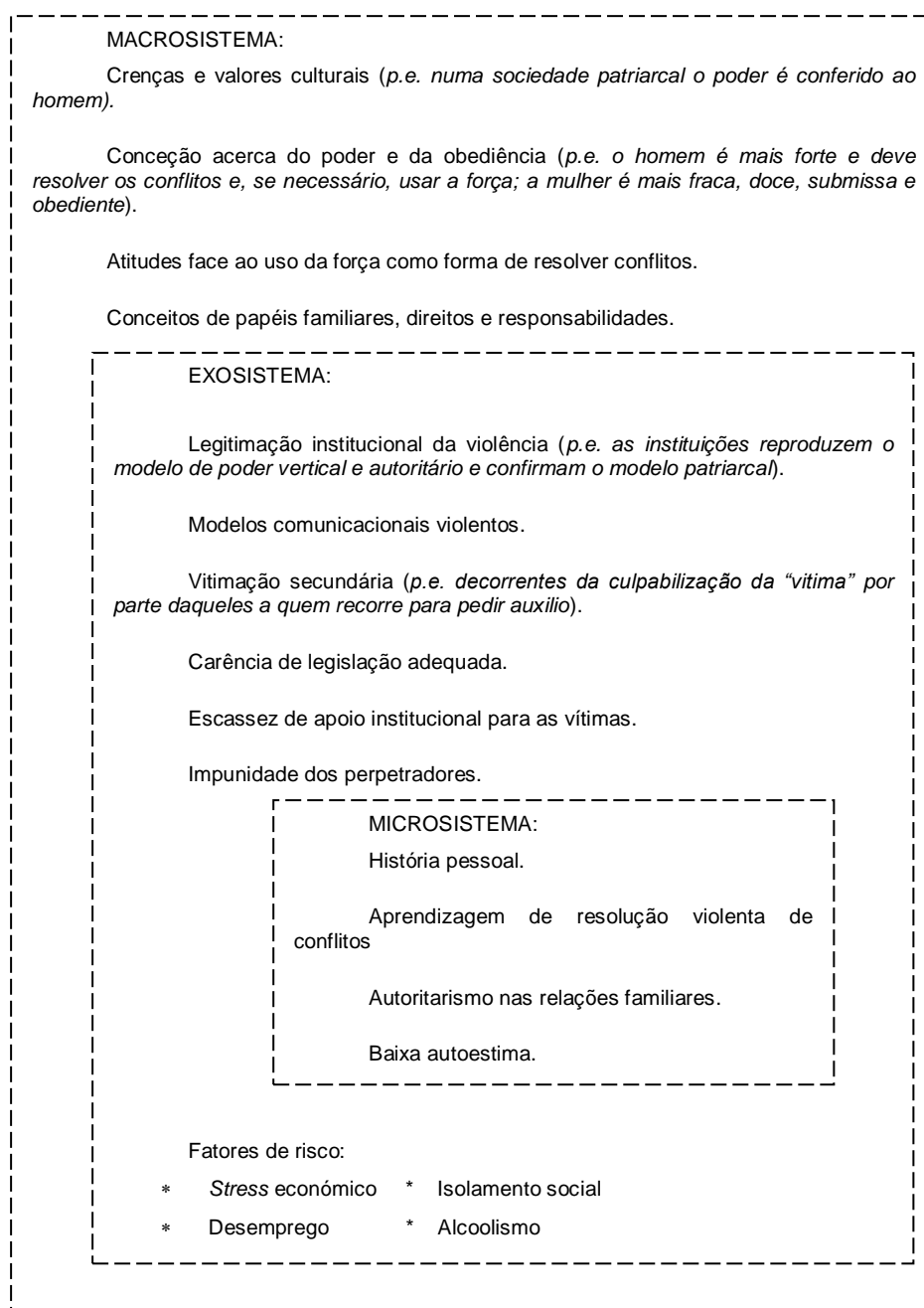


Figura 1. Modelo ecológico de leitura da violência familiar (adaptado de Corsi, 1995, 53, citado em Alarcão, 2000, 313).

Para Perrone e Nannini (1997 citado em Paiva, 2010), a violência ultrapassa os limites da díade (o *eu*, *tu* e o *nós*) e acarreta diversos sentimentos confusos.

Como afirmam McKeel e Sporkowski (1993, p.101), “*os teóricos sistémicos defendem que ambos os cônjuges estão envolvidos*

Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que ohares nos atendem?

Ana Margarida Rodrigues Bompastor (ambompastor@gmail.com) 2014

nas interações violentas e partilham a responsabilidade pela relação em que ocorre o abuso”.

Minuchin, através de uma leitura estrutural da violência, considera:

“um produto de várias gerações de privação e de falta de poder. O violento vê-se frequentemente como fraco e só face àqueles que o atormentam; a representação social tem frequentemente como efeito aumentar-lhe a experiência subjetiva de vítima, criando o risco de aumentar a probabilidade de comportamentos violentos posteriores” (citado em Alarcão, 2000, p.290, in Goldbeter-Merinfeld, 1996, p.158).

2. Representações sociais: o que são e como se constroem

Com um olhar sobre a perspectiva da Psicologia Social, reconhecemos que as representações sociais vão para além da recolha e processamento de informação que os indivíduos, a todo o momento, executam. Quotidianamente, quase pelo senso comum, observamos que as representações sociais atribuem significado e teorizam a realidade (Vala, 2010). São orientadoras do nosso comportamento no sentido em que, ao nos permitirem interpretar a realidade, influenciam o processo de tomada de decisão (Jodelet, 1989).

Enquanto ser social, o Homem tem necessidade de construir coletivamente uma identidade e de partilhar saberes. Esta, por sua vez, permite a comunicação e as interações grupais. É aqui que as representações sociais adquirem sentido. Moscovici (1978, p.26, citado em Leal et al., 2011) define representação social como *“uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”*. Ela é coletivamente construída por interações dos grupos, refletindo o seu contexto assim como o seu micro e macrosistemas (Vala, 2010).

Em síntese, as representações sociais são:

“ (...) entendidas como sistemas de interpretação que regem a relação dos sujeitos com o mundo e com os outros, podendo ser produtos tanto de ideias socialmente reproduzidas quanto de modificações ocorridas por intervenções históricas e sociais. (...) não é um simples reflexo do real, mas sua construção, que ultrapassa o próprio indivíduo, revelando a existência de fenómenos coletivos” (Cavalcanti, Gomes & Minayo, 2006, p.32).

3. Contributos da teoria das representações sociais para a compreensão da violência entre parceiros íntimos no atendimento realizados pelos serviços de saúde.

A teoria das representações sociais permite estudar a complexidade relacional de situações particulares através do seu contexto social, psicológico e histórico pois evidencia a importância da comunicação e do discurso social. A sua contribuição para o estudo da violência entre parceiros íntimos relaciona-se com o caráter funcional que as representações assumem e que nos permite visualizar e compreender a complexidade das relações de género e dos contextos que subjazem a violência nas relações íntimas (Sosa, 2013).

Para Jodelet (1989) é função das representações sociais servir de conhecimento ou saber, de identidade social assim como de norma e justificação para o comportamento. Por este motivo, compreendemos como as representações sociais contribuem para influenciar as ações e as respostas da violência entre parceiros íntimos, quer numa leitura singular como coletiva (Sosa, 2013). *“O reconhecimento destas interações permite compreender como se inicia e persiste a violência”* (idem, p.136).

Apesar de a violência entre parceiros íntimos ocorrer tanto em homens como em mulheres, a sua prevalência e impactos incidem sobre estas (Ramsay et al., 2012). Por este motivo, a literatura tem vindo a revelar uma percentagem de estudos superior sobre a violência perpetuada pelo homem sobre a mulher nas relações heterossexuais (Alarcão, 2000; McClure, 1996). Sosa (2013) reflete esta problemática clarificando como a função justificativa das representações sociais permite interpretar os comportamentos agressivos dos homens. Assim, estes seriam implementados para que o homem mantivesse “a ordem e o controlo” sobre a mulher, a partir do momento em que sentiria o seu “poder” ameaçado. Por sua vez, *“algumas das mulheres agredidas justificam a sua resignação, tolerância e cautela de acordo com as representações sociais da feminilidade”* (Pita Coral & Quintero, 2013 citado em Sosa, 2013, p.136).

Como produto de uma sociedade, as representações sociais desempenham um papel crucial igualmente importante na identidade da saúde pública e privada. Nas instituições, são os profissionais de saúde que, na sua prática clínica, atendem os pacientes que procuram os serviços, frequentemente por queixas sintomáticas. São as condutas destes profissionais que permitem identificar a realidade social. Todavia, os estudos demonstram que os pacientes que procuram ajuda (na sua maioria mulheres), a procuram no sentido de tratar a sintomatologia física visível (Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano & Kageyama-Escobar, 2005). De igual modo, verifica-se que há uma tendência social dos profissionais para atuarem apenas segundo uma lente médico-biológica, dando pouca atenção a sinais ou sintomas relacionais, não questionando as origens de tal sintomatologia (Moreira, Galvão, Melo & Azevedo, 2008).

As barreiras culturais e sociais dos profissionais de saúde (Silva, 2009) assim como a falta de conhecimento, de treino e de formação sobre violência entre parceiros íntimos podem contribuir para a incapacidade dos profissionais em reconhecer e interpretar corretamente os comportamentos associados à violência de género (McClure, 1996).

“Para alguns profissionais de saúde, questionar sobre violência

doméstica é sinónimo de ‘abrir a caixa de Pandora’ ou ‘abrir uma lata de vermes’ (Sugg & Inui, 1992), considerando este problema ‘demasiado complicado’ para indexar. A Associação Americana de Médicos (1992) revela que muitos profissionais são falsamente influenciados por concepções erróneas da sociedade incluindo: a) a violência doméstica é de rara ocorrência; b) a violência doméstica é de cariz privado; c) a violência doméstica não ocorre em relacionamentos normais; e d) a mulher é, de alguma maneira, responsável pelo abuso” (McClure, 1996, p.64).

Ademais, barreiras institucionais, como a falta de suporte, ou barreiras pessoais, como a desconfiança na palavra das pacientes, interferem na qualidade dos atendimentos dos serviços de saúde, nomeadamente pelos médicos (Rodríguez-Bolaños et al., 2005).

Uma outra questão que se levanta prende-se com a capacitação, objetividade e finalidade dos serviços médicos de saúde no aconselhamento, encaminhamento e intervenção, assim como na prevenção de comportamentos violentos nos relacionamentos íntimos. Afinal, qual o papel dos profissionais nos serviços de saúde? Qual a formação que estes profissionais possuem e de que forma lhes incute confiança para agir? Qual o acolhimento das entidades médicas? Moreira et al. (2008) destacaram que muitos profissionais não se sentem preparados para discutir questões relativas ao tema nos serviços, denotando-se nos seus discursos uma lacuna existente relativa à sua formação para a violência entre parceiros íntimos (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012; Djikanovic, Celik, Simic, Matejic & Cucic, 2009; McClure, 1998; Ramsay et al., 2012; Zakar, Zakar & Kraemer, 2011). Esta, por sua vez, é impeditiva de uma abordagem focalizada no problema assim como alargada ao contexto primário da violência. Neste sentido, são tratados os sintomas visíveis (Leal et al., 2011) e a prática clínica finda por se cingir numa ótica paliativa.

