



Abuso no relacionamento íntimo e estado de saúde em jovens adultos portugueses¹

Carla Paiva e Bárbara Figueiredo²
(Universidade do Minho, Portugal)

(Recibido 10 de febrero 2004/ Received February 10, 2004)

(Acceptado 1 julio 2004 / Accepted July 1, 2004)

RESUMO. O impacto da qualidade do relacionamento íntimo na saúde dos indivíduos foi objecto de um estudo *ex post facto* retrospectivo em que participaram 318 estudantes universitários (53.8% mulheres) na sua maioria com idades entre os 19 e os 24 anos. Os sujeitos preencheram a versão portuguesa das *Revised Conflict Tactics Scales* e *Rotterdam Symptom Checklist*. A agressão psicológica é a forma de abuso mais prevalente. Os homens perpetraram mais coerção sexual, mas são mais vítimas de abuso físico com sequelas do que as mulheres; para os restantes tipos de abuso não se encontram diferenças. A uma maior perpetração ou vitimização de qualquer tipo de abuso associa-se uma elevação no relato de queixas físicas. O melhor preditor da presença de sintomatologia física é a vitimização por abuso físico sem sequelas. A inexistência e término recente do relacionamento são outros factores associados à elevação de queixas físicas. O estudo evidencia o impacto da qualidade da relação com o companheiro sobre a saúde e bem-estar dos indivíduos, que funciona como factor protector ou de risco para a ocorrência de sintomatologia física. Alerta para a necessidade de serviços de acompanhamento psicológico destinados aos jovens casais vítimas / perpetradores de abuso no contexto do seu relacionamento.

¹ Este trabalho foi desenvolvido com o apoio da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (SFRH/BD/6943/2001). Agradecemos a todos os participantes neste estudo, alunos das Universidades do Minho e do Porto, assim como aos Professores que disponibilizaram o tempo lectivo de uma aula para a resposta aos questionários: Prof.^a Doutora Carla Martins, Prof.^a Doutora Fernanda Martins, Prof. Doutor Ferreira Alves, Prof. Doutor Júlio Martins, Prof.^a Doutora Luísa Santos, Prof. Doutor Orlando Belo, Doutor Jorge Silvério, Doutor Diogo Lima e Eng. Manuel João.

² Correspondencia: Departamento de Psicologia. Universidade do Minho. Campus de Gualtar. 4710-057 Braga (Portugal). Email: bbfi@iep.uminho.pt

PALAVRAS-CHAVE. Abuso físico. Abuso psicológico. Abuso sexual. Relações íntimas. Saúde. Estudo *ex post facto* retrospectivo.

ABSTRACT. In the scope of abuse phenomena in young adults intimate relationships, this retrospective *ex post facto* study highline the health consequences of abusive relationships. The Portuguese version of the Revised Conflict Tactics Scales and the Rotterdam Symptom Checklist was administered to 318 undergraduates (53.8% females), the majority with ages between 19-24 years old. Psychological aggression is the most prevalent type of abuse. Men perpetrate more sexual coercion, and also suffer more victimization of physical abuse with sequelae than women; for other types of abuse there are no gender differences. Individuals who perpetrate and/ or are victims of abuse also reported more health physical symptoms. Victimization of assault is the best predictor of physical health status. Other factors associated with highest physical symptoms are the inexistence of an intimate relationship and the time since it ended. This article strengths the impact of the quality of intimate relationships with a partner in health status and well-being of individuals, which could be a protector or risk factor for the occurrence of physical complaints. It warnings the need of psychological counseling services designed to young couple's victims-perpetrators.

KEYWORDS. Physical Abuse. Psychological Abuse. Sexual Abuse. Intimate Relationships. Health. Retrospective "ex post facto" Study.

RESUMEN. El impacto de la calidad de las relaciones íntimas en la salud fue objeto de un estudio *ex post facto* retrospectivo, en el cual participaron 318 estudiantes universitarios (53,8% de mujeres) con edades comprendidas entre 19 y 24 años. Los sujetos contestaron la versión portuguesa de las *Revised Conflict Tactics Scales* y del *Rotterdam Symptom Checklist*. La agresión psicológica es la forma de abuso más frecuente. Los hombres utilizan más la coherción sexual, pero sufren más abusos físicos con secuelas que las mujeres; en los otros tipos de abuso no se encontraron diferencias. A una mayor perpetración o sufrimiento de cualquier tipo de abuso se asocia un mayor relato de quejas físicas. El mejor predictor de la presencia de sintomatología física es el padecimiento de abuso físico sin secuelas. La ausencia o finalización reciente de una relación son otros factores asociados a un mayor número de quejas físicas. El estudio evidencia el impacto de la calidad de la relación sobre la salud y el bienestar de los individuos, la cual funciona como factor protector o de riesgo para la presencia de sintomatología física. Se llama la atención acerca de la necesidad de servicios de apoyo psicológico destinados a jóvenes víctimas o peperadores de abusos en el contexto de sus relaciones.

PALABRAS CLAVE. Abuso físico. Abuso psicológico. Abuso sexual. Relaciones íntimas. Salud. estudio *ex post facto* retrospectivo

Introdução

O conhecimento empírico é consensual quanto à presença de algum índice de disfunção ou de abuso no contexto das relações íntimas, quer sejam maritais, coabitacionais

ou de namoro (Barnett, Miller-Perrin e Perrin, 1997; Gelles e Straus, 1988; para uma revisão dos estudos empíricos sobre este assunto ver Paiva e Figueiredo, 2003). O abuso no relacionamento íntimo é geralmente descrito como um fenómeno integrado no quadro da saúde dos indivíduos, pela frequência com que implica a procura dos serviços médicos, pelo elevado mal-estar físico e doenças de diversa ordem que causa (Coker, Reeder, Fadden e Smith, 2003; Coker, Sanderson, Fadden e Pirisi, 2000b), e por ser um factor que suscita uma resposta de stress aumentada e por vezes contínua (Paiva e Figueiredo, 2003). Neste artigo, iremos tratar do abuso no contexto do relacionamento íntimo com o companheiro, frisando a sua relação com a componente física da saúde. Situar-nos-emos na idade adulta, dando particular relevo ao início da idade adulta, por ser neste período da vida que o abuso tende a ser mais prevalente (Bachman e Saltzman, 1995; Rennison e Welchans, 2000) e que a qualidade do relacionamento com o companheiro poderá ter mais implicações ao nível da saúde dos indivíduos.

Abuso físico, sexual e psicológico: Prevalência

Nos Estados Unidos, estima-se que 4 milhões de mulheres por ano são vítimas de algum tipo de agressão séria por parte do companheiro, e cerca de 1 milhão por ano vítima de violência não fatal (Rush, 2000). O grupo etário que reporta mais violência é o dos 19 aos 29 anos, o que alerta para a maior necessidade de prevenção nestas idades (Bachman e Saltzman, 1995; Rennison e Welchans, 2000). Só no ano de 1996, as estatísticas oficiais dão conta que 1.5 milhões de mulheres e 834.700 de homens sofreram abuso físico ou sexual por parte do companheiro (FBI, 1996). Em 1998, cerca de 1.830 homicídios foram atribuídos ao companheiro, sendo que 3/4 das vítimas são mulheres (Rennison e Welchans, 2000). Entre os anos de 1993 e 1998, cerca de 2/3 das vítimas de abuso pelo companheiro referem sequelas físicas, enquanto que 1/3 reporta apenas ameaças ou tentativas de violência. Entre as vítimas com sequelas graves (por exemplo, ossos partidos, perfurações de balas), a percentagem entre homens e mulheres é bastante semelhante (4% e 5% respectivamente), o mesmo não acontecendo para as sequelas menores (por exemplo, cortes e feridas), que são mais frequentemente reportadas pelas mulheres (mais de 4 em cada 10 mulheres) do que pelos homens (menos de 3 em cada 10 homens) (Rennison e Welchans, 2000). Para além disso, saliente-se que um grande número de vítimas de abuso não procura assistência médica para tratamento das sequelas decorrentes do mesmo, o que acontece em cerca de 6/10 mulheres e homens vítimas de abuso pelo companheiro, tornando assim difícil aceder aos verdadeiros números de prevalência deste tipo de crime.

A prevalência dos diferentes tipos de abuso no contexto do relacionamento íntimo tem sido objecto do interesse de alguns estudos empíricos cujos resultados apresentamos resumidamente a seguir. Considerando o abuso físico, as taxas de prevalência são geralmente elevadas, variando consoante os estudos entre 15 e 59% (Barnes, Greenwood e Sommer, 1991; Carver, 2000; Dye e Eckhardt, 2000; Paiva e Figueiredo, 2004b; Stets e Henderson, 1991; Sugarman e Hotaling, 1989). Recentemente, Straus *et al.* (2002), para uma amostra de 3.086 estudantes universitários de ambos os sexos oriundos de 14 países, mostram que 28.6% dos sujeitos inquiridos relatam perpetrar algum tipo de abuso físico sem sequelas sobre o companheiro, variando a prevalência deste tipo de

abuso de acordo com os países entre 17 e 44.7%. Uma menor parte da amostra (6.7%) refere perpetrar algum tipo de abuso físico com sequelas, embora esta percentagem oscile consoante os países entre 1.5 e 20%. Não existe consenso entre os investigadores a respeito das diferenças de género quanto ao perpetrador: alguns defendem que as mulheres perpetram mais abuso físico sobre os companheiros do que os homens (Straus *et al.*, 2002), enquanto outros reportam que estas são mais vezes vítimas do que os homens (Rennison e Welchans, 2000). No entanto, quando atendem a formas mais graves de abuso físico (com sequelas), os autores são consensuais em considerar que os homens perpetram mais do que as suas companheiras, que por conseguinte são mais frequentemente vítimas do que eles (Rennison e Welchans, 2000; Stets e Straus, 1990; Straus *et al.*, 2002). Quando nos focamos na análise do abuso sexual no relacionamento com o companheiro, a prevalência, igualmente elevada, varia entre 24.7 e 50% consoante os estudos (Abbey, Ross, McDuffie e McAuslan, 1996; Bergman, 1992; Straus *et al.*, 2002). A prevalência tende a ser menor, se atendermos especificamente às formas mais severas de abuso sexual, variando contudo entre 6 e 39% (DeKerseredy e Schwartz, 1998; Kilpatrick, Best, Saunders e Vernon, 1988; Koss, 1988; Koss, Gidycz e Wisniewski, 1987; Muehlenhard e Linton, 1987; Paiva e Figueiredo, 2004). Considerando o género do perpetrador, os homens são mais vezes noticiados na perpetração de coerção sexual do que as mulheres (Rennison e Welchans, 2000; Straus *et al.*, 2003).

A respeito da agressão psicológica, só mais recentemente tem sido foco de investigação. O interesse que este tipo de abuso suscita actualmente deve-se ao facto de muitas vezes ser o precursor de outras formas de abuso (Straus e Sweet, 1992) e ser o que mais efeitos adversos tem em termos da saúde dos indivíduos (Coker e Davis, 2001). No entanto, embora seja o abuso mais prevalente, com valores entre 13 e 65% consoante os estudos, a agressão psicológica é frequentemente sub-reportada e não identificada enquanto forma de crime pelos sujeitos (Coker, Smith, Bethea, King e McKeown, 2000c; Paiva e Figueiredo, 2004; Stets, 1992; Straus e Sweet, 1992). Quando analisadas as diferenças de género na perpetração da agressão psicológica, Straus e Sweet (1992) sustentam que ambos os sexos perpetram do mesmo modo este tipo de abuso, contradizendo assim o senso comum para o qual as mulheres recorrem mais à agressão psicológica e os homens mais à agressão física.

Como vemos, o abuso no contexto do relacionamento íntimo com o companheiro é frequente na idade adulta. O abuso psicológico e o abuso físico sem sequelas são mais prevalentes, seguindo-se o abuso sexual e o abuso físico com sequelas. Interessa agora explicar as possíveis implicações da ocorrência de abuso no relacionamento íntimo sobre o estado de saúde dos indivíduos. Nesse sentido, passamos a descrever o impacto que as experiências de abuso podem desencadear em termos psicofisiológicos, para posteriormente estabelecermos a relação entre estes mecanismos e o estado de saúde dos indivíduos.

