



UC/FPCE_2017

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Estudo comparativo das Representações Sociais da
Violência nos Parceiros Íntimos entre os Psicólogos e
Profissionais do sector da saúde**

Marta Cristiana Cardoso da Silva (e-mail: ms_cristiana@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica - área de especialização
em Psicoterapia Sistémica e Familiar, sob orientação da Professora
Doutora Maria Madalena Santos Torres Veiga de Carvalho

Estudo Comparativo das Representações Sociais da Violência nos Parceiros Íntimos entre os Psicólogos e Profissionais do sector da saúde.

Resumo: O presente estudo tem como objetivo principal explorar as representações sociais dos psicólogos e profissionais do sector da saúde relativamente à violência entre parceiros íntimos e a resolução de táticas de conflitos nas suas relações íntimas. Ainda, é explorada a relação das representações sociais e sua influência na formação dos profissionais.

A amostra é constituída por 367 sujeitos, sendo dos quais 13.1% psicólogos e 86.9% profissionais do sector da saúde. Foi administrado um protocolo que inclui as Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (*The Revised Conflict Tactics Scales-CTS-2*), o Questionário de Violência Conjugal- Histórias (QRVC-HIS) e o Questionário de Violência Conjugal-Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR).

Os resultados evidenciaram uma baixa legitimação da violência entre parceiros íntimos, embora os profissionais do sector da saúde legitimam mais que os psicólogos.

No que concerne às relações íntimas dos sujeitos verificou-se que a maioria dos sujeitos utilizam a tática da *Negociação*. Contudo, os dados demonstram alguma preocupação pelos valores elevados para o uso de táticas abusivas em conflitos conjugais.

Apesar de não se observar diferenças estatisticamente significativas do papel da formação em a violência entre os parceiros (VPI), constata-se um decréscimo da sua legitimação.

Os resultados obtidos transparecem a necessidade do desenvolvimento de iniciativas de formação para os profissionais de saúde para que se possa erradicar a influência das crenças culturais sobre a VPI, e fomentar a sensibilização e capacitação destes para uma intervenção mais rica e eficaz junto das vítimas e dos perpetradores.

Palavras-chave: Representações Sociais, Violência Entre Parceiros Íntimos, Psicólogos, Profissionais do sector da saúde

Comparative Study of the Social Representations of Intimate Partner Violence among psychologists and professionals in the health sector

Abstract: The current study has as a central objective to explore the social representations about intimate partner violence of psychologists and professionals in the health sector and the resolution of conflict tactics in their intimate relationships. Additionally, the study investigates the relationship between social representations and their influence on the professionals training.

The sample consists of 367 subjects, of whom 13.1% are psychologists and 86.9% are professionals working in the health sector. A protocol was administered that included the Revised Conflict Tactics Scales (CTS-2), the Conjugal Violence-Stories Questionnaire (QRVC-HIS) and the Conjugal Violence-Causes, Maintenance and Resolution Questionnaire (QVC-CMR). The results revealed a low legitimization of violence among intimate partners, although the other professionals legitimize more than the psychologists.

Regarding the subjects' intimate relationships, it was demonstrated that most subjects use the *Negotiation* tactic. However, the data demonstrate some concern about the high values for the use of abusive tactics in marital conflicts.

Although there are no statistically significant differences in the role of training in violence between partners (IPV), it is verified a decrease in their legitimacy.

The results obtained indicate the need for the development of training initiatives for health professionals to avoid the influence of cultural beliefs on IPV. It is essential to instigate the sensibilization and training of this professionals to obtain interventions more effective next of the victims and perpetrators.

Key Words: Social Representations, Intimate Partner Violence, Psychologists, Professionals in the health sector

Pai.

Agradecimentos

*“Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe”
Clarice Lispector*

À *minha orientadora* Professora Doutora Madalena de Carvalho, pela orientação, pela motivação, pela compreensão e pelo apoio. Por todo o carinho, obrigada.

À *minha mãe*, um **GRANDE** obrigada, por todo o esforço, por ter lutado sempre por mim e para mim independentemente dos obstáculos; pelo amor, pela confiança, pelo apoio, e por nunca desistir de mim.

Aos *meus manos*, Teresa e Beto, obrigada pelo apoio incondicional, pelos sorrisos, pelo amor, pela proteção e pelas simples palavras. Um especial obrigado, à mana Rachel, a menina que desde pequenina sempre foi especial, obrigada pela força, pelas correções, e pelo modelo e exemplo que és para mim. **Tenho os melhores irmãos.**

Bruno, obrigada pelo teu amor, pelo teu incentivo e pela coragem dada para ultrapassar os momentos difíceis. Obrigada por tornares as lágrimas em sorrisos.

Iara e Salvador, pelos abraços e pelos beijinhos que me acalmam o coração.

Francisca, Inês e Carmen, as amigas que Coimbra me deu, obrigada pela amizade, pelas partilhas de maus e fantásticos momentos, e por tudo o que aprendemos juntas. **É para a Vida.**

Mestre João Mena, sempre presente desde o início da minha aventura académica até ao fim, obrigada pela tua ajuda e por descomplexificares a minha complexidade.

À *melhor turma de Sistémica*: Stefanie, Lia, Mariana, Gustavo, Vânia, Daniela, Mónica, Cláudia, Suse, obrigada pelo vosso apoio, pela ajuda, pela união e pelo carinho.

A todos os participantes, obrigada pela colaboração.

A todos, OBRIGADA do fundo do meu coração!

Índice

Introdução.....	1
I – Enquadramento conceptual	2
1.1.Violência entre Parceiros Íntimos	2
1.2.Representações Sociais.....	6
1.3.A Violência entre Parceiros Íntimos e o Papel dos Profissionais.....	7
II - Objectivos	10
III - Metodologia.....	12
3.1. Descrição da Amostra.....	12
3.2. Instrumentos de Avaliação	15
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Dados Complementares	15
3.2.2. Escalas de Táticas de Conflito Revisadas	16
3.2.3. Questionário de Violência Conjugal - Histórias.....	17
3.3 Procedimentos de investigação.....	19
3.4. Procedimentos Estatísticos	20
IV-Resultados.....	21
4. Representações Sociais dos profissionais em relação à violência entre parceiros íntimos – Influência da Profissão.....	21
4.1. Questionário de Violência Conjugal- Histórias.....	21
4.2. Questionário de Violência Conjugal- Causas, Manutenção e Resolução	23
4.3. Escalas de Táticas de Conflito Revisadas	25
4.4. Influência da formação em VPI nas crenças da violência conjugal nos profissionais	27
4.5. Influência da Profissão	28
4.6. Influência da Experiência Profissional	29
4.6.1. Profissionais Psicólogos/ Médicos	29
4.6.2. Profissionais Psicólogos/ Enfermeiros	29
4.6.3. Profissionais Psicólogos/Fisioterapeutas.....	30
4.6.4. Profissionais Psicólogos/ Técnicos de Ação Social	31
4.6.5. Profissionais Psicólogos/Outros	31
V - Discussão	32
5.1. Representações Sociais em torno da Violência Conjugal	32
5.1.1. Questionário de Violência Conjugal – Histórias	32
5.1.2. Questionário de Violência Conjugal- Causas, Manutenção e Resolução	33
5.2. Escalas de Táticas de Conflito Revisadas.....	36
5.3. Relação entre a formação e as crenças em torno da violência conjugal	37
5.4. Influência da Profissão	38
5.5. Influência da Experiência Profissional	39
VI - Conclusões	40
Bibliografia	43
Anexos	51

Introdução

Desde 1986 que a violência vem sendo reconhecida como um problema para os setores de justiça criminal e de defesa, e em 1996 declarou-se a violência como um importante problema de saúde pública em todo o Mundo (World Health Organization [WHO], 2014).

As pesquisas sobre a violência têm vindo a crescer progressivamente nos últimos anos (Black et al., 2011) e uma das razões que explicam o crescente volume dos estudos sobre o tema é a gravidade do fenómeno, que tem vindo a ser revelada pela investigação como tendo uma alta incidência e um impacto severo sobre a saúde mental (Murta, Santos, Martins & Oliveira, 2013). A nível mundial, registam-se anualmente mais de 1.3 milhões de mortes em consequência da violência (WHO, 2014).

Segundo a WHO (1996, como citado em WHO, 2014) a violência é “o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação”.

Relativamente à sua tipologia, a WHO classifica a violência em autodirigida, interpessoal e coletiva. Nas classificações encontram-se representadas a natureza e o contexto dos atos violentos, e também a relação entre o agressor e a vítima e no caso da violência coletiva pelas possíveis motivações para a violência (Direção-Geral de Saúde [DSG], 2014).

A violência autodirigida é aquela que as pessoas infligem a si mesmas, inserindo em todos os atos suicidas e outros comportamentos autolesivos. A violência interpessoal é infligida por outro indivíduo, dividindo-se em violência familiar/violência entre parceiros íntimos e a violência na comunidade. Por fim, a violência coletiva diz respeito a atos cometidos por grupos alargados de indivíduos, que pode ter múltiplas motivações, tanto de carácter social como político ou económico (DGS, 2014).

Em Portugal, a violência entre parceiros íntimos (VPI) é a segunda causa mais comum de violência interpessoal (Pereira, Vieira & Magalhães, 2013). Segundo as estatísticas da APAV (2017), em 2016 destacou-se o

crime contra as pessoas, com uma dimensão de 93.3%, e de entre estes, o destaque vai para os maus tratos físicos e psíquicos, que representam cerca de 77%. Mas, apenas 41.6% dos sujeitos formalizaram queixa/denúncia junto das entidades policiais.

A violência é um processo complexo, muitas vezes marcada pelo silêncio das vítimas e pela ausência de sinais evidentes, sendo os serviços de saúde um local privilegiado para detetar e intervir.

Os profissionais do sector da saúde podem prestar cuidados a vítimas de atos violentos, numa perspectiva reparadora das lesões causadas, tanto sob o ponto de vista físico como psicológico e emocional. Contudo, em Portugal e nos serviços de saúde, só há cerca de trinta anos é que começaram a surgir iniciativas para dar resposta ao fenómeno da violência (DGS, 2014).

Torna-se relevante compreender as representações sociais da VPI nos profissionais do sector da saúde pois as crenças que mantêm sobre este tema poderão afetar o comportamento e a forma como intervém com vítimas e agressores.

I – Enquadramento conceptual

1.1. Violência entre Parceiros Íntimos

A VPI é considerada um dos maiores problemas para a saúde pública a nível mundial (Carmo, Grams & Magalhães, 2011). Representa uma violação dos direitos humanos (DGS, 2014; Martins, Assunção, Caldas & Magalhães, 2014). Manita, Ribeiro e Peixoto (2009) acrescentam que a VPI também pode ser definida como violência nas relações de intimidade ou por violência no namoro.

Este conceito surgiu da necessidade de alargar a noção de Violência Doméstica, e em particular a de Violência Conjugal. Para Debert e Gregori (2008, como citado em Filipe, 2013) um dos problemas mais comuns é utilizar os conceitos Violência Doméstica, Violência Conjugal e VPI como sinónimos. Apesar de estarem interligados, estes termos abrangem âmbitos distintos e os fatores de risco podem ser díspares com diferentes graus de relevância, pelo que é necessário definir e operacionalizar corretamente cada um deles.

Neste sentido, a violência doméstica e conjugal correspondem à violência exercida no agregado familiar ou por um dos cônjuges (Lutzker, 2006), excluindo ex-cônjuges heterossexuais e homossexuais (Lutzker, 2006). Já na VPI a violência ocorre em diferentes tipos de relacionamentos íntimos, como em relações de namoro, de parceiros casados, de união de facto, de ex-cônjuges e incluindo casais homossexuais (Black et al., 2011; Lutzker, 2006; Schub, 2016). Traduz-se num amplo padrão de táticas coercivas ou violentas utilizadas por um ou ambos os parceiros, no sentido de estabelecer ou preservar poder e o controlo sobre o outro (Martins, Assunção, Caldas & Magalhães, 2014).

A VPI é um fenómeno transversal, em que a violência pode ocorrer em diferentes faixas etárias, contextos sociais, económicos, culturais e/ ou religiosos (Direção-Geral da Saúde, 2014). Este fenómeno surge sob diversas manifestações de violência, tal como a modalidade verbal, psicológica, física e sexual (Colossi & Falcke, 2015; Kornusky & Smith, 2016), que estão inter-relacionadas e que podem ocorrer conjuntamente (Williams & Frieze, 2005).

O modelo patriarcal da sociedade apoia a ideia que a VPI é uma questão de género, ou seja, a violência é perpetrada pelos homens em relação às mulheres, isto porque, no geral os homens são mais fortes fisicamente que as mulheres, e assim parecem menos vulneráveis à violência (Carmo et al., 2011). A incidência da VPI parece ser mais elevada (ou pelo menos com maior visibilidade) quando a vítima é mulher (Direção-Geral de Saúde, 2014). No estudo português de Pereira, Vieira e Magalhães (2013), afirma-se que pelo menos sessenta e duas mulheres com mais de quinze anos foram assassinadas pelos seus parceiros ou ex-parceiros íntimos, concluindo que a VPI é a causa de homicídio em 60,8% de todas as mulheres autopsiadas.

Contudo, a violência bidirecional é o padrão mais comum da VPI (Hamberger, 2005; Hamberger & Larsen, 2015; Larsen & Hamerger, 2015). É um fenómeno dinâmico, em que os papéis de agressor e de vítima não são necessariamente estáticos, ou seja, o mesmo parceiro tanto pode agredir como sofrer a violência, assumindo assim as duas posições conforme a situação estabelecida (Colossi & Falcke, 2015). Logo, a VPI abrange a vitimização de um homem por uma mulher (Archer, 2000; Dias, 2010; Flynn & Graham, 2010; Straus, 2006).

Johnson (1995) igualmente considera que a VPI não é um fenómeno unitário, descrevendo dois tipos de fenómenos diferentes para a violência, sustentados em duas perspetivas: a *feminista* e a de *violência familiar*.

O foco da perspetiva *feminista* é o fenómeno *terrorismo íntimo*, que se caracteriza como sendo um produto das tradições patriarcais do controlo dos homens sobre as mulheres, envolvendo não só a violência, mas também a subordinação a nível económico, ameaças, isolamento e outras táticas de controlo.

O foco da perspetiva de *violência familiar* assenta no fenómeno *violência de casal comum*, um tipo de violência que resulta do conflito entre casais e tanto está presente em relacionamentos heterossexuais como homossexuais (Ali, Dhingra & McGarry, 2016; Flynn & Graham, 2010; Johnson, 1995).

A VPI não deve ser considerada apenas uma questão de género, mas deve ter uma abrangência maior a nível dos valores humanos. Em Portugal, no ano 2010, foram reportados à polícia 26.1% crimes relacionados com a VPI, e nesse valor 18% dos casos as vítimas eram do género masculino (Carmo et al., 2011).

Relativamente aos padrões de violência e abuso, os homens que se envolvem na VPI são mais propensos a serem motivados pelo uso do controlo sobre o género feminino, ao passo que as mulheres são mais motivadas pela autodefesa e retaliação por anteriores agressões (Hamberger, 2005; Hamberger & Larsen, 2015). Straus (2010), realizando estudos nesta temática, defende que as mulheres exercem tanto controlo como os homens.

As táticas mais utilizadas pelos homens, na prática de violência, são as que ameaçam a vida e inibem a autonomia das companheiras, no caso das mulheres as táticas consistem principalmente em reclamações e gritos. Os homens são os perpetradores predominantes do abuso sexual (Hamberger, 2005).

Com um estudo longitudinal, Cooper e Smith (2011) defendem que apesar de ambos os géneros estarem em risco de homicídio pela VPI, as mulheres são seis vezes mais propensas a serem mortas pelo seu parceiro íntimo.

Diversos estudos realizados, na vertente da VPI, vêm demonstrar que os efeitos da violência não se circunscrevem apenas ao momento em que esta ocorre, mas tendem a persistir muito tempo após a agressão ter cessado, principalmente nas situações de maior severidade em que os efeitos são mais danosos para a saúde física e mental das vítimas (Krug et al., 2002 como citado em Direção-Geral da Saúde, 2014). Descreve-se na literatura que estes efeitos podem incluir a diminuição da autoestima, disfunção sexual, depressão, ansiedade, distúrbios alimentares (Gonzalez-Guarda & Vazquez, 2013; Koeppel & Bouffard, 2014; Sheila, Santos, Martins & Oliveira, 2013), alterações do padrão de sono, alterações da imagem corporal (Manita et al., 2009), entre outros.

A dinâmica da violência engloba dois fatores: o seu carácter cíclico (Alarcão, 2002; Barroso, 2008; Manita et al., 2009) e a sua intensidade crescente (Alarcão, 2002; Manita et al., 2009).

O ciclo repetitivo da VPI consiste em três fases (Alarcão, 2002; Schub, 2016). Na primeira, “*fase de acumulação da tensão*”, há pequenos episódios de confronto entre os cônjuges que provocam um acumular da ansiedade e hostilidade. Segundo os autores Maia (2012) e Manita e colaboradores (2009) qualquer pretexto serve ao agressor para abordar a vítima de forma agressiva, em situações do quotidiano, como por exemplo, arrumação e limpeza da casa ou compras. Na segunda, “*fase do episódio agudo*”, a acumulação de tensão dá lugar à explosão da violência física, podendo ocorrer sob a forma de um empurrão e escalar até ao homicídio da vítima. Geralmente esta fase é acionada por um evento externo ou pelo estado emocional do abusador, e não pelo comportamento da vítima (Maia, 2012). Na “*fase lua de mel*” ocorre o arrependimento, que leva a um pedido de desculpas e à promessa de que a situação não se voltará a repetir. Mas com o tempo os episódios violentos retomam.

A violência inicia-se frequentemente com uma agressão psicológica, onde o agressor ridiculariza, ignora e/ ou ri-se da sua vítima, que começa a ter medo de falar ou de fazer qualquer ação. Num segundo momento, surge a violência verbal, com gritos, insultos, ameaças de agressão física, em que o medo da vítima passa a ser constante. Por último, dá-se a violência física, onde poderão surgir exigências de carácter sexual e de violação (Alarcão, 2002). O risco para a vítima aumenta e as consequências negativas são mais

Estudo Comparativo das Representações Sociais da Violência nos Parceiros Íntimos entre Psicólogos e Profissionais do sector da saúde.

Marta Cristiana Cardoso da Silva (e-mail: ms_cristiana@hotmail.com) 2017

intensas à medida que o tempo passa, a vítima vai perdendo cada vez mais a sensação de controlo e o poder sobre a sua vida, tornando-se “refém” deste ciclo de violência, sendo cada vez mais difícil romper com a situação abusiva (Manita et al., 2009).

1.2. Representações Sociais

O conceito “Representação Social” (RS) surgiu em 1961, com o autor Serge Moscovici (Rosa, 2013; Vala & Monteiro, 1996; Vala & Castro, 2013), através da publicação "*La Psychanalyse, son Image et son Public*". Para desenvolver este conceito, Moscovici inspirou-se na noção de *representação coletiva* de Durkheim (Vala & Castro, 2013).

Vala e Monteiro (2013, p.581) referem que a perspetiva desenvolvida por Durkheim (1989) pressupõe que “as formas características da organização da vida social de cada sociedade dão origem a formas de pensar também características (as representações coletivas). Estas representações impõem aos indivíduos, mesmo que estes não tenham consciência disso e justificam as regularidades encontradas nas sociedades e nas culturas”.

Por alguns autores a noção de Durkheim foi considerada demasiado estática e insuficiente para conseguir explicar a diversidade das ideias, pois não consegue captar a dinâmica e o carácter mutável, nem a variabilidade e a pluralidade das cognições sociais da sociedade atual (Höijer, 2011; Moscovici, 1984; Moscovici, 2000).

As RS desenvolvem-se num contexto de relações e a sua forma, o lugar e o momento onde estas relações surgem, são os parâmetros que irão conceder sentido a uma representação social. Assim, este conceito é caracterizado como dinâmico, porque surge de uma rede de interações em constante mudança (Carvalho, 2005).

De acordo com Moscovici (2000), as representações formam-se para nos familiarizarmos com aquilo que nos é desconhecido, neste sentido, elas devem ser entendidas como uma forma específica de perceber e de comunicar aquilo que já conhecemos. Jodelet (1989, p.36, como citado em Vala & Monteiro, 1996) considera que é “uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático e contribuindo

para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Para Moscovici as RS têm um objetivo comum a todas as sociedades: a produção de significado, sendo “um conjunto de conceitos, preposições e explicações criado na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual. São o equivalente, na nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podendo ainda ser vistas como a versão contemporânea do senso comum” (Moscovici, 1981, p. 181, como citado em Vala & Monteiro, 1996). Acrescenta que as RS formam e conduzem os comportamentos e interações dos indivíduos, auxiliando-os na resolução de problemas e modelando as relações sociais que estabelecem (Moscovici, 1961, como citado em Vala, 2004). Com a diversidade de significados para este conceito na literatura científica percebe-se que não existe uma definição estática para este conceito (Höijer, 2011).

Moscovici, com o epíteto de “social”, quis enfatizar como as representações surgem na interação social e da comunicação entre os indivíduos e grupos. Ainda a palavra “social” marca que os conteúdos das representações são sociais.

Uma representação não é uma cópia fidedigna de algum objeto existente na realidade objetiva, mas uma construção coletiva em que as estruturas de conhecimento do grupo recriam o objeto com base nas representações já existentes, substituindo-o (Moscovici, 1961, como citado em Wachelke & Camargo, 2007). Wachelke (2012) acresce que as funções das representações sociais incluem dar conhecimento do objeto ao grupo e/ou indivíduo, orientando as ações e práticas sobre este, mantendo a identidade do grupo e/ou indivíduo.