Entre o silêncio e a invisibilidade do problema, os pacientes não falam e os profissionais não questionam. A comunicação entre profissionais e pacientes, que se colocam hierarquicamente em níveis diferentes, constitui também um entrave ao enfrentamento da violência entre parceiros íntimos e à construção das suas representações sociais sobre o tema. Como consequência, a dificuldade de comunicação, pela inexistência de uma linguagem comum entre profissionais e utentes, reflete os sentimentos de medo, vergonha, preconceito ou descrédito de ambas as partes (De Ferrante, Santos & Vieira, 2009).

Neste sentido, um olhar diferenciado e atento pode ajudar a identificar situações de violência perpetuadas por parceiros íntimos assim como um atendimento eficaz que acolha, oriente e assista os utentes (Silva, 2009).

A violência doméstica é um problema multidisciplinar (McClure, 1996) e a sua invisibilidade acarreta consequências não só no atendimento dos profissionais de saúde mas também na saúde de todos. Por este motivo, estudar e compreender as representações sociais dos profissionais de saúde pode facilitar a promoção de estratégias de prevenção, no sentido em que estas refletem não só as suas visões individuais e as suas formações mas

também o contexto no qual integram as suas práticas clínicas (Cavalcanti et al., 2006).

4. As representações sociais da violência entre parceiros íntimos dos profissionais de saúde

Quando nos referimos às representações sociais dos profissionais de saúde, “predomina uma desconfiança referente a mecanismos técnicos, legais e sociais para enfrentar a violência, assim como um receio em não poder controlar as respostas das vítimas” (Sugg, 1992 citado em Sosa, 2013, p.137) o que os leva a preferir não assumir uma postura que os comprometa em demasia (Herrera, Rajsbaum, Agoff & Franco, 2006). De Ferrante et al. (2009) afirmam que os profissionais de saúde apresentam dificuldades em lidar com a problemática da violência entre parceiros íntimos.

As representações sociais destes profissionais assemelham-se, em parte, às do senso comum na medida em que tendem a identificar o homem como o agressor e a mulher como a vítima. Esta preposição assenta em determinantes socioculturais que incutem ao homem o papel dominante em relação à mulher, assim como a sua legitimação para perpetuar comportamentos violentos e agressivos como demonstração da sua masculinidade. Portella (2000), ao abordar as crenças que legitimam a violência, associa-as aos costumes e à postura do homem e da mulher no casamento e em sociedade, assim como às formas de controlo mútuas como parte do amor e da hierarquia existente no casal. Schraiber e D’Oliveira (1999) consideram que a conceção cultural das mulheres as considera como sujeitos “dependentes” que necessitam de uma educação rigorosa e controlada, muitas vezes praticada por punições e atitudes corretivas. Deste ponto de vista, esta conduta social justifica a forma como os parceiros íntimos se colocam na díade e se permitem ver e ser vistos como vítimas e agressores, no sentido de uma relação educativa punitiva como forma de amar.

Sosa (2013) observou nos discursos de homens e mulheres profissionais de instituições públicas e de organizações não-governamentais (ONG) uma linguagem muito conversadora e, de certo modo, tradicional que frequentemente culpabiliza as vítimas pelas agressões. No estudo levado a cabo pela autora em 2013, os profissionais do sexo masculino com idades superiores a 45 anos construíram os seus discursos com base em experiências pessoais e mantiveram uma posição distante face ao risco de morte das mulheres agredidas por parceiros íntimos. De outro modo, as profissionais do sexo feminino elencaram como causa da violência as desigualdades entre valores como o respeito, a honestidade e a tolerância e ainda ressaltaram o papel das mulheres na transmissão intergeracional das representações sociais patriarcais (Sosa, 2013). As suas representações englobam ainda o conceito de submissão ao homem por dependência financeira e emocional, considerando-as menos capazes de superar a

Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que ohares nos atendem?

Ana Margarida Rodrigues Bompastor (ambompastor@gmail.com) 2014

violência, o que privilegia uma relação assimétrica destas profissionais com as pacientes do serviço (*idem*).

No que concerne às representações sociais da violência entre parceiros íntimos dos médicos, em concreto, estes: “*por se sentirem despreparados para abordar o tema, o enfrentam com muitos preconceitos de classe social e género, transferindo a responsabilidade, por eventuais falhas no sistema, aos ‘outros’: os serviços, a rede e as mulheres*” (De Ferrante et al., 2009). Num contexto explicativo, algumas barreiras são evidenciadas por Sugg e Innui (1992 citado em De Ferrante et al., 2009) como fatores impeditivos da eficácia da atuação dos médicos, nomeadamente: a) a falta de tempo; b) a probabilidade de se identificarem com os seus pacientes e a crença de que a pessoas como eles possam acontecer tais situações; c) o medo de ofender os pacientes e de expor um assunto privado; e d) o sentimento de impotência face à impossibilidade de controlar os comportamentos dos pacientes e de que estes controlem as suas próprias vidas.

Vieira et al. (2013) focalizam a importância dos sentimentos de impotências, de revolta, de tristeza e de desconforto dos profissionais de saúde aquando o seu atendimento a vítimas de violência. Ademais, clarificam como o receio dos mesmos em serem confrontados com os agressores os resigna, muitas vezes, ao silêncio.

No estudo de De Ferrante et al. (2009), os autores verificaram que todos os médicos mencionaram ter conhecimento da violência entre parceiros íntimos, havendo uma referência maior à violência física e psicológica em sobreposição à violência sexual. De igual modo, é reconhecida como violência entre parceiros íntimos a privação de liberdade e atividade. No entanto, a violência psicológica é considerada por estes profissionais de saúde como a mais grave de todas. Esta representação é sustentada na dificuldade que as vítimas apresentam em a identificar como violência o que, conseqüentemente, leva a uma maior dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecer a problemática e, portanto, intervir eficazmente no sentido de dar resposta à situação. Por conseguinte, nas palavras dos médicos, a violência psicológica é uma chave de entrada para os outros tipos de violência pois “*causa dependência emocional da mulher em relação ao homem, dando margem para o sofrimento das violências física e sexual*” (De Ferrante et al., 2009, p.292).

A representação social da violência entre parceiros íntimos engloba também o conceito de “quem é a vítima” das agressões. No estudo supracitado, os médicos representam como vítima a mulher que está financeira e emocionalmente dependente do parceiro ou que tem medo de perder os filhos ou ainda que tem medo do próprio companheiro.

Moreira et al. (2008) complementam esta visão referindo que a vergonha de expor a situação vivida justifica o silêncio dos pacientes que sofrem de violência entre parceiros íntimos.

Na perspetiva das enfermeiras, a violência contra a mulher por parceiros íntimos é caracterizada como “*uma ação de covardia associada à agressão psicológica, agressão física, tristeza e maus-tratos*” (Leal et al.,

2011, p.421). Para estas profissionais de saúde, a temática em estudo, na sua génese, envolve a rede educacional e familiar dos envolvidos assim como o apoio social e legal dos quais dispõem. Por consequência das suas representações, o estudo comprova que na ação das profissionais de enfermagem há uma restrição nos serviços de saúde prestados. A revolta, o conforto e o carinho que as enfermeiras sentem pelas mulheres que sofrem de violência são os sentimentos que mais peso adquire aquando da prestação de serviços destas profissionais.

5. Conjugalidade e violência entre parceiros íntimos: haverá diferenças entre o estado civil e a violência entre parceiros íntimos? O que nos revelam os estudos?

No que concerne à violência física, vários estudos sugerem que o risco mais elevado de violência entre os parceiros íntimos está relacionado com o estado civil mas este difere culturalmente e em género (Bernards & Graham, 2003). Os autores confirmaram que, relativamente ao índice de agressão física, este é menor nos casamentos comparativamente às uniões de facto e às separações/divórcios (*idem*).

Os estudos de Fife et al. (2008) revelaram valores estatisticamente significativos na associação entre a violência entre parceiros íntimos e o casamento e a união de facto.

Marcus e Swett (2001), ao estudarem a violência nas relações íntimas, afirmam que nos namoros heterossexuais esta é comum e tende a aumentar aquando a longevidade e seriedade da relação.

Poole e Rietschlin (2012) evidenciam que os indivíduos divorciados ou separados são os que reportam, em maior escala, terem experienciado violência entre parceiros íntimos do tipo emocional e financeira. Ademais, os autores ressaltam a relação entre a duração do relacionamento e o tipo de violência, afirmando que em casais de longa duração (trinta anos ou mais) a probabilidade de estes experienciarem algum tipo de violência é relativamente baixa. Por outro lado, o risco de abuso físico é mais elevado em casais com menos de dez anos de relação.

III – Objetivos

No âmbito do estudo da conjugalidade, o presente trabalho propõe-se estudar as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a violência entre parceiros íntimos. Assim, os nossos objetivos gerais são:

- I) Conhecer as representações sociais da violência entre parceiros íntimos dos profissionais de saúde.
- II) Analisar a influência do estado civil na construção das representações sociais da violência entre parceiros íntimos dos profissionais de saúde.

- III) Perceber se existe influência de formações na área da violência entre parceiros íntimos, hipotetizando que estas fornecem informações que permitem diferenciar as suas representações em categorias distintas.

Estudar as representações sociais da violência entre parceiros íntimos dos profissionais de saúde implica conhecê-las para descrevê-las em categorias de representações. Do mesmo modo, os nossos objetivos específicos são:

- I) Conhecer quais as representações por categoria de profissional: será que os médicos, por exemplo, apresentam as mesmas representações sociais que os enfermeiros?
- II) Conhecer se na nossa amostra de profissionais estes frequentaram alguma formação específica sobre violência nas relações íntimas e se estas fazem diferença na construção das representações sociais dos profissionais de saúde.
- III) Perceber se a localização temporal da formação específica em violência íntima entre parceiros (antes, durante ou depois da formação académica de base) modera a relação significativa de influência entre ter determinada formação e o tipo de representação social sobre a violência.

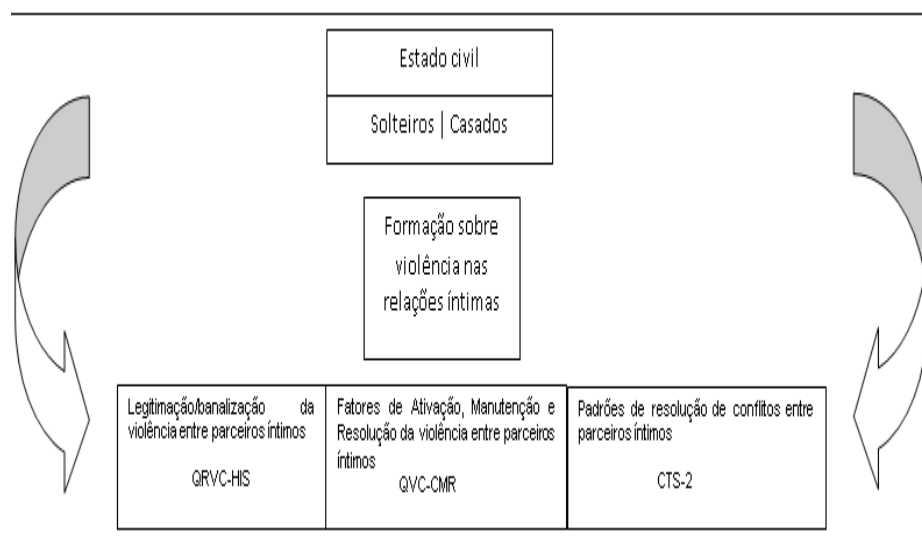


Figura 2. Modelo conceitual das variáveis em estudo

IV – Metodologia

1. Caracterização da amostra

A presente investigação comporta uma amostra de profissionais de saúde, das diversas áreas, à exceção de psicólogos. Esta é constituída por um

Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que ohares nos atendem?

