UC/FPCE__2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Representações Sociais da Violência entre Parceiros Íntimos: Estudo Exploratório junto de Profissionais de Saúde. Influência do Sexo e Anos de Experiência Profissional.

Ana Filipa Alves Cruz (e-mail: anafacruz@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia, Sistémica, Saúde e Família
sob a orientação de Professora Doutora Madalena de Carvalho.

Representações Sociais da Violência entre Parceiros Íntimos: Estudo Exploratório junto de Profissionais de Saúde. Influência do Sexo e Anos de Experiência Profissional.

Resumo: O estudo aqui representado tem como principal objetivo explorar as representações sociais de profissionais de saúde relativamente ao fenómeno da violência entre parceiros íntimos. Para além disso, foi explorada também a relação entre as representações sociais e a vivência da violência. Estes estudos foram realizados com base na influência das variáveis sexo e anos de experiência profissional. Para esta análise recorremos, para além de um questionário sociodemográfico, a mais três instrumentos, dois relativos à legitimação e crenças acerca da violência, Questionário da Violência Conjugal – Histórias (QVC-HIST) e Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR) e um outro, *The Revised Conflict Tactics Scale* **(**CTS-2), referente às vivências da violência no namoro, sendo que neste estudo apenas foi avaliada a cronicidade das mesmas.

Este estudo contou com uma amostra de 156 sujeitos, sendo 126 do sexo feminino e 30 do sexo masculino. E revelou dados que afirmam a influência da variável sexo nas crenças e legitimação da violência.

Palavras-chave: Violência entre parceiros íntimos, Representações Sociais, Profissionais de Saúde, Sexo, Experiência profissional.

Social Representations of Intimate Partner Violence: A study amongst Professional Health Caregivers. The Impact of Gender and Years of Professional Experience.

Abstract: The study reported here as the main goal of explore the social representations of the health care professionals relatively to the Intimate Partner Violence. Furthermore, it was also explored the relationship between social representations and the experience of violence itself. These studies were conducted based on the influence of gender and years of professional experience.

For this analysis we used, in addition to a sociodemographic questionnaire,

three more instruments, two concerning the legitimacy and beliefs about violence, Questionário da Violência Conjugal – Histórias (QVC-HIST) e Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR) and another, The Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2), relating to experience of violence in relationships. In this study only the chronicity of this experience was evaluated.

This study involved a sample of 156 subjects, 126 females and 30 males. The data revealed the influence of gender on beliefs and legitimation of violence.

Keywords: Intimate Partner Violence, Social Representations, Health Professionals, Gender, Work Experience.

Agradecimentos

Muito especialmente quero agradecer a todos aqueles que me acompanharam ao longo deste percurso e sem os quais este não seria possível, o meu, muito obrigada.

À minha orientadora, Professora Doutora Madalena Carvalho, por toda a disponibilidade, atenção, dedicação e paciência dispensada. Por ter feito os possíveis e os impossíveis para que tudo fosse conseguido. Muito Obrigada.

A todas as professoras da área de Sistémica Saúde e Família pelos ensinamentos e pela capacidade que tiveram de me envolver nesta subárea.

À professora Doutora Isabel Alberto, pela preciosíssima ajuda e tempo dispensado, que tornaram possível a realização desta dissertação.

À Mariana Portocarrero pela ajuda tão valiosa, num dos grandes momentos de afiliação porque passei durante este processo.

Aos meus pais e irmão, um enorme obrigada, pela paciência e capacidade de lidarem com o meu mau feitio ao longo de todo o processo. Obrigada pelo apoio incondicional e por nunca duvidarem das minhas capacidades.

Às minhas colegas e amigas, que vou levar para a vida, Catarina Marques e Ana Bompastor, por todo o companheirismo, solidariedade. Pelos desabafos e noites de trabalho e de brincadeira.

À Rita Trindade, por toda a ajuda, paciência e apoio incondicional.

A todos os participantes deste estudo, pois sem eles nada disto seria possível.

….Muito Obrigada!

Índice

Introdução 1

1. Enquadramento conceptual 2

1.1 Crenças em torno da Violência Conjugal. Quais as explicações para a perpetração da Violência entre Parceiros Íntimos? 4

1.2 Violência doméstica/ VPI em Portugal 7

1.3 Representações Sociais 8

1.4 VPI e representações Sociais dos profissionais de saúde 10

2. Objetivos 13

Figura1 – Mapa Conceptual 14

3. Metodologia 14

3.1 - Descrição da Amostra 14

3.2 - Instrumentos Utilizados 17

3.2.1 The Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2) 17

3.2.2 Questionário da Violência Conjugal – Histórias 19

3.2.3 Questionário de Violência Conjugal – Causas Manutenção e Resolução 21

3.3 Procedimentos de investigação 22

3.4 Procedimentos estatísticos 22

4. Resultados 23

4.1 Representações sociais dos profissionais de saúde em relação à violência entre parceiros íntimos (QRVC-HIS E QVC-CMR) 23

4.1.1 Influência do sexo 23

4.1.2 Influência dos anos de experiência profissional 30

4.2 Relação entre legitimação da violência e a vivência da violência nas relações conjugais (CTS-2) 31

4.3 Impacto da variável profissão nas crenças e legitimação da violência. 33

5. Discussão 34

5.1 Representações sociais dos profissionais de saúde em relação à violência entre parceiros íntimos (QRVC-HIS E QVC-CMR) 34

5.1.1 Influência do sexo 34

5.3 Impacto da variável profissão nas crenças e legitimação da violência. 40

Conclusões 41

Limites e sugestões futuras _____ 41

Bibliografia _____ 43

Anexos _____ 47

Anexo I: Protocolo _____ 47

1.1 Carta de Apresentação do Projeto de Investigação e Consentimento Informado _____ 47

1.2 Questionário Sociodemográfico e de dados complementares _____ **Erro! Marcador não definido.**

1.3 CTS-2: *The Revised Conflict Tactic Scales* _____ **Erro! Marcador não definido.**

1.4 QRVC-HIST: Questionário de Violência Conjugal – Histórias **Erro! Marcador não definido.**

História 1 _____ **Erro! Marcador não definido.**

História 2 _____ **Erro! Marcador não definido.**

História 3 _____ **Erro! Marcador não definido.**

1.5 QVC-CMR: Questionário de Violência Conjuga – Causas, Manutenção e Resolução _____ **Erro! Marcador não definido.**

Anexo II: Caracterização da amostra _____ 48

2.1 Análise Descritiva da Amostra: Idade _____ 48

2.2 Análise descritiva da amostra: Zona de Residência, Outros. 48

2.3 Análise Descritiva da Amostra: Profissão Outra. Qual? ___ 48

2.4 Análise Descritiva da Amostra: Anos de Experiência Profissional _____ 49

2.5 Análise Descritiva da Amostra: Que tipo de violência? ___ 49

2.6 Análise Descritiva da Amostra: Em que contexto? _____ 49

Anexo III: Análise Estatística de Dados _____ 50

3.1 Influência dos Anos de Experiência Profissional (ANOVA *oneway*) _____ 50

Índice das Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra – Variáveis sociodemográficas 15

Tabela 2 – Análise descritiva das respostas QMVC-HIST por sexo 24

Tabela 3 – Causas da Violência conjugal em função do sexo _____ 25

Tabela 4 – Fatores de manutenção da violência em função do sexo_ 26

Tabela 5 – Fatores de Resolução da violência em função do sexo __ 27

Tabela 6 – Influência da variável sexo na legitimação (t-Student) __ 28

Tabela 7 – Influência da variável sexo: fatores de Ativação (U- Mann Whitney) _____ 28

Tabela 8 – Influência da variável sexo: fatores de manutenção (U- Mann Whtiney) _____ 29

Tabela 9 – Influência da Variável sexo: fatores de resolução (U- Mann Whitney) _____ 30

Tabela 10 – Relação entre legitimação e vivência da violência - sexo feminino _____ 32

Tabela 11 – Relação entre legitimação e vivência da violência - sexo masculino _____ 33

Introdução

A violência, e mais concretamente a violência entre parceiros íntimos, constituiu um problema social grave, que apresenta vítimas por tudo o mundo, é independente da etnia, situação economia, classe social idade ou género.

Apesar das investigações acerca deste fenómeno serem relativamente recentes, iniciadas apenas no século passado, estas tem sido, cada vez mais, alvo de intensa atenção social causando o aparecimento de várias perspetivas e opiniões acerca das causas que levam à violência, nomeadamente a perspetiva feminista que coloca as mulheres na posição de vítimas e os homens no papel de agressores, bem como a perspetiva, defendida por autores como Straus e Gelles, que aponta a simetria entre géneros em relação à perpetração e vitimação na violência.

As causas, complexas, para este fenómeno são várias e têm vindo a ser estudadas, minuciosamente, ao longo do tempo, bem com as crenças e a legitimação dada à violência doméstica entre parceiros íntimos (Goode, 1971; Gelles, 1976; Staus, 1979; Dobash & Dobash, 1979; Machado, 2005).

Em Portugal, os dados estatísticos existentes ainda não permitem um conhecimento real deste fenómeno, no entanto revelam que morrem, semanalmente, mais de cinco mulheres por razões relacionadas, direta ou indiretamente com a violência (II Plano Nacional de Saúde contra a violência 2003 – 2006). Segundo o relatório anual de 2013, realizado pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), foram registadas 8733 vítimas diretas (APAV, 2013).

Na presente investigação, estudamos as representações sociais acerca deste fenómeno numa amostra de profissionais de saúde. De forma mais aprofundada será estudada a influência de duas variáveis: o sexo e os anos de experiência destes profissionais. Será ainda medida a influência da variável profissão nas crenças e legitimação da violência.

1. Enquadramento conceptual

A violência, é definida, pelo Conselho de Ministros (2008) como, uma violação dos direitos humanos, que tem incidência ao nível familiar, social, pessoal, cultural, que condiciona a liberdade e autodeterminação do sujeito e engloba comportamentos diversos, que se divergem num modelo de abuso e dominação, uma força física, contra o outro ou contra si mesmo (citado em Soares & Cláudio, 2010).

A OMS define a mesma como o uso intencional da força física ou do poder, seja este em forma de ameaça ou real, contra o próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que normalmente resulta ou apresenta uma grande probabilidade de resultar em danos físicos, morte, danos psicológicos, subdesenvolvimento ou privação (OMS, s/d). Ainda segundo a OMS, a violência é a causa de um número significativo de mortes, sofrimento humano na região europeia, todos os anos, contando com quase 700000 mortes por ano (7% das mortes em todo o mundo).

Associada à violência surge um fenómeno cada vez mais estudado na atualidade, pela sua complexidade e pelas consequências que dele surgem, a violência doméstica.

Segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, s/d, a violência doméstica pode ser definida como a omissão de natureza criminal, que inflija sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, direta ou indiretamente, a qualquer pessoa que resida no mesmo espaço doméstico, ou que, no caso de não residir, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, namorado/a ou ex-namorado/a ou progenitor de descendente comum. Esta definição refere-se também a outros crimes, como a ameaça, a coação, a injúria, a violação e o abuso sexual, o homicídio entre outros.

Os estudos realizados no contexto da violência doméstica ou intrafamiliar são relativamente recentes. Iniciaram-se por volta dos anos 60 aquando do aparecimento dos maus tratos infantis, sendo que primeiras investigações foram realizadas nos Estados Unidos, Canadá, Austrália e Europa (Dias, 2004). Neste contexto, destacou-se mais tarde a **violência entre parceiros íntimos** (VPI).

Segundo a *Family Violence Prevention Fund* (2008), a VPI pode ser

definida pelo dano físico, psicológico ou sexual praticado pelo parceiro íntimo, atual ou do passado, e que inclui um padrão de comportamentos manipuladores, no sentido de ganhar ou manter poder e controlo sobre a relação (citado em Carpenter & Stacks, 2009).

Conforme dito por Thompson e colaboradores (2006), a VPI é um problema social frequente nos Estados Unidos, sendo que 44% das mulheres experienciam situações de violência durante a sua vida (citado em Carpenter & Stacks, 2009).

A primeira avaliação de reconhecimento de comportamentos agressivos entre parceiros íntimos foi realizada nos anos 70, através do *National Family Violence Survey* (NFVS), e permitiu documentar a prevalência da mesma. A escala, que avaliou amostras representativas, veio mostrar que os comportamentos de violência física eram mais frequentes do que aquilo que se pensava, quer em relação aos homens quer em relação às mulheres (Woodin, Sotskova, & O'Leary, 2013). Estes resultados tiveram um impacto muito importante no percurso de investigação da violência, uma vez que ficou evidente que este era um fenómeno real e que, ao contrário daquilo que se acreditava e acredita, a família nem sempre é sinal de proteção, segurança e conforto.

