



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

Repercussões na saúde física e comportamentos de risco em
mulheres vítimas de violência conjugal

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Vânia Isabel Pereira da Graça



FACULDADE DE FILOSOFIA
ABRIL 2015



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Repercussões na saúde física e comportamentos de risco em mulheres vítimas de violência conjugal

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Vânia Isabel Pereira da Graça

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**

Co-Orientação da Prof.^a Doutora **Carla Alexandra
Paiva**



FACULDADE DE FILOSOFIA
ABRIL 2015

Agradecimentos

À Professora Doutora Eleonora Cunha por toda a orientação, atenção prestada e conhecimentos transmitidos.

À Professora Doutora Carla Paiva por toda a ajuda, disponibilidade e partilha de saberes.

À Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) e aos profissionais que se disponibilizaram e permitiram a realização deste estudo.

Às mulheres que aceitaram participar nesta investigação, pela colaboração e coragem demonstrada, porque sem a sua participação este estudo não teria sido possível.

Às minhas colegas Olga, Carolina e Roberta, pelo incentivo e todo o trabalho realizado em conjunto.

Aos meus pais e irmã, por todo o esforço e dedicação que têm demonstrado para que eu possa traçar o caminho que escolhi, sem nunca duvidarem das minhas capacidades.

Ao Jean, por todo o apoio e compreensão de forma incondicional.

Resumo

O presente estudo teve como objetivos avaliar as repercussões ao nível da saúde física, particularmente quanto ao autorrelato de queixas físicas e de somatização, e a ocorrência de comportamentos de risco em mulheres vítimas de violência conjugal. A amostra é composta por 65 mulheres que recorreram à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) - gabinete de Braga, por terem sofrido algum tipo de violência conjugal. As participantes preencheram a versão portuguesa dos seguintes instrumentos: *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2), *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL) e *Brief Symptom Inventory* (BSI), para além de um questionário sociodemográfico e questões relativas aos comportamentos de risco. Os resultados indicam que os diferentes tipos de abuso se encontram associados a diferentes consequências na saúde e comportamentos de risco. Assim, as mulheres vítimas de abuso físico sem sequelas apresentam mais queixas físicas e somatização, as que reportam abuso físico com sequelas consomem mais tabaco e as que experienciaram mais agressão psicológica relatam um maior consumo de droga. Neste sentido, é de enfatizar a intervenção direcionada à promoção da qualidade das relações de intimidade e de resolução de conflitos conjugais, de forma a prevenir a ocorrência de violência conjugal, assim como programas de promoção da saúde junto das vítimas, para prevenir ou reduzir as consequências nefastas para a saúde e os comportamentos de risco associados.

Palavras-chave: violência conjugal; saúde física; comportamentos de risco.

Abstract

The present paper aimed to evaluate physical health repercussions, in particular self-reported physical complaints and somatization, and the occurrence of risk behaviours concerning health of women involved in IPV. The sample consists of 65 women involved in intimate partner violence relationship, who addressed to Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) – Braga’s office. The participants filled the Portuguese version of the following instruments: Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), Rotterdam Symptom Checklist (RSCL), and Brief Symptom Inventory (BSI), besides, a socio-demographic inquiry and some questions concerning risk behaviours were also filled. The results demonstrate that different types of abuse are associated with different consequences concerning health and risk behaviours. Thus, women victims of physical abuse without injury present more physical complaints and somatization, those who experience physical abuse with injury exhibit increased tobacco consumption, and those who experience increased psychological aggression report increased drug abuse. In this regard, as a mean to prevent the occurrence of intimate partner violence emphasis should be given to the development of programs that promote quality in intimate relationships, programs that promote resolution of intimate conflict, as well as programs that improve victim’s health, such programs should aim minimization and prevention of negative health consequences and risk behaviours.

Keywords: intimate partner violence; physical health; risk behaviours

Índice

| | Páginas |
|--|---------|
| Introdução Geral..... | 6 |
| PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO..... | 7 |
| Capítulo I – A Violência em Contexto Conjugal..... | 8 |
| 1.1 Epidemiologia da Violência Conjugal..... | 8 |
| 1.2 Conceptualização da Violência na Conjugalidade..... | 9 |
| 1.2.1 O Conceito de Violência Conjugal..... | 9 |
| 1.2.2 Tipos de Abuso..... | 10 |
| Capítulo II – Repercussões da Violência Conjugal na Saúde Física..... | 11 |
| 2.1 Impacto da Violência Conjugal na Saúde das Vítimas..... | 11 |
| 2.1.1 A Procura de Cuidados de Saúde..... | 11 |
| 2.1.2 Queixas Físicas e Problemas de Saúde Associados à Violência Conjugal..... | 12 |
| 2.1.3 Exposição à Violência Conjugal e Sintomas Somáticos..... | 15 |
| 2.2 Comportamentos de Risco para a Saúde Associados à Violência Conjugal..... | 17 |
| 2.2.1 O Consumo de Substâncias..... | 17 |
| 2.2.2 O Uso Inconsistente do Preservativo..... | 19 |
| 2.3 Violência Conjugal, Stress e as Suas Implicações na Saúde..... | 21 |
| PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA..... | 24 |
| Capítulo III – Metodologia..... | 25 |
| 3.1 Objetivos..... | 25 |
| 3.2 Design..... | 25 |
| 3.3 Variáveis Estudadas..... | 25 |
| 3.4 Hipóteses..... | 26 |
| 3.5 Análises Exploratórias..... | 26 |
| 3.6 Seleção e Recolha da Amostra..... | 27 |
| 3.7 Caracterização da Amostra..... | 27 |
| 3.8 Instrumentos..... | 34 |
| 3.8.1 Questionário Sociodemográfico..... | 34 |
| 3.8.2 Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2 - <i>Revised Conflict Tactics Scales</i>)..... | 34 |
| 3.8.3 <i>Rotterdam Symptom Checklist</i> (RSCL)..... | 36 |
| 3.8.4 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI - <i>Brief Symptom Inventory</i>)..... | 38 |
| 3.8.5 Avaliação dos Comportamentos de Risco para a Saúde..... | 39 |

| | |
|---|----|
| 3.9 Análise dos Dados | 39 |
| Capítulo IV – Apresentação dos Resultados | 40 |
| 4.1 Resultados do Teste de Hipóteses | 40 |
| 4.2 Resultados das Análises Exploratórias | 46 |
| Capítulo V - Discussão dos Resultados..... | 47 |
| 5.1 Discussão dos Resultados do Teste de Hipóteses..... | 47 |
| 5.2 Discussão dos Resultados das Análises Exploratórias | 50 |
| 5.3 Limitações do Estudo | 53 |
| 5.4 Conclusões e Implicações para a Prática..... | 53 |
| Referências Bibliográficas | 55 |
| Anexos..... | 65 |