1.3. A Violência entre Parceiros Íntimos e o Papel dos Profissionais

A violência é um fenómeno extremamente difuso e complexo, em que o conceito é influenciado pela cultura e é submetido a uma contínua revisão, na medida, que os valores e as normas sociais evoluem (Casique & Furegato, 2006).

Na área da saúde, até muito recentemente o profissional observava o fenómeno da violência como um mero espetador, um contador de eventos (Hasse & Vieira, 2014). WHO (2012) entende que existem dois aspetos importantes para a violência ser entendida como pertencente ao campo da saúde: a ampliação do conceito de saúde, que considera qualquer dano e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade de vida como parte da sua atuação; e o potencial de morte ser elevado, uma vez que a violência afeta profundamente, direta ou indiretamente a vida e a saúde das pessoas.

Devido às consequências da violência sobre a saúde, as vítimas, que são maioritariamente mulheres, recorrem aos serviços de saúde de forma assídua (Hasse & Vieira, 2014). Estudos portugueses apontam que 21% das mulheres inquiridas (com 18 anos ou mais) vítimas de violência, recorrem aos hospitais na sequência de vitimização (Lisboa et al., 2003, como citado em Costa, 2010).

Do ponto de vista de Manita e colaboradores (2009), os serviços de saúde e os profissionais ocupam uma posição privilegiada na detenção e intervenção em situações de violência nas relações íntimas. O atendimento das vítimas de violência no serviço de saúde pode tornar-se literalmente “o salva-vidas” (Manita et al., 2009), visto que é, na sua maioria, o único local procurado (Vieira, et al., 2009).

As vulnerabilidades psicossociais resultantes da violência, tanto do agressor quanto da vítima, requerem uma atenção especial por parte dos profissionais das áreas de saúde mental e educação (Monteiro, Cabral, & Jodelet, 1999). Mas, apesar da posição privilegiada dos profissionais do sector da saúde, alguns estudos internacionais indicam que apenas 10% das vítimas de violência são identificadas ao nível dos serviços de saúde (Manita et al., 2009), o que vai de encontro à ideia de que existe uma certa relutância e insegurança por parte dos profissionais de saúde relativamente à violência (Peltzer, Mashego & Mabebe, 2003; Vicente & Vieira, 2009).

Parece-nos pertinente citar a OMS (WHO, 2008, p. 50): “na prática, os clínicos raramente falam com os seus doentes sobre as suas ansiedades, as suas crenças e a sua compreensão da doença. Limitam-se a prescrições

técnicas simples, ignorando dimensões humanas complexas que são críticas para a adequação e a efetividade dos cuidados que prestam¹”.

Vicente e Vieira (2009) explicam que uma das dificuldades dos profissionais ao prestar apoio às vítimas se prende com a insegurança em identificar os casos de violência de género, porque subestimam a sua prevalência, não sabem o que devem fazer, receiam ofender a pessoa ao colocar questões ou acreditam que este papel não faz parte das suas competências. Indo mais longe, Manita e colaboradores (2009) defendem que não é aceitável que alguns profissionais de saúde considerem, na atualidade, que os casos de violência entre parceiros íntimos sejam da responsabilidade dos serviços sociais e da justiça.

Num estudo português sobre as Representações Sociais da VPI verificou-se que, na amostra dos profissionais estudada, existem diferenças entre a perceção das causas da violência entre os profissionais médicos e os técnicos de ação social. Os primeiros tendem a legitimar mais as causas da violência, principalmente no que toca aos “antecedentes de violência” e “consumos de álcool ou drogas”. Os técnicos de ação social são os que menos legitimam, tendo em conta a “doença mental da vítima” e “dificuldades económicas” (Mena, 2016).

É importante ter tempo para escutar a história de quem sofre. Contar a sua "história" ajudará a vítima a compreender o vivido associado à violência, as suas reações emocionais e comportamentais e o quadro da sua psicopatologia atual, garantindo, em simultâneo: o sentimento de que a sua experiência é reconhecida e validada; a possibilidade de assumir um novo e melhor reconhecimento do perigo que corre; a hipótese de elaborar estratégias para a sua proteção; e a possibilidade de começar a perceber as dinâmicas subjacentes à violência (Redondo, Pimentel & Correia, 2012).

Uma das maiores dificuldades dos profissionais em Portugal, na intervenção de proteção e tratamento, prende-se com o *silêncio* característico das vítimas: “o silêncio das vítimas que não revelam o abuso, e dos profissionais de saúde que não o reportam” (Martins, 2014, p. 316). Contudo, a VPI é um crime público, o que implica que os prestadores de

¹ Leitura sugerida no mesmo documento sobre esta temática: Kravitz R.L., et al. (1993). Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 153 (16), 1869–1878.

cuidados de saúde devem denunciar estes casos (Martins, Assunção, Caldas & Magalhães, 2014).

A OMS reforça que os profissionais de saúde “têm que assumir a responsabilidade de cuidar das pessoas durante o decurso das suas vidas, como indivíduos e como membros de uma família e de uma comunidade cuja saúde deve ser protegida e potenciada, e não cuidar, unicamente, de partes do corpo com sintomas ou de enfermidades que exigem tratamento” (WHO, 2008, p. 45).

Para que o serviço nacional consiga responder de forma eficaz às questões de violência, Manita e colaboradores (2009) consideram que é necessário promover: a) o aumento da consciencialização dos profissionais de saúde para esta temática; b) criar ambientes que encorajem a revelação das situações de violência pelas vítimas e/ ou familiares; c) desenvolver guiões de entrevistas, específicos ou de rotinas, que permitam estimular a revelação por parte das vítimas; d) desenvolver protocolos específicos de intervenção e encaminhamento para as vítimas; e) assegurar canais de resposta rápida e integrada com a colaboração de diferentes instituições.

Os autores Moya, Chávez-Baray, Martínez e Aguirre-Polanco (2016) entendem que há uma necessidade saliente de programas educacionais e sensibilização nas áreas VPI para os profissionais do sector da saúde, assistentes sociais, psicólogos, educadores, para que consigam reconhecer e trabalhar com os casos de violência. Acrescentam que a comunidade em geral também deve ser envolvida nestas ações, pois a violência é reconhecida como um grave problema de saúde a nível mundial.

II - Objectivos

Sabendo que as representações sociais guiam o comportamento dos indivíduos, é crucial o seu papel na violência entre parceiros íntimos, importantes na determinação das atitudes e comportamentos no contacto com situações de violência, tanto para com vítimas como para agressores.

Para aprofundar esta temática, o presente estudo tem como objetivo geral comparar as representações sociais entre os profissionais psicólogos com outros profissionais da área da saúde. E ainda perceber quais as táticas

de resolução de conflitos utilizadas pelos indivíduos no contexto de uma relação.

Como objetivos específicos pretende-se:

- Comparar as *representações sociais da VPI* entre os psicólogos e os profissionais do sector de saúde.
- Comparar as *táticas de resolução de conflito* empregues entre os psicólogos e os profissionais do sector de saúde.
- Perceber se a variável *formação no âmbito da VPI* têm impacto sobre as crenças em torno da violência sustentadas pela amostra.
- Comparar as *representações sociais* e as *táticas de resolução de conflitos* entre os psicólogos e a subamostra dos profissionais do sector da saúde como os “Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Técnicos de Ação Social e Outros”.

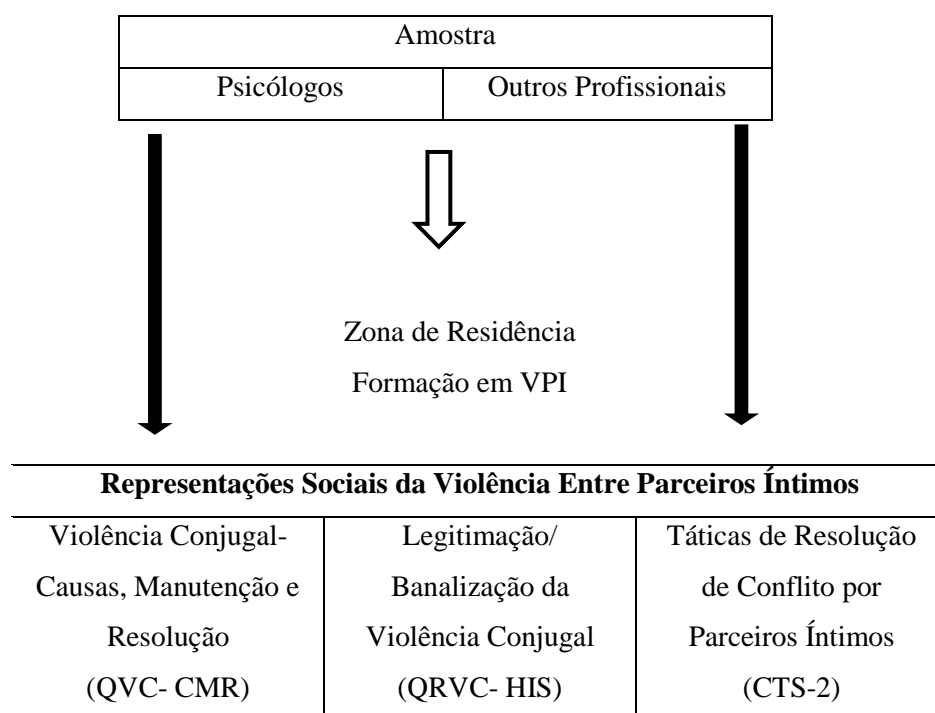


Figura 1: Mapa conceitual hipotético das relações entre as variáveis em estudo.

III - Metodologia

3.1. Descrição da Amostra

A amostra do presente estudo foi recolhida maioritariamente em formato papel ($n=284$; 77.4%). É composta por um total de 367 sujeitos, dos quais 48 (13.1%) são psicólogos e 319 (86.9%) são profissionais do sector de saúde².

Verifica-se que a amostra é constituída predominantemente pelo sexo feminino ($n= 305$; 83.1%), sendo que 45 (14.8%) são psicólogas e 260 são profissionais do sector de saúde. A idade dos sujeitos situa-se maioritariamente entre os 26 e os 35 anos (43.9%), e a média de idades é de 34.64 (DP= 9.704).

Quanto à zona de residência³, a maioria dos sujeitos reside na zona Norte de Portugal Continental (46.3%), seguida da Zona Centro (29.4%). Na Região Autónoma dos Açores residem 0.8% sujeitos e na região autónoma da Madeira 0.5% dos sujeitos da amostra.

Relativamente ao estado constatamos que os sujeitos se distribuem equitativamente entre “solteiro” e “casado”, sendo que 165 (45.0%) dos sujeitos estão casados, 148 (40.3%) estão solteiros, 45 (12.3%) vivem numa união de facto e 9 (2.5%) estão divorciados (ver Tabela 1).

² Este grupo inclui as seguintes profissões: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de ação social, auxiliares de saúde, técnicos de análises clínicas, nutricionistas, terapeutas da fala e dentistas.

³ A zona de residência foi classificada utilizando o terceiro nível da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS 3), que substituí a anterior NUTS 2002. A sua alteração decorreu em agosto de 2014 e é constituído por um total de sete zonas, cinco em território continental e a Região Autónoma dos Açores e Madeira. No território continental, a designação “Lisboa” passou a ser designada por “Área Metropolitana de Lisboa” (Instituto Nacional de Estatísticas, 2016).

Tabela 1. Descrição da Amostra-Recolha de dados e variáveis sociodemográficas

		Amostra					
Variáveis	Categoria	Profissionais do sector da saúde		Psicólogos		Total	
		n=319 <i>n</i>	(86.6%) (%)	n=48 <i>n</i>	(13.1%) (%)	N=367 <i>n</i>	%
						Missing=0	0.0
Recolha	Papel	267	72.8	17	4.6	284	77.4
	Online	52	14.2	31	8.4	83	22.6
						Missing=0	0.0
Sexo	Feminino	260	70.8	45	12.3	305	83.1
	Masculino	59	16.1	3	0.8	62	16.9
						Missing=0	0.0
Relação	Sim	229	62.4	40	10.9	269	73.3
	Não	90	24.5	8	2.2	98	26.7
						Missing=0	0.0
Idade	18-25	53	14.4	6	1.6	59	16.1
	26-35	138	37.6	23	6.3	161	43.9
	36-45	69	18.8	14	3.8	83	22.6
	>=46	59	16.1	5	1.4	64	17.4
						Missing=0	0.0
Estado Civil	Solteiro	133	36.2	15	4.1	148	40.3
	Casado	149	40.6	16	4.4	165	45.0
	Divorciado	8	2.2	1	0.3	9	2.5
	Viúvo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	União de Facto	29	7.9	16	4.4	45	12.3
						Missing=9	2.5
Zona de Residência (NUTS 3)	Norte	151	42.2	19	5.3	170	46.3
	Centro	92	25.7	16	4.5	108	29.4
	Área Metropolitana de Lisboa	49	13.7	8	2.2	57	15.5
	Alentejo	8	2.2	1	0.3	9	2.5
	Algarve	7	2.0	2	0.6	9	2.5
	Região Autónoma dos Açores	1	0.3	2	0.6	3	0.8
	Região Autónoma da Madeira	2	0.6	0	0	2	0.5

Os profissionais inquiridos são maioritariamente médicos (n=94; 25.6), enfermeiros (n= 87; 23.7%), técnicos de serviço social (n=52;14.2 %) e psicólogos (n=48; 13.1%) (ver tabela 2).

Estudo Comparativo das Representações Sociais da Violência nos Parceiros Íntimos entre Psicólogos e Profissionais do sector da saúde.
Marta Cristiana Cardoso da Silva (e-mail: ms_cristiana@hotmail.com) 2017

Tabela 2. Descrição da amostra- Profissão

Variáveis	Categorias	Profissionais	
		n=367 n	(100%) %
		Missing=0	0.0
Especialidade	Médico	94	25.6
	Enfermeiro	87	23.7
	Fisioterapeuta	31	8.4
	Assistente Social	52	14.2
	Psicólogo	48	13.1
	Outro	55	15.0

No que diz respeito aos anos de experiência no exercício da profissão⁴, 142 dos sujeitos (38.7%) exercem a mesma há menos de um ano e 73 (19.9%) exercem a profissão há um ano. O número de sujeitos que exerce a sua profissão no intervalo um e cinco anos não difere muito dos sujeitos que exercem no intervalo de cinco a dez anos, sendo que 69 sujeitos (18.8%) correspondem ao primeiro intervalo e os 62 (16.9%) para o segundo. Apenas 5 sujeitos (1.4%) exercem há mais de vinte anos.

Em relação à formação sobre VPI, 254 dos inquiridos (69.2%) afirmaram não ter tido nenhuma formação sobre a temática. Contudo, a amostra correspondente aos profissionais psicólogos indica que a maioria obtém formação sobre a VPI (30 sujeitos). Da amostra psicólogos, 19 sujeitos realizaram formação da VPI posterior à formação de base sendo que é praticamente equivalente ao número de sujeitos que obtiveram formação durante a a formação académica de base (18 sujeitos).

Quanto ao grau de concordância⁵ relativamente à afirmação “*No contexto da minha profissão, a formação sobre violência nas relações íntimas é importante*”, 43.1% dos profissionais concordaram e 42.5% concordaram totalmente com a afirmação.

Por fim, com a última questão do Questionário Sociodemográfico procurávamos perceber se a violência física e/ou verbal seria mais compreensível se o agressor estivesse sob o efeito de diversas substâncias⁶ (álcool, canábis/haxixe, cocaína, crack, violência outras drogas), sendo que

⁴ Ver Anexo II- 1.

⁵ Ver Anexo II- 2.

⁶ Ver Anexo II- 3.

80% dos inquiridos responderam que nunca seria compreensível se o agressor estivesse sob o efeito de canábis/haxixe (81.2%), estivesse sob efeito de anfetaminas (80.9%), estivesse sob efeito da cocaína (80.9%), estivesse sob efeito de crack (80.9%), e 80.7% se estivesse sob o efeito de outras substâncias. Acrescenta-se que 79.3% dos sujeitos responderam que nunca seria mais compreensível se o agressor estivesse alcoolizado.

3.2. Instrumentos de Avaliação

O protocolo de investigação é constituído por um Questionário Sociodemográfico e de Dados Complementares moldado e adaptado à especificidade da amostra, e por outros três questionários de autorresposta: Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (*The Revised Conflict Tactics Scales- CTS-2*); Questionário de Violência Conjugal- Histórias (QRVC-HIS); e Questionário de Violência Conjugal- Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR).

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Dados Complementares

O questionário Sociodemográfico e de Dados Complementares⁷ foi construído pela equipa de investigação envolvida num projeto mais amplo, com o objetivo de recolher informações acerca dos sujeitos da amostra. Este questionário é constituído por duas partes. A primeira corresponde aos dados demográficos relativos a cada sujeito (idade, sexo, nacionalidade, raça, estado civil, zona de residência, profissão, entre outras), e algumas informações familiares (habilitações literárias e profissões dos pais). Na segunda parte são realizadas questões relativas à formação sobre violência entre parceiros íntimos (número de formações, momento da formação e onde obteve a formação). Por último, é explorada a legitimação da violência conjugal em variados contextos ligados ao consumo de álcool, cannabis, anfetaminas, cocaína, *crack* ou outra droga.

⁷ Ver Anexo I- 1.2.

3.2.2. Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (*The Revised Conflict Tactics Scales – CTS2*)

As Escalas de Conflito (CTS)⁸ foram desenvolvidas, na década de 1970, pelo sociológico Murray Straus, com o objetivo de avaliar o modo como os parceiros íntimos resolvem os seus conflitos, recorrendo a estratégias de negociação ou de abuso (Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996, versão portuguesa de Alexandra & Figueiredo, 2006).

O CTS-2 é composto por 39 itens, contendo cada item duas questões, destinadas ao participante e ao companheiro (a), perfazendo um total de 78 questões, com um tempo de administração e resposta médio entre 10-15 minutos (Strauss, 1979). Como este instrumento permite obter dados dos dois elementos da díade é possível determinar o quanto as táticas de resolução de conflitos são participadas por cada um, mesmo quando um deles não é avaliado (Alexandra & Figueiredo, 2006). Os itens dividem-se em cinco subescalas: *Negociação*, *Agressão Psicológica*, *Abuso Físico Sem Sequelas*, *Abuso Físico Com Sequelas* e *Coerção Sexual*. A escala de Negociação pode ser dividida nas subescalas Cognitiva e Emocional, e as restantes escalas podem ser divididas em Ligeiro e Severo (Alexandra & Figueiredo, 2006; Strauss et al, 1996).

O CTS-2 permite ainda contabilizar o número de ocorrências ao longo do último ano por parte dos elementos da díade, incluindo 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.

As primeiras seis categorias estão destinadas a determinar a prevalência e a cronicidade ao longo do último ano. As restantes permitem perceber a frequência da perpretação e/ou vitimização de cada sujeito face às estratégias utilizadas pelo casal na resolução de conflitos (Alexandra & Figueiredo, 2006).

As características psicométricas da versão portuguesa da CTS-2 (Alexandra & Figueiredo, 2006) apresentam índices de boa fidelidade e validade. Os resultados obtidos, no seu global, denotam uma baixa

⁸ Ver Anexo I- 1.3.

interferência com a desejabilidade social. Relativamente ao nível da consistência interna, foram encontrados alfa de Cronbach da escala total para a *perpetração* de $\alpha = .79$ e para a *vitimização* de $\alpha = .80$.

No caso da *perpetração*, a escala que evidenciou valores de consistência mais elevados foi a escala de *abuso físico sem sequelas* ($\alpha = .78$), seguindo-se a escala de *negociação* ($\alpha = .73$), a de *agressão psicológica* ($\alpha = .68$), a de *coerção sexual* ($\alpha = .56$) e, por fim, a escala de *abuso físico com sequelas* ($\alpha = .50$).

Quanto aos valores de consistência interna das escalas referentes à *vitimização*, a escala de *abuso físico sem sequelas* foi a que obteve os valores de consistência interna mais elevados ($\alpha = .74$), seguindo-se a escala de *negociação* ($\alpha = .71$), a de *agressão psicológica* ($\alpha = .64$), a de *coerção sexual* ($\alpha = .51$) e a escala de *abuso físico com sequelas* ($\alpha = .47$) (Alexandra & Figueiredo, 2006).

No presente estudo⁹ foram encontrados valores de *alfa* de Cronbach da escala total de *perpetração* de $\alpha = .849$ e para a *vitimização* de $\alpha = .867$.

No caso da *perpetração*, a escala que evidenciou valores de consistência mais elevados foi a escala de *abuso físico sem sequelas* ($\alpha = .881$), seguindo-se a escala de *negociação* ($\alpha = .843$), a escala de *abuso físico com sequelas* ($\alpha = .779$), a de *agressão psicológica* ($\alpha = .678$), e, por fim, a de *coerção sexual* ($\alpha = .443$).

Quanto aos valores da *vitimização*, a escala de *abuso físico com sequelas* foi a que obteve os valores de consistência interna mais elevados ($\alpha = .905$), seguindo-se a escala de *abuso físico sem sequelas* ($\alpha = .898$), a de *negociação* ($\alpha = .873$), a de *agressão psicológica* ($\alpha = .734$) e a de *coerção sexual* ($\alpha = .481$).