Para além destes conceitos surgiu também o conceito de *síndrome da mulher batida* (Pizzey,1974; Dias,2010), que descreve o conjunto de sintomas sentido pelas mulheres vítimas de violência. Sintomas como o medo intenso, desespero, desânimo aprendido, falta de esperança, tristeza, angústia, entre outro, seriam preditores de que a mulher sofria de mais tratos no seu seio familiar (citado em Pimentel, 2012).

A violência conjugal contra a mulher está identificada em 75 das 90 sociedades estudadas por Levinson (1989), sendo que este defende que fatores como a desigualdade económica entre sexos, a impossibilidade de divórcio, o recurso usual a violência para gerir os conflitos e a autoridade masculina em casa, são preditores este fenómeno de violência (citado em Levesque, 2001).

O fenómeno da violência conjugal era na sua maioria explicado por crenças culturais. Inicialmente defendia-se que a agressão contra a mulher tinha a função social de preservar o poder do homem na família ou na relação (Dobash & Dobash, 1979), ou seja, as crenças culturais permitiam

aos maridos usar a violência pois esse tipo de comportamento asseguraria a sua posição de dominância em casa (Goode, 1971). Acredita-se, ainda, que homens pertencentes a classes mais baixas seriam mais tradicionais, teriam menos recursos e seriam, por isso, mais propícios a apresentarem comportamentos violentos de forma a fazer prevalecer o seu poder e dominância na relação (Staus, 1979).

As mulheres suportavam os comportamentos violentos dos maridos porque a alternativa a isso era ficar "sem nada" (Gelles, 1976). Para além do fator financeiro (pois nesta época as mulheres dependiam totalmente dos maridos). Outros fatores como a vergonha familiar e social, o abandono dos filhos, carência afetiva, dificuldade em aceitar a que a atitude do marido se deve a ausência de sentimento por um lado e, por outro, a dificuldade em perceber que a atitude do marido não se alterará mesmo que o sentimento exista, tinham um importante peso na decisão da mulher de se sujeitar à violência. Estudos revelam ainda que em mulheres que apresentam um nível mais baixo de educação, que pertencem a classes sociais mais baixa e nas que têm empregos em *part-time* existe uma maior probabilidade de estas serem maltratadas pelos maridos (Goode, 1971).

Embora mais censurada socialmente no mundo ocidental, a violência conjugal tem sido e é associada ao modelo dominante atual da nossa sociedade onde a mulher é vista como inferior, subordinada e submissa, dependente e propriedade masculina (Machado, 2005).

1.1 Crenças em torno da Violência Conjugal. Quais as explicações para a perpetração da Violência entre Parceiros Íntimos?

Ao fenómeno da VPI foi dada uma enorme enfâse, quer nos debates socias quer na literatura. Surgiram então duas narrativas importantes, com perspetivas diferentes no que à explicação deste fenómeno diz respeito.

A primeira, de um grupo de ativistas feministas, entre elas Pagelow e Walker, que defendia que a violência era perpetuada nos homens e que as vítimas seriam sempre as mulheres (Walker, 1984 citado em Pimentel, 2012) e a segunda perspetiva, de Straus & Gelles (1990), entre outros, que defendem que não há diferenças significativas entre género no que aos comportamentos violentos diz respeito, ou seja, as mulheres são tão

agressoras quanto os homens e os homens são tão vítimas quanto as mulheres (Pimentel, 2012).

A primeira perspetiva coloca ênfase na assimetria entre géneros, defendendo, como já referido, que a violência é perpetuada no masculino e sofrida no feminino (Machado, 2005). É suportada por um modelo sociológico, ao contrário do modelo que se encontrava em vigor até então (modelo sociobiológico).

Esta linha de pensamento levou a investigações em diferentes campos, nomeadamente a estudos realizados junto de mulheres vitimizadas, que documentaram o impacto da violência, as estratégias do agressor para manter a vítima na relação, as relações de poder, as dinâmicas de violência (Walker, 1984).

O movimento feminista veio, então, chamar à atenção para o carácter histórico e o contexto cultural da violência, uma vez que retirou este fenómeno do seio familiar, tornando-o numa questão pública, ao mesmo tempo que veio mostrar que este era um problema global que afeta a família e a sua socialização. Este movimento defendeu também a "desbiologização" desta problemática, defendendo que estes comportamentos não seriam apenas determinados pelo instinto e comportamento animal, mas consequente da cultura e das crenças sociais relativamente aos papéis dos géneros na sociedade.

O movimento feminista foi no entanto alvo de algumas críticas. Foram apontadas questões como o facto de esta narrativa se basear apenas em questões sociais e não dar qualquer importância ao biológico, como se o inato simplesmente não tivesse qualquer papel na definição dos comportamentos humanos. Criticaram também o facto de não explicarem todas as formas de violência que podem ocorrer dentro das relações íntimas, nomeadamente no que diz respeito aos homens e às relações homossexuais. Outra importante crítica refere-se ao facto deste movimento desvalorizar o subjetivo e aquilo que não é conhecido, caindo em dicotomias reducionistas como masculino/feminino, público/privado, entre outras (Pimentel, 2012).

Por outro lado, esta segunda narrativa defende não existirem diferenças significativas entre homens e mulheres, afirmando mesmo que existe uma forte simetria entre os géneros no que a este tipo de violência diz respeito. Strauss (1979) demonstrou, através das suas pesquisas, que as

mulheres são tão ou mais violentas quanto os homens.

Esta narrativa coloca a tónica na tipologia dos agressores, baseando-se nos seus traços de personalidade (e.g. Dutton, 2008; Johnson & Ferraro, 2000 citado em Pimentel, 2012) e tenta perceber a diferença de comportamentos (se apresentavam comportamentos violentos ou não) entre cônjugues sendo que à partida estes partilham dos mesmos valores culturais. Baseava-se num modelo clínico de leitura dos comportamentos dando importância aos aspetos individuais e relacionais dos intervenientes (vítimas e agressores).

Nesta linha de investigação foram considerados, para além do género, fatores como as dificuldades socioeconómicas, o desemprego, isolamento social, o conflito conjugal, entre outros, fatores esses que seriam importantes na compreensão da violência intrafamiliar (Dias, 2004), tal como já foi referido anteriormente.

Este modelo clínico veio documentar e por em causa alguns dos conceitos que eram considerados como certos no que a este paradigma do género diz respeito.

Em primeiro lugar, e ao contrário do que se acreditava até então, no geral os homens não maltratam as suas companheiras nem acreditam que cometer violência física contra a mulher seja aceitável. Apenas um pequeno grupo de homens, tendo em conta toda a amostra populacional estudada, o faz (Laroche et al, 2007 citado em Dutton, 2012). Este modelo defende ainda que a violência ocorre por razões psicológicas e características da personalidade e não por questões políticas ou sociais como era defendido na narrativa feminista (Babock, 2000 citado em Pimentel, 2012).

Esta linha de pensamento apresenta como principal conclusão que não existem diferenças significativas entre género no que aos comportamentos violentos entre parceiros íntimos diz respeito.

Autores desta narrativa defendem que as conclusões feministas foram influenciadas pelo facto de que as suas investigações foram realizadas apenas junto de mulheres vitimizadas colocadas em abrigos e que os homens estudados eram agressores identificados pela justiça, o que reforçou a ideia de que os homens são sempre os agressores e as mulheres serão sempre as vítimas. Chamaram ainda a atenção para o facto de que as ideias de Johnson (1995), sobre esta problemática, foram desenhadas através de entrevistas

dirigidas apenas a mulheres e apenas sobre a violência para com as mesmas (citado em Duton, 2012).

Tal como a narrativa anterior, esta também foi alvo de críticas. As críticas apontadas foram, na sua maioria, feitas por ativistas feministas que defendiam ideias opostas. Defendiam que esta leitura dos comportamentos negava uma reflexão sobre o poder, afirmando mesmo que os seus pressupostos teóricos poderiam por em causa a segurança da própria vítima, contribuindo para que esta fosse novamente alvo de abusos e comportamentos violentos por parte do companheiro (Raphael, 2004, citado em Pimentel, 2012).

1.2 Violência doméstica/ VPI em Portugal

A violência doméstica e consequentemente a VPI constituem um problema de longa data na sociedade de hoje em dia.

No nosso país, embora se tenha noção de que este fenómeno existe, só desde a década de 80 é que este assunto passou a fazer parte da agenda política nacional. Vários são os fatores que levaram a que este fenómeno fosse catapultado para um nível de elevada importância, tornando assim a violência num problema social, associado a uma maior sensibilidade e intolerância face aos comportamentos violentos. O facto da comunidade pediátrica (em conjunto com outros profissionais) tornar públicos os maus tratos às crianças praticados intrafamiliarmente, e o facto das organizações não-governamentais conferirem uma maior visibilidade à violência doméstica sobre as mulheres em contextos conjugais (em Portugal temos o caso da APAV) são, também, importantes contributos para esta visibilidade.

Por outro lado este fenómeno tem vindo a ser cada vez mais investigado e referido por parte da comunicação social, o que, consequentemente, tem levado a uma maior sensibilização pública em relação a este assunto. Uma nova atitude face à violência por parte dos serviços sociais, que decorre de uma melhor formação por parte dos seus agentes, pode ser observada, embora seja ainda insuficiente e se encontre numa fase de desenvolvimento e crescimento.

Desta forma, Portugal não pode ficar indiferente a algumas recomendações internacionais relativas a este assunto, que têm vindo a ser

produzidas desde a década de 80 (Dias, 2000). Uma vez reconhecido este fenómeno no nosso país, na década de 90 foi desenvolvida vária legislação[1].

1.3 Representações Sociais

Para satisfazer o desejo de nos familiarizarmos com o desconhecido surge a motivação para o desenvolvimento das representações sociais, numa tentativa de construir uma ponte entre o estranho e o familiar (Moscovici, 2000).

Moscovici (1981) define as representações sociais como "um conjunto de conceitos, proposições e explicações criado na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual (citado em Vala, 2010). São o equivalente, na nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem ainda ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (Vala, 2010).

Outro autor, Jodelet (1989) complementa esta definição defendendo que a representação social é uma modalidade de conhecimento. É fabricada socialmente e partilhada na comunidade com um objetivo prático, contribuindo para a construção de uma realidade que seja comum a um determinado conjunto social (citado em Vala, 2010).

As representações são, então, o produto da constante interação e comunicação e podem ser desenvolvidas em qualquer momento como consequência do processo de influência social (Moscovici, 2000).

No ponto de vista de Durkheim (1914), as representações descrevem uma grande gama de formas intelectuais, nomeadamente a ciência e a religião, bem como qualquer tipo de ideia emoção ou crença, fator que dificultou a definição e perceção das representações sociais, uma vez que estas não poderiam ser descritas nem definidas por apenas algumas características gerais. Sendo assim foi necessário adicionar a estas definições

[1] Fazem parte desta legislação os artigos: 152º - Maus tratos e infração das regras de segurança; 153º - Dos crimes contra a liberdade pessoal (Ameaça): 158º - Dos crimes contra a liberdade pessoal (Sequestro) e 200º - Proibição de permanência, de ausência e de Contactos que constam do Código Penal. Fazem ainda parte desta legislação a Lei n. º 61 / 91 de 13 / 08 / 1991 que Garante proteção adequada às vítimas de violência a Resolução do Conselho de Ministros n. º 49 /97, a Aprovação do Plano Global para a Igualdade de Oportunidades, bem como a Resolução da Assembleia da República n. º 31/99, a Regulamentação da legislação que garante proteção às mulheres vítimas de violência e ainda a resolução do Conselho de Ministros n. º 55 /99 bem como a Aprovação do Plano Nacional contra a Violência Doméstica; Lei n. º 107/99. Surgiu ainda a criação da rede pública de casas de apoio a mulheres vítimas de violência

duas importantes premissas: em primeiro lugar as representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de perceber e comunicar acerca daquilo que já conhecemos e, por outro lado, Durkheim utiliza uma metáfora definindo as representações como o "espessamento da névoa", ou seja, estas devem ser vistas como estabilizadoras em relação a muitas palavras ou ideias, como se estas fossem camadas de ar estagnado na atmosfera da sociedade (citado em Moscovici, 2000).

Segundo Moscovici (1969), as representações sociais poderão ser entendidas a partir de duas perspetivas. Numa primeira as representações serão "o reflexo interno de uma realidade externa", ou seja, as representações mentais que existem serão o produto de processos psicológicos e, por estarem sujeitas e enviesamentos decorrentes do funcionamento cognitivo, poderão servir de revestimento a alguma incorreção (Vala, 2010).