Ana Margarida Rodrigues Bompastor (ambompastor@gmail.com) 2014

total de 156 respondentes (Tabela 1), apresentando 126 sujeitos do sexo feminino (81%) e 30 sujeitos do sexo masculino (19%) com idades (Anexo II, 2.1) compreendidas entre os 21 e os 61 anos ($M = 31.63$; $DP = 9.174$).

Tabela 1. Análise Descritiva da variável “Sexo”

Sexo	N	%
Feminino	126	81
Masculino	30	19
Total	156	100

Do total dos 126 sujeitos, 154 (99%) indivíduos são de nacionalidade portuguesa e 2 (1%) são de nacionalidade brasileira, encontrando-se distribuídos por Portugal Continental, Espanha, França, Suíça, Reino Unido e São Paulo (Anexo II, 2.2).

Relativamente ao estado civil, 51.3% dos respondentes são solteiros ($n = 80$), 41% são casados ($n = 65$) e os restantes .77% encontram-se a viver em união de facto ($n = 12$) (Tabela 2).

Tabela 2. Análise Descritiva da variável “Estado civil”

Estado civil	N	%
Solteiro	80	51.3
Casado	64	41
União de facto	12	.77

No que diz respeito à profissão dos sujeitos (Tabela 3), 45 (28.8%) são enfermeiros, 31 (19.9%) são fisioterapeutas, 19 (12.2%) são médicos, 9 (5.8%) são auxiliares de saúde, 7 (4.6%) são assistentes sociais, 5 (3.2%) técnicos de análises clínicas, 4 (2.6%) são terapeutas da fala, 3 (1.9%) são dentistas, 2 (1.3%) são nutricionistas e 31 (19.9%) pertencem à categoria “outro” (Anexo II, 2.3).

Tabela 3. Análise Descritiva da variável “Profissão”

Profissão	N	%
Médico	19	12.2
Enfermeiro	45	28.8
Fisioterapeuta	31	19.9
Técnico de Análises Clínicas	5	3.2
Dentista	3	1.9
Nutricionista	2	1.3
Terapeuta da Fala	4	2.6
Assistente Social	7	4.6
Auxiliar de Saúde	9	5.8
Outra	31	19.9

Em relação ao tempo de prática da profissão (Tabela 4), 33.3% ($n = 52$) exerce “Entre um e cinco anos”, 19.9% ($n = 31$) exerce “Entre cinco e dez anos”, 15.4% ($n = 24$) exerce “Entre dez e vinte anos”, 14.7% ($n = 23$)

exerce há “Menos de um ano”, 10.9% ($n = 17$) exerce há “Mais de vinte anos” e 5.8% ($n = 9$) exerce “Há um ano”.

Tabela 4. Análise Descritiva da variável “Há quanto tempo exerce a sua profissão?”

Tempo	N	%
Há menos de um ano	23	14.7
Há um ano	9	5.8
Entre um e cinco anos	52	33.3
Entre cinco e dez anos	31	19.9
Entre dez e vinte anos	24	15.4
Há mais de vinte anos	17	10.9

Quisemos ademais saber se os profissionais da nossa amostra alguma vez tiveram contacto com violência no contexto da sua prática profissional (Tabela 5). Neste sentido, 56.4% ($n = 88$) responderam afirmativamente enquanto os restantes 43.6% ($n = 68$) responderam negativamente.

Tabela 5. Análise Descritiva da variável “Alguma vez teve contacto com violência no exercício da sua atividade profissional?”

Alguma vez teve contacto com violência no contexto da sua atividade profissional?	N	%
Sim	88	56.4
Não	68	43.6

A frequência dos contactos no contexto da prática profissional (Tabela 6) é de 23.1% ($n = 36$) para “Algumas vezes” assim como para “Raramente”, 7.7% ($n = 12$) para “Frequentemente” e 2.6% ($n = 4$) para “Muito frequentemente”. Relativamente ao tipo de violência presenciada (Anexo II, 2.4), 45 (28.8%) sujeitos referem ser psicológica, 20 (12.8%) referem ser física e 23 (14.7%) referem ambas sendo que, maioritariamente, esta ocorre entre utentes/doentes ($n = 53$; 34%) (Anexo II, 2.5).

Tabela 6. Análise Descritiva da variável “Se sim, com que frequência?”

Frequência dos contactos	N	%
Muito frequentemente	4	2.6
Frequentemente	12	7.7
Algumas vezes	36	23.1
Raramente	36	23.1

Interessava-nos ainda saber se os profissionais de saúde da nossa amostra alguma vez tiveram algum tipo de formação sobre violência entre parceiros íntimos (Tabela 7). Neste sentido, 36 (23%) responderam que sim e 120 (77%) que não. Destes 23%, 12.2% dos indivíduos realizou apenas uma formação (Anexo II, 2.6) durante a sua formação académica de base ($n = 17$; 10.9%) (Anexo II, 2.7).

Tabela 7. Análise Descritiva da variável “Alguma vez teve algum tipo de formação sobre violência nas relações íntimas?”

Formação específica	N	%
Sim	36	23.1
Não	120	76.9

Por último, relativamente à afirmação “No contexto da minha profissão, a formação sobre violência nas relações íntimas é importante”, 75 (48.1%) dos sujeitos responderam concordar e 48 (30.8%) responderam concordar totalmente (Tabela 8).

Tabela 8. Análise Descritiva da variável “No contexto da minha profissão, a formação sobre violência nas relações íntimas é importante”

No contexto da minha profissão, a formação sobre violência nas relações íntimas é importante	n	%
Concordo	75	48.1
Concordo totalmente	48	30.8
Não concordo nem discordo	23	14.7
Discordo	7	4.5
Discordo totalmente	3	1.9

2. Instrumentos

O protocolo de avaliação utilizado no presente estudo de investigação é composto por um Questionário Sociodemográfico e Dados Complementares e três questionários de autorresposta, nomeadamente, o CTS-2: *The Revised Conflict Tactic Scales*, o QRVC-HIS: Questionário de Violência Conjugal – Histórias e o QVC-CMR: Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução.

2.1. Questionário Sociodemográfico e Dados Complementares¹

O questionário utilizado contempla informação sociodemográfica relativa ao sujeito (nome, idade, sexo, estado civil, naturalidade, profissão, entre outras) e dados complementares relativos às suas vivências e experiências familiares assim como ao contexto da violência no exercício da sua prática clínica. Na última parte do questionário são colocadas algumas questões reflexivas acerca da legitimação da violência conjugal pelo uso de diversas drogas.

¹ Anexo I, 1.4

2.2 CTS-2: *The Revised Conflict Tactic Scales*²

The Revised Conflict Tactic Scales, desenvolvida pelo sociólogo Murray Straus na década de 70, foi validada para a população portuguesa por Alexandra e Figueiredo (2006), denominando-se por Escala de Táticas de Conflito Revisadas. Este é um instrumento de autorresposta cujo principal objetivo se prende com a identificação dos padrões de resolução de conflitos entre os parceiros íntimos, nomeadamente, através de estratégias de negociação ou de abuso (Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996).

Nesta linha de raciocínio, o instrumento adaptado à população portuguesa apresenta, na sua constituição, as mesmas cinco escalas propostas pelos autores da escala original: a) negociação (emocional e cognitiva); b) agressão psicológica; c) abuso físico sem sequelas; d) coerção sexual; e) abuso físico com sequelas (Alexandra & Figueiredo, 2006). Estas, por sua vez, consubstanciam-se, ao longo do questionário, em 39 pares de perguntas, perfazendo um total de 78 questões. As escalas permitem um total de 30 resultados possíveis: “5 escalas × 2 classificações para o tipo de agente (sujeito ou companheiro) × 3 tipos de classificações para os níveis de severidade (ligeiro, severo, total) = 30 scores” (Alexandra & Figueiredo, 2006, p.17).

Na prática, é pedido ao sujeito que objetive acerca das situações expostas, referentes ao período de “há um ano para cá”, e dê o seu parecer em relação às dinâmicas da díade. O objetivo é avaliar não só a perceção deste em relação a si mesmo como também a perceção que este apresenta do seu companheiro/a em relação a si, nas suas dinâmicas conjugais. Assim, face a cada questão, o respondente serve-se de oito categorias de resposta: as primeiras seis destinadas a determinar a prevalência e a cronicidade relativamente à sua situação atual (1 – Uma vez, de há um ano para cá; 2 – duas vezes, de há um ano para cá; 3 – três a cinco vezes, de há um ano para cá; 4 – seis a dez vezes, de há um ano para cá; 5 – onze a vinte vezes, de há um ano para cá; 6 – mais de vinte vezes, de há um ano para cá); e as últimas duas destinadas a determinar a sua prevalência global (A – Isso aconteceu noutra(s) relação(ões); 0 – Isso nunca me aconteceu) (Alexandra & Figueiredo, 2006; Vieira, 2013). Estas categorias permitem-nos perceber a frequência da perpetração e/ou vitimização do respondente face às várias estratégias utilizadas pelo casal na resolução de conflitos.

Relativamente aos indicadores psicométricos, os estudos de Ávila (2013), com uma amostra de estudantes do ensino superior, encontraram valores de consistência interna elevados. No que diz respeito à perpetração da violência entre parceiros íntimos, o valor de alfa de Cronbach mais elevado encontra-se na escala de abuso físico com sequelas ($\alpha = .89$), seguido da escala de negociação ($\alpha = .85$), da escala de abuso físico sem sequelas ($\alpha = .83$), da escala de agressão psicológica ($\alpha = .73$) e, por último,

² Anexo I, 1.5

da escala de coerção sexual ($\alpha = .72$). Por sua vez, no que concerne à vitimação, o estudo revelou valores de alfa de Cronbach diferentes: .90 para a escala de abuso físico com sequelas; .85 para a escala de negociação; .84 para a escala do abuso físico sem sequelas; .71 para a escola de agressão psicológica; e .65 para a escola de coerção sexual (Ávila, 2013). Comparativamente, nos estudos de validação do instrumento (Alexandra & Figueiredo, 2006) obtiveram valores mais baixos quer para a perpetração da violência quer para a vitimação. Assim, relativamente à perpetração, obteve-se o valor .78 para a escala abuso físico sem sequelas, .73 para a escala de negociação, .68 para a escala de agressão psicológica, .56 para a escala de coerção sexual e .50 para a escala de abuso físico com sequelas; e para a vitimação o valor de .74 para a escala de abuso físico sem sequelas, .71 para a escala de negociação, .64 para a escala de agressão psicológica, .51 para a escala de coerção sexual e .47 para a escala de abuso físico com sequelas.

No presente estudo, os sujeitos responderam a todas as escalas, no entanto, o grupo de investigação optou por elencar os fatores referentes às escalas de negociação e de agressão psicológica para, posteriormente, os correlacionar com as variáveis em estudo.

Para avaliarmos as qualidades psicométricas do instrumento, recorreremos a uma análise da consistência interna para a vitimação e para a perpetuação das escalas referidas anteriormente. Neste sentido, obtivemos: a) para a escala Negociação-Vitimação um alfa de Cronbach elevado de .766 ($M = 16.45$; $DP = 8.15$); b) para a escala de Negociação-Perpetuação um alfa de Cronbach elevado de .843 ($M = 18.08$; $DP = 8.78$); c) para a escala de Agressão Psicológica-Vitimação de .804 ($M = 3.99$; $DP = 5.96$); e d) para a escala de Agressão Psicológica-Perpetuação de .716 ($M = 5.46$; $DP = 5.84$).