Abuso no relacionamento íntimo: Psicofisiologia

A relação entre as relações interpessoais significativas e a função imunológica é descrita como sendo uma das mais importantes descobertas recentes no âmbito da psiconeuroimunologia (Uchino, Cacioppo e Kiecolt-Glaser, 1996). Já na década de

oitenta, Hofer postula que o estabelecimento de um relacionamento significativo entre duas pessoas, enquanto sistema em interação, deve resultar numa interdependência fisiológica entre ambos, cuja separação gera desorganização e consequente mal-estar emocional. Assim, a pessoa tende a sentir 'segurança emocional' quando está próxima do companheiro (particularmente em alturas de stress) e 'protesto' quando este ameaça tornar-se indisponível (Hofer, 1984). Neste âmbito, a experiência de abuso, pela sua possível ameaça à continuidade do relacionamento, poderá desencadear um processo de mal-estar, uma vez que tem lugar quando seria esperado o companheiro proporcionar 'segurança emocional'. O sistema pode então passar por uma crise de reorganização e tentativa de readaptação para a manutenção da sua homeostasia inicial, resultado da interdependência fisiológica entre os elementos da díade. O abuso no relacionamento íntimo pode pois ser entendido como um stressor que suscita na vítima uma resposta interna, a qual compreende uma série de mecanismos, organizados num circuito que é activado perante uma ameaça percebida e cuja função consiste em preservar a vida do organismo, o que é habitualmente chamado de 'resposta de stress'. Damásio (1994) salienta a importância das estruturas límbicas (amígdala, hipocampo) e do córtex pré-frontal, na troca de informações entre os estímulos recebidos, as respostas a acionar e a carga emocional respectiva. Sinteticamente, no processo de resposta ao stress existe uma integração cortical e límbica que modula a resposta imunológica e o controlo das respostas autonómica e endócrina. Explicaremos de uma forma resumida os processos que têm lugar quando o indivíduo está ameaçado por um stressor, para que compreendamos a relação do abuso com o estado de saúde. Aquando da percepção de um estímulo com potencial ameaçador, o tálamo (determina o controlo motor secundário ao processo sensorial) encaminha a informação para a área do córtice cerebral correspondente e responsável pelo processamento desse tipo de informação (e.g., informação visual para ao córtice visual), iniciando-se um processo avaliativo da informação sensorial. São responsáveis pelas emoções e pelo estado afectivo o córtice pré-frontal, a amígdala, o hipocampo, o córtice cingulado anterior e o córtice insular (Davidson, 2000). O córtice pré-frontal atribui um significado aos acontecimentos, associando-os e considerando as suas possíveis consequências. As áreas pré-frontais, o hipocampo, e a amígdala são responsáveis pela emergência das emoções. O hipocampo está envolvido na aprendizagem e memória, enquanto a amígdala atribui um conteúdo emocional às memórias, especialmente àquelas relacionadas com o medo e a dor (Bear, Connors e Paradiso, 1996). Finalmente, o córtice cingulado responde e activa outros circuitos verbais envolvidos nas emoções (Davidson, 2000). Após a avaliação de um evento, se este é percebido como nocivo, o hipocampo activa o eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA). Os núcleos para-ventriculares do hipotálamo libertam factor libertador de corticotropina (CRF), que activa quer o eixo pituitário-adrenal, quer o sistema nervoso simpático (Miller, 1998), estimulando a pituitária a libertar a hormona adrenocorticotrófica (ACTH) e beta-endorfinas. A ACTH assinala ao córtice das glândulas adrenais para segregarem cortisol (Lovallo, 1997). Deste sistema resulta a secreção pela medula adrenal das catecolaminas epinefrina e norepinefrina para a corrente sanguínea activando a reposta 'fuga-luta' característica do stress.

O sistema endócrino constitui uma porta de saída para um espectro diverso de patologias físicas, porque as emoções negativas, associadas à resposta de stress nega-

tivo provocam a libertação de hormonas que tem efeitos múltiplos na função cardiovascular e imunológica (Kiecolt-Glaser, Malarkey, Cacioppo e Glaser, 1994). Por exemplo, os stressores sociais podem substancialmente alterar as hormonas chave do stress, incluindo as catecolaminas e o cortisol, e estas hormonas têm efeitos de destaque na imunossupressão (Glaser e Kiecolt-Glaser, 1994), nomeadamente pela elevação entre outras da produção de citocinas pro-inflamatórias (e.g., serum interleukina 6/ IL-6) (Maes *et al.*, 1999).

Apoiando-se nesta base explicativa, algumas evidências reportam que o stress é impeditivo da resposta imunológica às infecções amplificando o risco de contágio e de episódios de doença prolongados, provocando ainda e, para além disso, atraso no processo de cicatrização de feridas e aumento do risco de infecções (Rojas, Padgett, Sheridan e Marucha, 2002). Se as relações íntimas suportivas estão associadas a uma melhor função imunológica (Kiecolt-Glaser e Newton, 2001; Uchino *et al.*, 1996), aquelas que são cronicamente conflituosas ou stressantes poderão provocar depressão ou emoções negativas, que por sua vez inflacionam a desregulação persistente da função imunológica e endócrina, como acabamos de perceber. Lovallo (1997) explica como o stress decorrente de acontecimentos traumáticos poderá ter um elevado impacto na actividade do sistema nervoso central. As alterações em termos moleculares, resultantes das experiências repetidas de stress permitem ao neurónio e aos sistemas neurais armazenar informação. Perante a ocorrência de acontecimentos adversos, o cérebro adapta-se através de um processo de 'sensibilização' dos circuitos neurais (Plotsky, Owens e Nemeroff, 1998), permitindo que o mesmo nível de resposta neural seja activado por menos e menos estimulação ambiental, e generalizada para categorias mais amplas de activadores. Este processo de 'sensibilização' ajuda a compreender de que forma as vítimas de abuso são susceptíveis de responder mais aos stressores. Yehuda (1999) refere que após a ocorrência de um acontecimento adverso, os indivíduos estão hipersensíveis a acontecimentos externos e ambientais, e podem sobrerresponder perante acontecimentos não perigosos, de tal forma que se tal acontecer continuamente pode associar-se a um desgaste em termos da função autonómica, com implicações nos sistemas de órgãos a ela inerentes.

No entanto, não só a ocorrência de abuso se associa a alterações psicofisiológicas responsáveis pela maior vulnerabilidade à doença, como também o isolamento social e a separação (precoce e a longo prazo) podem determinar a redução da actividade do sistema límbico e do eixo HPA, como alguns autores mostram após experiências com animais (Hofer, 1996; Sanchez, Aguado, Sanchez-Toscano e Saphier, 1995), defendendo que o stress subjacente a estes acontecimentos causa uma desregulação de todos os sistemas funcionais, o que torna os animais submetidos a estas experiências mais vulneráveis à doença. À semelhança do que Uchino *et al.* (1996) referem a respeito da disrupção de uma relação significativa, face à qual existe uma maior vulnerabilidade para a ocorrência, quer de um elevado número de doenças, associadas a um pior funcionamento do sistema imunológico, quer de abuso de substâncias e de outros quadros psicopatológicos (Koss, Koss e Woodruff, 1991; Russo, 1985).

Para além da disrupção se encontrar associada a uma maior vulnerabilidade à doença física ou mental, também a interacção negativa entre os membros do casal (por exemplo, na resolução de um problema experimental) se encontra associada a uma

resposta psicofisiológica caracterizada por níveis elevados de activação do sistema nervoso simpático, ACTH e epinefrina, que por sua vez constituem fortes preditores dos futuros declínios na satisfação e qualidade da relação e têm sido referidos enquanto possíveis mediadores da relação stress-doença (Henry e Stephens, 1977; Kiecolt-Glaser, Bane, Glaser e Malarkey, 2003; Levenson e Gottman, 1992). Jacobson, Gottman, Waltz, Rushe e Babcock (1993) avaliam em casais violentos e não violentos os indicadores psicofisiológicos associados à experiência de raiva e medo, verificando que, nos casais violentos, tanto a vítima como o perpetrador de abuso manifestam valores mais elevados de raiva e maior activação do sistema nervoso autónomo, indicados através da variabilidade da frequência cardíaca. Uma das explicações para a evidência de que as pessoas com história de relacionamentos abusivos têm pior saúde, reside no facto de apresentarem mais reacções interpessoais negativas, como hostilidade e domínio, as quais estão associadas a uma maior reactividade cardiovascular e a valores elevados da pressão arterial, factores implicados no desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Miller, Smith, Turner, Guijarro e Hallet, 1996). O stress crónico (e.g., abuso repetido e a longo prazo) conduz também a um aumento dos níveis de triglicéridos no sangue, ácidos gordos livres, colesterol e insulina, que estão na base de muitas doenças crónicas, como doenças cardiovasculares, diabetes e cancro (Kendall-Tackett e Marshall, 1999; Lovallo, 1997). Não apenas o estado de saúde é influenciado pela qualidade negativa do relacionamento íntimo, como o inverso também acontece; isto é, estabelecer relações positivas e suportivas tem sido descrito como benéfico para a saúde (Kiecolt-Glaser e Newton, 2001). Deste modo, as mulheres com melhor qualidade de relacionamento íntimo no casamento, reportam padrões de sono mais satisfatórios e menor recorrência ao médico, do que as mulheres com relações menos positivas, embora para os homens esta relação não se verifique.

Poderemos assim concluir que a relacionamentos íntimos de menor qualidade, pautados pela falta de suporte ou pela ocorrência de abuso, se associa uma desregulação autonómica e endócrina, responsável pela resposta psicofisiológica acrescida face aos stressores. Interessa agora averiguar os efeitos específicos do abuso no estado de saúde, cujos mecanismos de acção acabamos de explicar.

Abuso no relacionamento íntimo: implicações no estado de saúde

Os efeitos da qualidade do relacionamento íntimo no estado de saúde dos indivíduos têm sido cada vez mais estudados (Campbell *et al.*, 2002; Coker *et al.*, 2000c). Rush (2000), por exemplo, apresenta a questão da violência contra a mulher não apenas como um problema social, mas também como um problema de saúde pública. Com efeito, este autor verifica que as mulheres que foram vítimas de abuso no contexto do relacionamento com o companheiro recorrem mais a serviços médicos, têm maior taxa de absentismo, ficam mais dias de cama e exibem mais sintomas de stress e depressão, assim como ideação e/ou tentativas de suicídio, stress pós-traumático, baixa auto estima, abuso de álcool e de outras drogas. Cerca de 24 a 54% das mulheres que procuram os serviços de urgência hospitalar nos Estados Unidos têm história de abuso no relacionamento íntimo (Abbott, Johnson, Koziol-McLain e Lowenstein, 1995; Dearwater *et al.*, 1998). Mais autores têm observado uma elevada afluência de vítimas de abuso aos serviços médicos, assinalando os elevados gastos com a saúde nesta população