3.2.3. Questionário de Violência Conjugal - Histórias (QRVC-HIS)

O questionário de Violência Conjugal-Histórias-QRVC-HIS¹⁰ (Alarcão, Alberto, Camelo & Correia, 2007) é constituído por três histórias que retratam a violência conjugal em três casais e contextos diferentes. A

⁹ Ver Anexo III- 1.

¹⁰ Ver Anexo I- 1.4.

elaboração das histórias assentou em cinco fatores teóricos de forma a determinar as percepções da legitimação e banalização da violência entre parceiros íntimos: a) legitimação/banalização da violência conjugal; b) legitimação/justificação da violência pela conduta da vítima; c) legitimação/justificação da violência por fatores externos (*stress*, consumo de álcool, entre outros); d) desvalorização/aceitação da violência em favor da privacidade/coesão familiar; f) (im)possibilidade de atribuição da violência ao agressor em função do seu estatuto social, económico e escolaridade (Aguilar, 2010).

Cada história contém dez afirmações que visam pedir ao participante que indique o seu grau de concordância com cada uma das afirmações, de acordo com uma escala Likert de quatro pontos (1 = *discordo plenamente*; 2 = *discordo*; 3 = *concordo* e 4 = *concordo completamente*). O grande objetivo deste questionário passa por perceber se o sujeito banaliza ou legitima a problemática em estudo através das diferentes histórias, sendo que a alínea “*Discordo plenamente*” corresponde à menor legitimação da violência (Aguilar, 2010).

O estudo de validação de Aguilar (2010), com uma amostra da população geral, revelou uma elevada consistência interna, com um *alpha de Cronbach* de .947. As três histórias, separadamente, também obtiveram valores elevados de consistência interna: “História 1” obteve um valor de $\alpha=.845$, a “História 2” um $\alpha=.906$ e a “História 3” um $\alpha=.888$ (Aguilar, 2010).

No presente estudo¹¹ o valor da consistência interna é semelhante para a escala completa ($\alpha=.945$), enquanto que para a “História 1” obteve um valor de $\alpha=.799$, a “História 2” um $\alpha=.917$ e a “História 3” um $\alpha=.898$.

3.2.4. Questionário de Violência Conjugal - Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR)

O Questionário de Violência Conjugal- Causas, Manutenção e Resolução - QVC-CMR¹² (Alarcão, Alberto, Camelo & Correia, 2007) é

¹¹ Ver Anexo III- 2.

¹² Ver Anexo I- 1.5.

composto por três conjuntos de catorze afirmações sobre os fatores que contribuem para o surgimento, manutenção e resolução da violência.

As afirmações avaliadas em cada conjunto são agrupadas em três condições: 1. afirmações relacionadas com o agressor, 2. associadas à vítima e 3. relativas ao contexto (filhos, família e sociedade). O participante, para cada uma das afirmações, terá de identificar o seu nível de concordância de acordo com uma escala *likert* de 4 pontos (1 = *discordo totalmente* a 4 = *concordo totalmente*).

No que concerne às qualidades psicométricas do QVC-CMR, o estudo de Aguilar (2010) revelou uma boa consistência interna em todos os fatores: *ativação* ($\alpha = .878$), *manutenção* ($\alpha = .830$) e *resolução* ($\alpha = .840$).

O presente estudo¹³ revelou boas consistências internas para todos os fatores, sendo semelhantes ao estudo de Aguilar (2010): *ativação* ($\alpha = .864$), *manutenção* ($\alpha = .868$) e *resolução* ($\alpha = .820$).

3.3 Procedimentos de investigação

O presente estudo insere-se num projeto de investigação mais amplo sobre as representações sociais da VPI, com diferentes amostras-alvo.

A nossa amostra de psicólogos é constituída por um total de 48 sujeitos. A amostra de profissionais do sector de saúde resulta da junção de dados recolhidos no contexto de investigações anteriores, nos anos 2014 e 2015, sendo constituída por 319 sujeitos. No total temos trezentos e sessenta e sete sujeitos.

A amostra dos profissionais psicólogos foi recolhida entre 5 de dezembro e 3 de maio de 2017.

Ambas as amostras foram recolhidas de acordo com o processo de amostragem não-probabilística por conveniência (Maroco, 2007). Trinta e um sujeitos foram recolhidos via *online*, de forma segura e confidencial através da ferramenta “*LimeSurvey*”, num servidor de acesso privado e restrito e solicitou-se a participação na rede social *facebook*. Dezassete sujeitos responderam ao protocolo em formato papel.

Foram cumpridos e respeitados os procedimentos éticos e formais através do Consentimento Informado¹⁴, que cada participante assinou e do

¹³ Ver Anexo III- 3.

qual ficou com uma cópia em versão papel. A todos os participantes foi realçado o carácter voluntário da participação e garantido o anonimato e confidencialidade das respostas. Os participantes foram ainda informados da importância da sua participação e da possibilidade de desistirem a qualquer momento.

Os instrumentos do protocolo foram organizados e apresentados aos sujeitos pela seguinte ordem: Questionário Sociodemográfico, Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS-2), Questionário de Violência Conjugal – Histórias (QRVC-HIS) e Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR).

3.4. Procedimentos Estatísticos

As análises estatísticas foram realizadas com o programa estatístico IBM SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* versão 22.0 for *Windows*.

Maroco (2007) afirma que uma amostra com uma dimensão superior a 30 é considerada grande. Assim, através das características da nossa amostra, optou-se pela utilização de testes paramétricos e foi definido como nível de significância $p < .05$.

Inicialmente, procedeu-se às análises para averiguar a qualidade psicométrica e fidelidade dos instrumentos de avaliação (e das respetivas subescalas) integrados no protocolo de investigação – CTS-2, QRVC-HIS e QVC-CMR.

De seguida foram realizadas análises descritivas para as crenças da violência conjugal (QRVC-HIS e QVC-CMR) e para as táticas de resolução de conflitos nas relações íntimas (CTS-2), utilizando posteriormente o T de *Student* para investigar se existem diferenças entre os Psicólogos e os Profissionais do sector de saúde.

Também através do teste T de *Student*, analisou-se a relação entre a formação em VPI e as crenças da violência conjugal (QRVC-HIS), no sentido de perceber se a obtenção de formação pelos profissionais poderá contribuir para uma maior ou menor legitimação da violência.

¹⁴ Ver Anexo 1- 1.1.

Com o recurso ao teste *One-way ANOVA*, analisou-se a existência de diferenças na subamostra de profissionais, tendo como VI as áreas profissionais.

Por último, com o auxílio do teste T de *student* pretendeu-se explorar a existência de diferenças entre profissionais psicólogos com as restantes categorias dos profissionais do sector de saúde (ex. médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros).

IV-Resultados

4. Representações Sociais dos profissionais em relação à violência entre parceiros íntimos – Influência da Profissão

4.1. Questionário de Violência Conjugal- Histórias (QRVC-HIS)

Ao analisar as médias das três histórias, verificamos que os psicólogos apresentam uma média inferior para as três histórias (M= 33.81; DP= 8.045), em comparação com os profissionais do sector da saúde (M= 39.22; DP= 10.705).

O subgrupo de psicólogos apresenta valores mais elevados para a História 2 (M= 11.74; DP= 3.692), seguida da História 1 (M= 11.25; DP= 2.717), e História 3 (M= 11.15; DP= 2.535). No caso dos profissionais do sector da saúde, também apresentam valores mais elevados para a História 2 (M= 14.47; DP= 5.078). De seguida, a História 3 (M= 12.54; DP= 3.791), e História 1 (M= 12.23; DP= 3.108) (ver tabela 3).

Ao analisar as afirmações mais e menos pontuadas por cada subgrupo e por cada história¹⁵, verifica-se que na primeira história os dois subgrupos apresentaram-se concordantes relativamente aos itens mais pontuados, atribuindo uma maior legitimação da violência pelo agressor andar “*mais nervoso*” [Psicólogos (M= 1.38; DP= 0.672) e Profissionais do setor da saúde (M= 1.57; DP= 0.854)].

Os psicólogos atribuíram uma menor pontuação ao item que defende

¹⁵ Ver Anexo IV- 1.

que “*com os estudos que tem, o Arménio é incapaz de maltratar a mulher*” (M= 1.04; DP= 0.202). Atribuem a mesma média para o item que aborda “*o agressor pretende que ela se comporte como boa esposa e mãe de família*” (M= 1.04; DP= 0.202). Tanto os psicólogos (M= 1.04; DP= 0.202) como os profissionais do setor da saúde (M=1.09; DP=0.957) revelaram uma baixa atribuição da violência à conduta da vítima, especialmente “*porque ela o impede de chegar a horas às reuniões*”.

Relativamente à história 2, e no caso dos psicólogos, o item que obteve uma média superior foi o que atribuiu a violência ao cansaço da agressora (M= 1.23; DP=0.555). Com os profissionais do sector da saúde a afirmação que teve a pontuação mais alta foi o 7, onde entendem que a vítima deve manter-se com a agressora, por causa da idade (M=1.79; DP=0.853).

No grupo dos itens menos pontuados, encontra-se o item 3, onde os Psicólogos desvalorizam a violência pela idade da agressora (M=1.10; DP= 0.371). Este item obteve a mesma média que o item que refere que “*as zangas são normais nesta idade, mas a violência não é grave*” (M=1.10; DP= 0.371). Já os profissionais do sector da saúde atribuíram uma menor pontuação ao item que demonstra uma desvalorização na existência de violência conjugal (M=1.35; DP= 0.591).

Para a última história, a afirmação com média superior foi transversal entre os subgrupos, atribuindo uma maior legitimação da violência quando envolve álcool “*o Esteves só se torna agressivo com o vinho*” [Profissionais do sector da saúde (M= 1.51; DP=0.743); Psicólogos (M= 1.35; DP=0.635)].

Os profissionais do sector da saúde atribuíram uma menor pontuação ao item que revela que “*se a Deolinda nunca precisou de cuidados médicos então é porque o marido não é assim tão violento*” (M= 1.14; DP=0.399) e os psicólogos atribuíram ao item 9, uma menor legitimação da culpabilização da vítima “*Deolinda gosta de provocar e de fazer-se de vítima*” (M= 1.04; DP=0.202).

Em todas as três histórias, observamos que as respostas mais frequentes são as de “*discordo completamente*” e “*discordo*” em ambos subgrupos o que indica que existe uma baixa legitimação da violência pela nossa amostra.

Com a comparação de médias¹⁶ nos dois subgrupos, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para cada história e para o total das Histórias. Para a História 1 [t (2.062); $\alpha = .040$], sendo a média dos profissionais do sector de saúde (M= 12.23; DP= 3.108) superior à média dos psicólogos (M= 11.25; DP= 2.717). Na História 2 [t (4.476); $\alpha = .000$], a média dos profissionais do sector da saúde (M= 14.47; DP= 5.078) é superior à média dos psicólogos (M= 11.74; DP= 3.692). Na História 3 [t (3.304); $\alpha = .001$], a média dos profissionais do sector da saúde (M= 12.54; DP= 3.791) é superior à média dos psicólogos (M= 11.15; DP= 2.535). E por fim, no Total das História [t (4.102); $\alpha = .000$], sendo a média dos profissionais do sector da saúde (M= 39.22; DP= 10.705) superior à média dos psicólogos (M= 33.81; DP= 8.045).

Tabela 3. Análise Descritiva das respostas ao QRVC-His por profissão

	Psicólogos	Profissionais do sector da saúde	Total
	M (DP)	M (DP)	M (DP)
História 1	11.25 (2.717)	12.23 (3.108)	12.10 (3.073)
História 2	11.74 (3.692)	14.47 (5.078)	14.12 (5.002)
História 3	11.15 (2.535)	12.54 (3.791)	12.36 (3.678)
História Total	33.81 (8.045)	39.22 (10.705)	38.52 (10.547)

4.2. Questionário de Violência Conjugal- Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR)

Para a análise descritiva do QVC-CMR¹⁷ foram considerados os dois itens com as médias mais altas e baixas, para os psicólogos e os profissionais do sector de saúde.

Os psicólogos destacaram como principais *causas* da violência os “*antecedentes de violência na família*” (M= 3.04; DP= 0.798) e a “*aceitação*

¹⁶ Ver Anexo IV- 1.

¹⁷ Ver Anexo IV- 2.

social da violência” (M= 2.81; DP=0.938). Este último obteve a mesma média que o item “*fragilidade emocional da vítima*” (M= 2.81; DP=0.938). Os profissionais do sector da saúde, atribuíram maior pontuação às “*relações extraconjugais*” (M= 2.83; DP= 0.848) e ao “*comportamento provocador da vítima*” (M= 2.80; DP=0.884). O item “*antecedentes de violência na família*” obteve a mesma média que as “*relações extraconjugais*” (M= 2.83; DP= 0.848).

As causas a que os psicólogos atribuíram menor pontuação foram o “*comportamento provocador da vítima*” (M= 1.54; DP= 0.713) e a “*interferência de outros familiares*” (M= 2.02; DP= 0.785), e no caso dos profissionais do sector da saúde foi a “*doença mental da vítima*” (M= 1.98; DP= 0.888) e as “*dificuldades económicas do casal/família*” (M= 2.00; DP=0.899).

Com o fator de *manutenção*, ambos subgrupos destacaram o fator “*ausência de denúncia*” [Psicólogos M= 3.42; DP= 0.647; Profissionais do sector da saúde M= 3.41; DP= 0.652]. Os psicólogos ainda consideraram a “*ambivalência da vítima face ao agressor*” (M= 3.46; DP= 0.617) enquanto que os profissionais do sector de saúde destacaram o “*medo de retaliação por parte da vítima*” (M= 3.27; DP= 0.638).

Os itens de *manutenção* a que atribuíram menor pontuação foram concordantes para ambos subgrupos, a “*interferência de outros familiares*” [Psicólogos (M= 2.63; DP= 0.640); Profissionais do sector da saúde (M=2.86; DP=0.727)] e a “*Valorização da união familiar*” [Psicólogos (M= 2.81; DP= 0.734); Profissionais do sector da saúde (M=2.82; DP=0.869)].

Por fim, no fator *resolução* ambos os subgrupos destacaram o “*sensibilizar/ educar os jovens, na escola, para que não aceitem a violência na relação de namoro ou casal*” [Psicólogos (M= 3.81; DP= 0.445); Profissionais do sector de saúde (M=3.57; DP=0.584)] e “*Proteger a vítima e os filhos, se os houver*” [Psicólogos (M= 3.75; DP= 0.438); Profissionais do sector da saúde (M=3.52; DP=0.672)]

Os psicólogos atribuíram uma menor pontuação para o item “*aumentar os tempos de lazer*” (M= 2.83; DP= 0.781). O resto dos itens de *resolução* com menor pontuação foram concordantes para ambos subgrupos como “*melhorar as condições socioeconómicas das famílias*” [Psicólogos

(M= 2.85; DP= 0.743); Profissionais do setor da saúde (M=2.94; DP=0.771)] e “Aumentar os direitos da mulher” [Psicólogos (M= 2.85; DP= 0.799); Profissionais do setor da saúde (M=2.79; DP=0.837)].

Através da comparação das médias dos dois subgrupos¹⁸, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para o fator de *causas* [t (-0,128); α =.898], de *manutenção* [t (-0.529); α =.597], e *resolução* [t (-0.809); α =.419].

4.3. Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (The Revised Conflict Tactics Scales- CTS2)

Apesar das instruções do preenchimento do CTS-2 referenciarem as “*relações atuais*” dos sujeitos, na presente investigação foram contabilizados todos os sujeitos devido à dimensão da amostra.

Em relação à *cronicidade*¹⁹ e ao nível da *perpetração*, verifica-se que a tática mais utilizada para resolver o conflito na totalidade dos sujeitos foi a *Negociação* (M=17.72; DP=9.485), sendo esta uma tática positiva. A segunda escala mais pontuada foi *Agressão Psicológica* (M= 4.16; DP= 4.972). A menos utilizada, foi o *Abuso Físico com Sequelas* (M= 0.35; DP= 2.093).

Quanto às diferenças entre os subgrupos, as táticas mais utilizadas foram similares entre os psicólogos e os profissionais do setor da saúde, tendo predominado a *Negociação* [Psicólogos (M= 20.96; DP= 8.913); Profissionais do setor de saúde (M= 17.24; DP= 9.486)] e a subescala *Agressão Psicológica* [Psicólogos (M= 3.81; DP= 3.583); Profissionais do setor da saúde (M= 4.21; DP= 5.152)].

Nas táticas menos empregues, tantos os psicólogos como os profissionais do setor da saúde utilizam menos o *Abuso Físico Sem Sequelas* [Psicólogos (M= 0.42; DP= 0.259); profissionais do setor da saúde (M= 1.14; DP= 0.246)] e o *Abuso Físico Com Sequelas* [Psicólogos (M=0.46; DP= 1.856); Profissionais do setor da saúde (M=0.34; DP= 2.093)].

¹⁸ Ver Anexo IV-2.

¹⁹ Ver Anexo IV-3.

A comparação estatística das médias²⁰, entre as duas subamostras, revelou diferenças estatisticamente significativas para a tática da *Negociação* [t (-2,552); $\alpha = .011$], sendo a média dos psicólogos (M= 20.96; DP= 8.913) superior à dos profissionais do setor da saúde (M= 17.24; DP= 9.486) e também, a tática da *Coerção Sexual* [t (5.912); $\alpha = .020$], sendo a média dos profissionais do setor da saúde mais elevada (M= 2.08; DP= 3.490)

No que concerne à *vitimização*, a tática mais reportada foi também a *Negociação* (M=18.05; DP= 9.486) e a menos utilizada foi o *Abuso Físico Com Sequelas* (M=0.26; DP=1.920).

Tanto os psicólogos (M=0.13; DP=0.866) como os profissionais do setor da saúde (M= 0.26; DP= 1.920) reportam menos atos dos seus companheiros no âmbito do *Abuso Físico Com Sequelas*.

Comparando os profissionais do setor de saúde com os psicólogos, verificou-se que não existem diferenças significativas.

Através dos índices da *prevalência*²¹ e ao nível da *perpetração*, foi possível observar que ao nível geral as táticas com maior percentagem de sujeitos que reporta um ou mais atos é a *Negociação* (91.3%), e a *Agressão Psicológica* (66.1%). Os psicólogos e os profissionais do setor de saúde reportaram mais a *Negociação* [Psicólogos (12.8%); Profissionais do setor da saúde (78.5%)]. A tática menos utilizada foi tanto para os psicólogos como para os profissionais do setor de saúde o *Abuso Físico Com Sequelas* [Psicólogos (0.8%); Profissionais do setor da saúde (3.8%)].

Através da análise com o teste *t*²² com amostras independentes, revelaram-se diferenças estatisticamente significativas para a tática *Negociação* [t (-2.865) $\alpha = .005$], onde a percentagem do uso da tática é superior nos profissionais do setor da saúde (78.5%). A tática *coerção sexual* [t (2.670) $\alpha = .009$] também revelou diferenças, sendo que a percentagem de uso da tática pelos profissionais do setor da saúde é superior à dos psicólogos [Psicólogos (2.7%); Profissionais do setor da saúde (33.2%)].

Ao nível da *vitimização* as percentagens maiores foram similares ao nível da *perpetração*, com a *Negociação* (91.5%) e a *Agressão Psicológica* (67.3%).

²⁰ Ver Anexo IV-3.

²¹ Ver Anexo IV- 4.

²² Ver Anexo IV- 4.

A comparação de médias²³ revelou diferenças estatísticas significativas apenas para a escala da Negociação [$t(-2.763) \alpha = .007$], sendo que a percentagem de uso da tática dos profissionais do setor da saúde é superior à dos psicólogos, [Psicólogos (12.8%); Profissionais do setor da saúde (78.7%)].

4.3. Influência da formação em VPI nas crenças da violência conjugal nos profissionais

Com a amostra total ($N=367$) procurou-se estudar a relação entre as representações sociais indicadas pelos sujeitos da amostra que referiram ter adquirido, em algum momento, formação sobre a VPI, no sentido de compreender se a aquisição de conhecimento sobre a temática poderá influenciar a legitimação na utilização da violência nas relações íntimas.

É possível observar através da análise descritiva (ver tabela 4), que em todas as histórias as médias obtidas pelo subgrupo que afirmou não ter tido qualquer formação são superiores relativamente às médias dos profissionais que obtiveram formação.

Tabela 4. Análise descritiva da relação entre a formação em VPI e as representações sociais da violência nas relações íntimas (QRVC-HIS)

	Formação em VPI	N	M	DP
História 1 Total	Não	252	12.20	2.693
	Sim	113	11.87	3.790
História 2 Total	Não	253	14.39	4.852
	Sim	113	13.51	5.293
História 3 Total	Não	253	12.53	3.508
	Sim	113	11.97	4.023
História Total	Não	250	39.04	9.687
	Sim	113	37.35	12.205

Ao comparar as médias²⁴, os resultados evidenciam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos em estudo, para cada história e para o Total das Histórias: História 1 [$t(363) = .963; p=.336$], História 2 [$t(364) = 1.555; p=.121$], História 3 [$t(364) = 1.347; p=.179$], e História Total [$t(361) = 1.415; p=.158$].

²³ Ver Anexo IV- 4.

²⁴ Ver Anexo IV- 5.

Verificamos, portanto, que não existem diferenças no grau de legitimação da violência entre os subgrupos que tiveram e os que não tiveram formação.