Numa segunda perspetiva, Moscovici, considera que "não há um corte entre o universo interior e o universo exterior do indivíduo." A representação é assim entendida como uma construção, ao invés de uma reprodução. Moscovici assenta o desenvolvimento da definição da representação social nesta segunda perspetiva (Vala, 2010).

Para percebermos o lugar das representações face aos estímulos e às respostas existem dois tipos de modelos: os modelos S-O-R e os modelos O-S-O-R. Relativamente aos primeiros as representações são entendidas como mediadoras entre os estímulos e as respostas, tendo sido esta a posição defendida durante muitos anos. Com o desenvolvimento da psicologia cognitiva, com Markus e Zajonc (1985), surgiram os segundos modelos, que defendem que as representações não são apenas mediações, são também fatores do estímulo e modeladores da resposta uma vez que dominam todo o processo (Vala, 2010).

Segundo um critério quantitativo, podemos afirmar que uma representação é social na medida em que é partilhada por um conjunto de indivíduos. No entanto este critério é insuficiente pois nada explica acerca do modo de construção das representações sociais (Vala, 2010). Segundo um critério genético, a representação é social uma vez que é construída em conjunto, ou seja, as representações sociais são, como já referido, um produto das interações e da comunicação num determinado grupo social. É

seguro afirmar que as representações sociais podem ser entendidas como o resultado da atividade cognitiva e simbólica de um grupo social (Vala, 2010).

1.4 VPI e representações Sociais dos profissionais de saúde

Associada à violência estão inúmeras consequências ao nível físico, psicológico e da saúde mental das vítimas. O sector da saúde possui um papel fundamental a nível primário, sendo que, no entanto, o seu papel principal está centrado na intervenção secundária e terciária, mais concretamente ao nível da prevenção, especialmente em casos de violência entre parceiros íntimos e violência sexual (Garcia-Moreno, 2002).

A VPI é um fenómeno frequente mas pouco salientado. Existem, no entanto, muitas organizações de fisioterapeutas e enfermeiros que defendem que é uma responsabilidade profissional o *screening* e a identificação da violência (Cocker, Flerx, Smith, Whitaker, Fadden, & Williams, 2007).

Relativamente à identificação da VPI, estudos realizados com profissionais de saúde no Brasil, por Vieira e colaboradores (2013), indicaram que podem ocorrer duas situações distintas: situações em que as vítimas vêm acompanhadas por agentes da polícia e por isso os responsáveis pelos cuidados de saúde não sentem necessidade de investigar mais profundamente a questão e situações que ocorrem em contexto de consulta em que os sinais de violência são subtis e não são identificados, a priori, como casos de VPI. Os profissionais de saúde afirmam que as mulheres procuram numa primeira fase o consolo, falando dos sintomas e queixas muito vagamente e que só com o avançar do número de consultas é que as utentes se sentem preparadas para falar do assunto. Destacam a dificuldade em identificar estes casos uma vez que, em algumas situações, é necessário um número significativo de encontros para que o assunto seja discutido abertamente (Vieira et al, 2013).

No que diz respeito às barreiras encontradas, por estes profissionais, na identificação e sinalização destes casos são identificadas algumas: as mulheres tendem a omitir ou a negar a sua situação, o que faz com que exista uma invisibilidade aparente deste fenómeno, sendo que o aparente não significa que os profissionais não estejam a parte deste tipo de casos mas sim

que as mulheres têm vergonha da sua realidade e receio do estigma social. As emoções traumáticas vividas por estas vítimas inibem os cuidadores de tentar investigar mais profundamente e de discutirem o assunto com o paciente, com medo que isso venha ameaçar o convívio saudável entre os dois (Vieira et al, 2013).

Existem ainda médicos que não encontram benefícios em sinalizar estes casos. Acreditam que o fenómeno não é da sua responsabilidade, que é um problema mais social do que relativo à saúde. Defendem que este é um assunto privado do casal e não relacionado com os serviços de saúde (Vieira et al., 2013).

Por outro lado, profissionais de saúde como médicos e enfermeiros, concordam que a VPI é uma questão que diz respeito aos cuidados de saúde, mas mostram-se relutantes em questionar os pacientes e têm receio de não responder corretamente às necessidades do paciente quando o fenómeno é descoberto. Esta ambivalência pode ser explicada pela possível falta de conhecimento sobre o assunto, pouco treino que incida sobre o mesmo e pela falta de tempo e recursos dos profissionais (Ramsay et al, 2012).

Um outro autor, Sugg (1992), que realizou investigações no México e nos Estados Unidos, concluiu, de igual forma, que existe uma insegurança predominante relativamente aos mecanismos técnicos, legais e sociais existentes para enfrentar a VPI, bem como o receio de não conseguirem controlar e responder corretamente à situação das vítimas (citado em Sosa, 2013).

Garcia-Moreno (2002) acredita que os cuidadores de saúde sentem-se mais à vontade para questionar as possíveis vítimas caso exista um ferimento físico visível, tentando perceber qual a sua causa.

Profissionais de saúde declaram que a violência é mais visível em grupos socioeconómicos mais baixos, pois existe uma maior probabilidade deste recorrer a instituições públicas, enquanto os grupos socioeconómicos mais altos recorrem, provavelmente, a instituições privadas que tentam proteger a vida privada das vítimas e mantêm a confidencialidade dos casos (Helton, 1987 citado em Perrin, Boyett, & McDermott, 2000).

Segundo o *American College of Obstetericians and Gynecologists* (1989), acredita-se que mesmo quando os profissionais de saúde, neste caso os médicos, desconfiam que existe uma relação abusiva, as vítimas são

raramente questionadas acerca disso (Perrin et al. 2000).

Esta ideia advém do facto de que muitas das possíveis vítimas poderão sentir-se "encurraladas", o que faz, muitas vezes, com que estas mudem constantemente de clínicas, de médicos e de cuidadores de saúde (Perrin et al., 2000) tentando, desta forma, esconder a sua realidade.

No entanto, ao contrário do que muitos profissionais pensam, existem mulheres vítimas de violência que afirmam que consideram apropriado que os cuidadores as questionem sobre o assunto e defendem que estes são uma importante fonte de suporte (Ramsay et al., 2012).

Segundo Braz & Cardoso (2000), a responsabilidade do profissional de saúde face à violência pode ser discutida à luz de dois aspetos: judicial e a da consciência moral. No que há questão judicial diz respeito, a lei informa que é dever de todos os cidadãos sinalizar casos de violência que sejam do seu conhecimento no entanto, no caso dos profissionais de saúde, como os médicos, por exemplo, pode existir uma certa relutância uma vez que receiam estar a comprometer o dever de sigilo profissional. Relativamente à consciência moral, a responsabilidade de cada um está ligada aos valores éticos da sociedade em que estão inseridos e aos valores intrínsecos a cada um, e é este o fator que marca a diferença no agir e pensar individual e neste contexto a sinalização ou não dos casos de VPI (Braz & Cardoso, 2000).

No que diz respeito à VPI em Portugal, Camelo (2009) recorreu a uma amostra de profissionais da CPCJ, concluindo que, de forma geral, estes não pensam que violência íntima seja legítima, ainda que os homens demonstrem uma maior aceitação face ao fenómneo. Relativamente às "causas" da violência, a amostra deste estudo destaca o consumo de álcool/drogas, os antecedentes familiares de violência e a aceitação social desta, sendo em relação aos fatores de "manutenção", os sujeitos atribuem mais a responsabilidade à vítima e não concordam com a sua permanência no lar. Em relação aos fatores de resolução, os sujeitos dão mais importância à denúncia e à protecção da vítima e filhos. (cit in Vieira, 2013)

Numa investigação com uma amostra da população geral portuguesa (recolhida em Portugal Continental e na Região Autónoma da Madeia), Aguilar (2010) encontra valores que vão ao encontro das investigações de Camelo (2009) e Paiva (2010), no que diz respeito a fatores de risco, manutenção e resolução da violência.

Para melhor se compreender este fenómeno e o impacto que este tem nas vítimas e nos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, ainda é necessária muita investigação, no entanto, Shields, Baer, Leininger, Marlow e DeKeyser (1998) defendem que uma colaboração interdisciplinar traria muito mais vantagens para as vítimas, nomeadamente avaliações mais precisas, recomendações escritas ao nível da necessidade de intervenção e articulação e encaminhamento para os recursos existentes na comunidade (citado em Perrin et al., 2000).

2. Objetivos

Assumindo que as representações sociais têm um papel determinante na forma como os indivíduos vêem o mundo e na forma como estes atuam nele, e que as representações sociais em torno da violência conjugal podem influenciar o modo como os profissionais de saúde atuam com as vítimas deste fenómeno, este estudo apresenta como objetivos gerais:

I. Conhecer as representações sociais de profissionais de saúde relativas à violência entre parceiros íntimos.
II. Perceber se características sociodemográficas destes profissionais influenciam as suas representações sociais.

Os objetivos mais específicos desta investigação são os seguintes:

I. Perceber se a variável *sexo* contribui para a existência de diferenças significativas no que às representações da VIP diz respeito.
II. Perceber se os *anos de experiência* no exercício da profissão influenciam as representações sociais dos profissionais de saúde.
III. Perceber se essas diferenças variam tendo em conta a *profissão* exercida (por exemplo: médicos e enfermeiros).
IV. Analisar a possível relação entre a legitimação da violência e a vivência da mesma em função do sexo dos profissionais de saúde.

Apresentamos o nosso mapa concetual hipotético das relações entre as variáveis em estudo no presente estudo empírico (Figura 1).

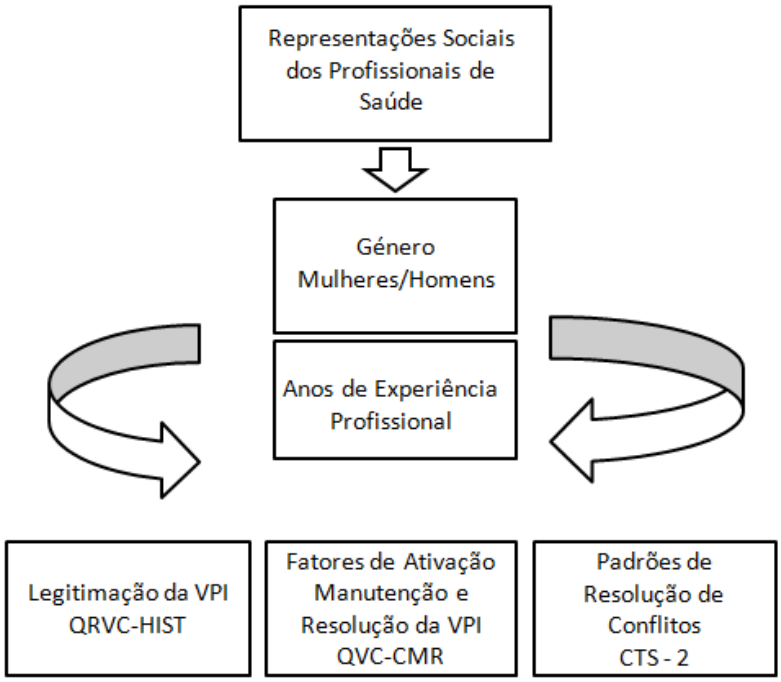

Figura1 – Mapa Conceptual

3. Metodologia

3.1 - Descrição da Amostra

A amostra utilizada no presente estudo, foi recolhida através de um processo de amostragem não-probabilística por conveniência (Maroco, 2011).

Da amostra recolhida, 126 sujeitos são do sexo feminino (80,8%) e 30 são do sexo masculino (19.2%).

Relativamente à nacionalidade, 154 sujeitos são de nacionalidade portuguesa (98.7%) e apenas 2 são de nacionalidade brasileira (1.3%).

A idade dos sujeitos varia entre os 21 anos (idade mínima) e os 61 anos (idade máxima), situando-se a média nos 32 anos aproximadamente

(*DP* = 9.17). [2]

Em relação à distribuição geográfica (zona de residência) a amostra habita maioritariamente nos distritos do Porto (64 sujeitos, 41%) e de Aveiro (37 sujeitos, 27.3%). Existem ainda 18 sujeitos a residir no distrito de Lisboa (11.5%) e 11 sujeitos no distrito de Braga (7.1%), sendo que os restantes se distribuem de uma forma mais ou menos equivalente pelos restantes distritos do país. Existem poucos sujeitos a residir no estrangeiro, nomeadamente em Espanha (0.6%), França (0.6%), Reino Unido (0.6%) e Suíça (0.6%).[3]

Relativamente ao estado civil, a amostra do presente estudo é na sua maioria constituída por sujeitos solteiros, 80 ao todo (51.3%). Dos restantes, 64 sujeitos são casados (41%) e 12 vivem em união de facto (7.7%).