(Abbott *et al.*, 1995; Coker *et al.*, 2003b; Plichta, 1992; Ulrich *et al.*, 2003; Wisner, Gilmer, Saltzman e Zink, 1999). Em termos dos seus efeitos, as experiências de abuso no relacionamento íntimo originam um vasto leque de reacções emocionais que incluem medo, raiva, isolamento e mal-estar emocional (Emery, Cate, Henton e Andrews, 1987; Kilpatrick *et al.*, 1988; Koss, 1993). Englobam ainda queixas somáticas, tais como insónia, dores de cabeça, problemas gastrointestinais, e dor pélvica (Kilpatrick *et al.*, 1988; Koss, 1993), e também sequelas físicas, como ossos partidos e concussões (Cascardi, Langhinrichsen e Vivian, 1992; Kurz, 1997; Stets e Straus, 1990). Diversas investigações comparam mulheres com e sem experiência de abuso pelo companheiro, e observam que as abusadas reportam maior número de sintomas físicos, tais como: dores de cabeça, dores de costas, doenças sexualmente transmissíveis, dor pélvica, corrimentos vaginais, dor no acto sexual, infecções do tracto urinário, perda de apetite, dor abdominal, problemas digestivos, problemas ginecológicos, sintomas neurológicos, surdez e outros problemas relacionados com o stress crónico e com o sistema nervoso central, como por exemplo dor crónica (Campbell *et al.*, 2002; Green, Flowe-Valencia, Rosenblum e Tait, 1999; Goldberg e Tomlanovich, 1984; McCauley, Yurk, Jenckes e Ford, 1998). Para além disso, os indivíduos vítimas de abuso reportam valores mais elevados de sintomas, de intervenções cirúrgicas e de incapacidade física (Kendall-Tackett, 2003). Outros autores salientam ainda a associação entre o abuso físico e sexual e a ocorrência de problemas gastrointestinais e dor abdominal (Drossman, Talley, Leserman, Olden e Barreiro, 1995; Drossman *et al.*, 1990), dores de cabeça crónicas (Domino e Haber, 1987), e doenças sexualmente transmissíveis e do tracto génito-urinário (Bergman e Brismar, 1991; Eby, Campbell, Sullivan e Davidson, 1995; Plichta e Abraham, 1996). No que concerne a neoplasia cervical, Coker *et al.* (2000b), num estudo sobre 1152 mulheres entre os 18 e os 65 anos de idade, com experiência prévia de violência no relacionamento íntimo, encontram 14 mulheres com cancro cervical e 234 em tratamento por neoplasia cervical, salientando que as mulheres que sofreram abuso físico ou sexual, relativamente às que sofreram abuso psicológico, sobretudo quando os relacionamentos são de longa duração e é elevada a frequência das agressões, apresentam um risco aumentado de desenvolver esta patologia. A respeito ainda da relação entre o abuso físico e sexual e a ocorrência de morbilidade física, em 1155 mulheres entre os 18 e os 59 anos de idade, Lown e Veja (2001) encontram piores indicadores de saúde física e mental, história de problemas cardíacos e numerosos sintomas somáticos entre as mulheres que reportam abuso no relacionamento íntimo. Reforçando o papel do abuso físico sem sequelas no estado de saúde, Stets e Straus (1990) referem que, mais as mulheres do que os homens vítimas de abuso físico sem sequelas, permanecem mais tempo doentes a ponto de acamarem. Mesmo assim, quando ambos os sexos são considerados, a percentagem de sujeitos que adoecem é superior para os sujeitos que são vítimas de abuso físico sem sequelas pelo companheiro, que reportam também mais sintomas de stress, depressão e ainda sintomas psicossomáticos. Mas não é apenas o abuso físico e sexual que têm implicações a nível do estado de saúde física, como acabámos de expor, também o abuso psicológico no contexto do relacionamento com o companheiro tem consequências adversas na saúde da mulher, nomeadamente por se associar à presença de artrite, dor crónica, enxaqueca e sintomas gastrointestinais, como salientam Coker *et al.* (2000b). É sobretudo muito frequente encontrar patologias re-

acionadas com o stress, nomeadamente doença do cólon irritável (Campbell e Lewandowski, 1997). Nas mulheres, o abuso psicológico e sexual está mais relacionado com a pior saúde física e doença crónica, enquanto que nos homens, apenas o abuso psicológico prediz a morbilidade física (Coker *et al.*, 2002). Ainda a respeito das consequências do abuso no relacionamento íntimo no estado de saúde dos indivíduos, Plitcha (2001) refere que as mulheres abusadas pelo companheiro apresentam avaliações do seu estado de saúde inferiores às mulheres não abusadas, o que Kendall-Tackett (2003) completa sustentando que, as pessoas que experienciam abuso diferem quanto à forma como pensam sobre a sua saúde, relativamente às pessoas que não sofreram abuso, e que este facto poderá igualmente contribuir para a qualidade da saúde. À experiência de abuso no relacionamento íntimo com o companheiro associa-se um pior funcionamento físico e mental do indivíduo. Como vimos nos estudos empíricos que apresentamos, quer o abuso físico (Campbell *et al.*, 2002; Coker *et al.*, 2003b; Drossman *et al.*, 1995; Lown e Veja, 2001; Stets e Straus, 1990), quer o abuso psicológico (Campbell e Lewandowski, 1997; Coker *et al.*, 2000c; Coker e Davis, 2001; Coker *et al.*, 2002), quer o abuso sexual (Campbell *et al.*, 2002; Coker *et al.*, 2000b; Drossman *et al.*, 1995; Eby *et al.*, 1995; Plichta e Abraham, 1996) determinam uma maior vulnerabilidade para a perturbação física (Campbell e Lewandowski, 1997; Campbell *et al.*, 2002; Cascardi *et al.*, 1992; Coker *et al.*, 2000b; Goldberg e Tomlanovich, 1984; Lown e Veja, 2001; McCauley *et al.*, 1998). Não só a ocorrência do abuso poderá ser preditora de pior estado de saúde, como também as vítimas de abuso classificam o seu estado de saúde como menos positivo (Kendall-Tackett, 2003; Plitcha, 2001). Enquanto mediador dos efeitos do abuso no estado de saúde, a falta de suporte social (Coker, Bonde, Madeleine, Luchok e Pirisi, 2003a) e o isolamento social associam-se de igual modo a uma resposta aumentada ao stress e a maior predisposição para a doença (Kiecolt-Glaser e Newton, 2001).

A experiência de abuso no relacionamento íntimo com o companheiro pode pois ser considerada como um factor de risco para a ocorrência de um número significativo de perturbações do foro psicológico ou físico, que originam um considerável agravamento na qualidade de vida dos indivíduos que nela se encontram envolvidos. O estudo “*ex post facto*” retrospectivo (Montero e León, 2005) que passamos a apresentar tem como principais objectivos avaliar numa amostra não clínica de jovens adultos:

- A prevalência de abuso físico, psicológico e sexual, considerando o género e o tipo de experiência reportada (i.e., vitimização e perpetração).
- A associação entre a presença de abuso e o índice de queixas físicas reportadas.

Na elaboração deste artigo seguiu-se a proposta de Ramos-Alvarez e Catena (2004).

Método

Amostra

A amostra é constituída por jovens adultos estudantes universitários, frequentando uma de nove licenciaturas (à excepção da licenciatura em Psicologia) do ensino universitário português, público ou privado. Participaram neste estudo 318 sujeitos, dos

quais 147 (46.2%) são do sexo masculino e 171 (53.8%) do sexo feminino, como se pode verificar na Tabela 1. Em termos do grau académico, a grande maioria (84.5%) encontra-se no 2º e 3º anos (37.1% frequentam o 2º ano e 47.2% frequentam o 3º ano). A idade dos inquiridos está compreendida entre os 19 e os 39 anos. Cerca de metade da amostra (53.2%) encontra-se na faixa etária dos 19 aos 21 anos, 35.5% na faixa etária entre os 22 e os 24 anos, e 6.9% na faixa etária dos 25 aos 29 anos, sendo os restantes 3.8% pertencentes à faixa etária dos 30 aos 39 anos de idade. Considerando o grau de escolaridade da mãe e do pai dos participantes, verificámos que em grande parte da amostra a escolaridade é inferior a 9 anos (74.2% dos pais e 77.7% das mães), uma considerável percentagem de pais e mães tem menos de 4 anos de escolaridade (44.3% dos pais, 46.2% das mães) e apenas um número reduzido completou estudos superiores (7.4% dos pais, 10.6% das mães). No que se refere ao rendimento familiar, a maioria dos indivíduos (41.6%) pertence à categoria dos 600-1200 € mensais, com menos que o salário mínimo nacional encontram-se 3.0% dos participantes, e apenas 2.7% da amostra apresenta um rendimento superior a 3000 € mensais. Para 85.8% dos inquiridos os pais encontram-se casados entre si, 10% um ou ambos os pais já faleceram e 3.1% os pais encontram-se divorciados, distribuindo-se os restantes 1.3% pelas categorias separados, juntos mas não casados e não casados nem juntos. Caracterizando os elementos que coabitam com o sujeito, mais de metade da amostra (57.7%) vive actualmente com os pais, 7.9% encontram-se a viver com o companheiro, 18.1% vivem em quarto próprio, e 14% partilham o quarto com um colega que não o companheiro.

Passaremos de seguida à caracterização do relacionamento íntimo dos participantes em termos de: existência actual, duração, tipo de relação, sexo do companheiro, e componente sexual (Tabela 2). Verificámos que 4 em cada 5 sujeitos (20%) referem que têm ou tiveram um relacionamento com duração superior a um mês no último ano, na questão relativa à existência de um relacionamento íntimo. Mais de metade dos participantes (59.1%) apresenta um relacionamento com duração igual ou superior a 1 mês, 24.6% referem que 'embora neste momento não tenha, já teve um relacionamento que durou pelo menos um mês', e 16.3% referem que 'nunca teve um relacionamento que durasse pelo menos um mês'. Considerando a duração do relacionamento íntimo mais recente, para mais de metade da amostra (46.4%) a relação teve uma duração superior a dois anos, para 16.2% teve uma duração entre 1 e 2 anos, para 14% a duração está compreendida entre 6 e 12 meses, para 8.3% a duração compreende entre 3 e 5 meses, para 11.3% a duração é de 1 a 2 meses, e 3.8% da amostra reporta uma relação com menos de 1 mês de duração. No momento de resposta ao questionário, 70.0% dos sujeitos referem que o relacionamento íntimo não terminou, contrariamente aos restantes 30.0% que terminaram a relação. Nesta última categoria de sujeitos, 3.2% referem que o relacionamento havia terminado há menos de 1 mês, 3.6% que tal aconteceu no último ou penúltimo mês, para 2.4% o relacionamento terminou 3-5 meses antes, 7.9% diz que o relacionamento terminou há 6-12 meses atrás, e para 13.0% o relacionamento terminou há mais de 12 meses. Quanto ao tipo de relacionamento mais recente, a grande maioria dos participantes (73.7%) refere ter uma relação do tipo 'namoro', 7.5% dizem tratar-se de uma relação 'sem compromisso', 7.2% relatam estar casados e 1.9% 'a viver maritalmente'. Para a maioria dos participantes (73.0%) a relação envolve uma

TABELA 1. Caracterização sócio-demográfica dos participantes (n = 318).

	%
SEXO (n = 318)	
Masculino	46.2
Feminino	53.8
ANO QUE FREQUENTA NA UNIVERSIDADE (n = 317)	
2º ano	37.2
3º ano	47.3
4º-6º ano	15.5
IDADE DOS PARTICIPANTES (n = 314)	
19 anos	12.1
20 anos	20.7
21 anos	20.4
22-24 anos	36.0
25-29 anos	7.0
30-39 anos	3.8
RENDIMENTO MENSAL DA FAMÍLIA (n = 298)	
< 300 euros	3.0
300-600 euros	16.4
600- 1200 euros	41.6
1200-1800 euros	19.1
1800-2400 euros	10.4
2400- 3000 euros	6.7
3000- 3600 euros	2.0
ESTADO CIVIL ACTUAL DOS PAIS (n = 18)	
Casados entre si	85.8
Separados	0.3
Divorciados	3.1
Não casados entre si nem a viver juntos	0.6
Não casados mas vivem juntos	0.3
Um ou ambos os pais faleceram	9.7
PESSOAS COM QUEM VIVE O SUJEITO (n = 265)	
Com o/a companheiro/a	7.9
Num quarto próprio. Não partilha o quarto	18.1
Com um/a colega de quarto, não o/a companheiro/a	14.0
Com os pais	57.7
Outras situações	2.3
ESCOLARIDADE DO PAI (MÃE) (n = 314)	
≤ 4 anos	44.9 (46.8)
5-6 anos	14.0 (17.2)
7-9 anos	15.3 (13.7)
10-12 anos	18.5 (11.8)
Licenciatura	6.1 (9.6)
Pós licenciatura	1.3 (1.0)

componente sexual, mas para 27% o relacionamento não integra essa componente. Em termos do género do companheiro, 55.8% é do sexo masculino e 44.2% é do sexo feminino, pelo que a quase totalidade da amostra pertença à categoria heterossexual (98.5%), restringindo-se à categoria homossexual apenas 1.5% dos sujeitos.