4.4. Influência da Profissão

Na análise da legitimação da VPI²⁵ na amostra Profissionais (N=367), foram encontradas diferenças significativas para a História 2 [(F (5,360) = 3.452; p =.005)], História 3 [(F (5,360) = 3.417; p =.005)] e para o Total de Histórias [(F (5,357) = 3.546; p =.004)]. Na História 2 (M= 15.47; DP=5.381) e na História 3, a média mais elevada encontra-se no grupo Outro²⁶(M= 13.76; DP=4.887). No Total Histórias, os grupos que têm a média mais elevada são os Outros (M= 41.80; DP=12.290) e os Enfermeiros (M=40.09; DP= 12.647).

Para o fator de *causas, manutenção e resolução* não foram encontradas diferenças significativas.

Relativamente às *táticas de resolução de conflitos*²⁷ e ao nível da *perpetração* foram encontradas diferenças em todas as subescalas: na *Negociação* (F (5,361) = 3.164; p =.008), sendo a média mais elevada nos Psicólogos (M= 20.96; DP=8.913), na *Agressão Psicológica* (F (5, 361) = 5.465; p =.000), onde o grupo Fisioterapeutas tem uma média superior (M=7.77; DP=5.725), no *Abuso Físico Sem Sequelas* (F (5, 360) = 3.748; p =.003), sendo que a média mais elevada no Grupo Outros (M= 2.85; DP=9.136), na *Coerção Sexual* (F (5,361) = 6.210; p =.000), onde a média superior pertence ao grupo dos Fisioterapeutas (M= 4.32; DP=3.166), e por fim, no *Abuso Físico Com Sequelas*, (F (5,361) = 2.421; p =.035), sendo a média mais elevada a do grupo Outros (M= 1.20; DP= 4.608).

Nos resultados da *vitimização* existem diferenças estatisticamente significativas para a *Negociação* [(F (5,361) = 2.365; p =.039)] sendo a média mais elevada a do grupo Fisioterapeutas (M= 21.16; DP= 8.772), e

²⁵ Ver Anexo IV- 6.

²⁶ As profissões cuja frequência fosse menor que 30 sujeitos, decidiu-se por serem agrupadas no grupo “Outro”. Este grupo inclui as seguintes profissões: Auxiliares de Saúde, Técnicos de Análises Clínicas, Nutricionistas, Terapeutas da Fala e Dentistas.

²⁷ Ver Anexo IV-7.

Agressão Psicológica [(F (5,360) = 2.931; p =.037)] sendo a média mais elevada a do grupo Outros (M= 4.95; DP= 7.566).

4.5. Influência da Experiência Profissional

Pretendeu-se investigar a existência de diferenças entre os profissionais psicólogos e profissionais do sector de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de ação social e outros.

4.5.1. Profissionais Psicólogos/ Médicos

Em relação à legitimação da VPI ²⁸ na subamostra de Psicólogos (n=48) e na subamostra de Médicos (n=94), foram encontradas diferenças na História 2 [t (105.666) = 2.865; p=.005], sendo a média mais elevada para os Médicos (M= 13.74; DP= 4.305) e para o Total das Histórias [t (98.658) = 2.681; p=.009], permanecendo os Médicos com a média mais elevada (M=37.77; DP=8.685). Verifica-se que os profissionais médicos legitimam mais a VPI que os Psicólogos.

No que toca aos fatores, não foram encontradas diferenças para o fator de *causas, manutenção e resolução*.

Nas táticas de *resolução de conflitos*²⁹, tanto ao nível da *perpetração* como da *vitimização* não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

4.5.2. Profissionais Psicólogos/ Enfermeiros

Em relação à legitimação da VPI³⁰ na subamostra de Psicólogos (n=48) e na subamostra de Enfermeiros (n=87), foram encontradas diferenças na História 2 [t (128.628) = 3.596; p=.000], sendo a média mais elevada para os Enfermeiros (M= 14.71; DP= 5.835), na História 3 [t (132.394) = 2.952; p=.004], sendo a média mais elevada para os Enfermeiros (M= 12.89; DP= 2.535) e para o Total das Histórias [t (127.902) = 3.493; p=.001], permanecendo os Enfermeiros com a média mais elevada

²⁸ Ver Anexo IV- 8.1.

²⁹ Ver Anexo IV- 9.1.

³⁰ Ver Anexo IV-8.2.

(M=40.09; DP=12.647). Verifica-se que a classe dos Enfermeiros legitima mais a VPI que os Psicólogos.

No que toca aos fatores *causas*, *manutenção* e *resolução* não foram encontradas diferenças.

Nas táticas de *resolução de conflitos*³¹, ao nível da *perpetração* foram encontradas diferenças significativas apenas para a subescala da *Negociação* [t (133) = -2.515; p=.013], sendo a média dos psicólogos a mais elevada (M= 20.96; DP= 8.913) é importante lembrar que é uma tática positiva.

Ao nível da *vitimização* não foram encontradas diferenças significativas.

4.5.3. Profissionais Psicólogos/Fisioterapeutas

Em relação à legitimação da VPI³² na subamostra de Psicólogos (n=48) e na subamostra de Fisioterapeutas (n=31), foram encontradas diferenças na História 2 [t (52.058) = 2.787; p=.007], sendo a média mais elevada para os Fisioterapeutas (M= 16.41; DP= 4.883) e para o Total das Histórias [t (76) = 2.566; p=.012], permanecendo os Fisioterapeutas com a média mais elevada (M=38.74; DP=8.702). Verifica-se que os Fisioterapeutas legitimam mais a VPI que os Psicólogos.

No que toca aos fatores, não foram encontradas diferenças para *causas*, *manutenção* e *resolução*.

Nas táticas de *resolução de conflitos*³³, ao nível da *perpetração* foram encontradas diferenças significativas para a subescala *Agressão Psicológica* [t (45.246) = 3.442; p=.001], sendo a média mais alta a do grupo Fisioterapeutas (M= 7.77; DP= 5.725), no *Abuso Físico Sem Sequelas* [t (39.995) = 2.670; p=.011], sendo a média mais elevada a dos Fisioterapeutas (M= 2.26; DP= 3.559), e na *Coerção Sexual* [t (77) = 5.118; p=.000], pertencendo também aos fisioterapeutas a média mais elevada (M= 4.32; DP= 3.166).

Ao nível da *vitimização* não foram encontradas diferenças significativas.

³¹ Ver Anexo IV- 9.2.

³² Ver Anexo IV-8.3.

³³ Ver Anexo IV- 9.3.

4.5.4. Profissionais Psicólogos/ Técnicos de Ação Social

Em relação à legitimação da VPI³⁴ na subamostra de Psicólogos (n=48) e na subamostra de Técnicos de Ação Social (n=52), foram encontradas diferenças na História 2 [t (94.883) = 2.919; p=.004], sendo a média mais elevada para os Técnicos de Ação Social (M= 14.23; DP= 4.759) e para o Total das Histórias [t (95.361) = 2.354; p=.021], permanecendo os Técnicos de Ação Social com a média mais elevada (M=37.98; DP=9.488). Verifica-se, assim, que os Técnicos de Ação Social legitimam mais a VPI que os Psicólogos.

No que toca aos fatores, não foram encontradas diferenças para os fatores de *causas, manutenção e resolução*.

Nas táticas de *resolução de conflitos*³⁵, ao nível da *perpetração* foram encontradas diferenças significativas apenas para a subescala *Negociação* [t (98) = -2.056; p=.042], sendo a média mais alta a do grupo Psicólogos (M= 20.96; DP= 8.913).

Ao nível da *vitimização* não foram encontradas diferenças significativas.

4.5.5. Profissionais Psicólogos/Outros

Em relação à legitimação da VPI³⁶ na subamostra de Psicólogos (n=48) e na subamostra de Outros Profissionais (n=55), foram encontradas diferenças para todas as Histórias: História 1 [t (101) = 2.231; p=.028], História 2 [t (95.762) = 4.126; p=.000], História 3 [t (81.515) = 3.443; p=.001] e para o Total das Histórias [t (92.267) = 3.910; p=.000], sendo sempre a média mais elevada a do grupo Outros. Verifica-se que o grupo Outros legitima mais a VPI que os Psicólogos.

No que toca aos fatores, não foram encontradas diferenças para os fatores de *causas, manutenção e resolução*.

Nas táticas de *resolução de conflitos*³⁷, ao nível da *perpetração* foram

³⁴ Ver Anexo IV-8.4.

³⁵ Ver Anexo IV- 9.4.

³⁶ Ver Anexo IV-8.5.

³⁷ Ver Anexo IV- 9.5.

encontradas diferenças significativas para a subescala da *Negociação* [$t(101) = -3.731; p=.000$], sendo a média mais alta a do grupo Psicólogos ($M= 20.96; DP= 8.913$) e na *Coerção Sexual* [$t(75.369) = 2.268; p=.026$], sendo a média mais elevada a do grupo Outros ($M= 2.98; DP= 5.455$).

Ao nível da *vitimização* foram encontradas diferenças apenas para a subescala da *Negociação* [$t(101) = -2.566; p=.012$], sendo a média mais elevada para os Psicólogos ($M= 20.02; DP= 8.787$).

V - Discussão

5.1. Representações Sociais em torno da Violência Conjugal

5.1.1. Questionário de Violência Conjugal – Histórias (QRVC-HIS)

Os valores obtidos da análise da amostra total relativamente à legitimação da VPI revelaram uma baixa aceitação da VPI, resultados concordantes com os de outros estudos realizados com profissionais (Cruz, 2014; Mena, 2016 & Spilker, 2014).

De uma forma geral, o total das histórias indica que os profissionais do setor da saúde tendem a legitimar mais a violência que os psicólogos. Segundo Mendes (2016), geralmente os profissionais, como das áreas da Medicina e Enfermagem, representam a violência conjugal como um problema do âmbito jurídico e social e não no sector da saúde, e consideram que a assistência às vítimas de violência é um problema que ultrapassa a esfera da competência da ação em saúde, ficando para o outro cuidar, e com esta compreensão o profissional do sector da saúde impede a sua atuação.

Entre as três Histórias, a que teve maior legitimação foi a História 2, que retrata um casal idoso onde a mulher é a perpetradora da violência. Este resultado é semelhante ao de outras investigações portuguesas no âmbito dos profissionais de saúde (Bompastor, 2014; Mena, 2016 & Spilker, 2014).

A violência exercida pelas mulheres tende a ser justificada por ser em auto-defesa ou por se constituir um ato irrefletido (APAV, 2010). A investigação realizada por Carlson e Worden (2005) vai de encontro à linha de pensamento supracitada, acrescentando ainda que a violência perpetrada pelas mulheres é tida como menos ofensiva e mais aceitável.

Ainda segundo Carlson e Wonder (2005), os respondentes tinham menor tendência para classificar os comportamentos agressivos femininos de

Estudo Comparativo das Representações Sociais da Violência nos Parceiros Íntimos entre Psicólogos e Profissionais do sector da saúde.

Marta Cristiana Cardoso da Silva (e-mail: ms_cristiana@hotmail.com) 2017

forma pejorativa quando comparados com os dos homens. Os resultados obtidos por nós poderão advir da forma como a violência feminina é ainda observada pela sociedade e pela ideia geral de que os homens são mais fortes fisicamente que as mulheres (Carmo et al., 2011).

A História 3 teve o valor mais baixo de legitimação, texto que aborda um recém casal com estatuto socioeconómico baixo, onde o marido é o perpetrador e com problemas de consumo de álcool. Para Manita e colaboradores (2009) é incorreto afirmar que a violência só ocorre sob efeito do álcool. Mas é correto dizer que o álcool poderá ser um facilitador ou desencadeador da violência. Há estudos que indicam que quando o agressor está sob influência de álcool ou tem problemas de alcoolismo, há uma maior probabilidade de ocorrer a VPI (Ramadugu, Jayaram, Srivastava, Chatterjee & Madhusudan, 2015). Relativamente ao nível socioeconómico, Manita e colaboradores (2009) consideram que tanto as vítimas como os agressores são provenientes de qualquer estrato socioeconómico. A violência é transversal aos diferentes padrões culturais, religiosos, económicos, profissionais, entre outros.

A História 1 obteve um valor intermédio, e aborda um casal com um nível socioeconómico médio onde o marido exerce maioritariamente violência psicológica e por vezes violência física na mulher. A crença errónea em considerar que a violência apenas ocorre nos estratos económicos mais desfavorecidos poderá ter influenciado uma maior legitimação por parte dos respondentes.

5.1.2. Questionário de Violência Conjugal- Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR)

Através da análise dos resultados de cada fator do QVC-CMR, verificou-se que no fator **Causas** os itens que obtiveram uma média mais elevada foram “*os antecedentes de violência na família de origem do agressor e/ou na vítima*”, “*doença mental do agressor*” e o “*comportamento provocador da vítima*”.

“*Antecedentes da violência*” foi um item concordante para os psicólogos como para os profissionais do setor da saúde. Como os autores Almeida, Magalhães e Carneiro (2014) referem, a família é um ambiente

Estudo Comparativo das Representações Sociais da Violência nos Parceiros Íntimos entre Psicólogos e Profissionais do sector da saúde.

Marta Cristiana Cardoso da Silva (e-mail: ms_cristiana@hotmail.com) 2017

privilegiado de transmissões, sendo este processo importante para a construção da identidade do indivíduo. Silva, Menezes e Lopes (2010), ressaltam a importância dos aspetos relacionados com a transgeracionalidade, pontuando a influência de modelos transmitidos pelas famílias de origem. Seguindo este raciocínio, Barreto e colaboradores (2009) entendem que é necessário compreender o desenvolvimento histórico da violência, pois ela não ocorre por acaso, ela é aprendida através da transmissão geracional. Sampaio (2012) afirma que ao crescer num ambiente familiar onde sempre existiu violência e onde os conflitos sempre foram resolvidos com agressões e insultos cria-se o terreno emocional propício à repetição desses comportamentos nas novas famílias.

Relativamente à *doença mental do agressor*, os autores Hotaling e Sugarman (1986, como citado em Paiva, 2010) duvidam da relação causal existente entre as desordens psiquiátricas e a violência conjugal. Manita e colaboradores afirmam que estudos internacionais identificam que apenas 5 a 10% dos perpetradores de violência terão algum tipo de perturbação mental associada. Sendo esta uma ideia generalizada entre os cidadãos e profissionais do setor de saúde, não é difícil perceber o valor elevado no item referido.

Refletindo sobre o item “*comportamento provocador da vítima*”, recordamos o trabalho de Manita e colaboradores (2009), que consideram que é um mito associar a violência ao comportamento da vítima. A primeira ideia assenta na falsa conceção de que a mulher tem o poder de interromper a situação abusiva quando quiser e a segunda crença enraíza-se na legitimidade social que, durante décadas, foi conferida à violência exercida pelos homens, onde as mulheres tinham deveres de “obediência” para com os maridos. Estas ideias ainda estão presentes em diversos segmentos da nossa sociedade, percebendo-se o alto valor alcançado no item.

Em relação ao fator de *Manutenção*, os itens com média mais elevada dizem respeito a “*ausência de denúncia da violência conjugal*” e ao “*medo de retaliações por parte da vítima*”.

Os psicólogos e os profissionais do sector da saúde apresentam pontuação semelhante para o item “*ausência de denúncia da violência conjugal*”. O impacto da violência faz-se sentir em diversas formas nas vítimas: tanto ao nível emocional, autoestima e autoconfiança. O medo e a

ambivalência ao expor a violência potencia o *silêncio* da vítima (Redondo et al., 2012).

Segundo as estatísticas da APAV (2017) dos 75.8% dos casos que surgiram em apenas 41.6% foi formalizada uma queixa/denúncia.

No ciclo da violência, mais propriamente na fase “*lua de mel*” surgem as promessas de mudança por parte do agressor, alimentando a vítima com esperança de que o agressor vai mudar e para desculpabilizar os seus comportamentos violentos (Manita et al., 2009).

O segundo item com a média mais elevada foi o “*medo de retaliações por parte da vítima*”. Straus e Gelles (1990 como citado em Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género [CIG], 2016) salientam que para compreender a elevada taxa de violência intrafamiliar praticada pelas mulheres é importante abarcar que muitos dos atos de violência das mulheres sobre os companheiros são atos de retaliação e/ou autodefesa.

No que diz respeito ao fator **Resolução**, os itens mais pontuados foram “*proteger a vítima e os filhos se houver*” e “*sensibilizar/ educar os jovens, na escola, para que não aceitem a violência na relação de namoro ou de casal*”. O facto dos psicólogos e profissionais do setor da saúde terem pontuado mais estes itens é positivo, visto que estes profissionais têm mais probabilidades de estarem expostos a casos de violência e têm uma responsabilidade social e profissional acrescida.

Como é referido pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género- CIG (2016), há uma necessidade de o sistema formal de justiça realizar uma avaliação de risco em todos os casos de VD, com o intuito de optar pela intervenção mais adequada para prevenir a violência, proteger as vítimas e ressocializar os agressores.

Relativamente à sensibilização, os autores Mendes e Cláudio (2010) acreditam que há uma necessidade de ações de formação nesta temática, sendo fundamental que se debatam questões socioculturais e o papel-género, e desde cedo nas camadas mais jovens, não só pela tendência que parece existir para banalizar a violência, como pela tendência para que este padrão relacional se perpetue no futuro e nalguns casos se agrave.

5.2. Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (*The Revised Conflict Tactics Scales- CTS-2*)

Ao analisar as táticas de resolução de conflitos, ao nível da *cronicidade e da perpretação*, verificou-se que tanto para o sujeito como pelo seu companheiro (a) a tática mais reportada foi a *Negociação*. Também no estudo de Alexandra e Figueiredo (2006) esta tática foi a mais reportada pelos participantes. É uma tática positiva, composta por um conjunto de ações levadas a cabo para resolver uma discórdia sustentada na argumentação racional, comunicação de afeto positivo ou expressão de sentimentos de cuidado e respeito pelo companheiro (Alexandra & Figueiredo, 2006). Este valor elevado, leva-nos a crer que os sujeitos têm uma comunicação positiva e respeito pelos companheiros (as).

As diferenças encontradas demonstram que os psicólogos tendem a utilizar mais esta tática positiva que os profissionais do setor da saúde.

Entre as diferentes formas de abuso a mais corrente foi a *Agressão Psicológica*, tanto para os sujeitos como para os companheiros (as), seguida da *Coerção Sexual*, *Abuso Físico Sem Sequelas* e por fim, o *Abuso Físico Com Sequelas*. Estes resultados também se verificaram nos estudos de Alexandra e Figueiredo (2006) e Mena (2016).

Ainda ao nível da *perpetração*, foram encontradas diferenças entre os psicólogos e os profissionais do setor de saúde na tática *Coerção Sexual*, sendo que estes últimos recorrem mais a esta tática.

A *Coerção Sexual* é entendida como um comportamento cuja intenção é coagir o companheiro a envolver-se em uma atividade sexual indesejada (vaginal, oral ou anal), abrangendo atos coercivos que vão desde a insistência verbal, ameaças e uso da força física (Straus, Hamby, Boney & Sugarman, 1996).

Relativamente à *prevalência*, verifica-se que a maioria dos sujeitos recorreu em algum momento do “ano anterior”, às estratégias de *Negociação*, constituindo uma boa capacidade de resolver os conflitos através da comunicação e expressão emocional (Straus et al., 1996).

Contudo, a amostra revela alguns dados preocupantes, porque tanto os profissionais psicólogos como os profissionais do setor da saúde recorreram, “no último ano”, pelo menos a uma tática violenta, e o mesmo se

verifica nos companheiros(a). As táticas abusivas que se destacaram para a resolução de conflitos, ao nível da *perpetração* e *vitimização*, foram a *Agressão Psicológica* e a *Coerção Sexual*.

5.3. Relação entre a formação e as crenças em torno da violência conjugal

Procurou-se compreender a influência da presença da formação em VPI nas crenças dos psicólogos e profissionais do setor de saúde. Como Hasse e Vieira (2014) afirmam, a violência deve ser uma temática abordada na formação de profissionais do setor de saúde, e deve-se prolongar essa formação nos serviços, objetivando sensibilizar e preparar esses profissionais para lidar com as situações de violência.

Afirmam ainda que, a realidade dos serviços de saúde no que se refere a esse tema ainda é bastante insatisfatória, o que se reflete nestes resultados, em que a maioria da amostra total não teve qualquer tipo de formação no âmbito da VPI.

Os resultados levam-nos a observar que ao nível da formação dos sujeitos não existem diferenças significativas entre as representações sociais dos sujeitos que tiveram e as dos que não tiveram formação em VPI.

É relevante ter presente que a maioria dos sujeitos “*concordam*” (43.1%) e “*concordam completamente*” (42.5%) quando inquiridos acerca da importância da formação em VPI no contexto da profissão.

Manita e colaboradores (2009) consideram que é importante que os profissionais do setor da saúde, tenham formação neste âmbito para que assim consigam detetar o problema e tenham alternativas disponíveis para oferecer às vítimas.

A falta de formação pode constituir numa dificuldade para os profissionais sinalizarem e intervirem na VPI, manifestando dificuldades em lidar com esta problemática (Redondo et al., 2012).

Em suma, a formação visa dotar os profissionais de conhecimentos básicos sobre a problemática da violência, capacitando-os para a intervenção com pessoas particularmente vulneráveis. Contudo algo parece não estar a correr bem a nível da formação.

5.4. Influência da Profissão

Analisando a amostra total dos profissionais, encontramos diferenças em todas as Histórias exceto na História 1. Na História 2 e 3 a média foi mais elevada para o grupo Outros. Enquanto que para o Total das Histórias a média mais elevada foi para os grupos Outros e Enfermeiros.