Introdução Geral

A violência contra as mulheres é uma realidade presente em todo o mundo (World Health Organization [WHO], 2013) e representa um problema com custos elevados para as famílias, comunidades, profissionais de saúde física e mental, para o sistema judicial e para a sociedade em geral (Caldwell, Swan & Woodbrown, 2012). No entanto, a estimativa real da prevalência deste tipo de violência é ainda incerta, dado que muitas mulheres não expõem a sua história de violência e não procuram ajuda, por motivações diversas, mantendo este problema oculto (WHO, 2009). Para além disso, a violência conjugal é um problema de saúde pública (Breiding, Black & Ryan, 2008) pelas sequelas físicas e psicológicas decorrentes da mesma e por colocar a saúde da mulher em risco, limitar a sua participação na sociedade e causar grande sofrimento humano (WHO, 2013).

A literatura tem apresentado diversas evidências acerca das implicações negativas da violência conjugal na saúde das mulheres (Carbone-López, Kruttschnitt & Macmillan, 2006; Coker et al., 2002; Paiva & Figueiredo, 2005). De facto, a violência perpetrada por um companheiro nas relações de intimidade é suscetível de provocar nas vítimas sequelas físicas que, de acordo com a sua gravidade, conduzem a hospitalizações, invalidez ou até à morte (Black et al., 2011). Por exemplo, Lown e Veja (2001) referem que as vítimas de violência conjugal apresentam níveis elevados de queixas de saúde e ainda um aumento da probabilidade de experienciar uma saúde pobre e deficiências físicas (Carbone-López et al., 2006). Para além disso, a violência encontra-se também associada à experiência de sintomas de saúde somáticos (Halpern et al., 2013; Kaura & Lohman, 2007), bem como a comportamentos de risco para a saúde das vítimas (Bonomi et al., 2006).

O presente trabalho procura estudar algumas das repercussões da violência conjugal ao nível da saúde física das mulheres, no que se refere a queixas físicas, sintomas somáticos e a comportamentos de risco para a saúde, particularmente o abuso de substâncias e o uso inconsistente do preservativo. Neste sentido, o presente trabalho encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte diz respeito à revisão da literatura sobre o tema e encontra-se subdividida em dois capítulos, que se dedicam à contextualização da violência conjugal e às repercussões da mesma ao nível da saúde física. A segunda parte apresenta a investigação empírica efetuada e apresenta-se dividida em três capítulos, nomeadamente a metodologia do estudo, a apresentação dos resultados e a sua discussão.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I – A Violência em Contexto Conjugal

1.1 Epidemiologia da Violência Conjugal

A violência em contexto conjugal é um fenómeno vivenciado em todo o mundo. Neste sentido, um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO, 2013) teve como um dos objetivos analisar a prevalência global e regional da violência entre parceiros íntimos. Os dados apresentados no estudo foram recolhidos nas regiões da OMS, que incluem países com baixo, médio e elevado rendimento, e permitiram verificar que a prevalência global da violência conjugal ao nível físico e/ou sexual entre as mulheres foi de 30%. Ao nível regional, a prevalência apresentou-se mais elevada nas regiões da OMS de África, Mediterrâneo Oriental e Sudeste da Ásia, sendo que aproximadamente 37% das mulheres nestas regiões relataram ter experienciado violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo em algum momento da sua vida. Seguidamente, a prevalência mais elevada foi obtida na região da América, com aproximadamente 30% das mulheres a reportarem exposição à violência por parte de um parceiro ao longo da vida. A prevalência mais baixa foi verificada nos países com elevado rendimento, com 23%, e nas regiões da Europa e do Pacífico Ocidental, com 25%.

Segundo Black e col. (2011), no que se refere especificamente aos Estados Unidos da América, a violência conjugal representa um dos maiores problemas de saúde pública. Assim, de acordo com os autores, em 2010, mais do que uma em cada três mulheres (35.6%) e um em cada quatro homens (28.5%) relataram já ter experienciado violência sexual, violência física e/ou *stalking* por parte de um parceiro íntimo e, aproximadamente metade das mulheres (48.4%) e dos homens (48.8%), indicaram ter experienciado violência psicológica, também, por parte de um companheiro.

Em Portugal, no ano de 2013, registaram-se 7233 (82.8%) vítimas de violência do género feminino e 1444 (16.5%) vítimas do género masculino, sendo que 84.2% dos crimes reportados foram de violência doméstica (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2014.) Neste tipo de crime, no que se refere à relação entre a vítima e o agressor, verifica-se que em 30.7% a relação é de cônjuge, em 12.3% é de companheiro, em 6.9% é de ex-companheiro e em 5.5% é de ex-cônjuge (APAV, 2014).

1.2 Conceptualização da Violência na Conjugalidade

A violência entre parceiros íntimos é, vulgarmente, denominada de violência doméstica (WHO, 2005). Contudo, a violência doméstica, segundo a APAV (2010), pode ser definida como toda a conduta que provoque, de forma direta ou indireta, sofrimento ao nível físico, sexual, psicológico ou económico, num contexto de habitação no mesmo espaço doméstico ou de relação de intimidade, atual ou passada, de parentesco, adoção ou afinidade. Posto isto, salienta-se que o presente trabalho foca-se exclusivamente na violência entre parceiros íntimos, designada em Portugal por violência conjugal.

Kelly e Johnson (2008) afirmam que existe uma simetria de género na perpetração de alguns tipos de violência conjugal, pelo que tanto o homem como a mulher podem apresentar comportamentos agressivos na relação. No entanto, como se pode verificar pelas estatísticas, as taxas de vitimização continuam a apresentar-se mais elevadas para as mulheres (APAV, 2010; 2014), sendo este crime praticado, sobretudo, pelos seus parceiros íntimos do género masculino (WHO, 2009).

1.2.1 O Conceito de Violência Conjugal

A violência conjugal é definida, de uma forma geral, como a violência cometida por um atual ou anterior cônjuge ou namorado/a que ocorre entre casais heterossexuais ou homossexuais (*National Center for Injury Prevention and Control*, 2003; Saltzman, Fanslow, McMahon & Shelley, 2002). Este tipo de violência compreende abusos físicos, sexuais, psicológicos/emocionais e/ou ameaças de abuso físico ou sexual (Saltzman et al., 2002). A violência conjugal, tal como afirma Matos (2002), manifesta-se, frequentemente, de modo contínuo e arbitrário, pelo que vários fatores podem conduzir aos comportamentos violentos.