TABELA 2. Caracterização do relacionamento íntimo dos participantes (n = 318).

SITUAÇÃO ACTUAL QUANTO AO RELACIONAMENTO ÍNTIMO (n = 313)	%
Neste momento tem um relacionamento \geq 1 mês	59.1
Não tem agora mas já teve 1 relacionamento \geq 1 mês	24.6
Nunca teve um relacionamento que durasse \geq 1 mês	16.3
HÁ QUANTO TEMPO DURA/ DUROU O RELACIONAMENTO ÍNTIMO (n = 265)	
Menos de 1 mês	3.8
Aproximadamente 1 mês	4.2
Aproximadamente 2 meses	7.2
3-5 meses	8.3
6-11 meses	8.3
Aproximadamente 1 ano	5.7
Mais de 1 e menos de 2 anos	16.2
2 anos ou mais	46.4
HÁ QUANTO TEMPO TERMINOU O RELACIONAMENTO ÍNTIMO (n = 253)	
Não terminou	70.0
Há menos de 1 mês	3.2
Há aproximadamente 1 mês	0.8
Há aproximadamente 2 meses	2.8
Há 3 a 5 meses atrás	2.4
Há 6 a 11 meses atrás	4.7
Aproximadamente há 1 ano atrás	3.2
Há mais de 1 ano	13.0
TIPO DE RELACIONAMENTO ÍNTIMO (n = 265)	
Sem compromisso	7.5
Namoro	83.4
Casamento	7.2
A viver maritalmente	1.9
O RELACIONAMENTO ÍNTIMO TEM / TINHA UMA COMPONENTE SEXUAL (n = 263)	
Não	27.0
Sim	73.0
ORIENTAÇÃO SEXUAL (n = 265)	
Heterossexual	98.5
Homossexual	1.5

Instrumentos

- *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)* (Straus, Hamby, Boney-McCoy e Sugarman, 1996; versão portuguesa da autoria de Paiva e Figueiredo, in press). O questionário CTS-2 permite avaliar a qualidade do relacionamento e identificar os casais que experienciam os seguintes tipos de abuso: a) abuso físico sem sequelas (e.g., ‘atirei ao meu companheiro alguma coisa que o poderia magoar’), b) abuso físico com sequelas (e.g., ‘tive uma fractura devido a uma luta com o meu companheiro’), c) agressão psicológica (e.g., ‘destruí algo que pertencia ao meu

- companheiro') e d) coerção sexual (e.g, 'recorri a ameaças para fazer com que o meu companheiro tivesse relações sexuais comigo'). Este questionário contabiliza o número de ocorrências em que o sujeito perpetrou cada um dos itens durante último ano e o número de ocorrências em que, no mesmo período de tempo, o item foi perpetrado pelo companheiro; obtendo-se por consequência dados em termos quer de perpetração quer de vitimização. Inclui 8 categorias de resposta, sendo as primeiras seis destinadas a determinar a incidência e cronicidade no último ano [(1) uma vez no ano anterior, (2) duas vezes no ano anterior, (3) 3-5 vezes no ano anterior, (4) 6-10 vezes no ano anterior, (5) 11-20 vezes no ano anterior, (6) mais de 20 vezes no ano anterior] e as outras duas categorias destinadas a determinar a prevalência [(7) não no ano anterior mas ocorreu anteriormente] e a inexistência deste tipo de abuso [(8) nunca aconteceu]. Permite ainda valores para diferentes níveis de severidade do abuso, entendido no sentido do risco de sequelas para a vítima, classificando os itens em 'ligeiro' ou 'severo'. As escalas CTS-2 apresentam boa consistência interna (Straus *et al.*, 1996). Os valores de *alpha* para as escalas são: negociação = .86, agressão psicológica = .79, abuso físico sem sequelas = .86, coerção sexual = .87, abuso físico com sequelas = .95. De entre as cinco escalas, a escala de agressão psicológica é aquela que apresenta valores menores de consistência interna. Os valores de consistência interna da versão portuguesa são apenas significativamente inferiores nas escalas que se referem a itens cuja ocorrência é rara na amostra portuguesa (Paiva e Figueiredo, in press). Os valores da consistência interna (*alpha*) para a versão portuguesa das CTS-2 são os seguintes: negociação = .70, agressão psicológica = .67, abuso físico sem sequelas = .74, coerção sexual = .40, abuso físico com sequelas = .66 (Straus *et al.*, 2003).
- *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL) (De Haes *et al.*, 1996; versão adaptada por Paiva e Figueiredo, in press). A RSCL permite avaliar dimensões de morbilidade física e psicológica. A versão original é composta por 39 itens (numa escala de likert com 4 categorias de resposta) que se agrupam em quatro escalas: sintomas físicos (23 itens), sintomas psíquicos (7 itens), actividades da vida diária (8 itens) e qualidade de vida global (1 item). Neste estudo, apenas a escala de sintomas físicos (18 itens) foi utilizada, em oito categorias de resposta: seis avaliam especificamente a incidência e a cronicidade [(1) uma vez no ano anterior, (2) duas vezes no ano anterior, (3) 3-5 vezes no ano anterior, (4) 6-10 vezes no ano anterior, (5) 11-20 vezes no ano anterior, (6) mais de 20 vezes no ano anterior] e as restantes duas categorias avaliam a prevalência [(7) não no ano anterior mas ocorreu anteriormente] e a não ocorrência de queixas físicas [(8) nunca aconteceu]. Os autores referem que a escala de sintomas físicos integra três sub-escalas, sendo os valores de consistência interna elevados, a saber: fadiga (*alpha* = .72), dor (*alpha* = .81) e sintomas gastrointestinais (*alpha* = .88) (De Haes *et al.*, 1996). A versão da escala de sintomas físicos adaptada para esta investigação revela uma boa consistência interna, quando se considera a totalidade dos sintomas reportados (*alpha* = .84), no respeitante às sub-escalas, os valores da consistência interna são todavia substancialmente inferiores,

salientando-se a sub-escala de dor ($\alpha = .73$) com valores de α superiores às sub-escalas sintomas gastrointestinais ($\alpha = .70$) e fadiga ($\alpha = .65$).

Procedimentos

Os questionários foram administrados nos tempos lectivos dos alunos a quem propusemos participar no estudo; o tempo necessário ao seu preenchimento foi cerca de 90 minutos. Antes da administração dos instrumentos, foi explicado o objectivo do estudo (a qualidade do relacionamento íntimo em jovens adultos) e o carácter voluntário e anónimo da participação, podendo os sujeitos preencher ou não os questionários e não devendo escrever o nome em nenhuma das partes dos mesmos. Foi solicitado aos alunos que depositassem os questionários numa caixa que se encontrava à saída da sala de aula, independentemente do facto de terem ou não respondido às questões. Apenas 1% dos sujeitos deixou o questionário completamente em branco ou recusou-se a participar. Uma elevada percentagem de sujeitos não respondeu a uma elevado número de itens das CTS-2 (21%) e uma menor parte à escala de sintomas físicos (5.5%). A ausência da totalidade das respostas às escalas CTS-2, deve-se na maior parte dos casos (16.3%) ao facto de os sujeitos nunca terem tido um relacionamento.

Resultados

Para o tratamento estatístico utilizou-se o programa SPSS-11 e foram aplicados os seguintes testes: análise de frequências e diferença de médias para amostras independentes (t de Student), quando consideramos o género dos sujeitos face à frequência anual no relato de queixas físicas (variável contínua), nos grupos que reportam *versus* grupos que não reportam abuso e o total de sintomas físicos; teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, para estimar em cada sujeito o significado das diferenças enquanto perpetrador e vítima do abuso; análise de regressão múltipla (método *stepwise*), para avaliar a relação entre as variáveis considerando os dados sócio-demográficos e os diferentes tipos de abuso, enquanto variáveis predictoras da ocorrência de sintomas físicos; análise da variância, para testar a interacção do género e da prevalência do abuso no relato de sintomas físicos (*two way between subjects* ANOVA) e para testar as variáveis sócio-demográficas categóricas no índice total de sintomas (*oneway* ANOVA).

Abuso: prevalência, género e tipo de experiência

A Tabela 3 apresenta os resultados de prevalência para cada um dos tipos de abuso em termos de perpetração e vitimização, considerando o género dos inquiridos.

A perpetração de agressão psicológica prevalece em relação aos restantes tipos de abuso na amostra, sendo referida por mais de metade dos sujeitos (53.8%), entre os quais menos homens (50%) do que mulheres (56.5%), as diferenças não obtêm contudo significado estatístico ($\chi^2(1)=1.003$, n.s.). Ainda que menos prevalente, a coerção sexual é também frequentemente perpetrada (18.9%), sobretudo por homens (33.7%), mais do que por mulheres (8.0%), com diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2(1)=24.917$, $p=.000$). Não obstante, uma parte significativa da amostra perpetrar abuso físico sem

sequelas (16.7%), de igual forma entre homens (16.7%) e mulheres (16.7%) ($\chi^2(1)=.00$, n.s.), o abuso físico com sequelas acontece apenas numa pequena parte da amostra (3.8%) e, embora seja mais visível entre os elementos do sexo masculino (5.0%) do que do sexo feminino (2.9%), as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2(1)=.659$, n.s.).

Em termos de vitimização, a agressão psicológica é igualmente o tipo de abuso mais prevalente, acontecendo em cerca de metade dos participantes (50.8%), embora os homens (48.1%) sejam menos vítimas do que as mulheres (52.9%), as diferenças não são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2(1)=.552$, n.s.). Por outro lado, uma percentagem significativa de sujeitos (25.6%) reporta ser vítima de coerção sexual, traduzindo-se este facto sobretudo entre os inquiridos do sexo masculino (31.7%), mais do que nos do sexo feminino (21.2%), mas sem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2(1)=3.373$, $p=.066$). Ainda que menos corrente, o abuso físico sem sequelas (15.4%) é mais expresso pelos homens (16.7%) do que pelas mulheres (14.5%), embora as diferenças não obtenham significado estatístico ($\chi^2(1)=.213$, n.s.). Para além disso, numa pequena parte da amostra, encontra-se vitimização por abuso físico com sequelas (3.8%) também mais assinalado pelos homens (6.9%) do que pelas mulheres (1.5%), agora com diferenças são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2(1)=4.782$, $p=.029$).

Em termos de perpetração e vitimização, a agressão psicológica é o tipo de abuso mais reportado, seguindo-se da coerção sexual e do abuso físico sem sequelas, sendo o abuso físico com sequelas o menos prevalente na amostra estudada. Em traços gerais, os homens são mais perpetradores e vítimas de todas as formas de abuso, exceptuando a agressão psicológica, na qual acontece o inverso. Contudo, convém salientar que, em relação às mulheres, os homens são mais vítimas de abuso físico com sequelas e também mais perpetradores de coerção sexual.

TABELA 3. Prevalência do abuso físico sem sequelas, abuso físico com sequelas, agressão psicológica e coerção sexual atendendo ao género do perpetrador (teste do Qui-quadrado).

	<i>Masculino</i> % (n = 101)	<i>Feminino</i> % (n = 137)	<i>Total</i> % (n =238)	<i>p</i>
Perpetração				
Abuso físico sem sequelas	16.7	16.7	16.7	n.s.
Abuso físico com sequelas	5.0	2.9	3.8	n.s.
Agressão psicológica	50.0	56.5	53.8	n.s.
Coerção sexual	33.7	8.0	18.9	***
Vitimização				
Abuso físico sem sequelas	16.7	14.5	15.4	n.s.
Abuso físico com sequelas	6.9	1.5	3.8	*
Agressão psicológica	48.1	52.9	50.8	n.s.
Coerção sexual	31.7	21.2	25.6	n.s.