No que concerne à profissão podemos perceber que a amostra se distribuiu maioritariamente em três das opções, pelo que 45 (28.8%) são enfermeiros, 31 (19.9%) dos sujeitos são fisioterapeutas e 19 (12.2%) são médicos. É de salientar ainda a distribuição de 31 sujeitos (19.9%) por outras profissões na área da saúde, compreendendo farmacêuticos, auxiliares de ação direta, entre outros (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra – Variáveis sociodemográficas

Variável	Categorias	N	%
Sexo	Feminino	126	80.8
	Masculino	30	19.2
Nacionalidade	Portuguesa	154	98.7
	Brasileira	2	1.3
Zona de Residência	Aveiro	37	23.7
	Braga	11	7.1
	Coimbra	7	4.5
	Lisboa	18	11.5
	Porto	64	41
	Outros	19	11.8

[2] Anexo II: 2.1.
[3] Anexo II: 2.2.

Estado Civil	Solteiro	80	51.3
	Casado	64	41
	União de Facto	12	7.7
Profissão	Médico	19	12.2
	Enfermeiro	45	28.8
	Fisioterapeuta	31	19.9
	Analista	5	3.2
	Dentista	3	1.9
	Nutricionista	2	1.3
	Terapeuta da Fala	4	2.6
	Assistente social	7	4.5
	Auxiliar de Saúde	9	5.8
	Outros	31	19.9

Relativamente aos anos de experiência no exercício da profissão, 52 dos sujeitos (33.3%) exercem a mesma no intervalo de um a cinco anos, enquanto 31 (19.9%) exercem a sua profissão no intervalo entre cinco e dez anos. O número de sujeitos que exerce a profissão há menos de um ano e no intervalo de dez a vinte anos é praticamente equivalente, sendo 23 sujeitos para o primeiro intervalo e 24 para o segundo. O tempo de exercício com menos sujeitos corresponde aos profissionais que trabalham há menos de um ano na sua área (9 sujeitos, 5.8%).[4]

No que diz respeito à questão do contacto com a violência no exercício da sua profissão e a frequência desse contacto, a maioria dos sujeitos (56.4 %), afirmou ter tido contacto com a violência no exercício da sua profissão, enquanto os restantes (43.6%) responderam que não. Relativamente à frequência desse contacto a maioria dos profissionais afirmou que o mesmo ocorreu algumas vezes ou raramente, 36 para ambas as opções (23.1%).

No que concerne ao tipo de violência com que os sujeitos desta amostra contactaram, a maioria afirmou ter contacto com a violência psicológica (28.8%).[5] Já relativamente ao contexto em que esta violência aconteceu os sujeitos afirmam, na sua maioria, 53 (34%), que esta violência envolveu utentes/doentes. Sendo que 19 sujeitos (12.2%) afirmaram ter

[4] Anexo II: 2.4.
[5] Anexo II: 2.5.

contactado com a violência quando esta ocorreu entre os profissionais.[6]

Relativamente à existência de formação acerca da violência entre parceiros íntimos, a maioria dos sujeitos, 120 (76.9%) afirmou não ter tido qualquer tipo de formação na área, sendo que os restantes (23.1%), afirmaram que sim. Destes, a maioria (19 sujeitos, 12.2%) afirmou ter obtido apenas uma formação na área. No que concerne ao momento em que estas formações foram realizadas, 17 sujeitos (10.9%) afirmaram que a sua formação na área a da violência ocorreu durante a sua formação académica de base.

Em relação à opinião que a amostra tem acerca da importância da existência de formação, acerca da violência, no contexto da sua profissão, 75 sujeitos (48.1%) afirmaram que seria importante a existência de formação nesta área.

3.2 - Instrumentos Utilizados

O protocolo utilizado é constituído por três questionários de autoavaliação sobre violência, que têm como objetivo principal a avaliação das representações sociais dos sujeitos. Ou seja as suas crenças e razões de legitimação da violência bem como as vivências da mesma. Para efeitos de caracterização e descrição da amostra, o protocolo é também constituído por um questionário sociodemográficos e de dados complementares, que tem como objetivo conhecer as características da amostra relativamente à idade, género, profissão, zona geográfica, bem como informação relacionada com a violência, nomeadamente a presença do sujeito em formações sobre o tema

3.2.1 The Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2)

As Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (*The Revised Conflict Tactics Scales* – CTS-2) (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996; Alexandra & Figueiredo, 2006) são utilizadas para avaliar o modo como os parceiros íntimos resolvem os conflitos entre si, ao nível de estratégias de negociação ou de abuso.

Os itens encontram-se agrupados em cinco subescalas: negociação

[6] Anexo II: 2.6.

(emocional e cognitiva), agressão psicológica, agressão física sem sequelas, coesão sexual e abuso físico com sequelas.

Este instrumento é constituído por 78 questões (39 pares de perguntas) que serão respondidas tendo em conta o participante e o seu companheiro, sendo possível recolher dados relativos ao funcionamento e aos comportamentos da díade (Vieira, 2013).

Cada item comporta oito categorias de resposta: 1 vez de há um ano para cá; 2 vezes de há um ano para cá; 3-5 vezes de há um ano para cá; 6-10 vezes de há um ano para cá; 11-20 vezes de há um ano para cá; mais de 20 vezes de há um ano para cá; Aconteceu noutras relações e Isso nunca aconteceu.

Nas primeiras seis categorias é possível determinar a prevalência e a cronicidade da utilização de cada estratégia no último ano. Nas restantes duas podemos perceber a frequência da perpretação e/ou vitimização de cada sujeito face às várias estratégias utilizadas pela díade.

Relativamente às características psicométricas da versão portuguesa (Figueiredo, 2006), o nível da consistência interna para o autorrelato da perpretação e vitimização dos itens e subescalas estão compreendidos entre 0.78 e 0.50. No que diz respeito ao valor de alfa de Cronbach para a vitimização é de 0.80 e para a perpretação é de 0.79.

Embora os sujeitos da nossa amostra tenham respondido a todas as escalas, optámos por, no presente estudo, realçar as escalas da agressão psicológica e da agressão física sem sequelas, pelas particularidades que distinguem cada uma delas mas também pelas características comuns, para que estas sejam posteriormente relacionadas com as variáveis em estudo.

No diz respeito ao presente estudo, para medir a precisão do instrumento recorremos a testes de consistência interna.

Relativamente à subescala *agressão psicológica* o valor de α para a perpetração da violência de .716 e para a vitimização é de α =.804. No que concerne à subescala *agressão física sem sequelas* o valor de α é de .896 para a perpetração e de .932 para a vitimização. Estes valores revelam uma correlação elevada entre os itens e a subescala, bem como uma boa consistência interna do instrumento.

3.2.2 Questionário da Violência Conjugal – Histórias

O QRVC-HIS (Alarcão, Alberto, Camelo, & Correia, 2007) é constituído por três histórias de violência conjugal. Para cada história existem dez afirmações, sendo que o respondente deve indicar o seu grau de concordância com cada uma delas, utilizando uma escala de *Likert* de quatro pontos (1 - Discordo Completamente até ao 4 - Concordo Completamente).

A construção destas histórias foi baseada em pressupostos teóricos da literatura relativos à dinâmica da violência conjugal e às suas causas e consequências (Paiva, 2010).

Na elaboração deste teste foram tidos em conta cinco fatores teóricos: a) legitimação e ou/banalização da violência conjugal, b) legitimação/justificação da violência pela conduta da vítima, c) legitimação/justificação da violência por fatores externos (stress, álcool…), d) desvalorização/aceitação da violência em favor da privacidade/coesão familiar, e e) (im)possibilidade de atribuição da violência ao agressor em função do seu estatuto social, económico e escolaridade.

Relativamente à consistência interna do instrumento, em estudos anteriores, os valores obtidos para o alfa de Cronbach foram α = .095 (Correia, 2008) e α = .939 (Camelo, 2009), verificando-se assim uma consistência interna elevada. No que concerne à amostra estudada o valor de α foi de .91 revelando igualmente uma consistência interna elevada. No que diz respeito a cada história separadamente obtiveram-se os valores de α = .72 para a História 1, α = .86 para a História 2 e α = .83 para a História 3, valores que mostram também uma consistência interna elevada.

Relativamente à população portuguesa a consistência interna da escala, o estudo de validação de Aguilar (2010) revelou um valor elevado no total (α = .947), bem como, para cada uma das histórias, com α = .845 na "História 1", α = .906 na "História 2" e α =.888 para a última história. De forma similar, o estudo de Paiva (2010) reporta valores de *alpha de Cronbach* elevados (α =.91 para o total; α =.72 para a História 1; α =.86 para a História 2; e α =.83 para a História 3).

No mesmo estudo, o índice do total do questionário apresenta um valor médio de *M* = 42.31 (*DP* = 9.33) sendo que todos os itens possuem uma correlação elevada com o total do questionário, podendo assim

perceber-se que a retirada de qualquer item do questionário não influencia a consistência interna do instrumento (Aguilar, 2010).

Para estimar a correlação entre as histórias e o QRVC-His total procedeu-se à correlação de Spearman, que revelou uma correlações estatisticamente significativas e elevadas entre cada uma das histórias e entre as histórias e o questionário total (Aguilar, 2010).

Relativamente à validade do constructo foi realizada uma análise fatorial, obtendo-se os valores de *KMO* = .930 para o Coeficiente de *Kaiser-Mayer-Olkin* o que mostra que a amostragem é suficientemente adequada para este estudo. Obteve-se também o valor de esfericidade de Barltlett ($x2 = 452.088$, p <0,001. = 435 g.l.) (Aguilar, 2010).

Constatou-se, no entanto, que os itens saturavam fortemente no primeiro fator não clarificando assim a dimensão que representavam. Considerou-se, por isso, mais prudente apresentar os resultados para os 30 itens totais e para os itens de cada uma das histórias (Aguilar, 2010).

No diz respeito ao presente estudo, para se medir a precisão do instrumento recorremos a testes de consistência interna e aos valores de alfa de *Cronbach*.

Para as três histórias separadamente a consistência interna obteve valores elevados com um valor α = .750 para a História 1, α= .903 para a História 2 e α = .888 para a História 3. Relativamente à História1 o item com a média mais elevada corresponde ao item, *"A Manuela e o Arménio são adultos responsáveis e devem resolver os problemas da violência 'entre portas', sem trazer a púbico estas questões"* corresponde a (*M* =1.61; *DP* =.828). Para a História 2 a média mais elevada corresponde ao item, *"Provavelmente a Luísa é mais agressiva com o António por causa de estar tão cansada com todo o trabalho que tem"* *M* =1.81; *DP* =.841). Para a História 3 a média do item *"O problema é a bebida; O Esteves só se torna agressivo por causa do vinho" é* a mais elevada (*M* = 1.52; *DP* =.697). Verificou-se que todos os itens apresentam uma correlação elevada com o total do questionário, sendo que o valor de α mais baixo é de .317, facto que indica que a retirada de qualquer item do questionário não influenciaria a sua consistência interna.

A correlação entre as três histórias também se revelou elevada obtendo-se um valor de α = .933. Sendo que o item mais cotado, foi o item 8

da História 2, "com uma média de 1,82 (*DP* =.847). Já o item menos cotado corresponde ao item 7 da História 1, *"O Arménio tem alguma razão em ficar zangado e em agredir a Manuela porque ela o impede de chegar a horas às reuniões"* com uma média de 1,09 (*DP* =.370).

3.2.3 Questionário de Violência Conjugal – Causas Manutenção e Resolução

O QVC-CMR (Alarcão, Alberto, Camelo, & Correia, 2007) é constituído por três conjuntos de afirmações relativos aos fatores que contribuem para o surgimento da violência, os fatores que contribuem para que esta se mantenha e os fatores que contribuem para a sua solução (Paiva, 2010).

Cada grupo é constituído por catorze afirmações, sendo que o respondente deve indicar o seu grau de concordância com as mesmas através de uma Escala de Likert de 4 pontos (1- Discordo totalmente a 4 - Concordo totalmente). As afirmações existentes em cada um dos conjuntos de fatores estão agrupadas segundo três condições; a) relacionadas com agressor, b) associadas à vítima e c) relativas ao contexto (Aguilar, 2010).

No que concerne às características psicométricas do instrumento, o estudo de Aguilar (2010), obteve para o fator de ativação um valor de alfa de *Cronbach* de α = .878 e um valor total médio de 34,14 (*DP* = 6.578); para o fator de manutenção o valor obtido foi de α = 0,840 e um valor médio total de .830 (*DP* =5.452), para o fator de resolução α = .840 e um valor total médio de 43.10 (*DP* = 5.645). No estudo de Paiva (2010), obtiveram-se valores de correlação elevados para os fatores ativação e manutenção, α = .83 (*M* = 34.43 e *DP* = 5.99) e α = .80 (*M* = 42.71 e *DP* = 5.47), respetivamente. Ambos indicam uma consistência interna elevada para estes dois fatores. Relativamente ao fator de resolução o valor de alfa foi menor (α = .60) com uma média de 45.02 (*DP* = 5.57) (Paiva, 2010).