De acordo com Kelly e Johnson (2008) existem quatro padrões de violência conjugal, especificamente *Coercive Controlling Violence*, *Violent Resistance*, *Situational Couple Violence* e *Separation-Instigated Violence*. Segundo os autores, *Coercive Controlling Violence* refere-se à intimidação emocional abusiva, coerção e controlo que envolve abuso físico contra o parceiro, sendo este, geralmente, o padrão de violência mais frequente e severo; *Violent Resistance* é a violência que ocorre como uma reação imediata a uma agressão e que tem como objetivo proteger o próprio de lesões; *Situational Couple Violence* apresenta-se como o padrão de violência mais comum entre parceiros casados ou em coabitação, sendo perpetrado tanto por homens como pelas mulheres, e resulta de situações ou discussões entre os parceiros que passam, ocasionalmente, para o abuso físico; e *Separation-Instigated*

Violence representa uma perda de controlo psicológico atípica face a uma situação de separação ou divórcio, frequentemente limitada a um ou dois episódios, que ocorrem no início ou durante o período de separação, abrangendo formas de violência moderadas a severas.

A literatura aponta alguns fatores de risco relacionados com a vitimização e a perpetração de violência conjugal, sendo que Abramsky e col. (2011) salientam o consumo abusivo do álcool, a coabitação dos parceiros, ser jovem, manter relacionamentos extraconjugais, história de abuso na infância, crescer com a exposição à violência doméstica e perpetuar ou vivenciar outras formas de abuso e atitudes que sustentam a violência de género. No mesmo sentido, o estudo de Thompson e col. (2006), constatou que as taxas de violência conjugal são mais elevadas nas mulheres jovens, com baixo rendimento, menor educação, em mães solteiras e nas mulheres que experienciaram abuso infantil. Por outro lado, existem alguns fatores protetores face à violência conjugal, particularmente uma educação de nível secundário, um nível socioeconómico elevado e um matrimónio formal (Abramsky et al., 2011).

1.2.2 Tipos de Abuso

A violência conjugal engloba abusos físicos, sexuais ou emocionais, assim como comportamentos de coação ou de controlo (Bundock et al., 2013; WHO, 2005) que apresentam, frequentemente, um carácter repetitivo ou continuado (*National Center for Injury Prevention and Control*, 2003). Especificamente, a violência física diz respeito ao uso intencional da força física que pode causar a morte, incapacidade, ferimentos ou danos no sujeito (Saltzman et al., 2002). Esta inclui os atos infligidos pelo parceiro em que a mulher é esbofetada ou lhe é atirado algo que a possa ferir; empurrada; batida com o punho ou qualquer outra coisa que a possa ferir; pontapeada, arrastada ou espancada; asfixiada ou queimada; e/ou ameaçada ou ferida com uma pistola, faca ou outra arma (WHO, 2005; 2013). A violência sexual é definida pela OMS (WHO, 2005; 2013) tendo em consideração três comportamentos, particularmente quando a mulher é forçada fisicamente para ter relações sexuais contra a sua vontade; quando a mulher tem relações sexuais por medo do que o parceiro possa fazer; e/ou quando é forçada a ter um comportamento sexual que esta julgue degradante ou humilhante. No que se refere ao abuso emocional por parte do parceiro, este compreende os atos em que a mulher é insultada ou levada a sentir-se mal consigo própria; humilhada ou desconsiderada na presença de outros; atemorizada de propósito; e/ou ameaçada de dano, seja de forma direta ou indireta (WHO, 2005). O comportamento controlador refere-

se aos atos em que o sujeito tenta controlar e/ou limitar os comportamentos e interações sociais do parceiro (WHO, 2013) e tende a ocorrer juntamente com o abuso físico e/ou sexual (WHO, 2013).

Capítulo II – Repercussões da Violência Conjugal na Saúde Física

2.1 Impacto da Violência Conjugal na Saúde das Vítimas

A experiência de violência conjugal encontra-se associada a diversas consequências nefastas para a saúde das vítimas (Carbone-López et al., 2006; Coker et al., 2002; Paiva & Figueiredo, 2005). Neste sentido, os estudos têm demonstrado que as mulheres que experienciam violência conjugal apresentam um número elevado de sintomas físicos (Taft, Vogt, Mechanic & Resick, 2007; Varma, Chandra, Thomas & Carey, 2007). Um estudo de Bonomi e col. (2006), efetuado com 3429 mulheres, com idades que variam entre os 18 e os 64 anos, teve como objetivo descrever a relação entre a saúde da mulher e o momento da vida, o tipo e a duração da experiência de violência conjugal. Os autores verificaram que as mulheres expostas à violência conjugal classificam-se como tendo pior saúde em comparação com as mulheres que nunca sofreram atos abusivos, sendo que os efeitos adversos para a saúde eram mais pronunciados nas mulheres com exposição recente (nos últimos cinco anos), do tipo física e/ou sexual e que apresentavam maior duração de exposição. Deste modo, os autores supracitados concluíram que a saúde da mulher é afetada prejudicialmente pela experiência recente, pelo tipo de abuso e pela duração da exposição à violência conjugal.

2.1.1 A Procura de Cuidados de Saúde

As mulheres vítimas de algum tipo de violência conjugal procuram com maior frequência os serviços de saúde em comparação com as mulheres que nunca sofreram abusos (John, Johnson, Kukreja, Found & Lindow, 2004). De acordo com Rivara e col. (2007), as mulheres com história de violência conjugal por parte de um companheiro íntimo apresentam uma elevada utilização dos cuidados de saúde, que se mantém ao longo do tempo, mesmo após o término dos atos abusivos. Assim, as vítimas de violência conjugal que procuram os cuidados médicos recorrem, diversas vezes, a mais do que um serviço de saúde, nomeadamente a transportes de ambulância e cuidados paramédicos, cuidados dos serviços de emergência, consultas médicas, de fisioterapia e de medicina dentária, internamentos

hospitalares e consultas de ambulatório (*National Center for Injury Prevention and Control*, 2003).