* $p < .05$; *** $p < .001$; n.s. não estatisticamente significativo.

Saúde: incidência de queixas físicas

Passamos a descrever frequência de cada um dos sintomas físicos durante o último ano, atendendo ao género dos participantes (Tabela 4). Na amostra total, a frequência anual mais elevada é para os sintomas cansaço [média=16.8(9.4)] e dores de diferentes tipos, como dores de cabeça [média=12.1(9.8)], dores musculares [média=10.0(9.2)], dores nas costas [média=9.4(8.9)] e dores de barriga [média=7.2(8.5)]. Reportando-nos às diferenças de género, os homens apresentam valores superiores de queixas físicas relativamente às mulheres para os sintomas dores musculares [11.1(9.4) *versus* 9.1(8.9), $t(303)=1.9$, $p=.057$] e gastrointestinais, como a azia ou arrotos [8.7(10.1) *versus* 4.5(7.1), $t(303)=4.2$, $p=.000$]. Por seu lado, as mulheres apresentam valores de frequência anual superiores aos homens para as queixas físicas de cansaço [17.9(8.6) *versus* 15.5(10.0), $t(303)=-2.19$, $p=.029$], diferentes tipos de dores, como dores de costas [10.6(9.0) *versus* 7.9(8.5), $t(303)=-3.8$, $p=.000$], dores de cabeça [14.2(9.8) *versus* 9.5(9.3), $t(303)=-4.3$, $p=.000$], dores de barriga [9.0(8.9) *versus* 4.9(7.3), $t(303)=-4.3$, $p=.000$], assim como para as queixas do tracto gastrointestinal, como por exemplo náuseas [3.9(5.8) *versus* 1.8(3.6), $t(303)=-3.8$, $p=.000$] e obstipação ou prisão de ventre [5.6(8.4) *versus* 2.4(5.6), $t(303)=-3.9$, $p=.000$], e ainda para as queixas de tonturas [4.4(6.7) *versus* 2.5(4.8), $t(303)=-2.8$, $p=.005$]. Para a totalidade dos sintomas não encontramos diferenças significativas atendendo ao género dos participantes (média homens=5.4(3.7) *versus* média mulheres=6.0(3.5), $t(303)=-1.64$, n.s.).

TABELA 4. Diferenças de género na frequência de sintomas físicos durante o último ano (teste t para amostras independentes).

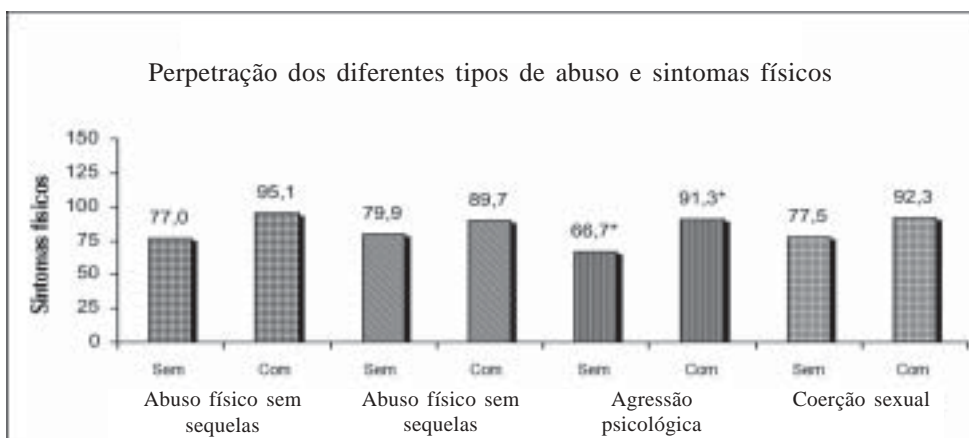
	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>	<i>Total</i>	
<i>Queixas físicas</i>	<i>Média (dp)</i>			<i>p</i>
Cansaço	15.5 (10.0)	17.9 (8.6)	16.8 (9.4)	*
Dores musculares	11.1(9.4)	9.1 (8.9)	10.0 (9.2)	^a
Dores nas costas	7.9 (8.5)	10.6 (9.0)	9.4 (8.9)	**
Náuseas	1.8 (3.6)	3.9 (5.8)	2.9 (5.0)	***
Dores de cabeça	9.5 (9.3)	14.2 (9.8)	12.1 (9.8)	***
Vómitos	1.8 (4.2)	2.1 (4.3)	2.0 (4.2)	n.s
Tontura	2.5 (4.8)	4.4 (6.7)	3.5 (6.0)	**
Dores de barriga	4.9 (7.3)	9.0 (8.9)	7.2 (8.5)	***
Obstipação ou prisão de ventre	2.4 (5.6)	5.6 (8.4)	4.2 (7.4)	***
Diarreia	3.0 (5.5)	2.2 (3.9)	2.5 (4.7)	n.s
Azia/arrotos	8.7 (10.1)	4.5 (7.1)	6.4 (8.8)	***
Calafrios	3.8 (6.7)	3.0 (4.7)	3.3 (5.7)	n.s
Formigueiro nas mãos e pés	6.2 (8.3)	5.6 (7.7)	5.9 (7.9)	n.s
Boca dorida/ dor ao engolir	3.4 (7.1)	2.7 (5.2)	3.0 (6.1)	n.s
Perda de cabelo	3.0 (6.9)	2.3 (5.5)	2.6 (6.1)	n.s
Ardor/ dor nos olhos	4.6 (7.8)	6.1 (8.4)	5.4 (8.1)	n.s
Falta de ar	2.0 (5.4)	2.3 (5.3)	2.1 (5.4)	n.s
Secura na boca	5.0 (8.2)	3.7 (7.0)	4.3 (7.6)	n.s
Total sintomas	5.4 (3.7)	6.0 (3.5)	5.8 (3.6)	n.s

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$; ^a $p=.057$; n.s. não estatisticamente significativo.

Abuso e sintomatologia física

Começamos por comparar a frequência anual de sintomatologia física (considerando a prevalência de sintomas pelo número médio de ocorrências), em sujeitos que reportam e sujeitos que não reportam experiências de vitimização (Figura 1) ou de perpetração (cf. Figura 2) dos diferentes tipos de abuso (teste t para amostras independentes, $\alpha = .05$). No sentido de melhor compreender quais as variáveis associadas à ocorrência de sintomas físicos na amostra em estudo, foram posteriormente consideradas variáveis sócio-demográficas, de caracterização do relacionamento íntimo e a presença de diferentes tipos de abuso na explicação da sintomatologia física dos sujeitos. Como pode ver na Figura 1, os sujeitos que perpetram abuso físico sem sequelas apresentam valores superiores de queixas físicas [média=95.1(67.4)] em relação àqueles que não perpetram [média=77.0(60.7)]; as diferenças não são contudo estatisticamente significativas ($t(237)=-1.7$, n.s.). Os sujeitos que referem perpetrar abuso físico com sequelas apresentam igualmente mais sintomas físicos [média=89.7(70.2)] do que os sujeitos que não perpetraram este tipo de abuso [média=79.9(61.8)]; no entanto, as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ($t(236)=-.462$, n.s.). Do mesmo modo, os sujeitos que perpetram agressão psicológica revelam valores de sintomas físicos superiores [média=91.3 (61.6)] aos sujeitos que não perpetraram este tipo de abuso [média=66.7(60.3)]; as diferenças têm agora significado estatístico ($t(237)=-3.1$, $p=.002$). Relativamente à coerção sexual, os sujeitos que perpetram esta forma de abuso reportam também mais sintomas físicos [média=92.3(65.7)] do que os sujeitos que não perpetraram [média=77.5(70.0)], sem que contudo as diferenças sejam estatisticamente significativas ($t(236)=-1.4$, n.s.).

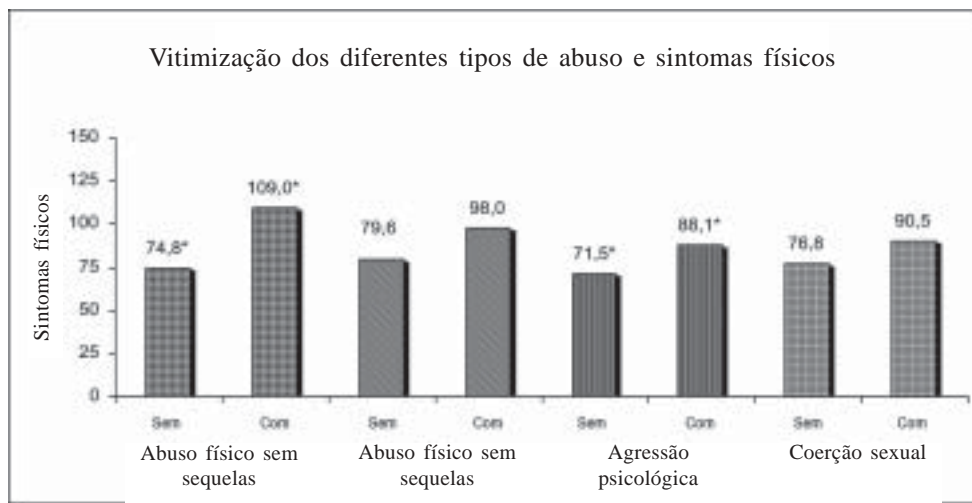
FIGURA 1. Perpetração de abuso físico sem sequelas, abuso físico com sequelas, agressão psicológica, coerção sexual e média de sintomas físicos (teste t para amostras independentes).



* $p < .05$ para a diferença de médias dos sintomas físicos atendendo à ocorrência dos diferentes tipos de abuso.

A Figura 2 apresenta os resultados referentes à experiência de vitimização no relacionamento íntimo para os diferentes tipos de abuso e o relato de queixas físicas (atendendo à função prevalência x frequência anual). Os sujeitos que reportam vitimização por abuso físico sem sequelas apresentam um índice de sintomas substancialmente superior [média=109.0(72.0)] aos sujeitos que não apresentam esta experiência [média=74.8(58.9)]; as diferenças encontradas para estes dois grupos são significativas do ponto de vista estatístico ($t(237)=-3.1$, $p=.002$). No respeitante aos sujeitos vítimas de abuso físico com sequelas, apresentam queixas físicas em frequência superior [média=98.0(76.6)] àqueles que não reportam este tipo de abuso [média=79.6(61.5)]; no entanto, as diferenças obtidas não são estatisticamente significativas ($t(236)=-.873$, n.s.). Por outro lado, os participantes que referem ser vítimas de agressão psicológica mostram mais sintomas físicos [média=88.1(59.2)] comparativamente aos que referem não ser vítimas deste tipo de abuso [média=71.5(64.0)]; as diferenças têm significado estatístico ($t(169)=-2.1$, $p=.037$). Relativamente à coerção sexual, embora os sujeitos que sofrem este tipo de abuso tendam a revelar mais sintomas físicos [média=90.5(69.1)] que os sujeitos que não relatam esta experiência [média=76.8(59.2)], as diferenças não são estatisticamente significativas ($t(236)=-1.5$, n.s.).

FIGURA 2. Total de sintomas físicos atendendo à vitimização de abuso físico sem sequelas, abuso físico com sequelas, agressão psicológica e coerção sexual (teste t para amostras independentes).



* $p < .05$ para a diferença de médias dos sintomas físicos atendendo à ocorrência dos diferentes tipos de abuso.