É importante referir que, na presente investigação, recorreremos apenas à cronicidade³ para tratar os resultados obtidos.

2.3 QRVC-HIS: Questionário de Violência Conjugal – Histórias⁴

O Questionário de Violência Conjugal – Histórias desenvolvido por Alarcão, Alberto, Correia e Camelo (2007) é um instrumento de autorresposta composto por três histórias de vivências conjugais violentas. O objetivo do instrumento é avaliar as representações sociais da violência entre parceiros íntimos e o seu grau de legitimação ou banalização.

O QRCV-HIS assenta nos pressupostos teóricos, presentes na literatura, acerca das diferentes leituras relativas à dinâmica da violência no casal, às suas causas e consequências, assim como na experiência clínica das autoras (Aguilar, 2010).

³ A cronicidade corresponde à frequência em que os atos avaliados por cada escala ocorrem entre os sujeitos que os praticam.

⁴ Anexo I, 1.6

Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que ohares nos atendem?

Para a sua elaboração foram tidos em consideração fatores teóricos como: a) a legitimação e/ou banalização da violência conjugal; b) a legitimação/justificação da violência pela conduta da vítima; c) a legitimação/justificação da violência por fatores externos (como, por exemplo, *stress*, consumo de álcool e/ou de drogas); d) a desvalorização/aceitação da violência em favor da privacidade/coesão familiar; e e) a (im)possibilidade de atribuição da violência ao agressor em função do seu estatuto social, económico e escolaridade (Paiva, 2010).

Na prática, o questionário é constituído por três histórias de violência conjugal. No final de cada história são apresentadas dez afirmações. É solicitado ao respondente que indique o seu grau de concordância com cada uma delas, de acordo com uma escala de *Likert* de quatro pontos (1 – Discordo Completamente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; e 4 – Concordo Completamente). Nesta linha de raciocínio, à resposta “1 – Discordo Completamente” está associado um menor grau de legitimação da violência, por oposição à resposta “4 – Concordo Completamente”.

O estudo de validação de Aguilar (2010) obteve um alfa de Cronbach de .947, evidenciando uma boa consistência interna com uma amostra da população geral. Estudos anteriores revelaram igualmente um valor de consistência interna elevado, com um coeficiente de alfa de Cronbach de .95 (Correia, 2008), .939 (Camelo, 2009) e .91 (Paiva, 2010).

No presente estudo, de forma a avaliarmos a precisão do instrumento, recorremos aos estudos de consistência interna para cada uma das três histórias e para o total das histórias. Assim, para a História 1, História 2 e História 3 obtivemos um valor de alfa de Cronbach elevado, respetivamente, de .75, .90 e .89.

Relativamente ao total das histórias, o alfa de Cronbach apresenta um valor elevado de .93. Por se verificar que todos os itens apresentam correlações elevadas com o total do questionário, o retirar de qualquer item não influenciaria a consistência interna do instrumento.

2.4 QVC-CMR: Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução⁵

O Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR) é um instrumento de autorresposta desenvolvido para identificar fatores relacionados com o aparecimento da violência conjugal, com a sua manutenção e o seu desaparecimento (Alarcão, M., Alberto, I., Camelo A. & Correia, A., 2007).

O instrumento é composto por três conjuntos de afirmações, cada um relativo a um dos fatores supramencionados. Estas, por sua vez, podem ser categorizadas em três tipos de afirmações relacionadas com: 1) o agressor; 2) a vítima; e 3) o contexto relacional (filhos, família e sociedade em geral)

⁵ Anexo I, 1.7

(Aguilar, 2010; Paiva, 2010).

É pedido ao respondente que, em cada um dos conjuntos, responda de acordo com a sua opinião através de uma escala de *Likert* de quatro pontos (1 – Discordo Totalmente, 2 – Discordo, 3 – Concordo, 4 – Concordo totalmente).

No que concerne à sua validade interna, o QVC-CMR obteve, em estudos anteriores, valores que revelam uma boa consistência interna. Aguilar (2010) obteve um alfa de Cronbach no valor de .88 para o Fator de Ativação, .83 para o Fator de Manutenção e .84 para o fator resolução. Por sua vez, Paiva (2010) obteve valores elevados de consistência interna apenas nos Fatores de Ativação ($\alpha = .80$) e manutenção ($\alpha = .83$), tendo encontrado um valor mais baixo para os Fatores de Resolução ($\alpha = .60$).

No presente estudo, o QVC-CMR apresentou boas qualidades psicométricas. Neste sentido, obteve-se, para o Fator de Ativação um alfa de Cronbach elevado com o valor de .87 e média de 33.22 ($DP = 7.57$), para o Fator de Manutenção obteve-se um valor de alfa de Cronbach elevado de .88 e média de 41.81 ($DP = 6.70$) e, para o Fator de Resolução, obteve-se um alfa de Cronbach elevado de .85 e média de 44.91 ($DP = 6.07$).

2.5 Procedimentos de investigação

O presente estudo insere-se num projeto de investigação sobre vivências familiares em estudantes do ensino superior e profissionais de diversos países, nomeadamente, Angola, Brasil, Estados Unidos e Portugal.

A primeira etapa do estudo consistiu na recolha da amostra. Esta foi conseguida com recurso aos protocolos *online* e em suporte de papel durante o período de fevereiro a maio de 2014 segundo o processo de seleção da amostragem por conveniência. Aos participantes, foi-lhes facultado o protocolo na sua íntegra, ordenado pela seguinte lógica: Questionário Sociodemográfico, CTS-2: *The Revised Conflict Tactic Scales*, QRVC-HIS: Questionário de Violência Conjugal – Histórias e QVC-CMR: Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução. Foi-lhes ademais garantido o anonimato e confidencialidades dos dados pelo que, nos protocolos entregues em suporte de papel, foi ainda facultada uma declaração de Consentimento Informado.

Devido ao facto de se tratar de instrumentos de autorresposta, todos os protocolos foram preenchidos na nossa ausência. Por este motivo, disponibilizámos informação aos participantes no sentido de os incentivar a responder a todas as questões, consciencializando-os da importância da sua participação para a investigação mas também da possibilidade de desistência a qualquer momento.

2.6 Procedimentos estatísticos

O segundo passo do presente estudo consistiu na análise estatística dos dados obtidos através da recolha da amostra. Para este fim, recorremos ao programa SPSS – *Statistical Package of Social Science* – versão 20.0 para o Windows. As análises efetuadas tiveram como ponto de partida os objetivos traçados *à priori* para o estudo. No ponto V serão apresentados os resultados relativos às mesmas.

Tendo como ponto de partida o número efetivo de amostrais ($N = 156$), optámos por utilizar testes paramétricos. Segundo a Teoria do Limite Central (Marôco, 2011), para amostras superiores a 25-30 sujeitos está assegurada a normalidade da distribuição pelo que é justificável a utilização de testes paramétricos.

Num primeiro momento, de modo a percebermos quais as crenças associadas à violência entre parceiros íntimos, recorremos a uma Análise Descritiva dos instrumentos de avaliação. Posteriormente, pelo recurso ao Teste T para Amostras Independentes, averiguámos a influência do estado civil na variável dependente. Logo de seguida, realizámos o Teste de *Mann-Whitney* com o objetivo de verificar a existência de diferenças entre os sujeitos solteiros e os sujeitos casados nos Fatores de Ativação, Resolução e Manutenção. Num terceiro momento, procurámos perceber se esta era influenciada pela presença ou não de formação na área da violência entre parceiros íntimos e, para este fim, recorremos ao Teste T. Em seguida, interessou-nos perceber se o momento em que esta formação foi adquirida influencia a representação social dos profissionais de saúde. Para o efeito, realizámos uma *Anova one-way*. Por último, através do Coeficiente de Correlação de *Pearson* procurámos diferenças relativamente às diversas categorias de profissionais de saúde.

V – Resultados

1. Crenças dos profissionais de saúde em torno da violência conjugal (QRVC-HIS e QVC-CMR)

De modo a identificarmos as representações sociais da violência entre parceiros íntimos dos profissionais de saúde da nossa amostra, analisámos descritivamente o QRVC-HIS e o QVC-CMR.

Neste sentido, relativamente ao QRVC-HIST (Tabela 9), verificámos que a história que apresenta uma média mais elevada é a História 2 ($M = 39.85$; $DP = 10.20$), seguindo-se a História 3 ($M = 33.22$; $DP = 7.57$) e, por último, a História 1 ($M = 12.80$; $DP = 3.74$). Estes resultados sugerem que os profissionais de saúde legitimam mais a violência entre parceiros íntimos

Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que ohares nos atendem?

quando esta surge em casais idosos, por consequência do cansaço do trabalho, e é perpetuada pela mulher sobre o homem, correspondendo a média mais elevada ao item “*Provavelmente a Luísa é mais agressiva com o António por causa de estar tão cansada com todo o trabalho que tem*” ($M = 1.8$; $DP = .84$). De seguida, há uma maior legitimação da amostra quando a violência surge num contexto de consumo excessivo de álcool e em que a vítima é a mulher, sendo o item “*O problema é o álcool; O Esteves só se torna agressivo por causa do vinho*”, aquele com média mais elevada ($M = 1.52$; $DP = .70$). A legitimação da amostra face à violência entre parceiros íntimos é menor quando se trata de casais da casa dos 40 e com formação académica superior, sendo o item “*A Manuela e o Arménio são adultos responsáveis e devem resolver os problemas da violência ‘entre portas’, sem trazer a público estas questões*” aquele que apresenta a média mais elevada ($M = 1,61$; $DP = .83$).

Tabela 9. Análise Descritiva das respostas ao QRVC-HIS

	Média	Desvio padrão
História 1	12.80	3.735
História 2	39.85	10.202
História 3	33.22	7.574

No que diz respeito ao QVC-CMR, fomos analisar, por fatores, os três itens com médias mais elevadas e os três itens com médias mais baixas.

Neste sentido, os profissionais de saúde da nossa amostra consideraram como sendo as principais causas da violência as “*Dificuldades económicas do casal/família*” ($M = 2.91$; $DP = .91$), os “*Antecedentes de violência na família de origem do agressor e/ou da vítima*” ($M = 2.72$; $DP = .88$) e as “*Relações extraconjugais do agressor/da vítima*” ($M = 2.67$; $DP = .81$). Como fatores que estarão menos na origem deste problema apontam a “*Doença mental da vítima*” ($M = 1.92$; $DP = .84$); a “*Interferência de outros familiares*” ($M = 2.10$; $DP = .86$) e os “*Comportamentos provocadores da vítima*” ($M = 2.16$; $DP = .91$) (Tabela 10).

Tabela 10. Fatores de Ativação da violência conjugal (QVC-CMR)

Fator de Ativação	Média	Desvio padrão
Consumos de álcool ou drogas por parte do agressor	2.33	.967
Doença mental do agressor	2.27	.967
Baixo grau de instrução do agressor	2.32	.936
Baixa autoestima do agressor	2.22	.881
Doença mental da vítima	1.92	.835
Comportamento provocador da vítima	2.16	.914
Fragilidade emocional da vítima	2.27	.866
Interferência de outros familiares	2.10	.857
Problemas/dificuldades criadas pelos filhos	2.31	.837
Relações extraconjugais do agressor/da vítima	2.67	.811
Antecedentes de violência na família de origem do agressor e/ou da vítima	2.72	.877

Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que ohares nos atendem?