Relativamente ao primeiro fator, verificou-se que a correlação mais baixa entre fator e item foi de .441 correspondente ao item 11. No segundo fator a correlação mais baixa foi de .317 e no terceiro fator todos os itens apresentaram correlações elevadas com o fator, sendo que a mais baixa foi de .303. No entanto verificou-se que a retirada de qualquer um dos itens não

melhoraria a consistência interna do instrumento (Aguilar, 2010).

Relativamente ao estudo em questão e às qualidades psicométricas do instrumento, obtivemos para o fator de ativação um α =.869, com um valor médio de 33.22 (*DP* = 7.574). Em relação ao fator de manutenção o valor de α obtido foi de .882, com um valor médio de 41.81 (*DP* = 6.701). Já o fator de resolução obteve um α=.850, apresentando um valor médio de 44.91 (*DP* = 6.067). Estes valores indicam a existência de uma correlação elevada entre os itens de cada fator e uma boa consistência interna do instrumento. Verificou-se por isso, que a retirada de qualquer item do questionário não alteraria a consistência interna do mesmo.

3.3 Procedimentos de investigação

A primeira fase do presente estudo consistiu na recolha da amostra, que decorreu entre março de 2013 e maio do mesmo ano e seguiu um processo de seleção de amostragem por conveniência. Esta recolha ocorreu de duas formas: em papel e através de um questionário *online*, ambas constituídas pelo mesmo protocolo.

O protocolo foi distribuído pelos sujeitos, segundo a seguinte ordem: a) Questionário Sócio- Demográfico, b) Escala de Violência nas Relações Íntimas (*The Revised Conflict Tactic Scales* – CTS-2), c) Questionário de Violência Conjugal – Histórias (QRVC-HIS) e d) Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR).

Por ser uma amostra não probabilística por conveniência (Maroco, 2011) e por serem todos questionários de autorresposta, o protocolo foi respondido em formato não presencial.

Garantindo a confidencialidade aos respondentes, a todos os sujeitos foi pedida a assinatura do consentimento informado, previamente à sua participação. Foi ainda pedido a todos os intervenientes que respondessem a todos os itens, explicando-lhes a importância da sua participação e informando da possibilidade de desistirem a qualquer momento.

3.4 Procedimentos estatísticos

Após a recolha de dados, e tendo em conta os objetivos propostos para o presente estudo, procedemos à análise estatística dos dados

recorrendo ao programa *SPSS (Stastistical Package for the Social Sciences versão 20.0 for Windows).*

Tendo em conta o modelo conceptual que serviu de guia para esta investigação, foi necessário optar por testes paramétricos ou testes não paramétricos tendo em conta o número de sujeitos da nossa amostra. Uma vez que a amostra é constituída por 156 sujeitos, optámos pela realização de testes paramétricos pois, segundo a teoria do Limite Central (Maroco, 2011), uma amostra superior a 30 sujeitos é considerada grande, sendo suficiente para assumir a normalidade da distribuição e a realização de testes paramétricos.

Numa primeira fase procedeu-se à análise descritiva relativa às crenças associadas à violência entre parceiros íntimos (QRVC-HIS e QVC-CMR) e da violência entre parceiros íntimos (CTS-2).

Para estudar a influência da variável *sexo* em cada uma das variáveis dependente relativa à legitimação da violência foi realizado o teste paramétrico de *t* de *Student.* Para percebermos essa influência nos fatores de ativação, manutenção e resolução foi realizado o teste não paramétrico U de Mamn Whitney, por se tratarem de variáveis ordinais.

Em relação à variável, *anos de experiência profissional*, a sua influência nas restantes variáveis foi estudada através de uma *ANOVA 1 way*, seguida de testes de *Pos-Hoc*, nomeadamente o teste de *Bonferroni* sempre que o resultados obtidos indicaram a necessidade do cálculo da comparação de médias.

4. Resultados

4.1 Representações sociais dos profissionais de saúde em relação à violência entre parceiros íntimos (QRVC-HIS E QVC-CMR)

4.1.1 Influência do sexo

Para o QRVC-HIS foi realizada a análise descritiva, dividindo a amostra em dois subgrupos: masculino e feminino. Podemos perceber que o subgrupo masculino apresenta uma maior legitimação da violência em todas as histórias, sendo a média das histórias total de 43.37 (*DP* = 11.57). Por sua vez o subgrupo feminino apresenta uma média de 39.02 (*DP* = 9.54). A

média mais alta obtida em ambos os subgrupos é relativa à História 2 (*M* =14.49; *DP* = 5.015 para o subgrupo Feminino e *M* =16.40; *DP* =5.203 para o subgrupo Masculino), demonstrando uma maior legitimação da violência quando esta ocorre da mulher em relação ao homem. A média mais baixa para ambos os subgrupos refere-se à História 1 (*M* = 11.92; *DP* = 2.551 para o subgrupo Feminino e *M* = 13.30; *DP* = 3.207 para o subgrupo Masculino) demonstrando assim uma menor legitimação da violência quando o agressor é o homem e a vítima é a mulher (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise descritiva das respostas QMVC-HIST por sexo

	História 1 M (DP)	História 2 M (DP)	História 3 M (DP)	Total M (DP)
Feminino	11.92 (2.55)	14.49 (5.02)	12.58 (3.53)	39.02 (9.54)
Masculino	13.30 (3.21)	16.40 (5.20)	13.73 (4.39)	43.37 (11.57)

Para a análise descritiva do QVC-CMR foram tidos em conta os valores mais altos e os valores mais baixos das médias obtidas, para cada fator na amostra geral.

Relativamente ao fator de ativação, os itens com maiores valores médios correspondem aos itens *"Dificuldades económicas do casal/família"* (= 2.91; *DP* =.906), "*Antecedentes de violência na família de origem do agressor e/ou da vítima"* (*M* = 2.72; *DP* =.877) e "*Relações extraconjugais do agressor/ da vítima"* (*M* = 2.67; *DP* =.811). As médias mais baixas correspondem aos itens "*Doença mental da vítima"* (*M* = 1.92; *DP* =.835), *"Interferência de outros familiares"* (*M* = 2.10; *DP* =.857) e o item *"Comportamento provocador da vítima"* (*M* = 2.16; *DP* =.914), existindo diferenças significativas entre géneros no que diz respeito ao item *"Doença mental da vítima"* (*t* (47.33) = - 2.28, *p* = .027).

Em relação à amostra geral não existem diferenças significativas entre os subgrupos, pelo que se pode assumir que a variável sexo não tem influência nas crenças que os sujeitos apresentam no que diz respeito às razões que causam a violência [*t* (154) = -.607, *p* =.545] (Tabela 3).

Tabela 3 – Causas da Violência conjugal em função do sexo

	Feminino M (DP)	Masculino M (DP)	Total M (DP)
Álcool e drogas	2.28 (.955)	2.50 (1.01)	2.33 (.967)
Doença mental do agressor	2.16 (.971)	2.67 (.844)	2.27 (.967)
Baixo grau de instrução do agressor	2.35 (.935)	2.13 (.937)	2.32 (.936)
Baixa autoestima do agressor	2.18 (.874)	2.33 (.922)	2.22 (.881)
Doença mental da vítima	1.84 (.837)	2.20 (.861)	1.92 (.835)
Comportamento provocador da vítima	2.18 (.937)	2.13 (.760)	2.16 (.914)
Fragilidade emocional da vítima	2.25 (.889)	2.30 (.794)	2.27 (.866)
Interferência de outros familiares	2.05 (.860)	2.27 (.828)	2.10 (.857)
Dificuldades criadas pelos filhos	2.32 (.848)	2.20 (.805)	2.31 (.837)
Relações extraconjugais	2.65 (.807)	2.70 (.837)	2.67 (.811)
Antecedentes de violência	2.77 (.881)	2.53 (.819)	2.72 (.877)
Aceitação social da violência	2.49 (.947)	2.57 (.774)	2.51 (.919)
Isolamento social	2.50 (.886)	2.63 (.809)	2.53 (.874)
Dificuldades económicas	2.92 (.964)	2.80 (.664)	2.91 (.906)

No fator manutenção, os três itens com médias mais altas quanto ao grau de concordância são: "Ausência *de denúncia por parte da vítima ou de terceiros"* (*M* = 3.30; *DP* =.739), *"Medo de retaliação por parte da vítima"* (*M* = 3.15; *DP* =.687) *e "Promessa de mudança por parte do agressor"* (*M* = 3.13; *DP* =.686). As médias mais baixas dizem respeito aos itens: *"Aceitação social da violência"* (*M* = 2.67; *DP* =.822), *"Desconhecimento da vítima relativamente aos seus direitos"* (*M* = 2.76; *DP* =.814) e *"Valorização da união familiar"* (*M* = 2.83; *DP* =.890), sendo que não existem diferenças significativas entre os subgrupos, masculino e feminino.

Tendo em conta a amostra geral não existem diferenças significativas entre os subgrupos (masculino e feminino), pelo que se pode concluir que a variável sexo não tem influência nas respostas dos sujeitos da nossa amostra a este fator [*t* (154) = 1.186, *p* = -238] (Tabela 4).

Tabela 4 – Fatores de manutenção da violência em função do sexo

	Feminino M (DP)	Masculino M (DP)	Total M (DP)
Ausência de denúncia	3.33 (.743)	3.20 (.714)	3.30 (.739)
Falta de confiança na justiça	3.10 (.844)	3.10 (.607)	3.09 (.803)
Valorização da união familiar	2.85 (.902)	2.67 (.884)	2.83 (.890)
Existência de filhos	3.02 (.768)	2.73 (.740)	2.97 (.765)
Isolamento social	2.96 (.682)	2.93 (.640)	2.95 (.677)
Falta de conhecimento da vítima sobre como pedir ajuda	3.05 (.745)	2.93 (.691)	3.02 (.735)
Ambivalência da vítima face ao agressor	3.10 (.754)	2.97 (.669)	3.08 (.735)
Medo de retaliações	312 (.708)	3.20 (.610)	3.15 (.687)
Desconhecimento da vítima sobre os seus direitos	2.76 (.803)	2.80 (.847)	2.76 (.814)
Ameaça de suicídio por parte do agressor	3.07 (.694)	2.77 (.774)	3.01 (.721)
Promessa de mudança	3.13 (.689)	3.07 (.691)	3.13 (.686)
Ternura do agressor fora dos momentos de violência	2.91 (.793)	2.87 (.776)	2.90 (.790)
Aceitação social da violência	3.67 (.826)	2.70 (.794)	2.67 (.822)
Interferência de outros familiares	3.00 (.757)	2.60 (.814)	2.93 (.780)

Em relação ao terceiro e último fator, de resolução, os valores médios mais altos correspondem aos itens: "*Educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória"* (*M* = 3.50; *DP* =.622), *"Condenar mais agressores"* (*M*=3.49; *DP*=.674) e *"Afastar o agressor"* (*M* = 3.42; *DP* =.648). Para os três itens mais cotados são encontradas diferenças significativas em função do sexo [*t* (44.52) = 2.08, *p* = .044; *t* (52.52) = 2.47, *p* = .017 e *t* (51.42) = 3.20, *p* = .002, respetivamente]. Os valores médios mais baixos são referentes aos itens: *"Aumentar os direitos da mulher"* (*M* = 2.84; *DP* =.806*), "Melhorar as condições socioeconómicas das famílias"* (*M* = 2.93; *DP* =.772) e *"Aumentar os tempos de lazer das famílias"* (*M* = 2.95; *DP* =.729). Nos valores menos cotados existem diferenças significativas, entre os dois subgrupos, para o

item *"Aumentar os tempos de lazer da família"* [*t* (76.53) = - 2.39, *p* =.019] (Tabela 5).