Atendendo especificamente ao género dos participantes, encontram-se diferenças significativas no que se refere à prevalência dos diferentes tipos de abuso e ao índice de sintomas reportados (Tabela 5). No que se refere à vitimização, para os homens,

encontram-se diferenças no índice total médio de sintomas reportado para os que são vítimas de abuso físico sem sequelas [média=108.3(76.5)] relativamente aos que não são [média=68.0(59.8)], apresentando os primeiros valores superiores de sintomas físicos ($t(100)=-2.4$, $p=.018$); o mesmo se verifica para os sujeitos vítimas de agressão psicológica [média=87.4(60.7)] que, face aos não vítimas [média=63.1 (65.3)], apresentam valores médios de sintomas físicos superiores ($t(101)=-1.95$, $p=.053$). Para as mulheres, encontram-se também diferenças entre as que reportam abuso físico sem sequelas [média=109.6(69.9)] face às que não são vítimas [média=79.7(57.9)], sendo para as primeiras os valores de sintomas físicos superiores ($t(135)=-2.0$, $p=.045$). No que se refere à perpetração, para os homens, encontram-se diferenças no índice total médio de sintomas físicos entre os que apresentam agressão psicológica [média=89.7(61.7)] e os que não apresentam [média=59.8(64.0)], pois para estes últimos os valores de sintomas físicos são significativamente inferiores ($t(100)=-2.4$, $p=.018$). Para as mulheres, encontram-se também diferenças a nível do índice total médio de sintomas físicos, entre as que perpetraram [média=127.2 (71.3)] e as que não perpetraram coerção sexual [média=80.1(58.1)], obtendo estas últimas valores de sintomas físicos inferiores às primeiras ($t(135)=-2.5$, $p=.012$). Também para as mulheres que perpetraram agressão psicológica [média=92.3(61.9)] obtém-se valores de sintomas físicos mais elevados do que para as que não perpetraram [média=72.7(56.8)] ($t(135)=-1.9$, $p=.059$). Para os restantes tipos de abuso, no que respeita quer à perpetração quer à vitimização, não se encontram diferenças significativas considerando o género, como mostra a Tabela 5. Por outro lado, o teste t para amostras independentes reporta que, no que se refere ao índice de sintomas físicos, as mulheres [média=83.17(60.0)] e os homens [média=67.5(63.1)] diferem significativamente ($t(303)=-2.212$, $p=.028$), sendo que as mulheres reportam mais sintomas físicos e mais frequentemente que os homens. No entanto, quando exploramos a interacção do género e de cada um dos diferentes tipos de abuso no índice de sintomas físicos, recorrendo à análise ANOVA 'two way between groups', quer no relativo à vitimização de cada um dos tipos de abuso [abuso físico sem sequelas ($F(1)=.221$, n.s.), abuso físico com sequelas ($F(1)=2.0$, n.s.), agressão psicológica ($F(1)=.77$, n.s.), coerção sexual ($F(1)=.002$, n.s.)], quer no relativo à perpetração [abuso físico sem sequelas ($F(1)=.339$, n.s.), abuso físico com sequelas ($F(1)=.323$, n.s.), agressão psicológica ($F(1)=4.1$, n.s.), coerção sexual ($F(1)=2.8$, n.s.)], não se encontram diferenças com significado estatístico na interacção entre as variáveis sexo e abuso.

TABELA 5. Género, prevalência dos diferentes tipos de abuso (perpetração e vitimização) e média do índice total de sintomas físicos (teste t para amostras independentes).

Tipo de abuso		Média do índice de sintomas	
		Homens Média (DP)	Mulheres Média (DP)
<i>Vitimização</i>			
Abuso físico sem sequelas	Não ocorreu	68.0 (59.8)	79.7 (57.9)
	Ocorreu	108.3 (76.5)	109.6 (69.9)
	p	*	*
Abuso físico com sequelas	Não ocorreu	72.7 (62.3)	84.4 (60.6)
	Ocorreu	111.3 (82.9)	51.4 (11.0)
	p	n.s.	n.s.
Agressão psicológica	Não ocorreu	63.1 (65.3)	78.4 (62.2)
	Ocorreu	87.4 (60.7)	88.6 (58.2)
	p	^a	n.s.
Coerção sexual	Não ocorreu	70.5 (62.5)	80.8 (57.0)
	Ocorreu	86.0 (67.8)	95.4 (71.3)
	p	n.s.	n.s.
<i>Perpetração</i>			
Abuso físico sem sequelas	Não ocorreu	70.5 (62.9)	81.8 (58.9)
	Ocorreu	95.9 (68.8)	94.5 (68.0)
	p	n.s.	n.s.
Abuso físico com sequelas	Não ocorreu	74.4 (63.2)	83.9 (60.7)
	Ocorreu	96.7 (87.8)	81.6 (52.2)
	p	n.s.	n.s.
Agressão psicológica	Não ocorreu	59.8 (64.0)	72.7 (56.8)
	Ocorreu	89.7 (61.7)	92.3 (61.9)
	p	*	^b
Coerção sexual	Não ocorreu	72.6 (66.2)	80.1 (58.1)
	Ocorreu	81.0 (60.7)	127.2 (71.3)
	p	n.s.	*

* p < .05; ^a p = .53; ^b p = .59; n.s. não estatisticamente significativo.

Preditores da ocorrência de sintomatologia física

A análise de regressão linear (método *stepwise*), quando inseridas as variáveis sócio-demográficas, a caracterização do relacionamento íntimo e a prevalência de cada tipo de abuso, dá conta que o melhor e único preditor da ocorrência de sintomatologia física na amostra é a vitimização por abuso físico sem sequelas ($F(1,194)=13.0$, $\beta = .251$, $t=3.6$, $p=.000$) que explica 6.3% da variância total dos sintomas físicos reportados pelos sujeitos. Quando se analisam outros factores relacionados com o índice de sintomas físicos, a análise de variância (ANOVA) mostra que não existem diferenças para as variáveis idade do sujeito ($F(5, 295)=.662$, n.s.), nível educacional da mãe ($F(5,295)=1.13$, n.s.) e do pai ($F(5, 295)=.842$, n.s.), tipo ($F(3,249)=1.2$, n.s.) e duração de relacionamento com o companheiro ($F(7,246)=1.31$, n.s.). Encontram-se contudo diferenças significativas a respeito do relato de sintomas físicos para as seguintes variáveis:

existência ou inexistência actual ou passada de um relacionamento íntimo ($F(2,297)=3.4$, $p=.035$) (a análise post-hoc de Bonferroni mostra que estas diferenças acontecem para os sujeitos que nunca tiveram, relativamente àqueles que têm um relacionamento com um mês ou mais de duração, apresentando os primeiros índices de sintomas mais elevados); intervalo de tempo após o término do relacionamento íntimo ($F(7,234)= 3.3$, $p=.002$) (as diferenças ocorrem especificamente entre a categoria 'há 2 meses atrás' que apresenta uma elevação de sintomas físicos relativamente às outras categorias '3-5 meses', '6-11 meses' e 'mais de 1 ano', pela análise post-hoc de Bonferroni).

Discussão

Neste artigo apresentamos um estudo destinado a avaliar o impacto da qualidade do relacionamento íntimo no estado de saúde física dos indivíduos, especificamente quando esse contexto é pautado pela presença de abuso, em consonância com os interesses da investigação empírica conduzida nos últimos anos (Campbell *et al.*, 2002; Coker *et al.*, 2002). Apresentámos resultados que demonstram que o abuso no contexto do relacionamento íntimo é frequente, sendo a agressão psicológica o tipo mais reportado, no respeitante quer à perpetração quer à vitimização (53.8%; 50.8%), no limite superior dos valores obtidos por outros autores (entre 13 e 65%) (Coker *et al.*, 2000c; Stets, 1992; Straus e Sweet, 1992). Entre os restantes tipos de abuso, por ordem decrescente de prevalência, encontra-se: a coerção sexual (18.9%, 25.6%), com valores inferiores aos encontrados noutros estudos (compreendidos entre 24.7% e 50%) (Abbey *et al.*, 1996; Bergman, 1992; Straus *et al.*, 2002, 2003); o abuso físico (16.7%, 15.4% para o abuso físico sem sequelas; 3.8%, 3.8% para o abuso físico com sequelas) em valores nos limites inferiores aos obtidos por outros autores (compreendidos entre 15 e 59%, embora oscilando entre 1.5 e 20% quando se trata de formas mais graves de abuso) (Barnes *et al.*, 1991; Carver, 2000; Dye e Eckhardt, 2000; Stets e Henderson 1991; Straus *et al.*, 2002; Sugarman e Hotaling, 1989). Verificamos assim na nossa amostra, que os diferentes tipos de abuso apesar de presentes em valores elevados, são menos prevalentes que os encontrados na maioria dos estudos, exceptuando a agressão psicológica que encontramos com uma frequência semelhante à observada nas investigações que reportam índices mais elevados.

Á semelhança de outros estudos realizados no nosso país, sobre a prevalência de história de abuso físico em amostras na comunidade, onde taxas inferiores às de outros países são igualmente encontradas (Figueiredo, *et al.*, 2004; Figueiredo e Paiva, 2001), a baixa ocorrência de abuso verificada nesta investigação, comparativamente ao que se observa em outros países (Straus *et al.*, 2002, 2003), levanta duas hipóteses: corresponder à realidade ou resultar de um enviezamento cultural. Com efeito, os tipos de abuso mais reportados, a agressão psicológica e a coerção sexual, podem ser mais socialmente aceites e por conseguinte o seu relato menos culpabilizante, ao invés do abuso físico, que ao ser socialmente mais estigmatizado, sancionado pode por conseguinte ser menos reportado. Para além disso, à vitimização por abuso, encontra-se também associado o medo da retaliação por parte do perpetrador, sendo sempre difícil aceder às verdadeiras taxas de incidência. Quando atendemos ao género, as mulheres tendem a ser mais

vítimas e perpetradores de agressão psicológica e os homens mais vítimas e perpetradores das restantes formas de abuso. Das diferenças com significado estatístico, os homens perpetram mais coerção sexual sobre as suas companheiras, o que é consensual com os resultados obtidos por Straus *et al.* (2003), e são também mais vítimas de abuso físico com sequelas do que as mulheres, o que contradiz a maioria dos estudos, pois as mulheres são regra geral as principais vítimas deste tipo de abuso (Rennison e Welchans, 2000; Straus *et al.*, 2003).

O efeito da qualidade das relações interpessoais íntimas na saúde das pessoas tem sido alvo de diversos trabalhos (Hofer, 1984; Koss, Ingram e Pepper, 2000; Campbell *et al.*, 2002; Coker *et al.*, 2000b). Este efeito não deriva apenas da acção directa da qualidade do relacionamento sobre o estado de saúde dos indivíduos (e.g., sequelas do abuso), mas também no estado de saúde influem processos de ordem psicofisiológica em resposta a uma ameaça, com a possibilidade de determinar resultados de saúde menos positivos (Cohen, Doyle, Skoner, Rabin e Gwaltney, 1997; Kiecolt-Glaser *et al.*, 1994; Rennison e Welchans, 2000; Uchino *et al.*, 1996). Por conseguinte, não só a presença de relações interpessoais íntimas positivas traz benefícios para a saúde dos indivíduos, como também a sua disfunção está envolvida na emergência da doença, uma vez que constitui em si mesma um forte stressor que põe em causa os recursos do indivíduo, relaciona-se com o decréscimo da função imunológica, e é muitas vezes responsável por acidentes e por uma vasta gama de sintomas de disfunção física e psicológica (Campbell *et al.*, 2002; Cascardi *et al.*, 1992; Goldberg e Tomlanovich, 1984; Kiecolt-Glaser e Newton, 2001; McCauley *et al.*, 1998; Uchino *et al.*, 1996).