Face ao exposto, Rivara e col. (2007) efetuaram um estudo com 3333 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, que teve por objetivo determinar a utilização de cuidados de saúde e o custo dos cuidados médicos por parte de mulheres com história de violência conjugal. Neste sentido, e comparativamente com as mulheres sem história de violência, as mulheres que experienciaram algum tipo de violência conjugal apresentaram maior propensão para usar os serviços de saúde mental, serviços de tratamento de abuso de substâncias, consultas em ambulatório, emergência e cuidados hospitalares agudos, durante e após a sua experiência dos atos de abuso. No mesmo estudo, as mulheres que relataram abuso utilizaram 17% mais os cuidados de saúde primários, 14% mais a consulta médica de especialidade e 27% mais procuraram renovação de receitas médicas. Mesmo nos casos em que os abusos já tinham cessado há mais de cinco anos, a procura de cuidados de saúde, ao nível de quase todos os serviços, era mais elevada nas mulheres que experienciaram violência conjugal. Adicionalmente, a investigação realizada por Rivara e col. verificou que a proporção de mulheres que usaram os serviços de saúde mental, tratamento de abuso de substâncias e departamento de emergência diminuiu com o término da violência conjugal e diminuiu, ainda mais, ao longo do tempo. Por outro lado, a proporção de consultas externas hospitalares e internamentos tendeu a aumentar após o fim da experiência de abusos. Segundo os autores, os custos anuais de cuidados de saúde foram maiores em todas as categorias de serviços para as mulheres que vivenciaram violência conjugal em comparação com as mulheres sem história de violência.

2.1.2 Queixas Físicas e Problemas de Saúde Associados à Violência Conjugal

Vivenciar qualquer tipo de violência pode resultar em implicações prejudiciais para a saúde a curto e a longo prazo. A violência conjugal está, de facto, associada a várias consequências para a saúde, sendo os seus efeitos mais diretos as lesões físicas não fatais e as lesões físicas fatais (WHO, 2013). Neste sentido, Antai (2011) realizou um estudo sobre a violência conjugal e as suas consequências diretas na saúde física das mulheres na Nigéria. O investigador verificou que os hematomas foram as consequências mais comuns nas mulheres vítimas de violência, seguidos pelos ferimentos, entorses, luxações ou queimaduras leves e, menos frequentes, feridas, ossos partidos, dentes quebrados ou outras condições graves e queimaduras graves. Deste modo, o estudo de Antai concluiu que a exposição à violência

conjugal está associada a uma maior probabilidade de apresentar consequências traumáticas ao nível da saúde física. De acordo com a OMS (WHO, 2013), a cabeça, o pescoço e o rosto são os locais mais comuns das lesões relacionadas com a violência conjugal, seguindo-se as lesões músculo-esqueléticas e as lesões genitais.

As lesões físicas, o mais óbvio indicador de abuso em contextos clínicos, podem não assinalar outros problemas de saúde na mulher relacionados com a violência (Campbell et al., 2002). Com efeito, para além do impacto imediato dos abusos, as vítimas podem sofrer diversas consequências negativas para a saúde a longo prazo (Breiding et al., 2008; Lown & Veja, 2001). Neste sentido, a OMS (WHO, 2005) realizou um estudo sobre a violência e a saúde da mulher, com 24 000 participantes de 15 zonas diferentes de 10 países. Neste estudo foi pedido às mulheres para classificar o seu estado geral de saúde e assinalar se tinham experienciado, durante as quatro semanas anteriores à entrevista, alguns problemas de saúde e a sua gravidade. Na maioria das zonas, exceto no Japão, na Samoa e na zona urbana da República Unida da Tanzânia, verificou-se que as mulheres que experienciaram violência física e/ou sexual por parte de um parceiro íntimo foram significativamente mais propensas a relatar uma má ou muito má saúde do que as mulheres que nunca tinham experimentado violência. Estas mulheres apresentavam problemas em caminhar, na realização das atividades diárias, dor, perda de memória, tonturas e corrimento vaginal, durante as últimas quatro semanas. Por outro lado, a OMS verificou que estes problemas de saúde estavam relacionados com experiências de violência ao longo da vida, o que sugere que as consequências ao nível da saúde física podem permanecer durante muito tempo após o término dos atos abusivos ou que o abuso acumulado afeta ainda mais a saúde. Nos locais onde não se verificou uma associação direta entre a violência e os problemas de saúde física, a OMS sugere que os resultados podem ter sido afetados pelo baixo índice de sintomas de problemas de saúde apresentados ou devido às diferenças culturais na perceção de saúde e de doença.

A literatura tem apontado diversas repercussões da violência conjugal ao nível da saúde física das mulheres vítimas (Bonomi et al., 2009; Caldwell et al., 2012; Coker et al., 2002). Por exemplo, Bonomi e col. (2009) efetuaram um estudo com 3568 mulheres, com o objetivo de caracterizar o risco de as mulheres com história de violência desenvolverem diagnósticos médicos e psicossociais. Os autores verificaram que as mulheres vítimas de violência conjugal apresentaram, no que se refere especificamente aos diagnósticos médicos, um risco elevado de perturbações músculo-esqueléticas, particularmente doença articular degenerativa, dor lombar, distúrbios articulares relacionados com o trauma, dor cervical,

entorses e distensões agudas, assim como condições do sistema reprodutivo feminino, nomeadamente distúrbios menstruais, vaginite, vulvite e cervicite. Bonomi e col. concluíram, também, que as mulheres vítimas de abuso tinham um maior risco de apresentarem um diagnóstico de doença sexualmente transmissível e de lacerações tratadas em comparação com as mulheres que nunca sofreram abuso. A mesma investigação averiguou, ainda, um aumento do risco, mas menos pronunciado que os anteriores, de infeção do trato respiratório aguda, doença do refluxo gastro esofágico, dor no peito, dor abdominal, infeções do trato urinário, dores de cabeça e contusões/abrasões.

Outros autores afirmam que as vítimas de violência conjugal são também mais propensas ao desenvolvimento de doenças crónicas (Breiding et al., 2008; Coker et al., 2002). Deste modo, é enfatizada a dor crónica (Black et al. 2011; WHO, 2013), particularmente dor nas costas, dor de cabeça, dor pélvica (Campbell et al., 2002; Wuest et al., 2008), assim como dores gastrointestinais e dor nas articulações, que podem persistir ao longo do tempo, mesmo após o término da violência (Wuest et al., 2008). Outros estudos empíricos têm demonstrado que a violência conjugal se encontra associada a maior incidência de problemas gastrointestinais (Campbell et al., 2002; WHO, 2013), distúrbios neurológicos, incapacitação, bem como hipertensão arterial, cancro e doenças cardiovasculares (WHO, 2013). Black e col. (2011) acrescentam que as vítimas de violência apresentam-se mais suscetíveis a desenvolver dificuldades em dormir e são, também, mais propensas a problemas de saúde como asma, síndrome do cólon irritável e diabetes, em comparação com as mulheres que nunca vivenciaram violência.