Aceitação social da violência	2.51	.919
Isolamento social do casal/família	2.53	.874
Dificuldades económicas do casal/família	2.91	.906

Relativamente aos Fatores de Manutenção (Tabela 11), os itens com médias mais elevadas em grau de concordância foram a “Ausência de denúncia por parte da vítima ou de terceiros” ($M = 3.30$; $DP = .74$), o “Medo de retaliações por parte da vítima” ($M = 3.15$; $DP = .69$) e as “Promessas de mudança por parte do agressor” ($M = 3.13$; $DP = .69$). Por sua vez, os itens com médias mais baixas em grau de concordância foram a “Aceitação social da violência” ($M = 2.67$; $DP = .82$), o “Desconhecimento da vítima relativamente aos seus direitos” ($M = 2.76$; $DP = .81$) e a “Valorização da união familiar” ($M = 2.83$; $DP = .89$).

Tabela 11. Fatores de Manutenção da violência conjugal (QVC-CMR)

Fator de Manutenção	Média	Desvio padrão
Ausência de denúncia por parte da vítima	3.30	.739
Falta de confiança na eficácia da justiça	3.09	.803
Valorização da união familiar	2.83	.890
Existência de filhos	2.97	.765
Isolamento social da vítima e/ou da família	2.95	.677
Falta de conhecimento da vítima sobre como pedir ajuda	3.02	.735
Ambivalência da vítima face ao agressor	3.08	.735
Medo de retaliações por parte da vítima	3.15	.687
Desconhecimento da vítima relativamente aos seus direitos	2.76	.814
Ameaça de suicídio por parte do agressor	3.01	.721
Promessas de mudança por parte do agressor	3.13	.686
Ternura do agressor fora dos momentos de violência	2.90	.790
Aceitação social da violência	2.67	.822
Interferência de outros familiares	2.93	.780

Em relação aos Fatores de Resolução (Tabela 12), a amostra elegeu com maior grau de concordância a “Educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória” ($M = 3.50$; $DP = .62$), o “Condenar mais agressores” ($M = 3.49$; $DP = .67$) e o “Afastar o agressor” ($M = 3.42$; $DP = .65$). Por sua vez, os resultados apontam para um menor grau de concordância em “Aumentar os direitos da mulher” ($M = 2.84$; $DP = .81$), em “Melhorar as condições socioeconómicas das famílias” ($M = 2.93$; $DP = .77$) e em “Aumentar os tempos de lazer das famílias” ($M = 2.95$; $DP = .73$).

Tabela 12. Fatores de Resolução da violência conjugal (QVC-CMR)

Fator de Resolução	Média	Desvio padrão
Afastar o agressor	3.42	.648
Condenar mais agressores	3.49	.674
Estimular a denúncia das situações de violência	3.35	.706
Estimular a separação/divórcio do casal	3.32	.745
Proteger a vítimas e os filhos, se os houver	3.34	.759

Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que ohares nos atendem?

Mudar o comportamento da vítima	3.10	.760
Tratar o agressor	3.17	.820
Tratar o casal	3.28	.779
Informar mais a população gera sobre as consequências da violência conjugal	3.17	.739
Melhorar as condições socioeconômicas das famílias	2.93	.772
Aumentar os direitos da mulher	2.84	.806
Aumentar os tempos de lazer das famílias	2.95	.729
Intervenção de outros familiares, amigos, vizinhos	3.07	.831
Educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória.	3.50	.622

2. Influência da variável “Estado civil”

Para avaliarmos a influência da variável “Estado civil” na legitimação/banalização das representações sociais da violência entre parceiros íntimos dos profissionais de saúde da nossa amostra recorreremos ao Teste T para Amostra Independentes. A função do Teste T é averiguar se as médias da variável dependente diferem significativamente nos dois grupos em comparação (Martins, 2011).

Pela análise do Teste T (Tabela 13) averiguámos que não há influência da variável “Estado civil” na legitimação da violência entre parceiros íntimos.

Tabela 13. Influência da variável “Estado civil” no QRVC-HIS (Teste T)

	t (df)	p
Total História 1	-.450 (142)	.653
Total História 2	-1,607 (110.846)	.111
Total História 3	-1,543 (104.241)	.126
Total 30 itens	-1,294 (117.463)	.198

Por sua vez, de forma a estudarmos se existem diferenças significativamente estatísticas entre os sujeitos “casados” e os sujeitos “solteiros”, nos Fatores de Ativação, Manutenção e Resolução da violência entre parceiros íntimos, utilizámos o Teste de *Mann-Whitney*. De acordo com Martins (2011), este averigua se ao nível de uma variável dependente ordinal, as ordens médias de dois grupos independentes diferem. Trata-se, portanto, de um teste equivalente ao Teste T para Amostras Independentes.

Pela análise dos resultados obtidos (Tabela 14) concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível dos Fatores de Manutenção entre os indivíduos solteiros e os indivíduos casados, nomeadamente, nos itens “*Valorização da união familiar*” ($U = 1940.50$, $p = .02$) e “*Existência de filhos*” ($U = 1940.00$, $p = .02$). Ambos os itens são

Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que ohares nos atendem?

mais pontuados pelos sujeitos solteiros obtendo-se, respetivamente, uma ordem das médias de 77.44 e 77.43 comparativamente a 62.80 e 62.81 dos casados. Por sua vez, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível dos Fatores de Resolução no item “*Mudar o comportamento da vítima*”, $U = 2015.50$, $p = .05$. Neste, são os casados quem apresentam um RANK maior (77.99) comparativamente aos solteiros (65.51). O item “*Afastar o agressor*”, apesar de apresentar um nível de significância de .06, está muito próximo do valor convencional para a existência de diferenças, pelo que a sua referência parece-nos pertinente ($U = 2045.00$, $p = .60$).

Tabela 14. Influência da variável “Estado civil” no QVC-CMR (Teste de Mann-Whitney)

Fatores	U	p	
Fatores de Ativação	Consumos de droga ou álcool por parte do agressor	2360.00	.492
	Doença mental do agressor	2448.50	.758
	Baixo grau de instrução do agressor	2480.50	.866
	Baixa autoestima do agressor	2495.50	.915
	Doença menta da vítima	2391.00	.577
	Comportamento provocador da vítima	2512.00	.973
	Fragilidade emocional da vítima	2132.00	.122
	Interferência de outros familiares	2445.50	.749
	Problemas/dificuldades criadas pelos filhos	2495.00	.914
	Relações extraconjugais do agressor/da vítima	2357.50	.573
	Antecedentes de violência na família de origem do agressor e/ou da vítima	2246.00	.219
	Aceitação social da violência	2499.50	.929
	Isolamento social do casal/família	2370.00	.510
	Dificuldades económicas do casal/família	2426.50	.682
	Ausência de denúncia por parte da vítima ou de terceiros	2416.00	.879
	Fatores de Manutenção	Falta de confiança na eficácia da justiça	2388.00
Valorização da união familiar		1940.50	.024
Existência de filhos		1941.00	.017
Isolamento social da vítima e/ou da família		2329.50	.557
Falta de conhecimentos da vítima sobre como pedir ajuda		2125.00	.121
Ambivalência da vítima face ao agressor		2321.00	.663
Medo de retaliações por parte da vítima		2187.50	.214
Desconhecimento da vítima relativamente aos seus direitos		2287.00	.458
Ameaça de suicídio por parte do agressor		2269.00	.495
Promessas de mudança por parte do agressor		2329.50	.553

	Ternura do agressor fora dos momentos de violência	2203.00	.315
	Aceitação social da violência	2212.00	.279
	Interferência de outros familiares	2292.50	.471
	Afastar o agressor	2045.00	.060
	Condenar mais agressores	2266.00	.470
	Estimular a denúncia das situações de violência	2385.50	.771
	Estimular a separação/divórcio do casal	2236.00	.405
	Proteger a vítima e os filhos, se os houver	2320.50	.554
	Mudar o comportamento da vítima	2015.50	.046
	Tratar o agressor	2448.50	.998
	Tratar o casal	2356.00	.673
Fatores de Resolução	Informar mais a população gera sobre as consequências da violência conjugal	2250.50	.366
	Melhorar as condições socioeconômicas das famílias	2166.00	.201
	Aumentar os direitos da mulher	2292.50	.480
	Aumentar os tempos de lazer das famílias	2185.50	.228
	Intervenção de outros familiares, amigos, vizinhos	2213.50	.289
	Educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória	2385.00	.992

3. Influência da variável “Alguma vez teve algum tipo de formação sobre violência nas relações íntimas?”

Com o objetivo de calcularmos a influência da variável “Alguma vez teve algum tipo de formação sobre violência nas relações íntimas” recorreremos ao Teste T para Amostras Independentes.

Neste sentido, o Teste de *Levene* revelou haver homogeneidade em todos os resultados obtidos pelo que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos grupos de resposta (Tabela 15) (QRVC-HIS e CTS-2). Em síntese, não há influência da variável “Alguma vez teve algum tipo de formação sobre violência nas relações íntimas?” nas representações sociais da mesma.

Tabela 15. Análise da influência da variável “Alguma vez teve algum tipo de formação sobre violência nas relações íntimas?” (Teste T)

	t (df)	p
Total História 1	.787 (153)	.443
Total História 2	1.863 (153)	.064
Total História 3	.639 (153)	.524

Total 30 itens	1,281 (153)	.202
CTS Negociação Perpetrador	-.781 (153)	.436
CTS Negociação Vítima	-.665 (153)	.507
CTS Agressão Psicológica Perpetrador	-1.186 (153)	.238
CTS Agressão Psicológica Perpetrador Vítima	-1.031 (153)	.304

4. Influência da variável “Quando obteve a(as) formação(ões) sobre violência nas relações íntimas?”

Por último, fomos explorar a influência da variável “Quando obteve a(as) formação(ões) sobre a violência nas relações íntimas?”. Para este fim, utilizámos uma *Anova one-way* para variáveis categoriais.

A análise dos resultados obtidos (Tabela 16) aponta para a não influência da variável na legitimação da violência conjugal.

Tabela 16. Influência da variável “Quando obteve a(as) formação(ões) sobre violência nas relações íntimas?” (Anova one-way)

	F (df)	p
Total História 1	.158 (5, 30)	.976
Total História 2	.653 (5, 30)	.661
Total História 3	.523 (5, 30)	.757
Total 30 itens	.266 (5, 30)	.928

5. Influência da variável “Profissões”

Através de uma *Anova one-way*, fomos averiguar se as categorias de profissões influenciam as representações sociais que os profissionais de saúde concebem da violência entre parceiros íntimos.

Neste sentido, pela observação dos resultados encontrados (Tabela 17) apurámos que existem diferenças significativas ao nível da representação social da violência entre parceiros íntimos em função da profissão para a História 2 [$F(9,146) = 3.28, p = .001$] e para o Total 30 Itens [$F(9,15) = 2.10, p = .033$].

Tabela 17. Influência da variável “Profissões” (Anova one-way)

	F (df)	p
Total História 1	1.033 (9, 146)	.416
Total História 2	2.375 (9, 146)	.001
Total História 3	.990 (9, 146)	.451
Total 30 itens	2.10 (9, 146)	.033

No entanto, o Teste *Post-hoc* de *Bonferroni*, ao efetuar as comparações múltiplas, revelou não haver diferenças significativas entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, auxiliares de saúde, terapeutas da fala, nutricionistas e dentistas no que concerne às representações sociais da violência entre parceiros íntimos.