Tabela 5 – Fatores de Resolução da violência em função do sexo

	Feminino M (DP)	Masculino M (DP)	Total M (DP)
Afastar o agressor	3.47 (.657)	3.10 (.548)	3.42 (.648)
Condenar mais agressores	3.53 (.695)	3.23 (.568)	3.49 (.674)
Estimular a denúncia das situações de violência	3.37 (.717)	3.30 (.651)	3.35 (.706)
Estimular a separação/divórcio do casal	3.40 (.723)	2.97 (.718)	3.32 (.745)
Proteger a vítima e os filhos, se os houver	3.36 (.791)	3.30 (.596)	3.34 (.759)
Mudar o comportamento da vítima	3.14 (.761)	3.00 (.743)	3.10 (.760)
Tratar o agressor	3.21 (.792)	3.07 (.907)	3.17 (.820)
Tratar o casal	3.32 (.782)	3.13 (.730)	3.28 (.779)
Informar mais a população geral sobre as consequências da violência conjugal	3.16 (.772)	3.20 (.610)	2.17 (.739)
Melhorar as condições socioeconómicas das famílias	2.93 (.797)	3.00 (.695)	2.93 (.772)
Aumentar os direitos da mulher	2.88 (.795)	2.73 (.868)	2.94 (.806)
Aumentar os tempos de lazer das famílias	2.90 (.794)	3.17 (.461)	2.95 (.729)
Intervenção de outros familiares, amigos, vizinhos	3.16 (.783)	2.73 (.944)	3.07 (.831)
Educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória	3.53 (.632)	3.28 (.591)	3.50 (.622)

Ao contrário dos restantes fatores, a amostra geral no que se refere ao fator de resolução apresenta diferenças significativas em função do sexo [*t* (45.67) = -.596, *p* =.046], o que pode demonstrar uma perspetiva diferente de homens e mulheres sobre a forma de resolver as questões de violência.

Para percebermos a influência da variável sexo na legitimação recorremos à comparação das médias dos dois subgrupos (feminino e masculino).

Podemos perceber que na História 1 [*t* (38.19) = -2.196, *p* =.034] e no total das Histórias [*t* (38.916) = -1.911, *p* =.033] existem diferenças significativas entre os dois subgrupos, ou seja, existe influência da variável

sexo nas crenças e legitimação da violência (Tabela 6).

Tabela 6 – Influência da variável sexo na legitimação (t-Student)

	t	*df*	*p*
História1	-2,196	31,191	.034
História 2	-1.859	154	.065
História 3	-1,532	154	.128
Total das Histórias	-1.911	38,916	.033

Para analisar a existência de diferenças significativas em função da variável sexo para o teste de QVC-CMR, recorremos ao teste não paramétrico U- Mann Whitney, uma vez que estamos na presença de variáveis ordinais.

Para o fator de ativação foram encontradas diferenças significativas nos itens referentes a *doença mental*, quer do *agressor* quer da *vítima* (U = 1328.5, p = .009 e U = 1423.5 , p = .030, respetivamente) com o sexo masculino a apresentar valores médios superiores para ambos os itens (M = 96.22 e M = 93.05, respetivamente) em comparação com as mulheres (M = 73.63 e M = 74.39, respetivamente) (Tabela 7).

Tabela 7 – Influência da variável sexo: fatores de Ativação (U- Mann Whitney)

	U	*p*
Álcool e drogas	1638	.256
Doença mental do agressor	1328.5	.009
Baixo grau de instrução do agressor	1626	.236
Baixa autoestima do agressor	1712	.434
Doença mental da vítima	1423.5	.030
Comportamento provocador da vítima	1824	.808
Fragilidade emocional da vítima	1802.5	.781
Interferência de outros familiares	1603,5	.194
Dificuldades criadas pelos filhos	1721,5	.460
Relações extraconjugais	1854,5	.978

Antecedentes de violência	1539,5	.096
Aceitação social da violência	1810	.753
Isolamento social	1785	.658
Dificuldades económicas	1622,5	.218

Relativamente ao fator de manutenção da violência as diferenças encontradas entre sexos correspondem aos itens "*Existência de filhos"* (*U* = 1455, p = .043), "*Ameaça de suicídio por parte do agressor*" (U = 1432, p = .035) e "*Interferência de outros familiares*" (*U* = 1352.5, *p* = .012) com as mulheres a apresentarem valores mais elevados para todos os itens (*M* = 80.17; *M*= 79.76 e *M* = 81.01, respetivamente) (Tabela 8).

Tabela 8 – Influência da variável sexo: fatores de manutenção (U- Mann Whtiney)

	U	*p*
Ausência de denúncia	1622	.254
Falta de confiança na justiça	1756	.648
Valorização da união familiar	1632	.294
Existência de filhos	1455	.043
Isolamento social	1806	.833
Falta de conhecimento da vítima sobre como pedir ajuda	1648.5	.296
Ambivalência da vítima face ao agressor	1622.5	.262
Medo de retaliações	1752	.622
Desconhecimento da vítima sobre os seus direitos	1810	.859
Ameaça de suicídio por parte do agressor	1432	.035
Promessa de mudança	1742.5	.581
Ternura do agressor fora dos momentos de violência	1790.5	.834
Aceitação social da violência	1839.5	.978
Interferência de outros familiares	1351.5	.012

Em relação ao fator de resolução, a influência do sexo foi visível em diversos itens, nomeadamente: "*Afastar o agressor"* (*U* = 12.12, *p* = .001), sendo este item mais cotado pelas mulheres (*M* = 82.15), *"Condenar mais agressores"* (*U* = 12.80, *p* = .004), com as mulheres a apresentarem valores

mais elevados (*M* = 81.01), *"Estimular a separação/divórcio do casal"* (*U* = 1222.5, *p* = .002), apresentando as mulheres um valor médio mais elevado (*M* = 81.41), *"Intervenção de outros familiares, amigos e vizinhos*" (*U* = 1379, *p* = .021), sendo o subgrupo feminino quem apresenta um valor mais elevado (*M* = 80. 79), e *" Educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória"* (*U* = 1334.5, *p* = .019), sendo as mulheres quem apresenta mais uma vez valores mais elevados para este item (*M* = 79.56) (Tabela 9).

Tabela 9 – Influência da Variável sexo: fatores de resolução (U- Mann Whitney)

	U	*p*
Afastar o agressor	1212	.001
Condenar mais agressores	1280	.004
Estimular a denúncia das situações de violência	1695	.446
Estimular a separação/divórcio do casal	1222.5	.002
Proteger a vítima e os filhos, se os houver	1658.5	.344
Mudar o comportamento da vítima	1646.5	.316
Tratar o agressor	1707.5	.493
Tratar o casal	1558.5	.151
Informar mais a população geral sobre as consequências da violência conjugal	1842	.988
Melhorar as condições socioeconómicas das famílias	1758.5	.667
Aumentar os direitos da mulher	1670	.388
Aumentar os tempos de lazer das famílias	1521	.100
Intervenção de outros familiares, amigos, vizinhos	1379	.021
Educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória	1334.5	.019

4.1.2 Influência dos anos de experiência profissional

Relativamente à outra variável em estudo na presente investigação, os anos de experiência profissional, percebemos que a mesma não tem influência nas crenças dos sujeitos uma vez que não foram encontradas diferenças significativas entre as subamostras (1- Há menos de um ano, 2-

Há um ano, 3 – Entre um e cinco anos, 4- Entre cinco e dez anos, 5- Entre dez e vinte anos e 6 – Há mais de 20 anos)[7].

Os testes de pos-Hoc não se revelaram necessários uma vez que esta influência não existe para qualquer uma das variáveis.

4.2 Relação entre legitimação da violência e a vivência da violência nas relações conjugais (CTS-2)

Para percebermos as associações entre as vivências da violência (CTS-2) e as crenças e legitimação da mesma, recorremos ao teste de correlações e ao coeficiente de Pearson. Este teste foi dividido em dois subgrupos, Masculino e Feminino, e foram medidas as associações apenas nas escalas de *Agressão psicológica (vítima/agressor*) e *Agressão física sem sequelas (vítima/agressor)*

Relativamente ao sexo Feminino foram encontradas várias correlações fortes. No que diz respeito à subescala *Agressão psicológica*, como perpetrador da violência existe uma correlação perto do moderada com a História 3 (r = .247, p= .01).

Na subescala *Agressão Psicológica*, vitimação, existem correlações moderadas com a História 3 (r = 297, p = .01) e total das histórias (r = 326, p = .01). Esta subescala está ainda associada à subescala *Agressão Psicológica como Agressor* com uma correlação elevada de r = 697, p = .01.

Relativamente à subescala *Agressão Física Sem Sequelas*, como *agressor*, as mulheres revelaram correlações que variam entre os 182 e os 330. Para as duas primeiras histórias estas correlações revelam-se fracas com, r = 182, p = .05 para a primeira e r = 184, p = .05 para a segunda. A História 3 correlaciona-se moderadamente (r = 330, p = .01) com esta subescala, sendo que com o total das histórias a correlação está próxima de ser moderada (r = 266, p = .01). Apresentam, ainda, associações fortes com a *Agressão Psicológica* como *perpetrador* (r = 590, p = .01) e a mesma subescala mas no papel de *vítima* (r = 571, p = .01).

Na última subescala, *Agressão Física Sem Sequelas*, como *vítimas* o sexo feminino revelou correlações moderadas com a História 3 (r = 327, p = .01) e com o total das histórias (r = 304, p = .01) (Tabela 10).

[7] Anexo III. 3.1.

Tabela 10 – Relação entre legitimação e vivência da violência - sexo feminino

	Agressão Psi. (Perpetrador	Agressão Psi. (Vitima)	Agressão Física s/ Sequelas (Perpetrador)	Agressão Física s/ Sequelas (Vitima)
História 1	.097	.160	.182*	.250**
História 2	.155	.177*	.184*	.222*
História 3	.247**	.297**	.330**	.327**
Total Histórias	.191*	.236**	.266**	.304**
Agressão Psicológica (Perpetrador)		.697**	.590**	.456**
Agressão Psicológica (Vítima)			.571**	.551**
Agressão Física Sem Sequelas (Perpetrador)				.791**
Agressão Física Sem Sequelas (Vítima)				

Relativamente à subamostra de sujeitos do sexo masculino foram encontradas várias correlações fortes entre as variáveis.

Em relação à subescala *Agressão Psicológica, como agressores*, os homens revelaram correlações moderadas a fortes com a História 1 (r = 370, p = .05), História 2 (r = 531, p = .01), História 3 (r = 585, p = .01) e com o total das três histórias (r = 563, p = .01). Já na mesma subescala mas *como vítimas* os sujeitos revelaram associações relativamente fortes com a História 2 (r = 469, p = .01), com a História 3 (r = 533, p =.01) e com o total das histórias (r = 499, p = .01).

Relativamente à subescala da *Agressão física sem sequelas* foram encontradas também algumas associações. Como *agressores* existe uma associação relativamente forte com a História 2 (r = 451, p = .05), muito forte com a História 3 (r = 681, p = .01) e com e forte o total (r = 554, p = .01). Relativamente à subescala da *Agressão Psicológica* revelam associações quer como *agressores* quer como *vítimas* (r = 799, p = .01 e r = 810, p = .01, respetivamente). Como *vítimas* as correlações encontradas dizem respeito à História 2 com correlação moderada (r = 390, p = .05), à História 3 com correlação forte (r = 613, p = .01) e ao total das histórias (r = 480, p = .01). As associações com a subescala *agressão psicológica* existem quer para os *agressores* quer para as *vítimas* e são ambas muito fortes (r =

700, *p* = .01 e *r* = 729, *p* = .01, respetivamente). Já com a mesma subescala (*agressão física sem sequelas*) a correlação encontrada entre *vítimas* e *agressores* foram quase perfeitas, obtendo um valor de r = 961, p =.01) (Tabela 11).

Tabela 11 – Relação entre legitimação e vivência da violência - sexo masculino

	Agressão Psi. (Perpetrador	Agressão Psi. (Vitima)	Agressão Física s/ Sequelas (Perpetrador)	Agressão Física s/ Sequelas (Vitima)
História 1	.370*	.327	.342	.256
História 2	.531**	.469**	.451*	.398*
História 3	.585**	.533**	.681**	.613**
Total Histórias	.563**	.499**	.554**	.480**
Agressão Psicológica (Perpetrador)		.931**	.799**	.700**
Agressão Psicológica (Vítima)			.810**	.729**
Agressão Física Sem Sequelas (Perpetrador)				.961**
Agressão Física Sem Sequelas (Vítima)				

4.3 Impacto da variável profissão nas crenças e legitimação da violência.

Uma vez que a nossa amostra corresponde a uma amostra de profissionais na área da saúde, achamos importante perceber se a profissão exercida na área revela alguma influência nas respostas dos sujeitos. Para estudarmos esta influência recorremos a uma ANOVA *oneway*, que revelou diferenças significativas para a História 2 (*F* = 3.28, *p* =.001) e para o total das histórias (*F* = 2.10, *p* = .033). Para medir estas diferenças entre cada uma das categorias com as restantes realizaram-se testes de Pos-Hoc, nomeadamente o teste de *Bonferroni* que não revelou essas diferenças (Tabela 12).

5. Discussão

Tendo em conta os objetivos propostos para esta investigação e o contributo já dado pelos diversos estudos na área, procuramos neste momento discutir os resultados obtidos e perceber se estes vão no mesmo sentido de estudos empíricos já realizados ou se, pelo contrário estes nos permitem formular novas hipóteses.