A violência conjugal afeta, ainda, a saúde sexual e reprodutiva da mulher através da contração de doenças sexualmente transmissíveis (Campbell et al., 2002; Coker, 2007; Decker et al., 2008), disfunção sexual, falta de desejo ou de prazer sexual (Coker, 2007), sangramento vaginal, relações sexuais dolorosas (Campbell et al., 2002), maior risco de gravidez na adolescência (WHO, 2013), gravidez indesejada (Coker, 2007; WHO, 2013), aborto espontâneo, morte fetal e hemorragia intrauterina (WHO, 2013). Adicionalmente, são identificados maiores índices de aborto induzido em mulheres com história de violência conjugal (Coker, 2007; WHO, 2013).

Embora as investigações sobre as repercussões da violência conjugal na saúde se foquem, principalmente, nos efeitos da agressão física e/ou sexual, existem, também, evidências do impacto prejudicial do abuso psicológico (Coker et al., 2002; Romito, Turan & Marchi, 2005; Taft et al., 2007). Neste sentido, Coker, Smith, Bethea, King e McKeown

(2000) efetuaram um estudo com 1152 mulheres, tendo por objetivo estimar a prevalência dos tipos de violência conjugal e perceber de que forma estes estavam associados a repercussões na saúde física entre mulheres que procuram cuidados de saúde primários. O estudo revelou que 53.6% das mulheres que se encontravam a receber cuidados de saúde experienciaram violência conjugal em algum momento da sua vida e 16.4% estavam a vivenciar maus tratos em relacionamentos atuais ou recentes. A mesma investigação revelou que 40% das mulheres estiveram sujeitas a violência do tipo físico e/ou sexual e 13.6% das mulheres experienciaram violência psicológica. Neste estudo foram, ainda, encontrados os mesmos padrões de problemas de saúde entre as vítimas que experienciam agressão física/coação sexual e as que experienciam exclusivamente agressão psicológica. Os autores também verificaram que, em comparação com as mulheres que nunca experienciaram violência conjugal, as mulheres que experienciaram abusos do tipo psicológico tendem a classificar de forma pior a sua saúde física e mental.

Considerando o tipo de abuso, Coker e col. (2000) referem que as mulheres que vivenciaram violência conjugal do tipo física são mais propensas a uma pobre saúde física e mental, assim como a reportar mais de cinco visitas ao médico no último ano. Adicionalmente, a violência do tipo física encontra-se associada a condições músculo-esqueléticas ou neurológicas como perda de audição; condições cardiovasculares como a angina de peito e outras doenças do coração e do sistema circulatório; condições urogenitais como infeções frequentes na bexiga e nos rins e ter de realizar uma histerectomia; e ao nível do trato digestivo, refluxo gastro esofágico. Da mesma forma, as mulheres que experienciaram violência psicológica revelam risco aumentado de desenvolver incapacidades que impedem de trabalhar, condições músculo-esqueléticas ou neurológicas como dor crónica no pescoço e nas costas, arritmias, enxaquecas ou outros tipos de dores de cabeça frequentes, começar a gaguejar, problemas visuais; condições urogenitais como qualquer infeção sexualmente transmissível, dor pélvica crónica; condições do trato digestivo, como úlceras no estômago, síndrome do cólon irritable e frequentes indigestões ou prisão de ventre e diarreia. Deste modo, Coker e col. consideram que tanto os abusos psicológicos como físicos afetam significativamente a saúde das vítimas de violência conjugal.

2.1.3 Exposição à Violência Conjugal e Sintomas Somáticos

A literatura sugere que a exposição à violência conjugal encontra-se associada à experiência de diversos sintomas somáticos (Kaura & Lohman, 2007). Neste sentido,

Eberhard-Gran, Schei e Eskild (2007) realizaram um estudo com 2730 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e 40 anos, com o objetivo de estudar as associações entre a recente e repetida exposição à violência e a presença de sintomas somáticos e de doenças. Esta investigação verificou que 18% das mulheres foram expostas a violência física em adultas e 4% tinham sido expostas à violência nos últimos 12 meses, 12% das mulheres tinham sido coagidas e 3% forçadas a envolver-se em relações sexuais enquanto adultas. Mais da metade das mulheres que tinham experienciado violência física durante os últimos 12 meses, também, haviam sido coagidas ou forçadas a atividades sexuais durante a sua vida adulta. Este estudo concluiu que tanto os sintomas somáticos como as doenças físicas se encontram associados com a exposição à violência conjugal. De facto, as mulheres que foram expostas à violência física ou sexual foram mais suscetíveis a relatar sintomas somáticos em comparação com as mulheres não expostas. Eberhard-Gran e col. verificaram, ainda, que quanto mais longa a exposição à violência, maior é o número de sintomas somáticos e de doenças relatadas, bem como constataram que uma história remota de exposição, também aumenta a somatização e a probabilidade de experienciar outras doenças.

Na investigação desenvolvida por Lown e Veja (2001) numa amostra de 1155 mulheres, procurando estudar a associação entre a recente violência conjugal, do tipo física ou sexual, a auto percepção da saúde e a presença de condições de saúde crónicas e de sintomas somáticos, verificaram que a violência conjugal ocorrida no último ano se encontrava associada com uma pior auto percepção do estado de saúde, problemas de saúde persistentes e vários sintomas somáticos. No que se refere especificamente à somatização, as mulheres que vivenciaram abusos por parte de um parceiro íntimo eram significativamente mais propensas a relatar um ou mais sintomas somáticos ao nível gastrointestinal, cardiopulmonar, neurológico, sexual e reprodutivo.

Por seu turno, Varma e col. (2007) realizaram uma investigação junto de uma amostra de 203 mulheres grávidas, tendo por finalidade avaliar a prevalência da violência conjugal e algumas das suas implicações na saúde, incluindo a presença de sintomas somáticos. Os sintomas somáticos no referido estudo englobam sintomas relacionados com a dor, sintomas sensoriais, sintomas não específicos, sintomas relacionados com as funções biológicas e sintomas ginecológicos. Posto isto, os autores constataram que as mulheres vítimas de violência física e psicológica apresentaram mais sintomas somáticos em comparação com as mulheres que nunca sofreram violência conjugal. Adicionalmente, as mulheres que relataram

coerção sexual no último ano relataram um número mais elevado de sintomas somáticos não específicos, sensoriais e biológicos.