6. Relação entre a legitimação/banalização da violência conjugal e os padrões de resolução de conflitos entre parceiros íntimos (CTS-2)

Para averiguarmos se duas variáveis intervalares estão associadas utilizamos o Coeficiente de Correlação de *Pearson* (Martins, 2011).

Os resultados obtidos (Tabela 18) apontam para a existência de uma correlação positiva significativa entre o Total 30 Itens e o CTS Agressão Psicológica Perpetrador, $r = .31$, $p = .000$. Assim, maior legitimação da violência conjugal está associada a maior perpetração da agressão psicológica como padrão de resolução de conflitos entre parceiros íntimos. Do mesmo modo, há uma correlação positiva significativa entre o Total 30 Itens e o CTS Agressão Psicológica Vitimação, $r = .33$, $p = .000$. Assim, maior legitimação da violência conjugal está associada a maior vitimação da agressão psicológica.

Por sua vez, há uma correlação positiva significativa entre o CTS Negociação Perpetrador e o CTS Negociação Vítima, $r = .89$, $p = .000$. Assim, maior perpetração da negociação está associada a maior vitimação da mesma. Existe também uma correlação positiva significativa entre o CTS Negociação Perpetrador e o CTS Agressão Psicológica Perpetrador, $r = .33$, $p = .000$. Assim, maior perpetração da negociação está associada a maior perpetração da agressão psicológica. Ademais, há uma correlação positiva significativa entre o CTS Negociação Perpetrador e o CTS Agressão Psicológica Vítima, $r = .25$, $p = .002$. Assim, maior perpetração da negociação está associada a maior vitimação da agressão psicológica.

Relativamente à Negociação Vitimação, há uma correlação positiva significativa entre o CTS Negociação Vítima e o CTS Agressão Psicológica Perpetrador, $r = .42$, $p = .000$. Assim, maior vitimação da negociação está associada a maior perpetração da agressão psicológica. Ademais, há uma correlação positiva significativa entre o CTS Negociação Vítima e o CTS Agressão Psicológica Vítima, $r = .31$, $p = .000$. Assim, maior vitimação da negociação está associada a maior vitimação da agressão psicológica.

Por último, há uma correlação positiva significativa entre o CTS Agressão Psicológica Perpetrador e o CTS Agressão Psicológica Vítima, $r = .78$, $p = .000$. Assim, maior perpetração da agressão psicológica está associada a maior vitimação da mesma.

Tabela 18. Relação entre os padrões de resolução de conflitos entre parceiros íntimos e a legitimação/banalização da violência conjugal (CTS-2) (Correlações)

	História 30 itens	CTS Negociação Perpetrador	CTS Negociação Vítima	CTS Agressão Psicológica Perpetrador	CTS Agressão Psicológica Vítima
História 1	.827**	.186*	.181*	.188*	.226**
História 2	.892**	.080	.052	.256**	.263**
História 3	.879**	.112	.065	.350**	.375**
Total 30 itens		.148	.113	.304**	.324**
CTS Negociação Perpetrador			.894**	.325**	.250**
CTS Negociação Vítima				.416**	.306**
CTS Agressão Psicológica Perpetrador					.776**

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

V – Discussão

Ao longo da discussão, procurámos relacionar e fundamentar os resultados obtidos com a revisão literária encontrada. Contudo, estamos perante um estudo exploratório pelo que a extrapolação de hipóteses alternativas constitui apenas possíveis leituras provenientes dos resultados alcançados. Por este motivo, é necessário algum cuidado quanto à generalização dos dados para a população em geral.

1. Crenças dos profissionais de saúde sobre a violência conjugal (QRVC-HIS e QVC-CMR)

Os resultados encontrados sugerem que os profissionais de saúde legitimam pouco a violência entre parceiros íntimos. Estes vão no sentido da confirmação de estudos anteriores (Gonçalves, 2004; Vieira, 2013). Não obstante, faz-me sentido refletir sobre algumas características sociodemográficas da nossa amostra. Neste sentido, diversos fatores poderão ser explicativos da fraca aceitabilidade da violência conjugal. Assim, o facto de se tratar de uma amostra de profissionais de saúde jovem ($M = 31.63$), na sua maioria mulheres, com cargos reconhecidos e exigentes que, *a priori*, valorizam a independência e igualdade de poder entre homens e mulheres, que assumem um papel ativo na sociedade e apresentam conhecimentos

Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que ohares nos atendem?

Ana Margarida Rodrigues Bompastor (ambompastor@gmail.com) 2014

superiores e fácil acesso à informação, poderão constituir um contexto para uma menor legitimação da violência.

No que concerne às histórias que constituem o QRVC-HIS, verificámos que, apesar da pouca aceitação da violência, a História 2 foi aquela em que se obteve um maior grau de legitimação. Esta reflete as vivências de um casal de idosos em que a vítima é o homem. Assim, os resultados corroboram os estudos anteriores que revelam que a violência perpetuada sobre o homem é menos visível (George, 2003) e considerada menos negativa do que a exercida sobre as mulheres (O’Leary, 1993 citado em George, 2003). Ademais, o uso da violência tende a ser mais aceite se for direcionada do feminino para o masculino (Emergy, 2010; Price & Byers, 1999). Outros estudos revelam que a violência no feminino é menos ofensiva ou ilegal (Carlson & Worden, 2005 citado em Vieira, 2013).

A História 3 foi aquela que obteve o segundo maior grau de legitimação. Esta reporta as vivências de um casal em que o homem agride a mulher, estando esta grávida, e existe consumo excessivo de álcool. Mais uma vez, este resultado é concordante com a literatura existente que tende a considerar o álcool como uma das principais causas da violência (Fife et al., 2008; Holtzworth-Munroe, Bates, Smutzler & Sandin, 1997; Rothmen, Reyes, Jonhson & LaValley, 2012) e de desresponsabilização dos sujeitos (Casimiro, 2002).

Por sua vez, a História 1 é aquela que reuniu um menor grau de legitimação pelos profissionais de saúde da nossa amostra. Ora, uma vez que esta história reporta a narrativa de uma casal com estudos superiores e estatuto social elevado, os resultados obtidos poderão ser justificados pela condicionante social a que a amostra pertence. Neste sentido, os profissionais de saúde poder-se-ão sentir-se mais sensibilizados e empáticos com a situação e não se permitirem visualizar nela. Estudos anteriores revelam diferenças na conceção das representações sociais da violência entre parceiros íntimos de acordo com a classe social (Casimiro, 2002).

Enquanto a análise do QRVC-HIS nos permitiu explorar a legitimação/banalização da violência conjugal, a análise do QVC-CMR permitir-nos-á estudar os Fatores de Ativação, Manutenção e Resolução. Note-se, no entanto, que os fatores não são por si só atributos lineares na problemática da violência conjugal, pelo que a sua complexidade e interação permitirão uma reflexão mais aprofundada e uma melhor leitura compreensiva.

Neste sentido, como principal causa da violência surgem as “*Dificuldades económica do casal/família*”. Marinheiro, Vieira e Souza (2006), encontraram no seu estudo associações entre alguns tipos de violência conjugal e poucas condições económicas da família. Ademais, o facto de o agressor provir de carências socioeconómicas, estando financeiramente dependente da vítima, pode ser um fator de risco para o aparecimento da violência conjugal, assim como o inverso também é aceitável (APAV, 2010). Moreira e colaboradores (2008) também indicam as condições socioeconómicas como uma das principais causas da violência conjugal.

De seguida, os “*Antecedentes de violência na família de origem do agressor e/ou da vítima*” aparecem como a segunda causa da violência, o que vai ao encontro dos resultados obtido em estudos anteriores (Vieira, 2013; Aguilar, 2010). Por sua vez, de acordo com a OMS (2002, citada em Silva, 2009) a violência na família de origem surge como fator de risco para a violência conjugal, podendo ser apreendida na infância (APAV, 2010; Marinheiro, 2006; Moreira et al., 2008). Holtzworth-Munroe, Smutzler e Sandin (1997) afirmam que uma mulher que sofreu de violência doméstica durante o seu processo de crescimento corre maior risco de se tornar vítima de violência conjugal. Esta relação é também reforçada por Alarcão (2000) e pode ainda ser explicada à luz dos Modelos Intergeracionais da Violência, que têm como subjacente a noção de aprendizagem social e modelagem, atribuindo importância ao contexto (Matos, Machado, Caridade & Silva, 2006).

O terceiro fator indicado como causa da violência conjugal diz respeito às “*Relações extraconjugais do agressor e/ou da vítima*”. Considerando que a traição anula o papel do outro (Alarcão, 2000), a violência conjugal pode surgir, por um lado, como uma tentativa de chamar a atenção, de comunicação, de procurar um novo lugar na díade (o que é, no mínimo, paradoxal) ou, por outro lado, aparecer como ato punitivo.

Relativamente aos Fatores de Manutenção, a “*Ausência de denúncia por parte da vítima ou de terceiros*” surge como primordial. De seguida, aparece o “*Medo de retaliações por parte da vítima*” e, por último, as “*Promessas de mudança por parte do agressor*”. Ao compararmos os resultados encontrados com investigações prévias observamos que o principal Fator de Manutenção é concordante com estes (Aguilar, 2010; Paiva, 2010; Vieira, 2013). Ao revermos a literatura, e apesar da progressiva consciência social no que concerne à violência conjugal e à violência no geral, assistimos a uma camuflagem dos casos denunciados. Esta situação poderá advir, por um lado, de um passado extremista e, muitas vezes, oportunista e, por outro lado, ao medo de julgamento das próprias famílias (Alarcão, 2000). Assim, o silêncio surge como forma de perseverar a identidade familiar, transmitindo uma imagem de competência e bem-estar estereotipados à sociedade (Garcia, 2009; Relvas, 2001). De modo circular, “*O medo de retaliações por parte do agressor*” poderá ser entendido como um fator de risco para o aumento da severidade da violência conjugal e, por este motivo, contribuir para o silêncio. Por sua vez, as “*Promessas de mudança por parte do agressor*”, como explica Alarcão (2000), constituem a terceira etapa do ciclo da violência que se intitula por “fase de lua-de-mel”. É o momento em que o arrependimento emerge e as desculpas prometem a mudança. No entanto, o ciclo retoma aquando a acumulação de tensão.

No que diz respeito aos Fatores de Resolução da violência conjugal surge a “*Educação pela prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória*”, o “*Condenar mais agressores*” e, por último, o “*Afastar o agressor*”. Ao pensarmos na principal causa elegível pelos sujeitos (“*Dificuldades económicas do casal/família*”) seria expectável que uma das possíveis formas para resolver o problema fosse no sentido da melhoria da

qualidade de vida dos envolventes. No entanto, e paradoxalmente, “*Melhorar as condições socioeconómicas das famílias*” aparece com pouco grau de concordância para a resolução do problema. Assim, a necessidade de uma educação voltada para a problemática em questão poderá ser o reflexo de uma formação mais sensibilizada e consciente que os profissionais da nossa amostra detêm em consequência da sua formação. Ademais, revela a necessidade que os mesmos sentem em que este seja um tema abordado pela sociedade e inculcido aos jovens desde cedo.

Curiosamente, observa-se que as causas da violência tendem a ser atribuídas a ambos os elementos da díade, no entanto, a sua manutenção tende a responsabilizar a vítima e a sua resolução o agressor.