É importante, no entanto, reforçar a ideia que, por ser um estudo exploratório, qualquer reflexão ou hipótese pensada e sugerida constitui apenas uma leitura alternativa possível, pelo que a generalização destas conclusões e aplicação das mesmas na população geral deve ser realizada cautelosamente.

5.1 Representações sociais dos profissionais de saúde em relação à violência entre parceiros íntimos (QRVC-HIS E QVC-CMR)

5.1.1 Influência do sexo

Relativamente à aceitação e legitimação da violência (QRVC- HIS), podemos perceber que a nossa amostra apresenta baixa tolerância e aceitação da violência. No entanto, é importante referir que, apesar desta baixa aceitação, existem diferenças significativas entre os dois subgrupos, masculino e feminino. Estas diferenças demonstram uma maior legitimação da violência por parte do sexo masculino, uma vez que este subgrupo obteve valores mais elevados para todas as histórias, sendo que este resultado vai ao encontro de resultados obtidos nos estudos de Matos, Machado, Caridade & Silva (2006). Este resultado poderá dever-se, tal como já descrito noutros estudos, a questões culturais, relativamente ao papel do género nas relações amorosas, pois as mulheres assumem na sua maioria um papel de subordinadas ao homem (Gelles, 1976) e por sua vez os homens assumem o papel de poder e de liderança (Dobash & Dobash, 1979).

É importante refletir ainda sobre as diferenças encontradas entre os géneros em cada uma das histórias. Analisando os resultados obtidos podemos perceber que a história com maior valor médio, logo com maior grau de legitimação, foi a História 2, que se refere a um casal de idosos em que a mulher aparece como a perpetradora da violência e o homem como

sendo a vítima. Já a história com valores médios mais baixos para ambos os subgrupos é a História 1, onde a violência surge numa família de classe económica elevada e onde o homem é o agressor e a mulher a vítima.

Em relação ao maior grau de legitimação da História 2, estudos já realizados vão ao encontro deste resultado. Carlson e Worden (2005) afirmam na sua investigação que a violência perpetrada no feminino é tida como menos ofensiva e mais aceitável, e perceberam que muitas vezes a violência por parte da mulher pode ser percebida como um ato de auto defesa. Noutros estudos, que ajudam a corroborar este resultado, afirma-se que os homens aceitam a agressão física mais facilmente do que as mulheres (Archer & Graham-Kevan, 2003; Bryant & Spencer, 2003 citado em Nabors, Dietz & Jasinski, 2006).

Relativamente ao facto de a História 1 ser aquela que apresenta um menor grau de legitimação, podemos encontrar vários argumentos e trabalhos que corroboram este resultado. Em primeiro lugar devemos perceber que esta história coloca o homem como o agressor e a situação de violência ocorre numa família de classe socio económica elevada.

Ao longo do tempo a mulher tem vindo a ocupar um lugar diferente, mais independente na sociedade, que se tem vindo a desenvolver no sentido da igualdade de direitos entre géneros, pelo que cada vez mais a aceitação da violência, quando esta ocorre de homem para mulher, é menor. O anterior argumento de que homem se pode servir da violência para assumir o papel de liderança e de poder na relação é cada vez menos aceite, principalmente pelas gerações mais jovens.

Pelo facto de se tratar de uma família de classe social e económica elevada, esta menor aceitação vai ao encontro de estudos empíricos anteriores, que defendem que situações de violência e contexto de famílias de classes sociais mais baixas e com menos estudos são mais facilmente aceites, ou pelo menos minimizadas (Staus, 1979).

Em relação à maior legitimação do sexo masculino em relação ao sexo feminino, é possível percebermos que para além das mulheres terem mais dificuldade em aceitar a violência quando esta parte do homem para a mulher, elas parecem ainda ter dificuldade em aceitar a violência no geral e daí apresentarem resultados mais baixos que os homens para todas as histórias e o total das mesmas.

O QVC-CMR é o instrumento que nos ajuda a perceber quais as razões para a ativação a manutenção e resolução que os sujeitos atribuem ao fenómeno da violência entre parceiros íntimos.

No que diz respeito ao fator de ativação, podemos perceber que o item que obteve maior grau de concordância por parte dos sujeitos de ambos os subgrupos tem a ver com as dificuldades económicas das famílias onde o fenómeno da violência ocorre. Este resultado é corroborado por estudos desenvolvidos e citados anteriormente, que apontam para o facto da classe social ter influência nas crenças e aceitação do fenómeno da violência (Gode, 1971; Staus, 1979). Segundo a APAV (2010), em relação ao agressor, o facto de existirem carências socioculturais e económicas, estando financeiramente dependente da vítima (mais frequente no caso das pessoas idosas), bem como estar desempregado – o que dificulta o estabelecimento de relações positivas com os membros da família - revelam-se fatores de risco para a ocorrência da violência. Já em relação à vítima o fenómeno de violência tende a ocorrer mais frequentemente quando a mesma apresenta escassos recursos económicos, encontrando-se dependente do agressor e habita em condições precárias.

Tendo em conta os resultados obtidos em cada subgrupo, masculino e feminino, percebemos que embora não sejam os itens mais cotados, os itens relativos à doença mental, quer do agressor quer da vítima, surgem como os fatores que geram maior controvérsia entre homens e mulheres, com os homens a dar significativamente mais importância a esta situação. Algumas teorias intraindividuais focalizam as características individuais do agressor e na personalidade da vítima (Matos, 2002; Matos & Marlene, 2002 citado em APAV, 2010). Embora os estudos existentes se foquem mais em características psicológicas, é possível que a doença mental seja inserida nestas características individuais que podem ser determinantes para a existência ou não de violência entre um casal. A doença mental é ainda vista por alguns autores como um fator de risco para a vitimização (APAV, 2010). Autores defendem que quanto maior o nível de agressividade maior a probabilidade de esta estar associada a uma personalidade disfuncional ou perturbação psicopatológica (Matos, 2002 citado em APAV, 2010). O facto de os homens atribuírem à doença mental o papel de causa em situações de violência pode ser um "mecanismo de defesa" encontrado para se

defenderem relativamente às estatísticas e à história deste fenómeno, uma vez que o sexo masculino é considerado como o principal perpetrador da violência. É possível que se o agressor for portador de alguma doença mental a violência seja minimizada ou mais legitimada pela sociedade.

Relativamente aos motivos atribuídos à manutenção da violência, o item com maior grau de concordância refere-se à ausência de denúncia por parte da vítima ou de terceiros.

A ausência de denúncia de casos de violência parece ser um aspeto característico deste fenómeno. Embora existam cada vez mais investigações sobre o tema e embora a sociedade tenha vindo a crescer no sentido de melhor perceber o fenómeno e as suas causas, bem como de compreender as suas vítimas e apoiá-las, não se pode ignorar o facto de que muitas dessas vítimas continuam a preferir o silêncio por acreditarem que pouco ou nada pode ser feito para as ajudar, nomeadamente as vítimas mulheres. Este fato pode ser explicado por vários motivos. Diariamente assistimos a casos na comunicação social que nos relatam casos de violência em que a vítima não é protegida ou não recebe o apoio necessário, porque o agressor acaba por não ser condenado ou pelo tempo que o processo demora. Este fato pode levar a outro que foi considerado neste estudo, pelos nossos sujeitos, como um fator de risco e associado à manutenção da violência que se refere ao medo de retaliação. Segundo a APAV (2010), um grande número de vítimas explica a permanência na relação pelo medo de sofrer represálias, no caso de não receber o apoio e proteção necessárias. As vítimas preferem ficar em silêncio do que correrem o risco de sofrerem consequências piores por tornarem pública a sua situação e do agressor.

Analisando os resultados obtidos entre os dois subgrupos percebemos que os itens *"Existência de filhos"*, "*Ameaça de suicídio por parte do agressor"* e *"Interferência de outros familiares"* são os itens onde são visíveis diferenças significativas entre homens e mulheres. Sendo as mulheres quem mais relata estas razões como fatores de risco para que a violência se mantenha podemos perceber, mais uma vez, que frequentemente as mulheres, vítimas, tendem a permanecer nas relações conjugais violentas alegando um variado número de argumentos. Em alguns estudos estão presentes argumentos que corroboram os nossos resultados, sendo que as mulheres afirmam manter-se na relação por preocupação com os filhos, pela

eterna esperança de que o agressor irá mudar ou até mesmo porque se sentem culpadas da sua situação. É de saliente que é frequente que o agressor faça jogo psicológico com as vítimas (fazendo-as sentir culpadas, ameaçando o suicídio, por exemplo) (Goode, 1971; Gelles, 1976; APAV, 2010).

Relativamente ao fator de resolução, para a amostra geral os itens que obtiveram maior grau de concordância foram "Educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória", "Afastar o agressor" e "Condenar mais agressores". Este resultado vai de encontro aos resultados obtidos para as diferenças entre sexos que para além destes três itens, ainda aponta diferenças significativas nos itens "Estimular a separação/divórcio do casal" e "Intervenção de outros familiares, amigos e vizinhos", com as mulheres a pontuarem mais todos os itens.

Relembrando que no fator causas o papel do agressor está muito vincando, faz sentido que relativamente ao fator resolução as mulheres apontem mais a necessidade de afastar e condenar mais agressores, uma vez que historicamente e estatisticamente as mulheres são as principais vítimas deste fenómeno.

É curioso que as mulheres tenham atribuído como causa de manutenção e, ao mesmo tempo, como um fator de resolução a intervenção de familiares e amigos. Se por um lado a família pode ser considerada uma rede de proteção e suporte (Gonçalves & Guará, 2010), noutros casos é possível que a família piore a situação e que quanto mais tente ajudar mais a situação de violência conjugal se perpetua. Daqui podem advir consequências, também apontadas pelos nossos resultados, relativamente aos fatores de manutenção, em que as mulheres preferem não denunciar e ficar no silêncio, para evitarem consequências mais graves e represálias por parte dos agressores.

Em relação à importância dada à educação para a prevenção, é importante relembrar que quase metade da nossa amostra (48.1%) revelou achar importante que a sua formação académica de base incidisse também nesta questão da violência.

5.1.2 Influência dos anos de experiência

Relativamente a outra variável em estudo, os anos de experiência

profissional, alguns estudos corroboram o resultado obtido de que não existe influência da mesma na legitimação e crenças acerca da violência, nomeadamente o estudo de Leal, Lopes & Gaspar (2011), autores que defendem que a representação social da violência contra a mulher é independente de fatores como a pouca idade e o tempo de experiência profissional.

5.2 Relação entre legitimação da violência e a vivência da violência nas relações conjugais (CTS-2)

Em relação à relação entre legitimação da violência e a vivência da violência nas relações conjugais os resultados obtidos revelam algumas conclusões importantes.

Relativamente ao sexo feminino, as mulheres parecem legitimar mais a violência quando são vítimas do que quando são agressoras, o que vai ao encontro de resultados obtidos noutros estudos e de outros autores que afirmam que a mulher acaba por aceitar a violência e manter-se na relação por vários motivos, nomeadamente questões económicas e dependências emocionais, bem como a existência de filhos ou o fato de se sentir culpada pela situação em que está (Goode, 1971; Gelles, 1976; APAV, 2010).

No que concerne à vitimação, as mulheres apresentam uma baixa apresentando apenas correlações moderadas para todas as histórias, ou seja no papel de vítimas as mulheres revelam pouca tolerância à violência conjugal. Este dado pode ir de encontro ao facto de que histórica e estatisticamente as mulheres são consideradas na sua maioria vítimas. Tendo em conta a mudança e o desenvolvimento que a sociedade tem vindo a sofrer, é normal que as mulheres dos dias de hoje tendam a legitimar cada vez menos a violência, independentemente do contexto em que esta ocorra.

Relativamente ao sexo masculino existe uma clara superior legitimação quando os homens se revelam os agressores da relação do que quando estes são vítimas. Este dado pode ser entendido pelas questões culturais e históricas em que os nossos sujeitos cresceram. Embora a sociedade esteja a desenvolver-se no sentido da cada vez menor aceitação de casos de violência, a realidade é que durante muitos anos era permitido ao homem utilizar a violência para garantir o seu lugar de liderança e de poder

na relação (Dobash, 1979; Staus, 1979).

Uma vez que os nossos sujeitos apresentam idades muito distintas, é possível que o fator idade esteja a "interferir" nesta questão da legitimação da violência como agressores.

É de salientar ainda uma correlação muito forte entre as duas subescalas estudadas, quer para o subgrupo feminino quer para o masculino.