Em suma, os diferentes tipos de violência conjugal, nomeadamente os abusos psicológicos, físicos e sexuais, apresentam diversas repercussões agudas e crônicas na saúde física das vítimas. Neste sentido, as mulheres que experienciam violência conjugal recorrerem frequentemente a vários serviços dos cuidados de saúde, com queixas ao nível da saúde física, que refletem problemas de saúde ou sintomas somáticos. As queixas físicas das mulheres vítimas mais salientadas pela literatura são as dores generalizadas, problemas gastrointestinais, cardiovasculares e ao nível da saúde sexual e reprodutiva.

2.2 Comportamentos de Risco para a Saúde Associados à Violência Conjugal

As mulheres que experienciam qualquer tipo de violência conjugal na vida adulta encontram-se mais propensas a adotarem comportamentos de risco para a saúde, tal como sustentam Bonomi e col. (2006). O abuso de substâncias é apontado por diversos autores como um dos comportamentos de risco associado com a exposição à violência conjugal (Caldwell et al., 2012; Coker et al., 2002; Yoshihama, Horrocks & Bybee, 2010). De acordo com Gass, Stein, Williams e Seedat (2010), as mulheres vítimas de violência conjugal apresentam-se mais propensas, do que as que nunca sofreram abusos, a apresentar comportamentos de risco para a saúde, tais como o consumo de tabaco, álcool e droga. Adicionalmente, os estudos têm apontado o uso inconsistente do preservativo como um comportamento de risco associado à violência entre parceiros íntimos (Coker, 2007; El-Bassel, Gilbert, Wu, Go & Hill, 2005). Posto isto, debrucemo-nos, com mais detalhe, sobre cada um destes comportamentos de risco associados à violência conjugal.

2.2.1 O Consumo de Substâncias

O consumo excessivo de álcool, como já referenciado, apresenta-se como um dos comportamentos de risco que os estudos têm associado com a experiência de violência conjugal (Bonomi et al., 2006; Breiding et al., 2008; WHO, 2013; Yoshihama et al., 2010). Da mesma forma que o álcool é um facilitador para o uso da violência por parte dos homens, também existem evidências sobre a associação entre violência e o uso frequente de álcool nas

mulheres (WHO, 2013). Segundo Yoshihama e col. (2010), as mulheres que vivenciam história de violência por parte de um companheiro íntimo são mais propensas a consumir excessivamente álcool do que as mulheres que nunca foram abusadas. No geral, e de acordo com a OMS (WHO, 2013), os estudos apontam que a relação entre o consumo de álcool e a violência é bidirecional, ou seja, existe uma associação positiva entre as mulheres que experienciam violência conjugal e o consumo posterior de álcool, bem como uma associação entre o consumo de álcool e a subsequente violência conjugal. Neste sentido, as mulheres podem consumir álcool para lidar com as sequelas do abuso e, por outro lado, o consumo de álcool das mulheres pode resultar no abuso por parte dos parceiros (WHO, 2013).

A experiência de violência conjugal encontra-se, também, associada ao consumo de drogas (Breiding et al., 2008; Coker et al., 2002), sejam estas drogas recreativas ou não (Bonomi et al., 2006; Carbone-López et al., 2006). Um estudo desenvolvido por Romito e col. (2005), numa amostra de 444 mulheres, teve por objetivo analisar a relação entre a experiência atual ou passada de violência por parte de um parceiro e algumas das implicações na saúde atual. Os investigadores concluíram que as mulheres que reportaram ter sofrido recentemente qualquer uma das formas de violência, seja física, sexual ou apenas psicológica, se apresentavam mais propensas ao uso de drogas psicoativas. No mesmo sentido, Ruiz-Pérez e Plazaola-Castaño (2005), efetuaram um estudo com 1402 mulheres e constataram que aquelas que reportaram ter sofrido qualquer um dos tipos de abuso eram mais propensas ao consumo de várias substâncias, destacando-se o uso de drogas recreativas ilegais, quando comparadas com as participantes que nunca sofreram violência conjugal.

Os estudos têm demonstrado, adicionalmente, a associação entre a violência conjugal e o maior consumo de tabaco por parte das vítimas como um comportamento consequente da experiência de violência. Segundo Stene, Jacobsen, Dyb, Tverdal e Schei (2013), o consumo de tabaco é um comportamento de risco comum nas mulheres que experienciam qualquer uma das formas de violência. No estudo de Bonomi e col. (2009), já referido anteriormente, as mulheres que vivenciaram violência conjugal apresentaram um aumento no risco do consumo de tabaco em comparação com as mulheres que nunca sofreram abusos por parte do companheiro. Da mesma forma, em comparação com as mulheres sem história de violência conjugal, as mulheres que relataram qualquer tipo de violência conjugal na vida adulta, apresentaram-se mais propensas a fumar atualmente ou a já ter fumado em algum momento da vida.

Yoshihama e col. (2010), numa amostra de mulheres no Japão, verificaram que vivenciar abusos por parte de um parceiro íntimo encontra-se associado com o tabagismo atual, bem como com a iniciação do hábito de fumar. Este estudo verificou que, em qualquer momento do tempo, o risco de começar a fumar apresenta-se superior nas mulheres vítimas de violência conjugal em comparação com as mulheres que não apresentam história de abuso. Numa outra investigação, realizada por Bacchus, Mezey e Bewley (2004), constatou-se que as mulheres que experienciaram violência apresentam-se mais propensas a ter fumado no ano anterior e/ou durante a gravidez.

A evidência científica tem demonstrado que o consumo excessivo de medicamentos é um comportamento de risco para a saúde derivado da experiência de violência conjugal. Deste modo, um estudo de Stene, Dyb, Tverdal, Jacobsen e Schei (2012), realizado com uma amostra de 6081 mulheres, procurou analisar a prescrição de medicamentos potencialmente viciantes, incluindo analgésicos e depressores do sistema nervoso central, em vítimas de violência conjugal. A investigação concluiu que as mulheres com experiência de violência, seja esta do tipo físico e/ou sexual ou do tipo psicológico, receberam mais frequentemente prescrições de medicamentos potencialmente viciantes do que as mulheres que nunca foram abusadas. Para além disso, as mulheres vítimas de violência eram mais propensas a receber prescrição destes medicamentos de diversos médicos. Stene e col. sugerem que as taxas elevadas de prescrição de medicamentos entre mulheres com história de violência conjugal podem ser o resultado de uma elevada necessidade de alívio dos sintomas de saúde.