Em suma, os resultados obtidos pela análise do QRVC-HIS e do QVC-CMR vão ao encontro da literatura estudada.

2. Influência da variável “Estado civil”

De acordo com os resultados obtidos, os sujeitos solteiros comparativamente aos sujeitos casados não apresentam diferenças estatisticamente significativas na legitimação da representação social da violência entre parceiros íntimos. Este facto poder-se-á justificar pela pouca aceitação da nossa amostra no que concerne à violência conjugal. Assim, independentemente do tipo de relação em que se encontram, ou ainda da ausência desta, os profissionais de saúde apresentam crenças fortes no que respeita a não-aceitação deste tipo de situações. Por sua vez, estudos anteriores revelam que os profissionais de saúde se sentem sensibilizados quanto aos problemas da violência conjugal (Gonçalves, 2004).

No que concerne aos Fatores de Manutenção, os indivíduos solteiros valorizam mais a “*Valorização da união familiar*” do que os indivíduos casados. Existem diversos mitos relativamente ao casal suportados, muitas vezes, em crenças transgeracionais e/ou culturais, que podem justificar este resultado. Nomeadamente, o “...e viveram felizes para sempre” (Relvas, 2006) ou a crença de que, com o casamento, os problemas terminarão (Alarcão, 2000). Bornstein (citado em Relvas, 2006) refere que, quando as pessoas se casam, têm subjacentes expectativas que preveem satisfazer como, por exemplo, a estabilidade e o enriquecimento pessoal ou o estatuto e o prestígio social. Assim, quanto mais estes mitos se evidenciam, mais a díade se aprisiona em mensagens paradoxais e a comunicação torna-se disfuncional (Alarcão, 2000), podendo levar à existência de violência conjugal.

A “*Existência de filhos*” é outro fator que os indivíduos solteiros indicam no sentido de contribuir para a manutenção da violência entre parceiros íntimos. Neste momento, parece-me importante refletir sobre a etapa do ciclo vital da família com filhos pequenos. Uma vez que o item referido não evidencia a idade dos filhos, tomemos como ponto de partida o seu nascimento. Assim, verificamos que, aquando o nascimento do primeiro

Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que ohares nos atendem?

Ana Margarida Rodrigues Bompastor (ambompastor@gmail.com) 2014

filho surge um novo subsistema: o subsistema parental. Este acarreta funções específicas para o sistema familiar e o foco da atenção centra-se, agora, no novo membro (Gameiro, 1994). Ora, se a violência conjugal for prévia a esta situação e, por conseguinte, existir problemas na comunicação, faz-me sentido pensar na existência dos filhos enquanto Fator de Manutenção da mesma uma vez que se constituirá como variável stressora do meio. Por sua vez, Gameiro (1994) chama-nos a atenção para a emergência de problemas no casal aquando a decisão precoce sobre o nascimento do primeiro filho. De Ferrante e colaboradores (2009) indicam o medo de perder os filhos como Fator de Manutenção da violência conjugal.

Como Fator de Resolução, os sujeitos casados elegem “*Mudar o comportamento da vítima*”. Esta ação está diretamente relacionada com o modelo feminista. Este assume como fulcral o trabalho em torno das questões do poder e, por isso, dá voz à vítima, sendo por isso um modelo dominante no que diz respeito à recuperação das mulheres vítimas de violência doméstica (APAV, 2010).

3. Influência das variáveis “Alguma vez teve algum tipo de formação sobre violência nas relações íntimas?” e “Quando obteve a(as) formação(ões) sobre violência nas relações íntimas?”

Se, por um lado, a literatura afirma que os profissionais de saúde se sentem sensibilizados para intervirem em situações de violência nas relações íntimas, reconhecendo a importância do tema (Gonçalves, 2004), por outro lado, os estudos empíricos comprovam que os mesmos não se sentem preparados (De Ferrante et al., 2009; Leal et al., 2011) nem capacitados (Moreira et al., 2008) no contexto da sua prática clínica. Estamos perante uma questão que parece ser controversa. No entanto, alguns estudos (Moreira et al., 2008; Rodríguez-Bolaños et al., 2005) referem que o medo de confronto com o sistema judicial, com o agressor ou ainda o receio em fragilizar a vítima e em abordar um tema íntimo e pessoal (Gonçalves, 2004; Sugg & Inui, 1992 citado em McClure, 1996) justifica o comportamento dos profissionais aquando o seu atendimento nos serviços de saúde. Talvez por esta razão os sujeitos da nossa amostra considerem tão importante uma primeira abordagem ao tema logo na escolaridade obrigatória, com vista à possibilidade de uma discussão consensual que valide, aprove e incentive a prática clínica.

Na nossa amostra, a percentagem de sujeitos que nunca teve formação sobre violência nas relações íntimas é incrivelmente superior à percentagem que teve: 77% comparativamente a 23%. Ademais, destes 23%, 12% realizaram uma formação tendo esta decorrido durante a formação académica de base. Este facto parece-me impressionante quando analisamos a percentagem de sujeitos que afirma já ter tido contacto com violência no contexto da sua prática clínica: 56%, em que 34% envolveu utentes/doentes.

Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que ohares nos atendem?

Ana Margarida Rodrigues Bompastor (ambompastor@gmail.com) 2014

Ora, se por um lado a violência existe, por outro lado, assistimos a um corte no investimento dos profissionais de saúde no que concerne à sua formação. Assim, independentemente do tipo de violência tende a haver uma desresponsabilização e uma invisibilidade enormes da mesma. O que nos leva a refletir nas causas para esta ausência de formação: dificuldades económicas, falta de tempo, conformismo social, falta de incentivo das instituições, pouca divulgação, desinteresse na carreira? Partindo do pressuposto que um profissional de saúde quer o melhor em prole do bem-estar do utente, como é que na prática se justifica esta ausência de altruísmo? Para além de mais, 48% dos sujeitos concorda ser importante existir formação no contexto da sua formação e 31% concorda totalmente, o que perfaz 79% de concordância.

4. Influência da variável “Profissões”

De entre os profissionais da nossa amostra, são os assistentes sociais quem apresentam uma formação académica que vai mais ao encontro das necessidades e particularidades do indivíduo enquanto pessoa. Não obstante no que concerne ao desenvolvimento pessoal e profissional das outras categorias de profissionais de saúde, os assistentes sociais apresentam, ao longo do curso de Serviço Social, diversas unidades curriculares e estágios direcionados para este foco. Portanto, as aprendizagens serão, *a priori*, mais consolidadas e fortes devido à sua continuidade no tempo. Por esta razão, esperávamos que os assistentes sociais tivessem uma perspetiva diferente acerca da violência entre parceiros íntimos, que os levasse também a assumir uma postura profissional centrada no indivíduo o que, curiosamente, não aconteceu. Todavia, acreditámos que o número amostral de assistentes sociais não foi suficiente para se visualizarem diferenças significativas.

5. Relação entre a legitimação/banalização da violência conjugal e os padrões de resolução de conflitos entre parceiros íntimos (CTS-2)

Apesar da pouca aceitação da violência entre parceiros íntimos averiguámos que a os profissionais de saúde que mais a legitimam, perpetuam e vitimizam mais a agressão psicológica. Se olharmos para a agressão psicológica enquanto uma estratégia subtil de violência, talvez nos faça sentido compreendermos este resultado como um reflexo de frustrações e não uma estratégia ofensiva *a priori*. A agressão psicológica é considerada por alguns autores (De Ferrante et al., 2009) como a forma mais grave de violência devido à dificuldade em ser reconhecida como tal, pelo que explica a perceção bilateral dos sujeitos.

Por sua vez, a associação existente entre as práticas de negociação demonstra que os sentimentos e as demonstrações de afeto assim como as estratégias cognitivas de resolução de conflitos são bidirecionais e positivas. Esta é a única escala positiva do CTS-2 que reporta à necessidade de o amor e a própria relação serem cultivados ao longo da vida (Alarcão, 2000).

Todavia, na construção de uma identidade conjugal, os profissionais da nossa amostra revelam que a agressão psicológica está também associada à negociação (quer enquanto vítima quer enquanto agressor). Porventura, esta poderá corresponder a uma tentativa de impor um modelo de vida familiar. Ou seja, na negociação do *nós*, a imposição do *eu* ganha voz por via de uma comunicação analógica disfuncional. Assim, na impossibilidade de um acordo entre as partes surge a agressão: “se me amas vais fazer tudo por mim e concordar em tudo”.

Por último, quem se revê enquanto perpetrador de agressão psicológica revê-se igualmente como vítima desta. É um jogo internacional simétrico.

6. Limitações do estudo e propostas para futuras investigações

Apesar do cariz exploratório da presente investigação, consideramos que os resultados obtidos constituem matéria de discussão pertinente para o estudo das representações sociais da violência entre parceiros íntimos. No entanto, propomos para futuras investigações:

- i) Recorrer a estudos estatísticos mais aprofundados, aumentando o tamanho da amostra e reduzindo o desequilíbrio entre subamostras;
- ii) Analisar a variável “Estado civil” comparativamente aos resultados encontrados no CTS-2;
- iii) Explorar a influência de diferentes tipos de formação (geral e específica) na área da violência entre parceiros íntimos;
- iv) Contemplar outras variáveis no estudo como, por exemplo, a necessidade de formação sobre o tema e a fonte de conhecimento;
- v) Utilizar instrumentos de recolha qualitativos, como entrevistas ou grupos focais, para compreender os processos evolutivos na formação das crenças;
- vi) Observar o efeito de uma manipulação experimental, por exemplo, uma intervenção na qual é dada formação específica sobre o tema e é comparado o antes e o depois da formação.

VI – Conclusões

Refletir sobre uma questão tão complexa como a violência entre

parceiros íntimos foi um enorme desafio, por um lado, devido a toda a questão cultural que se coloca e, por outro, pelo peso ético que acarreta aos profissionais de saúde. Este facto revelou-se numa dificuldade encontrada ao longo da investigação, nomeadamente, na recolha da amostra. Todavia, a inovação do estudo, a sua atualidade e a vontade em descobrir e aprender constituíram as forças do mesmo.

Os resultados encontrados sugerem que o estado civil não influencia as representações sociais da violência entre parceiros íntimos dos profissionais de saúde. Contudo, solteiros e casados pontuam Fatores de Manutenção e de Resolução díspares entre si, nomeadamente, ao nível da “Valorização da união familiar” e de “Mudar o comportamento da vítima”, respetivamente.

Ao nível das formações específicas verificámos que, apesar de 79% dos profissionais de saúde considerar ser importante para as suas práticas clínicas, efetivamente, só 23% da nossa amostra realizou algum tipo de formação nesse sentido. Destes, 12% obteve uma formação.

Em síntese, o trabalho desenvolvido permitiu-nos repensar a violência conjugal, os seus contextos e contornos, e ficar a conhecer melhor a realidade dos profissionais de saúde que lidam diretamente com esta população. De facto, as representações sociais encontradas refletem não só aspetos técnicos (como a falta de competência, de treino e de formação na área da violência conjugal), mas também os receios, as angústias e as dúvidas pessoais daqueles que nos atendem. Por este motivo, o desenvolvimento pessoal aliado à formação profissional comporta uma mais-valia na construção de uma identidade relacional e, por conseguinte, de uma prática consciente orientada para o todo pois, como nos diz Alarcão (2000, p.295), “*Suprimir a febre nunca curou ninguém*”.