Na História 2 os itens com a média mais elevada foram os itens 8 “*Provavelmente Luísa é mais agressiva com o António por causa de estar tão cansada com todo o trabalho que tem*” e o 6 “*A Luísa tem razão em zangar-se com o marido, pois trabalha bastante e ele não a ajuda em nada; antes pelo contrário, dá-lhe mais trabalho*”. Estas afirmações remetem para fatores de *stress* externos, e uma das principais funções da agressão em geral da VPI é a expressão de emoções negativas, como a raiva e a frustração (Kiske, 2004 como citado em Caldwell, Swan & Allen, 2009). Os profissionais poderão ter legitimado mais estes itens por atribuírem como função da agressão as expressões das emoções negativas.

Na história 3 os itens com maior média foram os itens 2 “*O problema é a bebida; o Esteves só se torna agressivo pela bebida*” e o item 10 “*A Deolinda deve estar a exagerar um bocadinho nas suas histórias sobre as desavenças que tem com o Esteves e a fazer-se de vítima*”. Relativamente ao primeiro item, já foi referido que o álcool não pode ser visto como a causa da violência, contudo, o álcool pode ser um desencadeador nas situações de violência doméstica (Manita et al., 2009). Nesta linha de pensamento, os profissionais poderão ter atribuído uma maior legitimação por considerarem que o álcool facilita a ocorrência da violência entre parceiros íntimos. O item 10 reporta uma desvalorização da violência, levando-nos ao pensamento de Redondo e colaboradores (2012), que acreditam que apesar dos profissionais do setor de saúde considerarem o papel dos serviços de saúde importantes na sinalização/intervenção da violência nas relações íntimas, verifica-se que estes ainda manifestam algumas dificuldades em lidar com a problemática, sendo importante estarem atentos às suas próprias ressonâncias internas acerca desta problemática e às suas representações.

No que toca à resolução de conflitos, ao nível da *perpetração*, é interessante notar que existem diferenças em todas as subescalas.

Estudo Comparativo das Representações Sociais da Violência nos Parceiros Íntimos entre Psicólogos e Profissionais do sector da saúde.

Marta Cristiana Cardoso da Silva (e-mail: ms_cristiana@hotmail.com) 2017

Na subescala *Negociação* a média mais elevada foi a do grupo Psicólogos. As táticas de resolução de conflito mais usadas por este grupo foram a demonstração de respeito pelos sentimentos do parceiro (a) (item 13) e a demonstração de preocupação pelo companheiro (a) em situações de divergência (item 1). Na *Agressão Psicológica* a média mais elevada foi do grupo Fisioterapeuta, onde as táticas mais utilizadas foram insultar (item 5) e gritar (item 35). No *Abuso Físico Sem Sequelas* a média mais elevada foi do grupo Outros, e as táticas mais utilizadas foram empurrar e apertar (item 17) e atirar contra uma parede (item 37). Na *Coerção Sexual* a média mais elevada foi do grupo Fisioterapeutas que utilizam mais as táticas ter relações sexuais sem preservativo (item 15) e insistir em ter relações sexuais (item 51). No *Abuso Físico Com Sequelas* a média mais elevada foi encontrada no grupo Outros, onde se evidenciaram lesões como entorse, ferida ou alguma pisadura (item 11) e não recorrerem ao médico quando necessitavam, devido a uma luta com o companheiro(as) (item 41).

Nas táticas utilizadas pelos companheiros(as) dos profissionais, também é interessante realçar que existem diferenças para a *Negociação*, sendo a média mais elevada a do grupo Fisioterapeutas e para a *Agressão Psicológica*, sendo a média superior para o grupo Outros. No caso da *Negociação*, as táticas mais utilizadas pelos companheiros(as) foram demonstrar compreensão nas situações divergentes (item 2) e demonstração de respeito (item 14). No caso da *Agressão Psicológica*, os companheiros (as) utilizaram mais os insultos (item 6) e gritos (item 36).

5.5. Influência da Experiência Profissional

Comparando os psicólogos com cada uma das categorias presentes no grupo profissionais do setor de saúde, verificou-se sempre que os profissionais psicólogos legitimam menos a VPI que os restantes profissionais tendo sido evidenciadas diferenças entre os Psicólogos e os Médicos nas História 2 e no Total das Histórias; entre os Psicólogos e os Enfermeiros, na História 2 e 3 e no Total das Histórias; entre os Psicólogos e os Fisioterapeutas, na História 2 e no Total das Histórias; entre os Psicólogos e os Técnicos de Ação Social, na História 2 e no Total das Histórias, e por último, entre os Psicólogos e os Outros, em todas as Histórias. Segundo

Estudo Comparativo das Representações Sociais da Violência nos Parceiros Íntimos entre Psicólogos e Profissionais do sector da saúde.

Marta Cristiana Cardoso da Silva (e-mail: ms_cristiana@hotmail.com) 2017

Zorjan, Smrke e Šprah (2017) existe uma necessidade de intervir educacionalmente nos profissionais do setor de saúde relativamente à violência doméstica.

Os resultados indicam que os psicólogos são os profissionais que menos legitimam a violência, poderá ligar-se ao facto de estes profissionais terem tido a temática da VPI integrado no plano de estudos no curso, e de sentirem mais responsáveis pela intervenção nas questões sociais. A maioria dos profissionais psicólogos lidam diariamente com casos de violência doméstica (Oliveira & Souza, 2006), tornando-se compreensível que este grupo de profissionais legitimem menos a violência pois estarão mais sensibilizados para esta temática.

No caso das táticas de resolução de conflito, tanto a nível da *perpetração* como na *vitimização*, foram os psicólogos que utilizaram mais a tática da *Negociação*, o que poderá estar relacionado com o facto dos psicólogos estarem mais sensibilizados e terem uma compreensão mais abrangente para VPI.

Na *perpetração* foram encontradas maiores diferenças na comparação entre Psicólogos e Fisioterapeutas nas subescalas *Agressão Psicológica*, *Abuso Físico Sem Sequelas* e *Coerção Sexual*, onde a média mais elevada se encontra nos Fisioterapeutas. O item que obteve uma média superior na *Agressão Psicológica* foi o 5, que aponta o insultar o parceiro(a). No *Abuso Físico Sem Sequelas*, o item com maior média foi o 17 “*empurrei ou apertei o meu companheiro(a)*”.

Na comparação entre Psicólogos e Outros encontrou-se uma diferença na *Coerção Sexual (item 15)*, onde a média mais elevada foi nos Outros. Este item “*Fiz o meu companheiro (a) ter relações sexuais sem preservativo*” (*Coerção Sexual*) também foi o item mais elevado para os Fisioterapeutas.

VI - Conclusões

“O século vinte será lembrado como um século marcado pela violência. Numa escala jamais vista e nunca antes possível na história da humanidade (...)” (Mandela, como citado em Krug et al., 2002).

A VPI é uma problemática que tem vindo a ganhar visibilidade ao

Estudo Comparativo das Representações Sociais da Violência nos Parceiros Íntimos entre
Psicólogos e Profissionais do sector da saúde.
Marta Cristiana Cardoso da Silva (e-mail: ms_cristiana@hotmail.com) 2017

longo dos anos, tanto a nível nacional como internacional, enquanto violação dos direitos humanos e um grave problema para a saúde pública. Portanto, é importante a crescente consciencialização e de processos legislativos, na busca de resolução deste problema que tanto afeta homens como mulheres.

Os profissionais de saúde e das áreas sociais encontram-se numa posição única para poderem responder às necessidades específicas de pessoas em risco. Neste sentido, é essencial que estes profissionais estejam bem informados e preparados para prestar apoio.

A presente investigação acrescentou mais informação relevante sobre as representações sociais da VPI, por parte dos profissionais de diversas áreas da saúde. Os resultados apontam para uma baixa legitimação de comportamentos violentos, contudo evidenciaram-se algumas diferenças entre os profissionais do setor de saúde com os psicólogos, tendendo os primeiros a legitimar mais os comportamentos violentos. A maioria dos profissionais justificou os comportamentos abusivos, em favor de fatores externos, como o consumo de álcool e *stress* do agressor.

Constatou-se, no geral, que não existem diferenças na justificação das *causas*, dos fatores de *manutenção* e de *resolução*, ou seja, as crenças dos variados profissionais sobre os fatores ao nível da VPI são semelhantes.

A formação sobre a VPI revelou-se para os profissionais como importante para a sua intervenção junto das vítimas e agressores, contudo apenas 30.8% dos profissionais realizaram algum tipo de formação no âmbito desta temática.

No que concerne aos comportamentos violentos, verificou-se que os psicólogos são os profissionais que evidenciam vivenciar um relacionamento íntimo onde as estratégias de *negociação* predominam em casos de conflito conjugal. Contudo, é interessante perceber que os profissionais, incluindo os psicólogos, recorrem à *agressão psicológica* e à *coerção sexual* com alguma frequência na resolução de conflitos. Questionamos se o recurso a algumas táticas abusivas poderá causar um impacto negativo nas crenças destes profissionais, influenciando a sua intervenção nos casos de VPI.

Existem ainda alguns mitos sobre a violência que devem ser combatidos e desconstruídos. E, estes mitos sob a forma de crenças impedem uma intervenção correta nos casos de VPI. Assim os profissionais necessitam de ser mais sensibilizados para a problemática para se sentirem

mais confortáveis na intervenção junto das vítimas e agressores. Segundo Macedo (2015), existe em Portugal, uma falta e distribuição desigual de serviços especializados para as vítimas, e de formação específica para profissionais que lidam com as vítimas e perpetradores.

6.1. Limitações no estudo e Futuras Investigações

O presente estudo apresenta várias limitações sobre das quais é importante refletir e que poderão ter condicionado os resultados.

A primeira limitação corresponde à grande discrepância entre o número de profissionais psicólogos e dos profissionais do setor de saúde. Será aconselhável em futuras investigações serem mais equilibradas as dimensões das amostras, tornando-se mais significativas e representativas da população em questão.

A segunda limitação prende-se com as subamostras de sujeitos do sexo feminino e de sexo masculino, que apresentam uma discrepância elevada, especialmente na subamostra dos profissionais psicólogos onde a discrepância é mais acentuada, não permitindo comparar as representações sociais entre sexos.

A terceira limitação, está relacionada com a ausência da aplicação de uma escala de desejabilidade social. Seria importante ponderar essa hipótese em investigações futuras para controlar esta variável, porque o protocolo contém muitas questões que procuram averiguar se nas relações de intimidade dos sujeitos se praticam comportamentos abusivos e, socialmente condenáveis.

A investigação nesta área tem sido cada vez mais explorada, mas seria interessante, em investigações futuras, realizar um estudo experimental de um antes e depois de vários profissionais frequentarem formação no âmbito da VPI, e posteriormente apostar nos estudos qualitativos, através de *focus grupos* no sentido de obter uma melhor compreensão e uma melhor perspetiva dos profissionais sobre a temática.

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 “Escala de Táticas de Conflito Revisadas”: estudo de validação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8 (2), 14-39.

Ali, P. A., Dhingra, K., & McGarry, J. (2016). A literature review of intimate partner violence and its classifications. *Aggression And Violent Behavior*, 31, 16-25. doi:10.1016/j.avb.2016.06.008

Almeida, M., Magalhães, A., & Carneiro, T. (2014). Transmissão geracional da profissão na família: Repetição e Diferenciação. *Revista Psico*. Porto Alegre, 45(4), 454-462.

Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126(5), 651–80. Retirado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10989615>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – APAV (2010). *Manual Alcipe. Para o Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência*. Lisboa, APAV.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV]. (2017). *Estatísticas APAV- Relatório Anual 2016* APAV, Lisboa.

Barreto, A., Bucher-Maluschke, J., Almeida, P. & DeSouza, E. (2009). Desenvolvimento humano e violência de gênero: uma integração bioecológica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (1), 86-92.

Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T., Chen, J., & Stevens, M.R. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2010 Summary*. National Center for Injury Prevention and Control of the Centers for Disease Control and Prevention.

Bompastor, A. M. (2014). *Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que olhares nos atendem?* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

Caldwell, J. E., Suzane, C. S., Allen, C. T., Sullivan, T. P., & Snow, D. L. (2009). Why I Hit Him: Women's Reasons for Intimate. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 18*, 672-697.

Carmo, R., Grams, A., & Magalhães, T. (2011). Original communication: Men as victims of intimate partner violence. *Journal Of Forensic And Legal Medicine, 18*, 355-359. doi:10.1016/j.jflm.2011.07.006

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.

Carvalho, J.E.C. (2005). Social Representations Theory and Everyday Knowledge: A methodological criticism from Philosophy of Language. *Neurociências, 13* (3), 145-151.

Casique Casique, L., & Furegato, A. R. F. (2006). Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14* (6), 137-144.

Colossi, P.M., Razera, J., Haack, K. R., & Falcke, D. (2015). Intimate partner violence: Prevalence and associated factors. *Contextos Clínicos, 8* (1), 55-66. Retirado em: <http://search.proquest.com/docview/1776712155?accountid=43959>

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

Cooper, A., & Smith, E. (2011). Homicide trends in the United States, 1980–2008. *Bureau of Justice Statistics*. U.S. Department of Justice. Retirado em: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/htus8008.pdf>

Costa, D. (2010). *A Intervenção em Parceria na Violência Conjugal Contra as Mulheres: Um Modelo Inovador?* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade Aberta, Lisboa.

Cruz, A. (2014). *Representações Sociais da Violência entre Parceiros Íntimos: Estudo Exploratório junto de Profissionais de Saúde. Influência do Sexo e Anos de Experiência Profissional* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

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

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

Filipe, S. (2013). *Modelos Percebidos de Causalidade da Violência entre Parceiros Íntimos* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal.

Flynn, A., & Graham, K. (2010). "Why did it happen?" A review and conceptual framework for research on perpetrators' and victims' explanations for intimate partner violence. *Aggression And Violent Behavior*, 15, 239-251. doi:10.1016/j.avb.2010.01.002

Gonzalez-Guarda, R. M., De Santis, J. P., & Vasquez, E. P. (2013). Sexual Orientation and Demographic, Cultural, and Psychological Factors Associated with the Perpetration and Victimization of Intimate Partner Violence among Hispanic Men. *Issues In Mental Health Nursing*, 34(2), 103-109.

Hamberger, L. K. (2005). Men's and women's use of intimate partner violence in clinical samples: toward a gender-sensitive analysis. *Violence and Victims*, 20, 131-151.

Hamberger, L. K., & Larsen, S. E. (2015). Men's and Women's Experience of Intimate Partner Violence: A Review of Ten Years of Comparative Studies in Clinical Samples; Part I. *Journal Of Family Violence*, (6), 699-717. doi:10.1007/s10896-015-9732-8

Hasse, M., & Vieira, E.M. (2014). Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados / How health professional assist women experiencing violence? A triangulated data analysis. *Saúde Em Debate*, 38 (102), 482-493.

Höijer, B. (2011). Social Representations Theory: A New Theory for Media Research. *Nordicom Review*, 32, 3-16.

Instituto Nacional de Estatísticas. (2016). *Estatísticas Demográficas 2015*. Instituto Nacional de Estatísticas, Lisboa.

Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and Family*, 57(2), 283-294.

Koeppel, M.D.H., & Bouffard, L.A. (2014). Sexual Orientation and the Effects of Intimate Partner Violence, *Women & Criminal Justice*, 24:2, 126-150. doi: 10.1080/08974454.2013.842517

Kornusky, J. & Smith, N. (2016). Intimate Partner Violence: Psychological Aspects. *CINAHL Nursing Guide*.

Krug E.G., Dahlberg, L.L., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization.

Larsen, S. E., & Hamberger, L. K. (2015). Men's and Women's Experience of IPV Part II: A Review of New Developments in Comparative Studies in Clinical Populations. *Journal Of Family Violence*, (8), 1007. doi:10.1007/s10896-015-9730-x

Lutzker, J.R. (2006). *Preventing Violence: Research and Evidence-Based Intervention Strategies*. American Psychological Association: Washinton, DC.

Macedo, E. (2015). Violência entre parceiros íntimos (VPI): problema e sintoma no panorama das violências sobre as mulheres. *Ex aequo*, (31), 29-44.

Maia, L. (2012). *Violência Doméstica e Crimes Sexuais: Um Guia para as vítimas, familiares e amigos*. Pactor: Lisboa.

Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). *Violência Doméstica: Compreender para Intervir, Guia de Boas Práticas para Profissionais de Saúde*. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género: Lisboa.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística: Com utilização do SPSS (3.ª edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Martins, H., Assunção, L., Caldas, I., & Magalhães, T. (2014). Victims of Intimate Partner Violence. The Physician's Intervention in the Portuguese National Health Service. *Journal Of Family Violence*, 29(3), 315-322.

Mena, J. (2016). *Representações Sociais da Violência Entre Parceiros Íntimos: Legitimação e resolução de conflitos* (Dissertação mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação: Universidade de Coimbra, Coimbra.

Mendes, E., & Cláudio, V. (2010). Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem, engenharia e psicologia acerca da violência doméstica. In C. Nogueira, et al. (Eds.). *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.

Mendes, J. (2016). *Significados da Violência Conjugal nos Profissionais de Saúde* (Dissertação de doutoramento não publicada). Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora.

Monteiro, C.M., Cabral, M., & Jodelet, D. (1999). As representações sociais da violência doméstica: uma abordagem preventiva/Social representations of physically abused adolescents in violent homes: an preventive approach. *Ciência & Saúde Coletiva*, (1), 161. doi:10.1590/S1413-81231999000100014

Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In. R. Farr & Moscovici (orgs.), *Social Representations*. Cambridge: University Press.

Moscovici, S. (2000). *Social Representations: Explorations in Social Psychology*. (G. Duveen, Ed.). Cornwall, UK: Blackwell Publishers.

Moya, E. M., Chávez-Baray, S. M., Martínez, O., & Aguirre-Polanco, A. (2016). Exploring Intimate Partner Violence and Sexual Health Needs in the Southwestern United States: Perspectives from Health and Human Services Workers. *Health & Social Work*, 41(1), 29-37.

Murta, S., Santos, B., Marins, C., & Oliveira de B. (2013). Prevenção primária à violência no namoro: uma revisão de literatura. *Contextos Clínicos*, 6 (2), 117-131.

Oliveira, D., & Souza, L. (2006). Gênero e violência conjugal: concepções de psicólogos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6 (2), 34-50.

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

Peltzer K., & Mashego, T.A. (2003). Attitudes and Practices of Doctors toward Domestic Violence Victims in South Africa. *Health Care Women Internat*, 24, 149-157.

Pereira, A. R., Vieira, D. N., & Magalhães, T. (2013). Original communication: Fatal intimate partner violence against women in Portugal: A forensic medical national study. *Journal Of Forensic And Legal Medicine*, 20, 1099-1107. doi:10.1016/j.jflm.2013.09.015

Ramadugu, S., Jayaram, P., Srivastava, K., Chatterjee, K., & Madhusudan, T. (2015). Understanding intimate partner violence and its correlates. *Psychiatry J*, 24 (2), 172-178.

Redondo, J., Pimentel, I., & Correia, A. (2012). MANUAL SARAR-Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/ entre parceiros íntimos. Serviço de Violência Familiar- Hospital Sobral Cid, Coimbra.

Rosa, A. S. de. (2013). *Social Representations in the "Social Arena."* Cornwall, UK: Routledge.

Sampaio, D. (2012). *Labirinto de mágoas:As crises do casamento e como enfrentá-las*. Lisboa: Caminho.

Schub, T.B.S. (2016). Intimate Partner Violence: an Overview. *CINAHL Nursing Guide*.

Sheila, G. M., Santos, B.R.P., Martins, C. P.S., & Oliveira, B. (2013). Dating violence primary prevention: A literature review. *Contextos Clínicos*, 6(2), 117-131. Retirado em: <http://search.proquest.com/docview/1776712408?accountid=43959>

Silva, I. M., Menezes, C. C & Lopes, R. C. S. (2010). Em busca da “cara-metade”: motivações para a escolha do cônjuge. *Estudos de Psicologia*, (Campinas), 27 (3), 383-391.

Spilker, R. (2014). Estudo exploratório da Violência entre Parceiros Íntimos: Representações Sociais numa amostra de Médicos e Estudantes de Medicina (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Straus, M. A. (2006). Future research on gender symmetry in physical assaults on partners. *Violence Against Women*, 12(11), 1086-1097.

Strauss, M. A. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41 (1) 75-88.

Strauss, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues*, 17 (3), 283-316.

Vala, J. (2002 e 2004). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In Vala, J. & Monteiro, M. B. (Coords.). *Psicologia Social* (5ªed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (trabalho original publicado em 1993).

Vala, J., & Castro, P. (2013). Pensamento Social e Representações Sociais. In Vala, J. & Monteiro, M.B. (Coords.). *Psicologia Social* (9ªed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (trabalho original publicado em 1993).

Vicente, L. M., & Vieira, E. M. (2009). O conhecimento sobre a violência de género entre estudantes de medicina e médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 63-71. Retirado a 23 de fevereiro de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/09.pdf>

Vieira, E., Ford, N., Ferrante, F.G. de., Almeida, A.M. de., Daltoso, D., & Santos, M. (2013). The response to gender violence among Brazilian health care professionals/ Respostas à violência de género entre profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (3), 681-690.

Wachelke, J.F.R. & Camargo, B.V. (2007). Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. *Interamerican Journal of Psychology*, 41 (3), 379-390.

Wachelke, J. (2012). Social Representations: A Review of Theory and Research from the Structural Approach. *Universitas Psychologica*, 11(3), 729-741.

Williams, S.L., & Frieze, I.H. (2005). Courtship Behaviors, Relationship Violence, and Breakup Persistence in College Men and Women. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 248-257.