As correlações fortes encontradas entre agressão psicológica e agressão física sem sequelas, quer para a perpetração quer para a vitimação, são corroboradas por alguns autores. De acordo com Straus e colaboradores (1996), a teoria do conflito entre casais diz que a agressão verbal contra um companheiro, para além de funcionar como um ato redutor da tensão existente na relação, tende a aumentar a progressão do abuso para formas mais severas, revelando que existe uma forte associação entre a agressão psicológica e a probabilidade de ocorrer abuso físico sem sequelas (Straus, 1974).

5.3 Impacto da variável profissão nas crenças e legitimação da violência.

Embora a ANOVA tenha revelado algumas diferenças entre os profissionais de saúde, quando comparadas as subamostras através do teste de Bonferroni essas diferenças não se revelaram significativas.

Apesar deste facto e apesar de os resultados terem demonstrado que não existe influência da variável profissão nas crenças e legitimação dos profissionais de saúde, os assistentes sociais foram a subcategoria que apresentou valores mais distintos dos restantes. Este facto pode ser lido atendendo ao contexto em que estes profissionais atuam. Ao contrário de outros profissionais, os assistentes sociais tendem a trabalhar mais diretamente com casos de violência uma vez que faz parte da sua prática profissional investigar e atuar em casos relativos a este fenómeno.

Conclusões

A violência conjugal tem adquirido uma maior visibilidade e muitos são os estudos e investigações que têm emergindo acerca deste fenómeno. Das várias teorias existentes importa realçar a importância dada ao papel de cada um dos intervenientes, bem com às representações sociais que daí advém.

O presente estudo veio indicar que, independentemente do nível socioeconómica, da etnia, da idade ou da profissão exercida, este é um fenómeno em relação ao qual a sociedade demonstra baixa tolerância e aceitação. No entanto e apesar deste fato, a população estudada mostrou ainda suportar-se em alguns aspetos históricos, crenças e estereótipos que estão por detrás da ainda existente legitimação e aceitação da violência conjugal.

Esta investigação demonstrou ainda, tal como já tinha acontecido em estudos anteriores, uma maior legitimação da violência por parte do sexo masculino, o que vem chamar mais uma vez à atenção para a necessidade de se trabalharem estes estereótipos e crenças baseadas em pressupostos antigos em que o homem era visto como líder e detentor do poder e a mulher como subordinada do mesmo.

Os resultados obtidos indicam-nos ainda uma forte necessidade dos profissionais de saúde conhecerem melhor este complexo fenómeno, quer ao nível das causas quer em relação ao modo de proceder. Ressalta aqui a ideia de que uma formação adequada poderia fazer uma grande diferença no atendimento às vítimas, bem como na deteção de casos de violência que muitas vezes passam despercebidos.

Devem ser desenvolvidas estratégias preventivas, dirigidas a homens e mulheres, que permitam, não só aos profissionais de saúde mas também à população em geral, antecipar estas situações e deste modo serem capazes de se protegerem a si e à sociedade em que estão inseridos.

Limites e sugestões futuras

A presente investigação apresenta algumas limitações e por isso é necessário ter algum cuidado com as análises e interpretação dos resultados.

Embora a amostra estudada seja suficientemente grande para se realizarem as análises estatísticas, é possível que com uma amostra maior se

obtivessem resultados mais fidedignos.

Par além disso e apesar da dimensão das subamostras (masculino e feminino) ser suficiente para a realização de análises, a nossa amostra apresente um número significativamente maior de sujeitos do sexo feminino (126) relativamente ao número de sujeitos do sexo masculino (30).

Um outro aspeto a considerar é a extensão do protocolo. Sendo extenso é possível que a participação dos sujeitos e consequente recolha da amostra fique condicionada, pela falta de tempo ou de disponibilidade.

Para investigações futuras seria importante ter em conta algumas questões.

Relativamente à amostra seria importante aumentar o tamanho da mesma, ao mesmo tempo que devia tentar-se reduzir o desequilíbrio entre subamostras.

Seria interessante também estudar outra população alvo ou aprofundar os estudos em cada uma das subcategorias profissionais, bem como fazer estudos estatísticos mais aprofundados.

Uma vez que é uma variável referida várias vezes na literatura como uma necessidade que os profissionais de saúde enfrentam, seria interessante estudar mais aprofundadamente o efeito desta variável recorrendo por exemplo a estudos com manipulação experimental, isto é, por exemplo, estudar uma população incidindo sobre as diferenças entre o antes e o depois da realização de uma formação sobre violência conjugal.

Por último, talvez fosse interessante e enriquecedor para próximas investigações utilizarem-se instrumentos de recolha qualitativos como entrevistas ou focus-group, para compreendermos os processos envolvidos na formação sobre a violência.

,

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.

Alexandra, C., & Figueiredo, B. (2006). Versão portuguesa das "Escalas 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

Braz, M., Cardoso, M. H. C. A., & Em, M. H. C. A. (2000). Em Contacto Com a Violência - Os Profissionais De Saúde e Seus Pacientes Vítimas De Maus Tratos, *Revista latino-americana enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 91-97,91–97.

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.

Carlson, B., & Worden, A. (2005). Attitudes and beliefs about domestic violence: results of a public opinion survey: I. definitions of domestic violence, criminal domestic violence, and prevalence. *Journal of Interpersonal Violence*, *20*, 1197-1218.

.Coker, A. L., Flerx, V. C., Smith, P. H., Whitaker, D. J., Fadden, M. K., & Williams, M. (2007). Partner violence screening in rural health care clinics. *American Journal of Public Health*, *97*(7), 1319–25. doi:10.2105/AJPH.2005.085357

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.

Dias, I. (2000). *A violência doméstica em Portugal: contributos para sua visibilidade.* Actas do IV Congresso Português de Sociologia. Lisboa.

Dias, I. (2004). *Violência na Família: Uma abordagem sociológica.* Porto: Afrontamento.

Dias, I. (2010). Violência doméstica e justiça : respostas e desafios, *XX*, 245–262.

Dobash, R. E., & Dobash, R. P. (1979). *Violence against wives.* New York: The Free Press.

Dutton, D. G. (2012). The case against the role of gender in intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, *17*(1), 99–104. doi:10.1016/j.avb.2011.09.002

García-Moreno, C. (2002). Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(02)08417-9

Gelles, R. J. (1976). Abused wives: why do they stay? *Journal of Marriage and the Family*, *38*, 659-668.

Gelles, R. J. (1997) *Intimate violence in families*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Goode, W. (1971). Force and violence in the family. *Journal of Marriage and the Family*, *33*, 624-636.

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

Levesque, R. (2001). *Culture and family Violence: Fostering Change Through Human Rights Law.* Washington DC: American Psychological Association. doi. 10.1037/10432-000.

Levinson, D. (1989). Family violence in a cross cultural perspective. *Agressive Behavior*, 294-296. doi. 10.1002/1098-2337(1991)17:5<294.

Machado, C. (2005). Violência nas familias portuguesas: um estudo representativo na região norte. *Psychologica*, *40*, 173-194.

Maroco, J. (2011). *Análise estatística - Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo (trabalho original publicado em 2003).

Matos, M., Machado, C., Caridade, S., & Silva, M. (2006). Prevenção da

violência nas relações de namoro: Intervenção com jovens em contexto escolar. *Psicologia: Teoria e Prática, 8*, 55-75.

Moscovici, S. (2000). *Social Representations: Explorations in Social Psychology.* United Kingdom: Polity Press.

Nabors, E. L., Dietz, T. L., & Jasinski, J. L. (2006). Domestic violence beliefs and perceptions among college students. *Violence and Victims, 21*(6),779–95.Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17220019

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

Perrin KM, Boyett TP & McDermott RJ. (2000). Continuing education about physically abusive relationships: does education change the perceptions of health care practitioners? *The Journal of continuing Education in Nursing*; 31(6), 269–274.

Pimentel, I. (2012). *Violência entre Parceiros Íntimos: Significados, manutenção e transformação, na perspetiva de vítimas, agressores e profissionais* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

OMS (s/d), acedido em http://www.who.int/topics/violence/en/, em 10 de Março de 2014, às 21:32.

Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. (2012). Domestic violence : knowledge , attitudes , and clinical practice of selected. *British Journal of General Practice*, 647–655. doi:10.3399/bjgp12X654623.

Soares, M., & Cláudio, V. (2010). *Crenças e Atitudes Sobre a Violência Doméstica e Satisfação com o Suporte Social em Sujeitos Adictos e Não-Adictos.* (Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho), Minho.

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

Straus, M. A., Gelles, R., Steinmetz, S. (2009). *Behind Closed Doors:*

*Violence in the American Family.*Anchor Books. New York, United States.

Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics scales. *Journal of Marriage and Family , 41*, 75-88.

Straus, M. A.; Hamby, S. L.; Boney-Mccoy, S.; Sugarman, D. B. (1996) The revised conflict tactics scales (CTS2): development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*, 283-316,

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

Vieira, A. M. (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, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Vieira, E. M., Ford, N. J., Ferrante, F. G. De, & Almeida, A. M. De. (2013). The response to gender violence among Brazilian health care professionals Respostas à violência de gênero entre profissionais de saúde, 681–690.

Walker, L. E. (1984). *The Battered Woman Syndrome.* New York: Springer Publishing Company.

Woodin, E. M., Sotskova, A., & O'Leary, K. D. (2013). Intimate Partner Violence Assessment in an Historical Context: Divergent Approaches and Opportunities for Progress. *Sex Roles*, *69*(3-4), 120–130. doi:10.1007/s11199-013-0294-z

Anexos

Anexo I: Protocolo

1.1 Carta de Apresentação do Projeto de Investigação e Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Este estudo insere-se num projeto de investigação sobre vivências familiares em estudantes universitários de Angola, Brasil, Estados Unidos e Portugal. No essencial, envolve o preenchimento de questionários sociodemográficos e de autoavaliação sobre três grandes assuntos: vivências no seio da família de origem, vivências em relações íntimas e atitudes em relação aos comportamentos agressivos.

Todas as dúvidas e/ou questões que possa ter em relação à sua participação neste projeto podem e devem ser colocadas diretamente ao investigador que se encontra na sala consigo. A sua participação é, no entanto, absolutamente **voluntária,** podendo inclusivamente, se assim o entender, desistir a qualquer momento.

Caso concorde em participar é importante que responda de uma forma sincera e espontânea, **não deixando nenhuma questão por responder.**

Os resultados assim obtidos são estritamente **confidenciais**, sendo apenas utilizados para os fins desta investigação.

Muito obrigado pela sua colaboração

CONSENTIMENTO

Eu, _____, declaro ter sido informado da natureza e dos procedimentos da presente investigação, bem como das garantias de anonimato e confidencialidade. Assim, aceito responder ao protocolo que me foi apresentado.

Coimbra, ___ de _____ de 20__

_____

(Assinatura)

Anexo II: Caracterização da amostra

2.1 Análise Descritiva da Amostra: Idade

Idade	n	%
20-30	98	63
31-40	30	20.1
41-50	20	12.7
50-60	7	3.6
Mais de 60	1	0.6

2.2 Análise descritiva da amostra: Zona de Residência, Outros.

Variável	Categorias	N	%
Zona de Residência	Castelo Banco	1	0.6
	Espanha	1	0.6
	Évora	1	0.6
	Faro	2	1.3
	França	2	1.3
	Guimarães	1	0.6
	Guarda	1	0.6
	Portalegre	1	0.6
	Reino Unido	1	0.6
	Santarém	1	0.6
	São Paulo	2	1.3
	Setúbal	2	1.3
	Suíça	1	0.6
	Viana do Castelo	1	0.6
	Viseu	1	0.6

2.3 Análise Descritiva da Amostra: Profissão Outra. Qual?

Outra. Qual?	**n**	**%**
Assistente dentária	1	.6
Assistente Operacional	1	.6

Auxiliar Ação Direta 2ª Categoria	3	1.9
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 Terapêutica	1	.6
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 Amostra: Anos de Experiência Profissional

	N	%
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

2.5 Análise Descritiva da Amostra: Que tipo de violência?

	N	%
Psicológica	20	12.8
Física	45	28.8
Ambas	23	14.7

2.6 Análise Descritiva da Amostra: Em que contexto?

	N	%
Envolvendo Profissionais	19	12.2
Envolvendo utentes/doentes	53	34
Envolvendo civis	4	2.6
Envolvendo profissionais e	6	3.8

doentes		
Envolvendo Profissionais e Civis	1	0.6
Envolvendo Doentes e Civis	4	2.6
Todas	1	0.6

Anexo III: Análise Estatística de Dados

3.1 Influência dos Anos de Experiência Profissional (ANOVA *oneway*)

	F	*p*
História 1	.352	.880
História 2	.934	.461
História 3	.203	.961
Total das Histórias	.501	.775