2.2.2 O Uso Inconsistente do Preservativo

A escolha de métodos de contraceção e o uso inconsistente do preservativo são comportamentos que têm sido estudados nas vítimas de violência conjugal. Neste sentido, Alio, Daley, Nana, Duan e Salihu (2009) efetuaram uma investigação que teve como finalidade analisar a influência da violência entre parceiros íntimos no uso de métodos contraceptivos entre as mulheres africanas. A amostra foi constituída por 24311 mulheres, com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, de seis países da África subsariana, especificamente Camarões, Quênia, Malawi, Ruanda, Uganda e Zimbabué. Alio e col. constaram que 39.8% das participantes relataram já ter vivenciado violência conjugal e que estas eram mais propensas a usar métodos contraceptivos (65.9%) em comparação com as mulheres que não relataram qualquer violência por parte de um parceiro (59%). Para além disso, as mulheres que experienciaram violência do tipo sexual reportaram maior uso de

contracetivos em geral (69.4%) do que as mulheres que relataram experienciar abusos físicos ou emocionais. Adicionalmente, a probabilidade das mulheres utilizarem métodos de contraceção foi maior 30% após a exposição a qualquer tipo de violência conjugal. Alio e col. verificaram, também, que as mulheres que reportaram violência utilizam mais os métodos de contraceção moderna (e.g., pílula, dispositivo intrauterino [DIU], injeções, diafragma, preservativos masculinos e femininos, espermicida vaginal, esterilização masculina e feminina) do que os métodos tradicionais (e.g., , abstinência periódica, amenorreia lactacional e coito interrompido) e folclóricos (e.g., planta herbácea e outros).

Um outro estudo, de Fanslow, Whitehead, Silva e Robinson (2008), foi realizado com 2790 mulheres da Nova Zelândia, com idades que variam entre os 18 e os 64 anos. A investigação tinha como objetivo descrever o uso de métodos contracetivos na amostra e explorar as associações entre a violência conjugal, a utilização de métodos de contraceção e o uso de preservativo. Os autores concluíram que, em comparação com as mulheres que nunca vivenciaram violência conjugal, as mulheres com história de abusos por parte do parceiro foram mais propensas a usar métodos contracetivos. No entanto, as mulheres que experienciaram abusos também se apresentaram mais propensas a ter parceiros que se recusaram a usar o preservativo ou que impediram a mulher de usar qualquer método de contraceção. Posto isto, a literatura sugere que a motivação para o uso de métodos contracetivos entre as mulheres vítimas de violência conjugal, verificada nos estudos supracitados, pode assentar na procura do evitamento de uma gravidez indesejada ou de proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis (Alio et al., 2009; Fanslow et al., 2008).

Contudo, alguns estudos apresentam resultados discrepantes no que se refere ao uso de métodos de contraceção e de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis em vítimas de violência conjugal. Assim, Stephenson, Koenig, Acharya e Roy (2008), analisaram a relação entre os abusos físicos por parte do parceiro e a gravidez indesejada em mulheres indianas, tendo concluído que as mulheres que sofreram violência física eram menos propensas a utilizar métodos contracetivos (e.g., esterilização feminina ou masculina, pílula, dispositivo intrauterino [DIU], injeções, preservativos e implantes) e mais propensas a experienciar uma gravidez indesejada. Deste modo, os autores indicam que as mulheres vítimas de violência conjugal se encontram menos propensas a ter controlo face à sua atividade sexual e nas decisões sobre o momento para ter filhos.

Especificamente no que se refere ao uso do preservativo, um estudo de El-Bassel e col. (2005) apresentou uma associação entre a violência conjugal e o uso inconsistente ou o não uso do preservativo e a exigência inconsistente ou a não exigência do mesmo por parte do parceiro. Esta investigação constatou que a relação entre o uso do preservativo e a violência conjugal é bidirecional, uma vez que a mulher pode não negociar o uso do preservativo com o parceiro devido à sua experiência de violência ou esta pode ser vítima de atos abusivos por tentar negociar o uso do preservativo.

Em suma, a experiência da violência conjugal pode conduzir as mulheres à adoção de comportamentos de risco como o consumo de substâncias, salientando-se o consumo de álcool, tabaco e drogas, como uma forma nefasta encontrada pelas mesmas para gerir os efeitos decorrentes dos abusos. Para além disso, o uso inconsistente do preservativo apresenta-se, também, como um dos comportamentos de risco adotados pelas vítimas, o que parece sugerir que a violência conjugal predispõe a uma maior vulnerabilidade para a falta de controlo sobre a sua vida sexual e reprodutiva ou dificuldades de comunicação com o companheiro, nomeadamente nas dinâmicas de gestão dos comportamentos sexuais.

2.3 Violência Conjugal, *Stress* e as Suas Implicações na Saúde

A violência conjugal, como verificado anteriormente, apresenta repercussões ao nível da saúde física e da adoção de comportamentos adversos para a saúde. Segundo Paiva e Figueiredo (2003; 2005), os abusos são fatores que desencadeiam respostas de *stress*, por vezes de forma contínua, que têm implicações na saúde. Este *stress*, induzido pela experiência de violência, pode afetar o sistema imunológico do sujeito (Campbell et al., 2002; Campbell, Greeson, Bybee & Raja, 2008; Coker, 2007; Paiva & Figueiredo, 2003), pelo que pode conduzir ao desenvolvimento de condições ao nível da saúde física. Isto ocorre, uma vez que o *stress* ativa dois sistemas endócrinos, especificamente o Eixo Hipotalâmico-Pituitário-Adrenocortical (HPA) e o Sistema Simpático-Adrenérgico-Medular (SAM), que alteram as funções das células imunológicas ativas (Cohen, Janicki-Deverts & Miller, 2007).

As consequências derivadas das lesões, o medo e o *stress* associados ao abuso de que são vítimas por parte do parceiro podem resultar em problemas de saúde de longo termo (Campbell et al., 2002). Neste sentido, no estudo de Coker e col. (2000), já referido ao longo

deste trabalho, os autores consideram que a violência conjugal pode afetar a saúde física da vítima de forma direta e indireta. O mecanismo pelo qual afeta diretamente a saúde da mulher é através da agressão física e das lesões resultantes, podendo conduzir a consequências, tais como dor crônica, ossos partidos, artrite, défices auditivos e visuais, convulsões ou cefaleias. Por outro lado, de acordo com a hipótese sugerida por Coker e col., a violência conjugal pode afetar a saúde física indiretamente através do *stress* que induz, podendo provocar úlceras no estômago, síndrome do colón irritável, indigestões, diarreia ou prisão de ventre, angina de peito e hipertensão arterial. Adicionalmente, os autores afirmam que o abuso sexual continuado e o trauma a este associado, podem aumentar o risco de infeções urogenitais e dor pélvica crónica.