World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2012). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Violence prevention 2014*. Geneva: World Health Organization.

Zorjan, S., Smrke, U., & L. (2017). The role of attitudes to, and the frequency of, domestic violence encounters in the healthcare professionals' handling of domestic violence cases. *Zdr Varst*, 56 (3), 166-171.

Anexos

Anexo I: Protocolo

Anexo II: Caracterização da Amostra

Tabela 1. Análise Descritiva da Amostra: Anos de Experiência Profissional

Variáveis	Categoria	Profissionais do sector da saúde		Psicólogos		Total	
		<i>n</i> =319 <i>n</i>	(86.6%) %	<i>n</i> =48 <i>n</i>	(13.1%) %	<i>N</i> =367 <i>n</i>	(100%) %
Tempo de exercício da profissão	Menos de um ano	<i>Missings=0</i> 138	0.0 37.6	<i>Missings=0</i> 4	0.0 1.1	<i>Missings=0</i> 142	0.0 38.7
	Há um ano	68	18.5	5	1.4	73	19.9
	Entre um e cinco anos	61	16.6	8	2.2	69	18.8
	Entre cinco e dez anos	51	13.9	11	3.0	62	16.9
	Entre dez a vinte anos	0	0.0	16	4.4	16	4.4
	Há mais de vinte anos	1	0.3	4	1.1	5	1.4

Tabela 2. Análise Descritiva da Amostra: Formação na VPI e Grau de Concordância com a importância da formação em VPI

Variáveis	Categoria	Profissionais do sector da saúde		Psicólogos		Total	
		<i>n</i> =319 <i>n</i>	(86.6%) %	<i>n</i> =48 <i>n</i>	(13.1%) %	<i>N</i> =367 <i>n</i>	(100%) %
Formação na VPI	Não	<i>Missings=0</i> 236	0.0 64.3	<i>Missings=0</i> 18	0.0 4.9	<i>Missings=0</i> 254	0.0 69.2
	Sim	83	22.6	30	8.2	113	30.8
Grau de concordância com a importância da formação em VPI	Discordo totalmente	<i>Missings=0</i> 5	0.0 1.4	<i>Missings=0</i> 0	0.0 0.0	<i>Missings=0</i> 5	0.0 1.4
	Discordo	10	2.7	0	0.0	10	2.7
	Nem concordo nem	35	9.5	3	0.8	38	10.3
	Discordo	147	40.1	11	3.0	158	43.1
	Concordo	122	33.2	34	9.3	156	42.5
	Concordo totalmente						

Tabela 3. Análise Descritiva da Amostra: “A violência física e/ou verbal nas relações de casal, é mais compreensível se (...)”

Variáveis	Categorias	N n	(100%) %
Sob o efeito de álcool		<i>Missings=1</i>	0.3
	Sempre	4	1.1
	Muitas Vezes	16	4.4
	Algumas Vezes	20	5.4
	Poucas Vezes	35	9.5
	Nunca	291	79.3
Sob o efeito de cannabis/haxixe		<i>Missings=1</i>	0.3
	Sempre	4	1.1
	Muitas Vezes	13	3.5
	Algumas Vezes	20	5.4
	Poucas Vezes	32	8.7
	Nunca	297	80.9
Sob o efeito de anfetaminas		<i>Missings=1</i>	0.3
	Sempre	4	1.1
	Muitas Vezes	10	2.7
	Algumas Vezes	17	4.6
	Poucas Vezes	37	10.1
	Nunca	298	81.4
Sob o efeito de cocaína		<i>Missings=1</i>	0.3
	Sempre	5	1.4
	Muitas Vezes	14	3.8
	Algumas Vezes	18	4.9
	Poucas Vezes	32	8.7
	Nunca	297	80.9
Sob o efeito de crack		<i>Missings=1</i>	0.3
	Sempre	4	1.1
	Muitas Vezes	14	3.8
	Algumas Vezes	17	4.6
	Poucas Vezes	34	9.3
	Nunca	297	80.9
Sob o efeito de outras drogas		<i>Missings=1</i>	0.3
	Sempre	4	1.1
	Muitas Vezes	13	3.5
	Algumas Vezes	20	5.4
	Poucas Vezes	33	9.0
	Nunca	296	80.7

Anexo III- Consistência Interna dos Instrumentos de Avaliação

1. Escala de Táticas de Conflito Revisadas (CTS-2)

Tabela 4. Alpha de Cronbach para a Perpetração (CTS-2)

Alpha de Cronbach	Nº de itens
.849	39

Tabela 5. *Alpha de Cronbach* para a Vitimização (CTS-2)

<i>Alpha de Cronbach</i>	Nº de itens
.867	39

Tabela 6. *Alpha de Cronbach* para a Negociação (Perpetração- CTS2)

<i>Alpha de Cronbach</i>	Nº de itens
.843	6

Tabela 7. *Item-Total Statistics:* Negociação (Perpetração- CTS2)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
CTS-2 – 1	13.73	63.674	0.692	0.805
CTS-2 -13	14.41	64.593	0.466	0.856
CTS-2 -39	14.96	62.004	0.659	0.810
CTS-2 -3	13.72	62.272	0.737	0.796
CTS-2 -59	16.04	67.889	0.583	0.825
CTS-2 -77	15.76	66.170	0.658	0.812

Tabela 8. *Alpha de Cronbach* para a Negociação (Negociação- CTS2)

<i>Alpha de Cronbach</i>	Nº de itens
.873	6

Tabela 9. *Item-Total Statistics:* Negociação (Vitimização- CTS2)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
CTS-2 – 2	14.10	62.196	0.744	0.839
CTS-2 -14	14.01	62.615	0.663	0.854
CTS-2 -40	15.44	61.700	0.681	0.851
CTS-2 -4	14.08	62.127	0.755	0.837
CTS-2 -60	16.61	70.648	0.535	0.873
CTS-2 -78	16.01	65.219	0.675	0.851

Tabela 10. *Alpha de Cronbach* para a Agressão Psicológica (Perpetração- CTS2)

<i>Alpha de Cronbach</i>	Nº de itens
.678	8

Tabela 11. *Item-Total Statistics:* Agressão Psicológica (Perpetração- CTS2)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
CTS-2 – 5	2.80	15.087	0.390	0.202
CTS-2 -35	3.08	15.283	0.595	0.390
CTS-2 -49	3.40	17.952	0.475	0.287
CTS-2 -67	3.51	18.688	0.452	0.258
CTS-2 -25	3.98	21.972	0.318	0.230
CTS-2 -29	4.11	23.172	0.404	0.797
CTS-2- 65	4.11	22.979	0.448	0.806
CTS-2- 69	4.13	23.285	0.426	0.647

Tabela 12. *Alpha de Cronbach* para a Agressão Psicológica (Vitimização- CTS2)

<i>Alpha de Cronbach</i>	Nº de itens
.734	8

Tabela 13. *Item-Total Statistics:* Agressão Psicológica (Vitimização- CTS2)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
CTS-2 – 6	2.63	15.937	0.552	0.681
CTS-2 -36	2.44	14.510	0.642	0.656
CTS-2 -50	2.81	18.011	0.456	0.702
CTS-2 -68	2.80	17.957	0.480	0.696
CTS-2 -26	3.21	20.461	0.406	0.712
CTS-2 -30	3.34	22.336	0.442	0.722
CTS-2- 66	3.35	22.749	0.330	0.730
CTS-2- 70	3.40	23.051	0.418	0.730

Tabela 14. *Alpha de Cronbach* para o Abuso Físico Sem Sequelas (Perpetração) - CTS2)

<i>Alpha de Cronbach</i>	Nº de itens
.881	12

Tabela 15. *Item-Total Statistics:* Abuso Físico Sem Sequelas (Perpetração- CTS2)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
CTS-2 – 7	0.75	13.563	0.419	0.898
CTS-2 -9	0.96	14.681	0.647	0.868
CTS-2 -17	0.81	13.233	0.431	0.902
CTS-2 -45	0.98	14.616	0.815	0.862
CTS-2 -53	0.99	14.827	0.744	0.866
CTS-2 -21	1.01	15.068	0.842	0.865
CTS-2- 27	1.00	14.814	0.846	0.863
CTS-2- 33	1.01	15.066	0.831	0.866
CTS-2- 37	0.95	14.403	0.601	0.870
CTS-2- 43	1.01	15.036	0.809	0.866
CTS-2- 61	0.98	14.767	0.594	0.871
CTS-2- 73	1.00	15.027	0.802	0.866

Tabela 16. *Alpha de Cronbach* para o Abuso Físico Sem Sequelas (Vitimização- CTS2)

<i>Alpha de Cronbach</i>	Nº de itens
.881	12

Tabela 17. *Item-Total Statistics:* Abuso Físico Sem Sequelas (Vitimização- CTS2)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
CTS-2 – 8	0.89	16.015	0.618	0.891
CTS-2 -10	0.95	16.279	0.673	0.887
CTS-2 -18	0.92	16.608	0.512	0.897
CTS-2 -46	0.99	16.642	0.767	0.883
CTS-2 -54	0.97	16.693	0.722	0.885
CTS-2 -22	1.03	17.731	0.775	0.889
CTS-2- 28	1.01	17.401	0.828	0.886
CTS-2- 34	0.97	16.704	0.587	0.892
CTS-2- 38	0.86	15.606	0.489	0.909
CTS-2- 44	1.01	16.953	0.740	0.885
CTS-2- 62	1.02	17.573	0.751	0.888
CTS-2- 74	1.01	17.650	0.673	0.890

Tabela 18. *Alpha de Cronbach* para a Coerção Sexual (Perpetração- CTS2)

<i>Alpha de Cronbach</i>	Nº de itens
.443	7

Tabela 19. *Item-Total Statistics: Coerção Sexual (Perpetração- CTS2)*

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
CTS-2 – 15	0.38	4.248	0.128	0.860
CTS-2 -51	1.84	9.536	0.402	0.357
CTS-2 -63	1.89	10.057	0.385	0.382
CTS-2 -19	1.87	9.602	0.497	0.348
CTS-2 -47	1.92	10.289	0.506	0.387
CTS-2 -57	1.90	10.099	0.427	0.381
CTS-2- 75	1.90	10.147	0.498	0.379

Tabela 20. *Alpha de Cronbach para a Coerção Sexual (Vitimização- CTS2)*

Alpha de Cronbach	Nº de itens
.481	7

Tabela 21. *Item-Total Statistics: Coerção Sexual (Vitimização- CTS2)*

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
CTS-2 – 16	0.53	4.665	0.120	0.754
CTS-2 -52	1.26	7.978	0.381	0.404
CTS-2 -64	1.30	8.428	0.412	0.421
CTS-2 -20	1.31	8.374	0.506	0.411
CTS-2 -48	1.32	8.397	0.476	0.414
CTS-2 -58	1.22	7.937	0.233	0.442
CTS-2- 76	1.28	7.889	0.469	0.386

Tabela 22. *Alpha de Cronbach para o Abuso Físico Com Sequelas (Perpetração- CTS2)*

Alpha de Cronbach	Nº de itens
.779	6

Tabela 23. *Item-Total Statistics: Abuso Físico Com Sequelas (Perpetração- CTS2)*

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
CTS-2 – 11	0.21	2.572	0.355	0.889
CTS-2 -71	0.32	3.294	0.809	0.709
CTS-2 -23	0.32	3.373	0.809	0.716
CTS-2 -31	0.32	3.373	0.809	0.716
CTS-2 -41	0.26	3.097	0.450	0.771
CTS-2 -55	0.33	3.357	0.839	0.712

Tabela 24. Alpha de Cronbach para o Abuso Físico Com Sequelas (Vitimização- CTS2)

Alpha de Cronbach	Nº de itens
.905	6

Tabela 25. Item-Total Statistics: Abuso Físico Com Sequelas (Vitimização- CTS2)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
CTS-2 – 12	0.19	2.436	0.572	0.934
CTS-2 -72	0.22	2.655	0.789	0.882
CTS-2 -24	0.23	2.656	0.902	0.871
CTS-2 -32	0.23	2.636	0.940	0.867
CTS-2 -42	0.21	2.560	0.642	0.907
CTS-2 -56	0.23	2.705	0.915	0.874

2. Questionário de Violência Conjugal – Histórias (QRVC-HIS)

Tabela 26. Alpha de Cronbach para a História 1 (QRVC-HIS)

Alpha de Cronbach	Nº de itens
.799	10

Tabela 27. Item-Total Statistics: História 1 (QRVC-HIS)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
QRVC-HIS-1- 1	10.98	8.178	0.465	0.784
QRVC-HIS-1- 2	10.94	7.736	0.611	0.768
QRVC-HIS-1- 3	10.99	8.005	0.674	0.769
QRVC-HIS-1- 4	10.98	8.019	0.574	0.774
QRVC-HIS-1- 5	10.88	7.761	0.485	0.780
QRVC-HIS-1- 6	10.55	7.347	0.309	0.826
QRVC-HIS-1- 7	11.01	8.349	0.498	0.783
QRVC-HIS-1- 8	10.60	6.949	0.449	0.797
QRVC-HIS-1- 9	10.97	8.070	0.563	0.776
QRVC-HIS-1- 10	10.98	7.807	0.687	0.765

Tabela 28. Alpha de Cronbach para a História 2 (QRVC-HIS)

Alpha de Cronbach	Nº de itens
.917	10

29. Item-Total Statistics: História 2 (QRVC-HIS)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
QRVC-HIS-2- 1	12.79	20.722	0.734	0.906
QRVC-HIS-2- 2	12.78	20.818	0.754	0.906
QRVC-HIS-2- 3	12.79	20.636	0.790	0.904
QRVC-HIS-2- 4	12.71	20.366	0.560	0.918
QRVC-HIS-2- 5	12.68	20.170	0.680	0.909
QRVC-HIS-2- 6	12.70	20.234	0.715	0.907
QRVC-HIS-2- 7	12.75	20.433	0.787	0.903
QRVC-HIS-2- 8	12.39	19.581	0.636	0.914
QRVC-HIS-2- 9	12.80	20.956	0.718	0.907
QRVC-HIS-2- 10	12.70	20.589	0.682	0.909

Tabela 30. Alpha de Cronbach para a História 3 (QRVC-HIS)

Alpha de Cronbach	Nº de itens
.898	10

Tabela 31. Item-Total Statistics: História 3 (QRVC-HIS)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
QRVC-HIS-3- 1	11.05	11.038	0.551	0.895
QRVC-HIS-3- 2	10.87	10.638	0.494	0.907
QRVC-HIS-3- 3	11.18	11.213	0.682	0.885
QRVC-HIS-3- 4	11.23	11.439	0.755	0.884
QRVC-HIS-3- 5	11.17	11.224	0.679	0.886
QRVC-HIS-3- 6	11.12	11.303	0.576	0.892
QRVC-HIS-3- 7	11.17	11.113	0.762	0.881
QRVC-HIS-3- 8	11.09	10.666	0.712	0.883
QRVC-HIS-3- 9	11.20	11.219	0.756	0.882
QRVC-HIS-3- 10	11.15	10.985	0.748	0.881

Tabela 32. Alpha de Cronbach para o Total das Histórias (QRVC-HIS)

Alpha de Cronbach	Nº de itens
.945	30

Tabela 33. *Item-Total Statistics: Total Histórias (QRVC-HIS)*

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
QRVC-HIS-1- 1	37.40	107.020	0.474	0.944
QRVC-HIS-1- 2	37.36	106.088	0.542	0.944
QRVC-HIS-1- 3	37.41	106.640	0.632	0.944
QRVC-HIS-1- 4	37.40	106.291	0.597	0.944
QRVC-HIS-1- 5	37.31	106.219	0.443	0.945
QRVC-HIS-1- 6	36.97	104.634	0.345	0.948
QRVC-HIS-1- 7	37.44	107.926	0.445	0.945
QRVC-HIS-1- 8	37.02	102.044	0.536	0.945
QRVC-HIS-1- 9	37.39	106.658	0.562	0.944
QRVC-HIS-1- 10	37.40	106.113	0.627	0.943
QRVC-HIS-2- 1	37.18	102.372	0.712	0.942
QRVC-HIS-2- 2	37.18	102.652	0.725	0.942
QRVC-HIS-2- 3	37.19	102.250	0.759	0.942
QRVC-HIS-2- 4	37.11	101.881	0.543	0.945
QRVC-HIS-2- 5	37.07	101.489	0.645	0.943
QRVC-HIS-2- 6	37.10	101.905	0.653	0.943
QRVC-HIS-2- 7	37.15	101.899	0.749	0.942
QRVC-HIS-2- 8	36.79	100.374	0.602	0.944
QRVC-HIS-2- 9	37.20	102.915	0.693	0.942
QRVC-HIS-2- 10	37.10	102.587	0.627	0.943
QRVC-HIS-3- 1	37.21	104.029	0.573	0.944
QRVC-HIS-3- 2	37.03	102.781	0.536	0.944
QRVC-HIS-3- 3	37.34	104.805	0.658	0.943
QRVC-HIS-3- 4	37.39	105.742	0.686	0.943
QRVC-HIS-3- 5	37.33	104.762	0.669	0.943
QRVC-HIS-3- 6	37.28	104.778	0.598	0.943
QRVC-HIS-3- 7	37.33	104.411	0.747	0.942
QRVC-HIS-3- 8	37.25	103.205	0.701	0.942
QRVC-HIS-3- 9	37.37	105.266	0.692	0.943
QRVC-HIS-3- 10	37.32	104.725	0.671	0.943

3. Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR)

Tabela 34. *Alpha de Cronbach* para o fator Ativação (QVC-CMR)

<i>Alpha de Cronbach</i>	Nº de itens
.864	14

Tabela 35. *Item-Total Statistics:* Fator Ativação (QVC-CMR)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
QVC-C1	31.30	48.020	0.546	0.854
QVC-C2	31.30	49.727	0.398	0.862
QVC-C3	31.63	49.357	0.444	0.859
QVC-C4	31.39	48.866	0.497	0.857
QVC-C5	31.87	48.511	0.539	0.854
QVC-C6	31.84	48.711	0.511	0.856
QVC-C7	31.45	48.474	0.502	0.856
QVC-C8	31.76	48.148	0.609	0.851
QVC-C9	31.71	47.892	0.633	0.850
QVC-C10	31.31	47.417	0.632	0.849
QVC-C11	31.01	49.055	0.511	0.856
QVC-C12	31.23	48.801	0.493	0.857
QVC-C13	31.27	48.624	0.567	0.853
QVC-C14	31.23	49.401	0.407	0.862

Tabela 36. *Alpha de Cronbach* para o fator Manutenção (QVC-CMR)

<i>Alpha de Cronbach</i>	Nº de itens
.868	14

Tabela 37. *Item-Total Statistics:* Fator Manutenção (QVC-CMR)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
QVC-M1	39.25	33.778	0.481	0.861
QVC-M2	39.48	33.234	0.493	0.861
QVC-M3	39.84	32.671	0.460	0.864
QVC-M4	39.73	32.697	0.516	0.860
QVC-M5	39.58	33.381	0.528	0.859
QVC-M6	39.62	32.460	0.579	0.586
QVC-M7	39.48	32.915	0.586	0.856
QVC-M8	39.40	33.434	0.520	0.860

QVC-M9	39.75	31.891	0.619	0.854
QVC-M10	39.68	32.343	0.637	0.854
QVC-M11	39.50	32.789	0.605	0.855
QVC-M12	39.64	32.588	0.558	0.857
QVC-M13	39.85	33.048	0.445	0.864
QVC-M14	39.83	34.240	0.367	0.867

Tabela 38. Alpha de Cronbach para o fator Resolução (QVC-CMR)

Alpha de Cronbach	Nº de itens
.820	14

Tabela 39. Item-Total Statistics: Fator Resolução (QVC-CMR)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
QVC-R1	41.82	26.613	0.498	0.806
QVC-R2	41.77	26.995	0.451	0.809
QVC-R3	41.77	26.844	0.471	0.808
QVC-R4	42.17	27.061	0.340	0.818
QVC-R5	41.71	27.424	0.378	0.814
QVC-R6	42.15	26.138	0.471	0.807
QVC-R7	41.98	26.466	0.445	0.809
QVC-R8	42.07	26.683	0.382	0.815
QVC-R9	41.88	26.386	0.514	0.805
QVC-R10	42.33	26.399	0.439	0.810
QVC-R11	42.46	25.768	0.472	0.808
QVC-R12	42.30	26.465	0.475	0.807
QVC-R13	42.24	26.350	0.434	0.810
QVC-R14	41.64	26.849	0.555	0.804

Anexo IV: Resultados

1. Análise da influência da variável Profissão na legitimação da VPI (QRVC-HIS)

Tabela 40. Análise Descritiva para os itens da História 1 (QRVC-HIS)

	Psicólogos		Profissionais do sector da saúde		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
QRVC-H1-1	1.04	0.202	1.13	0.433	1.12	0.411
QRVC-H1-2	1.04	0.202	1.17	0.468	1.16	0.444
QRVC-H1-3	1.10	0.371	1.11	0.346	1.11	0.348
QRVC-H1-4	1.06	0.320	1.13	0.431	1.13	0.419
QRVC-H1-5	1.17	0.476	1.22	0.528	1.21	0.521

QRVC-H1-6	1.38	0.672	1.57	0.854	1.54	0.835
QRVC-H1-7	1.04	0.202	1.09	0.957	1.08	0.341
QRVC-H1-8	1.19	0.445	1.55	0.822	1.50	0.792
QRVC-H1-9	1.13	0.444	1.13	0.374	1.13	0.383
QRVC-H1-10	1.10	0.472	1.12	0.373	1.12	0.387
QRVC-H1-Total	11.25	12.10	12.23	3.108	12.10	3.073