Entre os preditores da ocorrência de sintomas físicos encontramos variáveis associadas à qualidade do relacionamento. Assim, a vitimização de abuso físico sem sequelas é o melhor preditor da ocorrência de sintomas físicos, em conformidade com os dados de Stets e Straus (1990). Apesar de não se tratar de uma forma severa de abuso, a sua ocorrência pode suscitar no indivíduo um estado de apreensão e tensão pelo medo da escalada, como refere Lovallo (1997) a propósito da resposta aumentada aos stressores pelas vítimas de abuso, que se reflecte na (hiper) activação do sistema endócrino e imunológico. Também, mais sintomas físicos foram encontrados nos sujeitos que acabaram o relacionamento há 2 meses relativamente aos que acabaram há um ano, o que reforça o papel que o stress e o mal-estar associado a esta experiência poderá desempenhar no acréscimo da vulnerabilidade para a emergência e desenvolvimento de morbilidade física, tal como assinalam diversos autores (Kiecolt-Glaser e Newton, 2001; Kiecolt-Glaser *et al.*, 2003; Uchino *et al.*, 1996). Tanto quanto, foram observados mais sintomas nos sujeitos que não têm um relacionamento face aos que têm, o que reforça o papel protector do suporte social e o papel do isolamento social no pior estado de saúde dos indivíduos, referidos na literatura (Kiecolt-Glaser e Newton, 2001). A presença de um conjunto de variáveis relacionadas com a ocorrência de sintomas físicos na amostra em estudo, que se referem ao contexto relacional e à qualidade do mesmo (e.g., tempo decorrido após o término da relação, existência ou não de um relacionamento com mais de 1 mês, idade, nível educacional da mãe e do pai, tipo de relacionamento, duração do relacionamento), como também a ocorrência de determinados tipos de abuso, nomeadamente o abuso físico sem sequelas, enquanto preditor da ocorrência de sintomas

físicos (considerando especificamente o género, para os homens a perpetração e vitimização por agressão psicológica e para as mulheres a vitimização por abuso físico sem sequelas e a perpetração de agressão psicológica e de coerção sexual), mostra a importância da qualidade do relacionamento íntimo para o estado de saúde dos indivíduos. Assim, não são as variáveis sócio-demográficas que predizem a presença de sintomas físicos, mas antes aspectos que se referem à qualidade da relação íntima.

Contrapondo o que Coker, *et al.*, (2000a) salientam sobre as diferenças entre homens e mulheres a respeito da perpetração e vitimização em relação com a qualidade de vida (as mulheres vítimas e os homens perpetradores de formas de abuso severo, apresentam pior qualidade de vida), o presente estudo mostra que esse facto pode não ser tão linear como parece, pois não só os homens que perpetram agressão psicológica, como também as mulheres que perpetram coerção sexual, face aos que não perpetram estas formas de abuso, apresentam mais sintomas físicos. Para além disso, as mulheres e os homens vítimas de abuso físico sem sequelas apresentam ambos elevação de sintomas físicos, reforçando o papel deste tipo de abuso no estado de saúde, mas de uma forma independente do género, contrariamente aos resultados de alguns autores (e.g., Stets e Straus, 1990).

À luz dos resultados obtidos, apesar de na globalidade os sujeitos que perpetram diferentes formas de abuso apresentarem mais sintomas físicos que os que não perpetram, apenas se encontram diferenças significativas para a perpetração de agressão psicológica, sendo que os sujeitos que perpetram esta forma de abuso, reportam mais sintomas físicos e com maior frequência que os sujeitos que não a reportam. Os sujeitos que são vítimas de uma qualquer forma de abuso reportam mais sintomas que os sujeitos que não são vítimas; porém, apenas para o abuso físico sem sequelas e para a agressão psicológica são encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao relato de sintomas físicos, sendo que para as vítimas destes tipos de abuso se encontra um índice de sintomas físicos superior ao dos sujeitos não abusados. Debruçando-se sobre a relação entre o abuso e a saúde, Drossman *et al.* (1995) encontram nas vítimas de formas severas de abuso físico e sexual uma elevação das queixas gastrointestinais. Na mesma ordem de resultados, McCauley *et al.* (1998) acrescenta que o número de queixas físicas é proporcional à severidade do abuso físico, não descurando que as vítimas de formas menos severas de abuso apresentam igualmente problemas de saúde. Em seguimento do exposto por estes autores, no estudo que estamos a tratar, os sujeitos vítimas de abuso físico sem sequelas, entre todos os tipos de abuso, são aqueles que apresentam mais sintomas físicos, o que sustenta a associação entre o abuso físico e a presença de queixas físicas, mas não a relação exponencial proposta por McCauley *et al.* (1998) entre a severidade e o número de queixas, uma vez que não é o abuso físico com sequelas o que se segue em termos de número de sintomas físicos, mas a coerção sexual e a agressão psicológica. Por seu turno, Coker *et al.* (2000c) advertem para o papel da agressão psicológica, além do abuso físico, no surgimento de resultados adversos na saúde física e mental. Em conformidade com estes autores, na investigação que apresentamos, os sujeitos vítimas de agressão psicológica, são os que mais queixas físicas revelam (apesar dos sujeitos vítimas de abuso físico sem sequelas reportarem mais sintomas físicos entre todos os tipos de abuso, mas sem diferenças significativas

entre os grupos com e sem abuso). Acrescenta-se ainda o facto de os sujeitos que perpetraram agressão psicológica e abuso físico sem sequelas, serem também os que mais sintomas físicos mostram, face aos que não apresentam estes tipos de abuso. Assim, poderemos afirmar que se encontra uma elevação de sintomas físicos não só nos sujeitos vítimas de abuso mas também nos perpetradores, que avaliam o seu estado de saúde como pior relativamente àqueles que não reportam qualquer tipo de abuso, à semelhança do mencionado por Plitcha (2001), a respeito da avaliação menos positiva pelos sujeitos envolvidos em relações abusivas face aos não envolvidos. Esta avaliação pode justificar-se uma vez que tanto a perpetração como a vitimização do abuso predis põem e resultam de um aumento do mal-estar relacional na díade que a manifesta, como já referimos, traduzindo-se em alterações na activação autonómica nas vítimas e nos perpetradores do abuso (Jacobson *et al.*, 1993) e consequentemente na actividade fisiológica (Kiecolt-Glaser *et al.*, 2003; Levenson e Gottman, 1992; Miller *et al.*, 1996) com manifestações na saúde sob a forma de sintomas físicos.

Todavia, é importante referir que a amostra que estamos a tratar não é uma amostra clínica, nem este trabalho se foca em dados consubstanciados do estado de saúde ou da experiência de abuso, pelo que a baixa prevalência das formas severas de abuso, assim como a relativa morbidade física podem em boa parte limitar a interpretação dos resultados em termos de representatividade clínica. Para além do atrás enunciado, este estudo apresenta outras limitações que apresentamos de seguida:

- O método de avaliação do estado de saúde, sendo o que se denomina por estado de saúde dos indivíduos, mais a percepção que o sujeito tem sobre o mesmo, restringindo-se a uma avaliação individual e não a dados consubstanciados.
- A frequência anual das queixas apresentadas constitui uma outra limitação metodológica, tornando mais difícil a precisão da avaliação da frequência na ocorrência destes eventos, por o período de recordação ser longo, e para contornar esta limitação, para além do período de tempo de um ano (que é importante para determinar a prevalência), os sujeitos deveriam também mencionar a frequência do abuso ou das queixas físicas num intervalo de tempo inferior (e.g. uma semana).
- Características sócio-demográficas da amostra, se por um lado os resultados dificilmente poderão ser generalizados a amostras clínicas, por outro lado, os mesmos reforçam ainda mais o impacto que o abuso poderá ter na saúde dos indivíduos ainda que em amostras não clínicas.
- Grande parte dos estudos mencionados centra-se em amostras clínicas, pelo que a comparação com os mesmos deve ser feita com cuidado.
- Em termos dos procedimentos, os dados são baseados em informações anónimas, sendo a taxa de adesão bastante elevada, apesar de um número razoável de respostas em branco ocorrerem na resposta a alguns itens, incrementando os valores ‘missing’ no cômputo geral das escalas (através da soma dos itens).
- Em último lugar, não devemos esquecer tratar-se de um estudo retrospectivo, que apresenta as limitações inerentes a este tipo de procedimentos.

O estabelecimento das tarefas desenvolvimentais associadas à construção da intimidade no início da idade adulta é um momento significativo na estruturação da personalidade do indivíduo. Emergem padrões de mudança ou solidificam-se respostas a situações ameaçadoras e com potencial lesivo, com consequências na qualidade do relacionamento íntimo e afectando o estado de saúde dos indivíduos. Quando o padrão de relacionamento interpessoal é caracterizado por dimensões disfuncionais e abusivas torna-se importante a implementação de novos modelos de interacção, sendo necessário desenvolver intervenções específicas no sentido de promover a qualidade do relacionamento íntimo pré-marital, prevenindo a ocorrência de abuso e as suas implicações na saúde. Em última análise, este facto enquadrado no âmbito da saúde pode diminuir os gastos associados às sequelas decorrentes das relações abusivas, não apenas derivadas das consequências directas do abuso, como também daquelas que vêm associadas à sua continuidade. A este respeito, o objectivo proposto nesta investigação configura que a qualidade da interacção com o companheiro tem efeitos na saúde física dos indivíduos, não apenas no que se refere às vítimas como também aos perpetradores, e às características específicas do relacionamento. Complementa o que tem sido descrito sobre a forma como os stressores sociais se reflectem no estado de saúde física dos indivíduos, salientando o papel da qualidade do relacionamento íntimo no mesmo e alertando para a necessidade de serviços de acompanhamento psicológico para os jovens casais vítimas-perpetradores de abuso no contexto do seu relacionamento.

Referências

- Abbey, A., Ross, L. T., McDuffie, D. e McAuslan, P. (1996). Alcohol, misperception, and sexual assault: How and why are they linked. En D. M. Buss e N. Malamuth (Eds.), *Sex, power, conflict: Feminist and evolutionary perspectives* (pp. 138-161). Londres: Oxford University Press.
- Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, M. J. e Lowenstein, R. (1995). Domestic violence against women. Incidence and prevalence in emergency department population. *JAMA*, 273, 1763-1767.
- Bachman, R. e Saltzman, L. E. (1995). *Violence against women: Estimates from the redesigned survey*. Washington: Bureau of Justice Statistics.
- Barnes, G., Greenwood, L. e Sommer, R. (1991). Courtship Violence in a Canadian sample of male college students. *Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies*, 40, 37-44.
- Barnett, O. W., Miller-Perrin, C. L. e Perrin, R. D. (1997). *Family violence across the life span*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bear, M. F., Connors, B. W. e Paradiso, M. A. (1996). *Neuroscience: Exploring the brain*. Baltimore: Williams e Williams.
- Bergman, L. (1992). Dating violence among high school students. *Social Work*, 37, 21-27.
- Bergman, B. e Brismar, B. (1991). A five-year follow-up study of 117 battered women. *American Journal of Public Health*, 81, 1486-1488.
- Campbell, J., Jones, A. S., Dieneman, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C. e Wyppe, C. (2002). Intimate Partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157-1163.
- Campbell, J. e Lewandowski, L. (1997). Mental and physical effects of intimate partner violence on women and children. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20, 353-374.