Bibliografia

Aguilar, R. (2010). *Representações sociais em torno da violência conjugal: estudo de validação do questionário de violência conjugal: histórias (QRVC-HIS) e do questionário de violência conjugal: causas, manutenção e resolução (QVC-CMR) com uma amostra da população geral* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto, Ed.

Alexandra, C., & Figueiredo, B. (2006). Versão portuguesa das “Escala de Táticas de Conflito Revisadas”: estudo de validação. *Psicologia: Teoria e prática*, 8(2), 14-39.

APAV (2010). *Manual Alcipe – Para o atendimento de mulheres vítimas de violência* (2ªed). Lisboa: APAV

Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias. Tempo, caos,*

processo. Lisboa: Clempsi Editores.

Ávila, A. (2013). *Violência entre parceiros íntimos: análise da relação com o consumo de drogas e álcool numa amostra de estudantes do ensino superior* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Bernards, S., & Graham, K. (2013). The cross-cultural association between marital status and physical aggression between intimate partners. *Journal of Family Violence*, 28, 403-418. DOI: 10.1007/s10896-013-9505-1

Beynon, C., Gutmanis, I., Tutty, L., Wathen, C., & MacMillan, H. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*. 12(473), 1-12.

Camelo, A. (2009). *Representações sobre a violência conjugal. Estudo exploratório com uma amostra de profissionais da CPCJ* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Correia, A.T. (2008). *Crenças em torno da violência conjugal: Estudo exploratório junto de advogados, magistrados, auditores de justiça e estudantes de direito* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Cavalcanti, L.F., Gomes, R., & Minayo, M.C. (2006). Representações sociais de profissionais de saúde pública sobre violência sexual contra a mulher em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22(1), 31-39.

Casimiro, C. (2002). Representações sociais da violência conjugal. *Análise Social*, 37(136), 603-630.

De Ferrante, F., Santos, M., & Vieira, E. (2009). Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(31), 287-299.

Djikanovic, B., Celik, H., Simic, S., Matejic, B., & Cucic, V. (2009). Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: opportunities and barriers for response improvement. *Patient Education and Counseling*, 80, 88-92. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.028

Emery, C. (2010). Examining and Extension of Johnson's Hypothesis: Is Male Perpetrated Intimate Partner Violence More Underreported than Female Violence? *Journal of Family Violence*, 25, 173-181. doi: 10.1007/s10896-009-9281-0

Feder, G.S., Huston, M., Ramsay, J., & Taket, A.R. (2006). Women exposed to intimate partner violence. Expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. Acedido dezembro 12, 2013, em <http://archinte.jamanetwork.com>

Fife, M.D., Ebersole, B.S., Bigatti, S., Lane, M.S., & Huber, L.R. (2008). Assessment of the relationship of demographic and social factors with intimate partner violence (IPV) among Latinas in Indianapolis. *Journal of women's health*, 17(5), 769-775, doi: 10.1089/JWH.2007.0759

FRA (2014). *Violence against women: an EU-wide survey. Main results*. European Union Agency for Fundamental Rights, Luxembourg.

Gameiro, J. (1994). *Terapia com a família*. In J. Gameiro (coord.). *Quem sai aos seus...* Porto: Edições Afrontamento.

Garcia, R. (2009). Mulheres espancadas na alta sociedade. *Sábado*, 48-55.

George, M. J. (2003). Invisible touch. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 23-60.

Gonçalves, A. S. (2004). *A violência doméstica contra as mulheres enquanto problema de saúde pública: As representações sociais dos profissionais de saúde portugueses face a esta questão* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Gregori, M.F. (1993). *Cenas e queixas: Um estudo sobre relações violentas e feminismo* (1ªed.) São Paulo: Paz e Terra.

Heise, L., & Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partner In E.G., Krug, L., Dahlberg, J., Marcy, A., Zwi & R Lozano (ed.) (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva, World Health Organization.

Herrera, C., Rajsbaum, A., Agoff, C., & Franco, A. (2006). Ente la negociación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México. *Salud Publica de México*, 48(2), 259-267.

Holtzworth-Munroe, A., Bates, L, Smutzler, N., & Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence. Parte I: martially violent versus nonviolent men. *Aggression and Violent Behavior*, 2(1), 65-69.

Instituto Patrícia, G. (2004). *Violência contra as mulheres. Campanha Onde tem violência, todo mundo perde*. São Paulo, Instituto Patrícia Galvão.

Jodelet, D. (1989). Representações sociais: um domínio em expansão. In D., Jodelet (org.). *As representações sociais*, 19-44, Rio de Janeiro: EdUERJ.

Leal, S.M., Lopes, M.J., & Gaspar, M.F. (2011). Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. *Interface – Comunicação, saúde, educação* 15(37), 409-424.

Marcus, R., & Swett, B. (2003). Violence in close relationships. The role of emotion. *Aggression and violent behavior*, 8, 313-327. doi: 10.1016/S1359-1789(01)0070-2

Marinho, A., Vieira, E., & Souza, L. (2006). Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 40(6), 604-610.

Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: ReportNumber.

Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Matos, M., Machado, C., Caridade S., & Silva, M. J. (2006). Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovem em contexto escolar. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(1), 55-75.

McClure, B. (1996). Domestic violence: the role of the health care professional. *Michigan Family Review*, 2(1), 63-75.

McKeel, A., & Sporakowski, M. (1993). How shelter counselors views about responsibility for wife abuse relate to services they provide to battered women. *Journal of Family Violence*, 8(2), 101-111.

Moreira, S., Galvão, L., Melo, C., & Azevedo, G. (2008). Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Revista Saúde Pública*, 42(6), p.1053-1059.

Paiva, L. (2010). *Violência conjuga: representações sociais e atribuições numa amostra de Estudantes de Psicologia do Mestrado Integrado* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Poole, C., & Rietschlin, J. (2012). Intimate partner victimization among adults aged 60 and older: an analysis of the 1999 and 2004 general social survey. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 120-137. doi: 10.1080/08946566.2011.646503

Portella, A.P. (2009). Abordagem social sobre violência e saúde das mulheres. *Jornal da Rede Feminista*, 22, 17-19.

Price, E. L., & Byers, E. S. (1999). The Attitudes Towards Dating Violence Scales: Development and Initial Validation. *Journal of Family Violence*, 14(4), 351-375.

Ramsay, J., et al. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*. doi: 10.3399/bjgp12X6544623

Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica*. (4ªed.) Porto: Edições Afrontamento.

Rodríguez-Bolaños, L., Márquez-Serrano, M., & Kageyama-Escobar, L. (2005). Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Pública de México*, 47(2), 134-144.

Rothmen, E F, Reyes, M. L., Jonhson R. M., & LaValley M. (2012). Does the alcohol make them do it? Dating violence perpetration and drinking amount youth, 34, 103-119.

Redondo, J. (2013) Violência doméstica e serviços de saúde – da sinalização à intervenção em rede. In *Notícias*, 88, 11-13 (jan-jun 2013): Lisboa.

Schraiber, L., & D'Oliveira, A.F. (1999). Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 3(5), 11-25.

Silva, P. (2009). *Violência de género perpetuada por parceiro íntimo sob a ótica dos profissionais de saúde da emergência do Hospital Municipal Paulino Werneck*. Trabalho de conclusão de curso de graduação, Escola de Serviço Social – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Sosa, G. (2013). Las representaciones sociales de la violencia en las relaciones de pareja en Medellín en el siglo XXI. *Revista CES Psicología*, 6(1), 134-158.

Straus, M., Hamby, S., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996). The revised conflict tactic scales (CTS2). Development and preliminary

psychometric data. *Journal of Family Issues* 17(3), 283-316.

United Nation (1993). *Strategies for confronting domestic violence: a resource manual*. Centre for Social Development and Humanitarian Affairs at Vienna, New York.

Vala, J. (2010). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J., Vala, & M., Monteiro (coord.). *Psicologia Social*, (8ªed.), 457-502. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vieira, A. (2013). *Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de estudantes do ensino superior: o género fará a diferença?* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Vieira, E., Ford, N., De Ferrante, F., Almeida, A., Daltoso, D., & Santos, M. (2013). The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(3), 681-690.

Zakar, R., Zakar, M., & Kraemer, A. (2011). Primary health care physicians' response to the victims of spousal violence against women in Pakistan. *Health Care for Women International*. 32, 811-832. doi: 10.1080/07399332.2011.569042

Anexos

Anexos II: Caracterização da amostra

2.1 Análise Descritiva da variável “Idade”

Idade	n
21	2
22	7
23	14
24	14
25	7
26	11
27	12
28	9
29	13
30	9
31	4
32	2
33	3
34	4
35	4
36	5
37	3
38	5
40	1
41	4
42	2
43	1
44	1
46	1
48	1
49	6
50	4
51	1
52	1
53	1
56	1
57	1
60	1
61	1

2.2 Análise Descritiva da variável “Nacionalidade”

País	Distrito	n	%
Portugal	Aveiro	37	27.7
	Braga	11	7.1
	Castelo Branco	1	.6
	Coimbra	7	4.5
	Évora	1	.6
	Faro	2	1.3
	Guarda	1	.6
	Guimarães	1	.6
	Lisboa	18	11.5
	Portalegre	1	.6
	Porto	64	41.0
	Santarém	1	.6
	Setúbal	2	1.3
	Viana do Castelo	1	.6
	Viseu	1	.6
Suíça		1	.6
São Paulo		2	1.3
Reino Unido		1	.6
França		2	1.3
Espanha		1	.6

2.3 Análise Descritiva da variável “Profissão. Outra. Qual?”

Outra. Qual?	n	%
Assistente dentária	1	.6
Assistente Operacional	1	.6
Auxiliar Ação Direta 2ª	3	1.9
Categoria		
Auxiliar Ação Direta	1	.6
Auxiliar de Enfermagem	2	1.3
Auxiliar de Fisioterapia	2	1.3
Auxiliar de Lar	1	.6
Farmacêutico	8	5.1
Neurofisiologista	1	.6
Socióloga	2	1.3
Técnico Diagnóstica e	1	.6

Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que ohares nos atendem?

Ana Margarida Rodrigues Bompastor (ambompastor@gmail.com) 2014

Terapêutica		
Técnica de Geriatria	2	1.3
Técnico de Farmácia	2	1.3
Técnico de Fisioterapia	2	1.3
Terapeuta Ocupacional	2	1.3

2.4 Análise Descritiva da variável “Que tipo de violência?”

Tipo de violência	n	%
Física	20	12.8
Psicológica	45	28.8
Ambas as opções	23	14.7

2.5 Análise Descritiva da variável “Em que contexto?”

Contexto	n	%
Entre profissionais	19	12.2
Envolvendo utentes/doentes	53	34
Envolvendo civis	4	2.6
Envolvendo profissionais e doentes	6	3.8
Envolvendo profissionais e civis	1	.6
Envolvendo doentes e civis	4	2.6
Todas as opções	1	.6

2.6 Análise Descritiva da variável “Quantas formações já realizou sobre violência nas relações íntimas?”

Número de formações	n	%
Uma	19	12.2
Duas	9	5.8
Três	4	2.6
Quatro	1	.6
Cinco	2	1.3

2.7 Análise Descritiva da variável “Quando obteve a(as) formação(ões) sobre violência nas relações íntimas?”

Quando obteve a(as) formação(ões)	n	%
Previamente à minha formação académica de base	1	.6
Durante a minha formação académica de base	17	10.9
Posteriormente à minha formação académica de base	7	4.5
Previamente e durante à minha formação académica de base	1	.6
Durante e previamente à minha formação académica de base	9	5.8
Todas as opções	1	.6
Total	36	23.1