Tabela 41. Análise Descritiva para os itens da História 2 (QRVC-HIS)

	Psicólogos		Profissionais do sector da saúde		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
QRVC-H2-1	1.21	0.582	1.35	0.591	1.34	0.591
QRVC-H2-2	1.23	0.472	1.36	0.575	1.34	0.564
QRVC-H2-3	1.10	0.371	1.36	0.582	1.33	0.566
QRVC-H2-4	1.23	0.555	1.44	0.822	1.41	0.795
QRVC-H2-5	1.23	0.660	1.48	0.713	1.44	0.710
QRVC-H2-6	1.19	0.532	1.46	0.685	1.43	0.673
QRVC-H2-7	1.12	0.334	1.79	0.853	1.37	0.594
QRVC-H2-8	1.40	0.676	1.36	0.586	1.74	0.842
QRVC-H2-9	1.10	0.371	1.36	0.586	1.32	0.569
QRVC-H2-10	1.11	0.375	1.47	0.667	1.42	0.648
QRVC-H2-Total	11.74	3.692	14.47	5.078	14.12	5.002

Tabela 42. Análise Descritiva para os itens da História 3 (QRVC-HIS)

	Psicólogos		Profissionais do sector de saúde		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
QRVC-H3-1	1.08	0.279	1.34	0.613	1.31	0.586
QRVC-H3-2	1.35	0.635	1.51	0.743	1.49	0.731
QRVC-H3-3	1.20	0.486	1.20	0.486	1.18	0.462
QRVC-H3-4	1.14	0.399	1.14	0.399	1.13	0.380
QRVC-H3-5	1.21	0.464	1.21	0.464	1.19	0.459
QRVC-H3-6	1.15	0.412	1.25	0.520	1.24	0.508
QRVC-H3-7	1.10	0.371	1.20	0.446	1.19	0.438
QRVC-H3-8	1.19	0.491	1.29	0.559	1.28	0.551
QRVC-H3-9	1.04	0.202	1.18	0.444	1.16	0.423
QRVC-H3-10	1.04	0.002	1.24	0.493	1.21	0.470
QRVC-H3-Total	11.15	2.535	12.54	3.791	12.36	3.678

Tabela 43- Test T-*student* para amostras independentes (Variável independente: Profissão)
Test-t para igualdade de Médias

	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferenças médias	Erro Padrão da Diferença	95% de Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
História 1 Total	2,062	363	,040	,977	,474	,045	1,909
História 2 Total	4,476	74,382	,000	2,726	,609	1,512	3,939
História 3 Total	3,304	82,689	,001	1,398	,423	,557	2,240
História Total	4,102	72,680	,000	5,410	1,319	2,781	8,039

2. Análise da influência da variável Profissão na legitimação da VPI (QVC- CMR)

Tabela 44. Análise descritiva para os fatores de ativação da violência conjugal por profissão (QVC-CMR)

	Psicólogos		Profissionais do sector da saúde		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
Consumos de álcool/drogas do agressor	2.31	0.829	2.60	0.929	2.56	0.921
Aceitação social da violência	2.81	0.938	2.53	0.927	2.56	0.932
Luta de poder entre os membros do casal	2.48	0.743	2.20	0.923	2.24	0.906
Baixa autoestima do agressor	2.77	0.805	2.44	0.896	2.48	0.890
Doença mental da vítima	2.15	0.743	1.98	0.888	2.00	0.872
Dificuldades económicas do casal/família	2.25	0.812	2.00	0.899	2.04	0.891
Fragilidade emocional da vítima	2.81	0.867	2.36	0.926	2.42	0.930
Interferência de outros familiares	2.02	0.785	2.12	0.833	2.10	0.827
Problemas/dificuldades criadas pelos filhos	2.04	0.771	2.17	0.835	2.16	0.827
Relações extraconjugais	2.23	0.857	2.83	0.848	2.55	0.876
Antecedentes de violência na família	3.04	0.798	2.83	0.848	2.86	0.844
Doença mental do agressor	2.92	0.767	2.60	0.913	2.64	0.901
Isolamento social do casal/família	2.63	0.672	2.59	0.845	2.60	0.824
Comportamento provocador da vítima	1.54	0.713	2.80	0.884	2.64	0.962
QVC-C-Total	34.00	7.182	33.85	7.526	33.87	7.472

Tabela 45. Análise descritiva para os fatores de manutenção da violência conjugal por profissão (QVC-CMR)

	Psicólogos		Profissionais do sector da saúde		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
Ausência de denúncia	3.42	0.647	3.41	0.652	3.41	0.650
Falta de confiança na justiça	3.23	0.627	3.18	0.733	3.19	0.719
Valorização da união familiar	2.81	0.734	2.82	0.869	2.82	0.852
Existência de filhos	2.85	0.684	2.94	0.785	2.93	0.772
Isolamento social da vítima e/ou da família	3.33	0.663	3.05	0.650	3.08	0.658
Falta de conhecimentos da vítima para pedir ajuda	2.96	0.771	3.06	0.729	3.04	0.734
Ambivalência da vítima face ao agressor	3.46	0.617	3.14	0.667	3.18	0.669
Medo de retaliações por parte da vítima	3.17	0.808	3.27	0.638	3.26	0.662
Desconhecimentos da vítima relativamente aos seus direitos	3.00	0.715	2.90	0.773	2.92	0.765
Ameaça de suicídio por parte do agressor	2.94	0.598	2.99	0.706	2.98	0.692
Ausência de respostas sociais para a vítima	2.87	0.841	3.20	0.627	3.16	0.667
Ternura do agressor fora dos momentos de violência	3.10	0.722	3.01	0.741	3.02	0.738
Promessas de mudança por parte do agressor	3.33	0.519	2.74	0.814	2.82	0.807
Interferência de outros familiares	2.63	0.640	2.86	0.727	2.83	0.720
QVC-M-Total	43.10	5.388	42.60	6.264	42.67	6.152

Tabela 46. Análise descritiva para os fatores de resolução da violência conjugal por profissão (QVC-CMR)

	Psicólogos		Profissionais do sector da saúde		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
Afastar o agressor	3.27	0.707	3.45	0.652	3.43	0.661
Condenar mais agressores	3.29	0.713	3.50	0.634	3.48	0.648
Estimular a denúncia das situações de violência	3.63	0.531	3.46	0.662	3.48	0.648
Estimular a separação/divórcio do casal	2.96	0.683	3.10	0.792	3.08	0.779
Proteger a vítima e os filhos, se os houver	3.75	0.438	3.52	0.672	3.55	0.650
Mudar o comportamento da vítima	3.23	0.751	3.09	0.770	3.11	0.768
Tratar o agressor	3.46	0.617	3.25	0.757	3.28	0.743
Tratar o casal	3.04	0.874	3.21	0.775	3.19	0.789
Informar mais a população sobre as consequências da violência conjugal	3.54	0.683	3.34	0.678	3.37	0.681
Melhorar as condições socioeconómicas das	2.85	0.743	2.94	0.771	2.93	0.767

Estudo Comparativo das Representações Sociais da Violência nos Parceiros Íntimos entre Psicólogos e Profissionais do sector da saúde.
Marta Cristiana Cardoso da Silva (e-mail: ms_cristiana@hotmail.com) 2017

famílias						
Aumentar os direitos da mulher	2.85	0.799	2.79	0.837	2.80	0.832
Aumentar os tempos de lazer das famílias	2.83	0.781	2.97	0.707	2.95	0.717
A vítima ter ajuda de familiares, amigos, vizinhos	3.33	0.559	2.97	0.798	3.01	0.780
Sensibilizar/educar os jovens, na escola, para que não aceitem a violência na relação de namoro ou de casal	3.81	0.445	3.57	0.584	3.60	0.573
QVC-R-Total	45.85	5.271	45.16	5.555	45.25	5.517

Tabela 47. Test T-*student* para amostras independentes (Variável independente: Profissão)

Teste-t para igualdade de Médias							
	T	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
QVC- C	-,128	362	,898	-,149	1,159	-2,428	2,131
QVC- M	-,529	363	,597	-,505	,954	-2,380	1,371
QVC-R	-,809	361	,419	-,692	,855	-2,374	,989

3. Análise da influência da variável Profissão na cronicidade das táticas de resolução de conflitos (CTS-2)

Tabela 48. Análise descritiva da perpetração de táticas de resolução de conflito- *Cronicidade*

Variáveis	Psicólogos		Profissionais do sector da saúde		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
Negociação	20.96	8.913	17.24	9.486	17.72	9.485
Agressão Psicológica	3.81	3.583	4.21	5.152	4.16	4.972
Abuso Físico Sem Sequelas	0.42	0.259	1.14	0.246	1.04	4.145
Coerção Sexual	1.15	0.338	2.08	3.490	1.95	0.176
Abuso Físico Com Sequelas	0.46	1.856	0.34	2.093	0.35	2.093

Tabela 49. Teste T-student para amostras independentes (Vi: Profissão) – Perpetração

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig(2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
Negociação	-2,552	365	,011	-320	1,457	-6,586	-,854
Agressão Psicológica	,520	365	,603	,401	,771	-1,115	1,916
Abuso físico sem sequelas	1,120	364	,263	,719	,642	-,543	1,980
Coerção sexual	2.380	82.260	,020	,929	,391	,153	1,706
Abuso Físico Com Sequelas	-,369	365	,712	-,120	,324	-,758	,518

Tabela 50. Análise descritiva da vitimização de táticas de resolução de conflito- Cronicidade

Variáveis	Psicólogos		Profissionais do sector da saúde		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
Negociação	20.02	8.787	17.75	9.565	18.05	9.486
Agressão Psicológica	3.85	4.222	3.36	5.038	3.43	4.938
Abuso Físico Sem Sequelas	0.96	3.892	1.07	4.538	1.06	4.454
Coerção Sexual	1.15	2.315	1.40	3.202	1.37	3.099
Abuso Físico Com Sequelas	0.13	0.866	0.28	2.032	.26	1.920

Tabela 51. Teste T-student para amostras independentes (Vi: Profissão) – Vitimização

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
Negociação	-,631	364	,528	-,487	,772	-2,006	1,031
Agressão Psicológica	,165	365	,869	,114	,690	-1,244	1,471
Abuso físico sem sequelas	,532	365	,595	,255	,480	-,689	1,200
Coerção sexual	,528	365	,598	,157	,298	-,428	,742
Abuso Físico Com Sequelas	1,548	365	,123	-2,268	1,466	-5,151	,614

4. Análise da influência da variável Profissão na prevalência das táticas de resolução de conflitos (CTS-2)

Tabela 52. Análise descritiva da *perpetração* de táticas de resolução de conflito

Variáveis	Psicólogos		Profissionais do sector da saúde		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
Negociação	47	12.8	288	78.5	35	91.3
Agressão Psicológica	37	10.1	213	58.0	50	68.1
Abuso Físico Sem Sequelas	6	1.7	68	18.6	74	20.3
Coerção Sexual	10	2.7	122	33.2	32	35.9
Abuso Físico Com Sequelas	3	0.8	14	3.8	7	4.6

Tabela 53. Teste T-student para amostras independentes (Vi: Profissão) – *Perpetração*

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
Negociação	-2,865	118,657	,005	-7,635	2,664	-12,911	-2,359
Agressão Psicológica	-1,545	65,735	,127	-10,312	6,675	-23,641	3,017
Abuso físico sem sequelas	-,398	363	,691	-7,025	17,650	-41,735	27,684
Coerção sexual	2,670	68,546	,009	17,411	6,521	4,401	30,421
Abuso físico com sequelas	-,566	364	,572	-1,847	3,266	-8,271	4,576

Tabela 54. Análise descritiva da *vitimização* de táticas de resolução de conflito

Variáveis	Psicólogos		Profissionais do setor da saúde		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
Negociação	47	12.8	289	78.7	36	91.5
Agressão Psicológica	34	9.3	193	58.0	27	67.3
Abuso Físico Sem Sequelas	6	1.7	60	16.3	66	18
Coerção Sexual	10	2.7	87	23.7	7	26.4
Abuso Físico Com Sequelas	1	0.3	14	3.8	5	4.1

Tabela 55. Teste T-student para amostras independentes (Vi: Profissão) – *Vitimização*

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig(2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
Negociação	- 2,763	116,381	,007	-7,321	2,649	- 12,568	- -2,074
Agressão Psicológica	- 1,658	62,995	,102	-11,839	7,142	- 26,112	- 2,434
Abuso físico sem sequelas	-,657	47,715	,514	-16,608	25,270	- 67,425	- 34,209
Coerção sexual	-,657	47,715	,514	-16,608	25,270	- 67,425	- 34,209
Abuso físico com sequelas	,751	365	,453	2,305	3,071	-3,734	8,345

5. Influência da formação em VPI nas crenças em torno da violência conjugal (QRVC-HIS)

Tabela 56. Teste T-Student (Variável Independente: Formação em VPI)

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
História 1	,963	363	,336	,335	,348	-,349	1,019
História 2	1,555	364	,121	,878	,565	-,233	1,989
História 3	1,347	364	,179	,560	,416	-,257	1,378
História Total	1.415	361	,158	1,690	1,194	-,658	4.038

Tabela 57. *Estatísticas de Grupo*

	Formação em VPI	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
História 1	Não	252	12.20	2.693	0.170
	Sim	113	11.87	3.790	0.357
História 2	Não	253	14.39	4.852	0.305
	Sim	113	13.51	5.293	0.498
História 3	Não	253	12.53	3.508	0.221
	Sim	113	11.97	4.023	0.378
História Total	Não	250	39.04	9.687	0.613
	Sim	113	37.35	12.205	1.148

6. Influência da Profissão na legitimação da VPI

Tabela 58. One-Way ANOVA (VI: Profissão) – QRVC-HIS

		Soma dos Quadrados	Df	Quadrado Médio	Z	Sig.
História 1 Total	Entre Grupos	57,169	5	11,434	1,214	,302
	Nos Grupos	3381,280	359	9,419		
	Total	3438,449	364			
História 2 Total	Entre Grupos	417,791	5	83,558	3,452	,005
	Nos Grupos	8712,919	360	24,203		
	Total	9130,710	365			
História 3 Total	Entre Grupos	223,766	5	44,753	3,417	,005
	Nos Grupos	4714,628	360	13,096		
	Total	4938,393	365			
Total História	Entre Grupos	1905,575	5	381,115	3,546	,004
	Nos Grupos	38365,059	357	107,465		
	Total	40270,634	362			

Tabela 59. Estatísticas de Grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
História 1 Total	Médico	94	12.09	2.560	0.864
	Enfermeiro	86	12.41	3.790	0.409
	Fisioterapeuta	31	12.00	2.530	0.454
	Assistente Social	51	11.94	2.956	0.414
	Psicólogo	48	11.25	2.717	0.392
	Outro	55	12.58	3.264	0.440
	Total	365	12.10	3.073	0.161
História 2 Total	Médico	94	13.74	4.305	0.444
	Enfermeiro	87	14.71	5.835	0.626
	Fisioterapeuta	31	14.61	4.883	0.877
	Assistente Social	52	14.23	4.759	0.660
	Psicólogo	47	11.74	3.692	0.538
	Outro	55	15.47	5.381	0.726
	Total	366	14.12	5.002	0.261
História 3 Total	Médico	94	11.94	2.762	0.285
	Enfermeiro	87	12.89	4.306	0.462
	Fisioterapeuta	31	12.13	2.790	0.501
	Assistente Social	52	12.06	3.455	0.479
	Psicólogo	48	11.15	2.535	0.366
	Outro	54	13.76	4.887	0.665
	Total	366	12.36	3.678	0.192
Total História	Médico	94	37.77	8.685	0.896
	Enfermeiro	86	40.09	12.647	1.364
	Fisioterapeuta	31	38.74	8.702	1.563
	Assistente Social	51	37.98	9.488	1.329
	Psicólogo	47	33.81	8.045	1.173
	Outro	54	41.80	12.290	1.672
	Total	363	38.52	10.547	0.554

Tabela 60. One-Way ANOVA (VI: Profissão) – QVC-CMR

		Soma dos Quadrados	Df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Total Causas	Entre Grupos	295,623	5	59,125	1,060	,382
	Nos Grupos	19971,308	358	55,786		
	Total	20266,931	363			
Total Manutenção	Entre Grupos	140,433	5	28,087	,740	,594
	Nos Grupos	13634,789	359	37,980		
	Total	13775,222	364			
Total Resolução	Entre Grupos	175,567	5	35,113	1,156	,330
	Nos Grupos	10841,117	357	30,367		
	Total	11016,683	362			

Tabela 61. Estatísticas de Grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Total Causas	Médico	94	35.12	7.547	0.778
	Enfermeiro	84	33.11	8.084	0.882
	Fisioterapeuta	31	34.74	6.028	1.083
	Assistente Social	52	33.33	7.062	0.979
	Psicólogo	48	34.00	7.182	1.037
	Outro	55	32.82	7.689	1.037
	Total	364	33.87	7.472	0.392
Total Manutenção	Médico	94	43.49	5.287	0.545
	Enfermeiro	87	42.06	7.376	0.791
	Fisioterapeuta	31	41.90	3.970	0.713
	Assistente Social	52	42.81	5.534	0.767
	Psicólogo	48	43.10	5.388	0.778
	Outro	53	42.11	7.541	1.036
	Total	365	42.67	6.152	0.322
Total Resolução	Médico	94	45.96	4.653	0.480
	Enfermeiro	87	44.22	6.919	0.742
	Fisioterapeuta	30	45.30	3.678	0.672
	Assistente Social	50	44.76	5.378	0.761
	Psicólogo	48	45.85	5.271	0.761
	Outro	54	45.59	5.486	0.747
	Total	363	45.25	5.517	0.290

7. Influência da Profissão nas táticas de resolução de conflitos

Tabela 62. One-Way ANOVA (VI: Profissão) – CTS2 – Perpetração

		Soma dos Quadrados	Df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Negociação	Entre Grupos	1382,266	5	276,453	3,164	,008
	Nos Grupos	31544,939	361	87,382		
	Total	32927,204	366			
Agressão Psicológica	Entre Grupos	636,775	5	127,355	5,465	,000
	Nos Grupos	8412,740	361	23,304		
	Total	9049,515	366			
Abuso físico sem sequelas	Entre Grupos	310,250	5	62,050	3,748	,003
	Nos Grupos	5960,135	360	16,556		
	Total	6270,385	365			
Coerção Sexual	Entre Grupos	329,942	5	65,988	6,210	,000
	Nos Grupos	3836,271	361	10,627		
	Total	4166,213	366			
Abuso físico com sequelas	Entre Grupos	52,040	5	10,408	2,421	,035
	Nos Grupos	1551,911	361	4,299		
	Total	1603,951				

Tabela 63. Estatísticas de Grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Negociação	Médico	94	19.23	9.593	0.989
	Enfermeiro	87	16.76	9.488	1.017
	Fisioterapeuta	31	17.84	7.883	1.416
	Assistente Social	52	16.90	10.643	1.476
	Psicólogo	48	20.96	8.913	1.287
	Outro	55	14.56	8.465	1.141
	Total	367	17.72	9.485	0.495
Agressão Psicológica	Médico	94	3.74	4.270	0.440
	Enfermeiro	87	3.69	4.548	0.488
	Fisioterapeuta	31	7.77	5.725	1.028
	Assistente Social	52	2.65	4.092	0.567
	Psicólogo	48	3.81	3.583	0.517
	Outro	55	5.31	6.801	0.917
	Total	367	4.16	4.972	0.260
Abuso físico sem sequelas	Médico	94	0.84	2.325	0.240
	Enfermeiro	87	0.53	2.156	0.231
	Fisioterapeuta	31	2.26	3.559	0.639
	Assistente Social	51	0.18	0.623	0.087
	Psicólogo	48	0.42	1.796	0.259
	Outro	55	2.85	9.136	1.232
	Total	366	1.04	4.145	0.217
Coerção Sexual	Médico	94	1.78	2.970	0.306
	Enfermeiro	87	1.74	2.747	0.295
	Fisioterapeuta	31	4.32	3.166	0.569
	Assistente Social	52	0.88	1.987	0.276
	Psicólogo	48	1.15	2.343	0.338
	Outro	55	2.98	5.455	0.736
	Total	367	1.95	3.374	0.176
Abuso físico com sequelas	Médico	94	0.19	0.965	0.100
	Enfermeiro	87	0.24	1.312	0.141

Estudo Comparativo das Representações Sociais da Violência nos Parceiros Íntimos entre Psicólogos e Profissionais do sector da saúde.
Marta Cristiana Cardoso da Silva (e-mail: ms_cristiana@hotmail.com) 2017

Fisioterapeuta	31	0.10	0.539	0.097
Assistente Social	52	0.00	0.000	0.000
Psicólogo	48	0.46	1.856	0.268
Outro	55	1.20	4.608	0.621
Total	367	0.35	3.374	0.176

Tabela 64. One-Way ANOVA (VI: Profissão) – CTS2 – Vitimização

		Soma dos Quadrados	Df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Negociação	Entre Grupos	1044,644	5	208,929	2,365	,039
	Nos Grupos	31892,473	361	88,345		
	Total	32937,117	366			
Agressão Psicológica	Entre Grupos	286,053	5	57,211	2,391	,037
	Nos Grupos	8613,455	360	23,926		
	Total	8899,508	365			
Abuso físico sem sequelas	Entre Grupos	169,223	5	33,845	1,723	,128
	Nos Grupos	7090,575	361	19,641		
	Total	7259,798	366			
Coerção Sexual	Entre Grupos	64,430	5	12,886	1,348	,243
	Nos Grupos	3450,911	361	9,559	3450,911	
	Total	3515,341	366			
Abuso físico com sequelas	Entre Grupos	38,726	5	7,745	2,134	,061
	Nos Grupos	1310,162	361	3,629		
	Total	1348,888	366			

Tabela 65. Estatísticas de Grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Negociação	Médico	94	18.91	9.533	0.983
	Enfermeiro	87	17.36	9.679	1.038
	Fisioterapeuta	31	21.16	8.772	1.575
	Assistente Social	52	16.56	10.281	1.426
	Psicólogo	48	20.02	8.787	1.268
	Outro	55	15.60	8.668	1.169
	Total	367	18.05	9.486	0.495
Agressão Psicológica	Médico	94	2.79	3.488	0.360
	Enfermeiro	87	3.00	4.562	0.489
	Fisioterapeuta	31	4.74	5.989	1.076
	Assistente Social	52	2.52	3.718	0.516
	Psicólogo	47	3.85	4.222	0.616
	Outro	55	4.95	7.566	1.020
	Total	366	3.43	4.938	0.258
Abuso físico sem sequelas	Médico	94	0.89	2.694	0.278
	Enfermeiro	87	0.91	3.113	0.334
	Fisioterapeuta	31	1.16	3.236	0.581
	Assistente Social	52	0.10	0.495	0.069
	Psicólogo	48	0.96	3.892	0.562
	Outro	55	2.51	9.173	1.237
	Total	367	1.06	4.454	0.232
Coerção Sexual	Médico	94	1.20	2.193	0.226

Estudo Comparativo das Representações Sociais da Violência nos Parceiros Íntimos entre Psicólogos e Profissionais do sector da saúde.