- Carver, R. S. (2000). Dating Violence and its relation to identity, self-esteem, and silencing the self among college women. *Dissertation Abstracts International, section A: Humanities and Social Sciences*, 60, 2702.
- Cascardi, M., Langhinrichsen, J. e Vivian, D. (1992). Marital aggression: Impact, injury and health correlates for husbands and wives. *Archives of Internal Medicine*, 152, 1178-1184.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S. e Gwaltney, J. M. (1997). Social ties and susceptibility to common cold. *JAMA*, 277, 1940-1944.
- Coker, A. L., Bonde, S., Madeleine, M. M., Luchok, K. e Pirisi, L. (2003a). Social support reduces the impact of partner violence on health: Application of structural equation models. *Preventive Medicine*, 37, 259-267.
- Coker, A. e Davis, K. (2001, julho). *Impact of intimate violence on men and women: Analysis of the NVAW Survey*. Paper presented at 7th International Family Violence Research Conference. Portsmouth: New Hampshire.
- Coker, A. L. Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M. e Smith P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 260-268.
- Coker, A. L., McKeown, R. E., Sanderson, M., Davis, K. E., Valois, R. F. e Huebner E. S. (2000a). Severe dating violence and quality of life among south carolina high school students. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 220-227.
- Coker, A., Reeder, C. E., Fadden, M. K. e Smith, P. (2003b, julho). *Physical partner abuse and Medicaid utilization and expenditures*. Paper presented at the International Family Violence Conference, Portsmouth: New Hampshire.
- Coker, A. L., Sanderson, M., Fadden, M. e Pirisi, L. (2000b). Intimate partner violence and cervical neoplasia. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 9, 1015-1023.
- Coker, A., Smith, P., Bethea, L., King, M. e McKeown, R. (2000c). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9, 1015-1023.
- Damásio, A. R. (1994). *Descartes's error: Emotion, reason, and the human brain*. Nova York: Putnam.
- Davidson, R. J. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55, 1193-1214.
- De Haes, J. C. J. M., Olschewski, M., Fayers, P., Visser, M. R. M., Cull, A., Hopwood, P. e Sanderman, R. (1996). *Measuring the quality of life in cancer patients with the Rotterdam Symptom Checklist (RSCL): A manual*. Groningen: University of Groningen.
- Dearwater, S. R., Coben, J. H., Campbell, J. C., Nah, G., Glass, N., McLoughlin, E. e Bekemeier, B. (1998). Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments. *JAMA*, 273, 1763-1767.
- DeKerseredy, W. S. e Schwartz, M. D. (1998). *Woman abuse on campus: Results from the Canadian national survey*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Domino, J. V. e Haber, J. D. (1987). Prior physical and sexual abuse in women with chronic headache: Clinical correlates. *Headache*, 27, 310-314.
- Drossman, D. A., Leserman, J., Nachman, G., Li, Z. M., Gluck, H., Toomey, T. C. e Mitchell, C. M. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Annals of Internal Medicine*, 113, 828-833.
- Drossman, D. A., Talley, N. J., Leserman, J., Olden, K. W. e Barreiro, M. A. (1995). Sexual and physical abuse in gastrointestinal illness: Review and recommendations. *Annals of Internal Medicine*, 123, 782-794.
- Dye, M. e Eckhardt, C. (2000). Anger, irrational beliefs and dysfunctional attitudes in violent dating relationships. *Violence and Victims*, 15, 337-350.

- Eby, K. K., Campbell, J. C., Sullivan, C. M. e Davidson, W. S. (1995). Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care Women International*, 16, 563-576.
- Emery, B. C., Cate, R. M., Henton, J. M. e Andrews, D. (1987, novembro). *Perceived legitimizing factors in premarital violence*. Paper presented at the Conference of the National Council on Family Relations, Atlanta, GA.
- FBI (1996). Crime in the United States. National Violence Against Woman Survey. *Uniform Crime Reports*, 17.
- Figueiredo, B., Bifulco, A., Paiva, C., Fernandes, E., Matos, R. e Maia, A. (2004). History of abuse in Portuguese parents. *Child Abuse and Neglect*, 28, 669-682.
- Figueiredo, B. e Paiva, C. (2001). Maus tratos em amostras na comunidade: Prevalência de abuso físico e sexual. *Infância e Sociedade*, 4, 121-134.
- Gelles, R. J. e Straus, M. A. (1988). *Intimate Violence*. Nova York: Simon e Schuster.
- Glaser, R. e Kiecolt-Glaser, J. K. (1994). *Handbook of human stress and immunity*. San Diego, CA: Academic Press.
- Goldberg, W. G. e Tomlanovich, M. C. (1984). Domestic violence victims in the emergency department. *JAMA*, 251, 3259-3264.
- Green, C. R., Flowe-Valencia, H., Rosenblum, L. e Tait, A. R. (1999). Do physical and sexual abuse differentially affect chronic pain states in women? *Journal of Pain Symptom Management*, 18, 420-426.
- Henry, J. P. e Stephens, P. M. (1977). *Stress, health and the social environment*. Nova York: Springer-Verlag.
- Hofer, M. A. (1984). Relationships as regulators: A psychobiological perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 183-197.
- Hofer, M. A. (1996). On the nature and the consequences of early loss. *Psychosomatic Medicine*, 58, 570-581.
- Jacobson, N., Gottman, J., Waltz, J., Rushe, R. e Babcock, J. (1993). Affect, verbal content, and psychophysiology in the arguments of couples with a violent husband. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 982-988.
- Kendall-Tackett, K. A. (2003). *Treating the lifetime health effects of childhood victimization*. New Jersey: Civic research Institute.
- Kendall-Tackett, K. A. e Marshall, R. (1999). Victimization and diabetes: An exploratory study. *Child Abuse and Neglect*, 23, 593-596.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Bane, C., Glaser, R. e Malarkey, W. B. (2003). Love, marriage, and divorce: Newlywed's stress hormones foreshadow relationship changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 176-188.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Malarkey, W., Cacioppo, J. T. e Glaser, R. (1994). Stressful personal relationships: Endocrine and immune function. En R. Glaser e J. K. Kiecolt-Glaser (Eds.), *Handbook of human stress and immunity* (pp. 321-339). San Diego, CA: Academic Press.
- Kiecolt-Glaser, J. K. e Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503.
- Kilpatrick, D. G., Best, C. L., Saunders, B. E. e Vernon, L. J. (1988). Rape in marriage and dating relationships: How bad is it for mental health? *Social Forces*, 61, 484-507.
- Koss, M. P. (1988). Hidden rape: Sexual aggression and victimization in a national sample of students in higher education. En A. W. Burgess (Ed.), *Rape and sexual assault* (pp. 3-25). Nova York: Garland.
- Koss, M. P. (1993). Detecting the scope of rape: A review of prevalence research methods. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 198-222.

- Koss, M. P., Gidycz, C. A. e Wisniewski, N. (1987). The scope of rape: Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 162-170.
- Koss, M., Ingram, M. e Pepper, S. (2000). Male partner violence against women: Medical impact and the response of the health care system. En A. Baum e T. Reveson (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 541-557). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Koss, M. P., Koss, P. e Woodruff, W. J. (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 151, 342-357.
- Kurz, D. (1997). Violence against woman or family violence? Current debates. En L. L. O'Toole e J. R. Schiffman (Eds.), *Gender violence: Interdisciplinary perspectives* (pp. 443-453). Nova York: University Press.
- Levenson, R. W. e Gottman, J. M. (1992). Marital interaction: Physiological and affective predictors of change in relationship satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 85-89.
- Lovallo, W. R. (1997). *Stress and health: Biological and psychological interactions*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lown, E. A. e Veja, W. A. (2001). Intimate partner violence and health: Self-assessed health, chronic health, and somatic symptoms among Mexican American women. *Psychosomatic Medicine*, 63, 352-360.
- Maes, M., Lin, A., Delmeire, L., Van Gastel, A., Kenis, G., De Jongh, R. e Bosmans, E. (1999). Elevated serum interleukin-6 (IL-6) and IL-6 receptor concentrations in posttraumatic stress disorder following accidental man-made traumatic events. *Biological Psychiatry*, 45, 833-839.
- McCauley, J., Yurk, R., Jenckes, M. e Ford, D. (1998). Inside 'Pandora's Box': Abused women's experiences with clinicians and health services. *Archives of Internal Medicine*, 13, 549-555.
- Miller, A. H. (1998). Neuroendocrine and immune system interactions in stress and depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 21, 443-463.
- Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Guijarro, M. L. e Hallet, A. J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348.
- Montero, I. e León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Muehlenhard, C. L. e Linton, M. A. (1987). Date rape and sexual aggression in dating situations: Incidence and risk factors. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 186-196.
- Paiva, C. e Figueiredo, B. (2003). Abuso no relacionamento íntimo com o companheiro: Causas e efeitos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4, 165-184.
- Paiva, C. e Figueiredo, B. (2004). Abuso no relacionamento íntimo: Estudo de prevalência em jovens adultos portugueses. *Psychologica*, 36, 75-107.
- Paiva, C. e Figueiredo, B. (in press). Estudo de validação da versão portuguesa das "Revised Conflict Tactics Scales". *Análise Psicológica*.
- Plitcha, S. B. (1992). The effects of women abuse on health care utilization and health status: A literature review. *Women's Health Issues*, 2, 154-163.
- Plitcha, S. B. (2001). Prevalence of violence and its implications for women's health. *Women's Health Issues*, 11, 244-258.
- Plichta, S. B. e Abraham, C. (1996). Violence and gynecologic health in women before 50 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 174, 903-907.
- Plotsky, P. M., Owens, M. J. e Nemeroff, C. B. (1998). Psychoneuroendocrinology of depression: Hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Psychiatric Clinics of North America*, 21, 293-307.

- Ramos-Álvarez, M.M. e Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Rennison, C. M. e Welchans, S. (2000). *Intimate Partner Violence*. Washington: Bureau of Justice Statistics.
- Rojas, I., Padjett, D. A., Sheridan, J. F. e Marucha, P. T. (2002). Stress-Induced susceptibility to bacterial infection during cutaneous wound healing. *Brain, Behavior and Immunity*, 16, 78-84.
- Rush, M. E. (2000). Young woman's experiences of dating violence: A phenomenological study. *Dissertation Abstracts International, section B: The Sciences and Engineering*, 60, 4524.
- Russo, N. F. (1985). *A women's mental health agenda*. Washington DC: American Psychological Association.
- Sanchez, M. M., Aguado, F., Sanchez-Toscano, F. e Saphier, D. (1995). Effects of prolonged social isolation on responses of neurons in bed nucleus of *stria terminallis*, pre-optic area, and hypothalamic paraventricular nucleus to stimulation of the medial amygdala. *Psychoneuroendocrinology*, 20, 525-541.
- Stets, J. E. (1992). Verbal and physical aggression in marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 501-514.
- Stets, J. E. e Henderson, D. A. (1991). Contextual factors surrounding conflict resolution while dating: Results from a national study. *Family Relations*, 40, 29-36.
- Stets, J. E. e Straus, M. A. (1990). Gender differences in reporting marital violence and its medical and psychological consequences. En M. A. Straus e R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: Risk factors and adaptation to violence in 8.145 families* (pp. 151-165). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Straus, M. A. e Sweet, S. (1992). Verbal / symbolic aggression in couples: Incidence rates and relationships to personal characteristics. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 346-357.
- Straus, M. A., Aldrichi, T., Borochowitz, D. Y., Brownridge, D. A., Chan, E. L., Figueiredo, B., Gagne, M. H., Galliher, R. V., Hebert, M., Jamieson, E., MacMillan, H. L., Laporte, L., Paiva, C., Ramirez, I. L., Trochme, N., Walsh, C. e Yodanis, C. L. (2002, setembro). *Physical and sexual assault on dating partners by university students in nine countries*. Paper presented at the meeting of the European Society of criminology. Toledo, Spain.
- Straus, M. A., Aldrichi, T., Borochowitz, D. Y., Brownridge, D. A., Chan, E. L., Figueiredo, B., Gagne, M. H., Galliher, R. V., Hebert, M., Jamieson, E., MacMillan, H. L., Laporte, L., Ramirez, I. L., Trochme, N., Walsh, C. e Yodanis, C. L. (2003, junho). *Prevalence and correlates of family violence worldwide: Estimates from the international dating violence survey*. Paper presented at the International Seminar of Family Violence, Montreal, Canada.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. e Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Straus, M. A. e Sweet, S. (1992). Verbal / symbolic aggression in couples: Incidence rates and relationships to personal characteristics. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 346-357.
- Sugarman, D. B. e Hotaling, G. T. (1989). Dating violence: Prevalence, context and risk markers. En M. A. Pirog-Good e J. E. Stets (Eds.), *Violence in dating relationships: Emerging social issues* (pp. 3-32). Nova York: Pareger.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. e Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.

- Ulrich, Y. C., Cain, K. C., Sugg, N. K., Rivara, F. P., Rubanowice, D. M. e Tompson, R. S. (2003). Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. *American Journal of Preventive Medicine, 24*, 9-15.
- Wisner, C. L., Gilmer, T. P., Saltzman, L. E. e Zink, T. M. (1999). Intimate partner violence against women: Do victims cost health plans more? *Journal of Family Practice, 48*, 439-443.
- Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to post traumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 43-39.