Marta Cristiana Cardoso da Silva (e-mail: ms_cristiana@hotmail.com) 2017

	Enfermeiro	87	1.30	2.918	0.313
	Fisioterapeuta	31	1.55	2.514	0.452
	Assistente Social	52	0.90	2.003	0.278
	Psicólogo	48	1.15	2.315	0.334
	Outro	55	2.29	5.486	0.740
	Total	367	1.37	3.099	0.162
Abuso físico com sequelas	Médico	94	0.18	1.026	0.106
	Enfermeiro	87	0.10	0.551	0.059
	Fisioterapeuta	31	0.26	0.893	0.160
	Assistente Social	52	0.00	0.000	0.000
	Psicólogo	48	0.13	0.866	0.125
	Outro	55	1.02	4.568	0.616
	Total	367	0.26	1.920	0.100

8. Influência da Experiência Profissional na legitimação da VPI

8.1. Psicólogos/Médicos

Tabela 66. Teste *T-student* para amostras independentes (VI: População)

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
QRVC-HIS-1	1,801	140	,074	,835	,464	-,082	1,752
QRVC-HIS-2	2,865	105,666	,005	2,000	,698	,616	3,384
QRVC-HIS-3	1,657	140	,100	,790	,477	-,152	1,733
QRVC-HIS-total	2,681	98,658	,009	3,957	1,476	1,028	6,887

Tabela 67. Estatísticas de Grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
História 1 Total	Psicólogos	48	11.25	2.717	0.392
	Médicos	94	12.09	2.560	0.264
História 2 Total	Psicólogos	47	11.74	3.692	0.538
	Médicos	94	13.74	4.305	0.444
História 3 Total	Psicólogos	48	11.15	2.535	0.366
	Médicos	94	11.94	2.762	0.285
Total Histórias	Psicólogos	47	33.81	8.045	1.173
	Médicos	94	37.77	8.685	0.896

Tabela 68. Teste *T-student* para amostras independentes (VI: População)

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
QVC-C	,848	140	,398	1,117	1,318	-1,488	3,722
QVC-M	,408	140	,684	,385	,944	-1,481	2,251
QVC-R	,120	140	,905	,103	,864	-1,605	1,811

Tabela 69. Estatísticas de Grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Total Causas	Psicólogos	48	34.00	7.182	1.037
	Médicos	94	35.12	7.547	0.778
Total Manutenção	Psicólogos	48	43.10	5.388	0.778
	Médicos	94	43.49	5.287	0.545
Total Resolução	Psicólogos	48	45.85	5.271	0.761
	Médicos	94	45.96	4.653	0.480

8.2. Psicólogos/Enfermeiros

Tabela 70. Teste T-student para amostras independentes (VI: População)

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
QRVC-HIS-1	1,863	132	,065	1,157	,621	-,071	2,385
QRVC-HIS-2	3,596	128,628	,000	2,968	,825	1,335	4,601
QRVC-HIS-3	2,952	132,394	,004	1,739	,589	,574	2,904
QRVC-HIS-total	3,493	127,902	,001	6,285	1,799	2,725	9,844

Tabela 71. Estatísticas de Grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
História 1 Total	Psicólogos	48	11,25	2,717	,392
	Enfermeiros	86	12,41	3,790	,409
História 2 Total	Psicólogos	47	11,74	3,692	,538
	Enfermeiros	87	14,71	5,835	,626
História 3 Total	Psicólogos	48	11,15	2,535	,366
	Enfermeiros	87	12,89	4,306	,462
Total Histórias	Psicólogos	47	33,81	8,045	1,173
	Enfermeiros	86	40,09	12,647	1,364

Tabela 72. Teste T-student para amostras independentes (VI: População)

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
QVC-C	-,635	130	,526	-,893	1,406	-3,674	1,888
QVC-M	-,864	133	,389	-1,047	1,212	-3,444	1,351
QVC-R	-1,425	133	,157	-1,636	1,148	-3,907	,635

Tabela 73. Estatísticas de Grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Total Causas	Psicólogos	48	34,00	7,182	1,037
	Enfermeiros	84	33,11	8,084	,882
Total Manutenção	Psicólogos	48	43,10	5,388	,778
	Enfermeiros	87	42,06	7,376	,791
Total Resolução	Psicólogos	48	45,85	5,271	,761
	Enfermeiros	87	44,22	6,919	,742

8.3. Psicólogos/Fisioterapeuta

Tabela 74. Teste T-student para amostras independentes (VI: População)

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
QRVC-HIS-1	1,230	77	,222	,750	,610	-,464	1,964
QRVC-HIS-2	2,787	52,058	,007	2,868	1,029	,803	4,933
QRVC-HIS-3	1,618	77	,110	,983	,608	-,227	2,193
QRVC-HIS-total	2,566	76	,012	4,933	1,923	1,104	8,763

Tabela 75. Estatísticas de Grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
História 1 Total	Psicólogos	48	11.25	2.717	0.392
	Fisioterapeutas	31	12.00	2.530	0.454
História 2 Total	Psicólogos	47	11.74	3.692	0.538
	Fisioterapeutas	31	14.61	4.883	0.877
História 3 Total	Psicólogos	48	11.15	2.535	0.366
	Fisioterapeutas	31	12.13	2.790	0.501
Total Histórias	Psicólogos	47	33.81	8.045	1.173
	Fisioterapeutas	31	38.74	8.702	1.563

Tabela 76. Teste T-student para amostras independentes (VI: População)

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
QVC-C	,477	77	,635	,742	1,557	-2,358	3,841
QVC-M	-1,067	77	,289	-1,201	1,125	-3,442	1,040
QVC-R	-,546	74,993	,587	-,554	1,015	-2,576	1,467

Tabela 77. Estatísticas de Grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Total Causas	Psicólogos	48	34.00	7.182	1.037
	Fisioterapeutas	31	34.74	6.028	1.037
Total Manutenção	Psicólogos	48	43.10	5.388	0.778
	Fisioterapeutas	31	41.90	3.970	0.713
Total Resolução	Psicólogos	48	45.85	5.271	0.761
	Fisioterapeutas	30	45.30	3.678	0.672

8.4. Psicólogos /Técnicos de Ação Social

Tabela 78. Teste T-student para amostras independentes (VI: População)

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
QRVC-HIS-1	1,209	97	,230	,691	,572	-,443	1,826
QRVC-HIS-2	2,919	94,883	,004	2,486	,852	,795	4,177
QRVC-HIS-3	1,513	93,368	,134	,912	,603	-,285	2,109
QRVC-HIS-total	2,354	95,361	,021	4,172	1,773	,653	7,691

Tabela 79. Estatísticas de Grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
História 1 Total	Psicólogos	48	11.25	2.717	0.392
	Técnicos A.S.	51	11.94	2.956	0.414
História 2 Total	Psicólogos	47	11.74	3.692	0.538
	Técnicos A.S.	52	14.23	4.759	0.660
História 3 Total	Psicólogos	48	11.15	2.535	0.366
	Técnicos A.S.	52	12.06	3.455	0.479
Total Histórias	Psicólogos	47	33.81	8.045	1.173
	Técnicos A.S.	51	37.98	9.488	1.329

Tabela 80. Teste T-student para amostras independentes (VI: População)

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
QVC-C	-,472	98	,638	-,673	1,425	-3,501	2,155
QVC-M	-,271	98	,787	-,296	1,094	-2,467	1,874
QVC-R	-1,017	96	,312	-1,094	1,076	-3,230	1,042

Tabela 81. Estatísticas de Grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Total Causas	Psicólogos	48	34.00	7.182	1.037
	Técnicos	52	33.33	7.062	0.979
	A.S.				
Total Manutenção	Psicólogos	48	43.10	5.388	0.778
	Técnicos A.S.	52	42.81	5.534	0.767
Total Resolução	Psicólogos	48	45.85	5.271	0.761
	Técnicos A.S.	50	44.76	5.378	0.761

8.5. Psicólogos/Outros

Tabela 82. Teste *T-student* para amostras independentes (VI: População)

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
QRVC-HIS-1	2,231	101	,028	1,332	,597	,148	2,516
QRVC-HIS-2	4,126	95,762	,000	3,728	,904	1,934	5,522
QRVC-HIS-3	3,443	81,515	,001	2,613	,759	1,103	4,124
QRVC-HIS-total	3,910	92,267	,000	7,988	2,043	3,930	12,045

Tabela 83. *Estatísticas de Grupo*

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
História 1 Total	Psicólogos	48	11.25	2.717	0.392
	Outros	55	12.58	3.264	0.440
História 2 Total	Psicólogos	47	11.74	3.692	0.538
	Outros	55	15.47	5.381	0.726
História 3 Total	Psicólogos	48	11.15	2.535	0.366
	Outros	54	13.76	4.887	0.665
Total Histórias	Psicólogos	47	33.81	8.045	1.173
	Outros	54	41.80	12.290	1.672

Tabela 84. Teste *T-student* para amostras independentes (VI: População)

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
QVC-C	-,802	101	,424	-1,182	1,473	-4,104	1,740
QVC-M	-,753	99	,453	-,991	1,316	-3,603	1,621
QVC-R	-,245	100	,807	-,262	1,068	-2,381	1,858

Tabela 85. *Estatísticas de Grupo*

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Total Causas	Psicólogos	48	34.00	7.182	1.037
	Outros	55	32.82	7.689	1.037
Total Manutenção	Psicólogos	48	43.10	5.388	0.778
	Outros	55	42.11	7.541	1.036
Total Resolução	Psicólogos	48	45.85	5.271	0.761
	Outros	55	45.59	5.486	0.747

9. Influência da experiência profissional nas táticas de resolução de conflitos

9.1. Psicólogos/Médicos

Tabela 86. Análise descritiva da *perpetração* de táticas de resolução de conflito

	Psicólogos		Médicos	
	M	DP	M	DP
Negociação	20.96	8.913	19.23	9.593
Agressão Psicológica	3.81	3.583	3.74	4.270
Abuso físico sem sequelas	0.42	1.796	0.84	2.325
Coerção sexual	1.15	2.343	1.78	2.970
Abuso físico com sequelas	0.46	1.856	0.19	0.965

Tabela 87. Teste *T-student* para amostras independentes (VI: População) - *Perpetração*

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
Negociação	-1,037	140	,301	-1,724	1,662	-5,011	1,562
Agressão Psicológica	-,094	140	,925	-,068	,719	-1,489	1,354
Abuso físico sem sequelas	,105	140	,271	,424	,384	-,334	1,182
Coerção sexual	,281	140	,202	,631	,492	-,343	1,604
Abuso Físico Com Sequelas	-,934	60,282	,354	-,267	,286	-,838	,305

Tabela 88. Análise descritiva da *vitimização* de táticas de resolução de conflito

	Psicólogos		Médicos	
	M	DP	M	DP
Negociação	20.02	8.787	18.91	9.533
Agressão Psicológica	3.85	4.222	2.79	3.488
Abuso físico sem sequelas	0.96	3.892	0.89	2.694
Coerção sexual	1.15	2.315	1.20	2.193
Abuso físico com sequelas	0.13	0.866	0.18	1.026

Tabela 89. Teste T-student para amostras independentes (VI: População) - *Vitimização*

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
Negociação	-,671	140	,503	-1,106	1,648	-4,364	2,152
Agressão Psicológica	- 1,589	139	,114	-1,064	,669	-2,387	,260
Abuso físico sem sequelas	-,116	140	,908	-,065	,558	-1,169	1,039
Coerção sexual	,142	140	,887	,056	,396	-,727	,840
Abuso Físico Com Sequelas	,323	140	,747	,056	,173	-,286	,398

9.2. Psicólogos/Enfermeiros

Tabela 90. Análise descritiva da perpetração de táticas de resolução de conflito

	Psicólogos		Enfermeiros	
	M	DP	M	DP
Negociação	20.96	8.913	16.76	9.488
Agressão Psicológica	3.81	3.583	3.69	4.548
Abuso físico sem sequelas	0.42	1.796	0.53	2.156
Coerção sexual	1.15	2.343	1.74	2.747
Abuso físico com sequelas	0.46	1.856	0.24	2.025

Tabela 91. Teste T-student para amostras independentes (VI: População) - *Perpetração*

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
Negociação	- 2,515	133	,013	-4,200	1,670	-7,503	-,896
Agressão Psicológica	-,161	133	,872	-,123	,761	-1,628	1,382
Abuso físico sem sequelas	,306	133	,760	,112	,366	-,612	,836
Coerção sexual	1,315	110,570	,191	,590	,448	-,299	1,478
Abuso Físico Com Sequelas	-,791	133	,431	-,217	,274	-,760	,326

Tabela 92. Análise descritiva da *vitimização* de táticas de resolução de conflito

	Psicólogos		Enfermeiros	
	M	DP	M	DP
Negociação	20.02	8.787	17.36	9.679
Agressão Psicológica	3.85	4.222	3.00	4.562
Abuso físico sem sequelas	0.96	3.892	0.91	3.113
Coerção sexual	1.15	2.315	1.30	2.918
Abuso físico com sequelas	0.13	0.866	0.10	0.551

Tabela 93. Teste T-student para amostras independentes (VI: População) – *Vitimização*

	Teste-t para igualdade de Médias						
	t	Df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
Negociação	-1,581	133	,116	-2,665	1,685	-5,998	,669
Agressão Psicológica	-1,057	132	,292	-,851	,805	-2,443	,741
Abuso físico sem sequelas	-,082	133	,935	-,050	,613	-1,262	1,162
Coerção sexual	,313	133	,755	,153	,489	-,814	1,120
Abuso Físico Com Sequelas	-,177	133	,860	-,022	,122	-,263	,220

9.3. Psicólogos /Fisioterapeutas

Tabela 94. Análise descritiva da *perpetração* de táticas de resolução de conflito

	Psicólogos		Fisioterapeutas	
	M	DP	M	DP
Negociação	20.96	8.913	17.84	7.883
Agressão Psicológica	3.81	3.583	7.77	5.725
Abuso físico sem sequelas	0.42	1.796	2.26	3.559
Coerção sexual	1.15	2.343	4.32	3.166
Abuso físico com sequelas	0.46	1.856	0.10	0.539

Tabela 95. Teste T-student para amostras independentes (VI: População) – *Perpetração*
Teste-t para igualdade de Médias

	t	Df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
Negociação	-1,588	77	,116	-3,120	1,965	-7,032	,793
Agressão Psicológica	3,442	45,246	,001	3,962	1,151	1,644	6,280
Abuso físico sem sequelas	2,670	39,995	,011	1,841	,690	,447	3,235
Coerção sexual	5,118	77	,000	3,177	,621	1,941	4,413
Abuso físico com sequelas	-1,269	58,505	,209	-,362	,285	-,932	,209

Tabela 96. Análise descritiva da *vitimização* de táticas de resolução de conflito

	Psicólogos		Fisioterapeutas	
	M	DP	M	DP
Negociação	20.02	8.787	21.16	8.772
Agressão Psicológica	3.85	4.222	4.74	5.989
Abuso físico sem sequelas	0.96	3.892	1.16	3.236
Coerção sexual	1.15	2.315	1.55	2.514
Abuso físico com sequelas	0.13	0.866	0.26	0.893

Tabela 97. Teste T-student para amostras independentes (VI: População) - *Vitimização*
Teste-t para igualdade de Médias

	t	Df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
Negociação	,564	77	,575	1,140	2,023	-2,888	5,169
Agressão Psicológica	,771	76	,443	,891	1,156	-1,411	3,193
Abuso físico sem sequelas	,241	77	,810	,203	,841	-1,472	1,878
Coerção sexual	,729	77	,468	,403	,552	-,696	1,501
Abuso físico com sequelas	,659	77	,512	,133	,202	-,269	,535

9.4. Psicólogo/Técnicos de Ação Social

Tabela 98. Análise descritiva da *perpetração* de táticas de resolução de conflito

	Psicólogos		Técnicos A.S.	
	M	DP	M	DP
Negociação	20.96	8.913	16.90	10.643
Agressão Psicológica	3.81	3.583	2.65	4.092
Abuso físico sem sequelas	0.42	1.796	0.18	0.623
Coerção sexual	1.15	2.343	0.88	1.987
Abuso físico com sequelas	0.46	1.856	0.00	0.000

Tabela 99. Teste *T-student* para amostras independentes (VI: População) - *Perpetração*

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
Negociação	- 2,056	98	,042	-4,054	1,972	-7,967	-,141
Agressão Psicológica	- 1,501	98	,137	-1,159	,772	-2,690	,373
Abuso físico sem sequelas	-,899	97	,371	-,240	,267	-,770	,290
Coerção sexual	-,603	98	,548	-,261	,433	-1,121	,599
Abuso físico com sequelas	- 1,711	47,000	,094	-,458	,268	-,997	,081

Tabela 100. Análise descritiva da *vitimização* de táticas de resolução de conflito

	Psicólogos		Técnicos A.S.	
	M	DP	M	DP
Negociação	20.02	8.787	16.56	10.281
Agressão Psicológica	3.85	4.222	2.52	3.718
Abuso físico sem sequelas	0.96	3.892	0.10	0.495
Coerção sexual	1.15	2.315	0.90	2.003
Abuso físico com sequelas	0.13	0.866	0.00	0.000

Tabela 101. Teste *T-student* para amostras independentes (VI: População) - Vitimização

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
Negociação	- 1,803	98	,074	-3,463	1,920	-7,274	,348
Agressão Psicológica	- 1,669	97	,098	-1,332	,798	-2,916	,252
Abuso físico sem sequelas	- 1,523	48,407	,134	-,862	,566	-2,000	,275
Coerção sexual	-,560	98	,577	-,242	,432	-1,099	,615
Abuso físico com sequelas	- 1,000	47,000	,322	-,125	,125	-,376	,126

9.5. Psicólogo/Outros

Tabela 102. Análise descritiva da *perpetração* de táticas de resolução de conflito

	Psicólogos		Outros	
	M	DP	M	DP
Negociação	20.96	8.913	14.56	8.465
Agressão Psicológica	3.81	3.583	5.31	6.801
Abuso físico sem sequelas	0.42	1.796	2.85	9.136
Coerção sexual	1.15	2.343	2.98	5.455
Abuso físico com sequelas	0.46	1.856	1.20	4.608

Tabela 103. Teste *T-student* para amostras independentes (VI: População) - Perpetração

Teste-t para igualdade de Médias							
	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
Negociação	- 3,731	101	,000	-6,395	1,714	-9,794	-2,995
Agressão Psicológica	,422	84,040	,159	1,497	1,053	-,597	3,590
Abuso físico sem sequelas	,937	58,758	,058	2,438	1,259	-,081	4,957
Coerção sexual	2,268	75,369	,026	1,836	,810	,223	3,449
Abuso físico com sequelas	,043	101	,299	,742	,711	-,669	2,152

Tabela 104. Análise descritiva da *vitimização* de táticas de resolução de conflito

	Psicólogos		Outros	
	M	DP	M	DP
Negociação	20.02	8.787	15.60	8.668
Agressão Psicológica	3.85	4.222	4.95	7.566
Abuso físico sem sequelas	0.96	3.892	2.51	9.173
Coerção sexual	1.15	2.315	2.29	5.486
Abuso físico com sequelas	0.13	0.866	1.02	4.568

Tabela 105. Teste *T-student* para amostras independentes (VI: População) - *Vitimização*

	t	df	Sig (2 extremidades)	Diferença média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da diferença	
						Inferior	Superior
Negociação	-2,566	101	,012	-4,421	1,723	-7,839	-1,003
Agressão Psicológica	,918	86,971	,361	1,094	1,192	-1,274	3,463
Abuso físico sem sequelas	,088	101	,279	1,551	1,425	-1,276	4,377
Coerção sexual	,345	101	,182	1,145	,852	-,544	2,834
Abuso físico com sequelas	,421	58,425	,161	,893	,629	-,365	2,151