Breiding e col. (2008) sugerem que da mesma forma que a violência conjugal tem impacto na saúde, os problemas de saúde podem, também, aumentar o *stress* na vítima ou no parceiro e, conseqüentemente aumentar a violência entre o casal. Os autores propõem, ainda, que também o isolamento social pode ser um fator que pode aumentar o risco de ser vítima de violência e as condições de saúde resultantes. Neste sentido, um estudo de Sanchez-Lorente, Blasco-Ros e Martínez (2012) revelou que um elevado nível de suporte social melhora a saúde física das vítimas, uma vez que contribui na redução dos sintomas e na recuperação física.

Os comportamentos utilizados como forma de adaptação ou como resposta de *coping* ao *stressor*, podem apresentar-se como outra forma através da qual o *stress* influencia o risco de doença (Cohen et al., 2007). As vítimas, como referem Gass e col. (2010), apresentam uma elevada probabilidade de adotarem comportamentos prejudiciais para a saúde, enfatizando-se o consumo de substâncias, como o tabaco, álcool e droga. Segundo os autores, estes comportamentos de risco podem-se apresentar como o mediador da relação entre a violência conjugal e o risco de desenvolver uma doença física. Neste sentido, o *stress* pode conduzir à prática recorrente de comportamentos prejudiciais à saúde que, por sua vez, podem levar ao desenvolvimento de doenças (Soares & Alves, 2006). Por outro lado, a violência pode gerar nas vítimas medo das consequências da negociação do preservativo com o parceiro, o que pode reduzir a prática de sexo seguro, levando a um maior risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (Wingood, DiClemente, McCree, Harrington & Davies, 2001).

Em suma, a violência conjugal pode ter implicações ao nível da saúde através das lesões diretas ou do *stress* induzido pelos abusos, que gera alterações fisiológicas e podem levar ao desenvolvimento de sintomas ou doenças ao nível da saúde física. Por outro lado,

também o isolamento social das vítimas pode aumentar os sintomas físicos devido à falta de suporte social na recuperação da saúde. Adicionalmente, o *stress* e o medo podem conduzir a adoção de comportamentos de risco como forma encontrada pelas vítimas para lidar com os abusos. Estes comportamentos, por sua vez, podem levar ao desenvolvimento de doenças ou agravar os sintomas diretos da violência.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Capítulo III – Metodologia

3.1 Objetivos

Os objetivos do presente estudo consistem em avaliar as repercussões ao nível da saúde física, particularmente quanto ao autorrelato de queixas físicas e somatização, e a ocorrência de comportamentos de risco para a saúde, como o consumo de substâncias e o uso inconsistente do preservativo, em mulheres vítimas de violência conjugal.

3.2 Design

O desenho da presente investigação é observacional analítico transversal, pois o investigador desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos, mas não intervém, e explica os resultados através da análise das relações estatísticas entre as variáveis, num único momento de avaliação. No que se refere ao método do estudo, este é quantitativo e epidemiológico correlacional, visto a investigação consistir numa análise de dados e estudar a relação entre as variáveis, a sua intensidade e a direção da correlação das mesmas (Ribeiro, 2008).

3.3 Variáveis Estudadas

- 1) Sociodemográficas: género, idade, origem étnica, habilitações literárias, estado civil, número de filhos, situação profissional, relação com o agressor, coabitação com o agressor, interveniente responsável pela primeira agressão e tempo de vitimização.
- 2) Clínicas:
 - a) Saúde e comportamentos de risco: queixas físicas, somatização e comportamentos de risco (consumo de álcool, tabaco e drogas e uso inconsistente do preservativo).
 - b) Violência conjugal: tipos de abuso (agressão psicológica, coerção sexual, abuso físico sem sequelas e com sequelas).

3.4 Hipóteses

Hipótese 1

Espera-se que:

- a) As mulheres que reportam ter sofrido algum tipo de abuso (agressão psicológica, coerção sexual, abuso físico sem e com sequelas) no ano anterior apresentem mais queixas físicas e somatização quando comparadas com aquelas que não apresentam vitimização de cada uma dessas formas de abuso.
- b) As mulheres que reportam ter sofrido algum tipo de abuso (agressão psicológica, coerção sexual, abuso físico sem e com sequelas) no ano anterior apresentem mais comportamentos de risco, isto é, consumo de álcool, tabaco e drogas e uso inconsistente do preservativo, quando comparadas com aquelas que não apresentam vitimização de cada uma dessas formas de abuso.

Hipótese 2

Espera-se encontrar:

- a) Uma relação positiva significativa entre a frequência anual dos tipos de abuso (agressão psicológica, coerção sexual, abuso físico sem e com sequelas) e o índice de queixas físicas.
- b) Uma relação positiva significativa entre a frequência anual dos tipos de abuso (agressão psicológica, coerção sexual, abuso físico sem e com sequelas) e a somatização.
- c) Uma relação positiva significativa entre a frequência anual dos tipos de abuso (agressão psicológica, coerção sexual, abuso físico sem e com sequelas) e os comportamentos de risco, isto é, o consumo de álcool, tabaco e drogas e o uso inconsistente do preservativo.

3.5 Análises Exploratórias

Para além da análise das hipóteses foram analisadas as relações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis clínicas.

3.6 Seleção e Recolha da Amostra

A amostra do estudo é composta por 65 participantes, do género feminino, que recorreram à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) - gabinete de Braga, e participaram de forma voluntária e anónima na presente investigação. Neste sentido, o tipo de amostragem é não probabilística, por conveniência (Ribeiro, 2008).

Os critérios de inclusão na amostra compreendem os seguintes aspetos: experienciar no presente ou já ter experienciado no passado algum tipo de violência conjugal (agressão psicológica, coerção sexual, abuso físico sem e com sequelas) por parte de um parceiro; e ter idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de exclusão abrangem: ser vítima por parte de outro interveniente que não o parceiro; e apresentar défice cognitivo.

O presente estudo foi submetido à aprovação da sede da APAV em Lisboa e pela diretora do gabinete da APAV de Braga, após ter sido apresentado o projeto de investigação e submetido um pedido de autorização para a realização do mesmo (Anexo I). Para a recolha de dados, os participantes que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão supracitados, foram solicitados no gabinete da APAV a participar na investigação. Neste contacto, foram explicados os objetivos e procedimentos do estudo, assim como os aspetos éticos do mesmo, particularmente o seu carácter voluntário e a confidencialidade dos dados recolhidos. A administração dos instrumentos, após preenchimento do consentimento informado (Anexo II), ocorreu no próprio gabinete, tendo sido realizada, na maioria dos casos, num único momento, salvo algumas exceções em que se justificou realizar a aplicação em dois momentos distintos.

3.7 Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 65 inquiridas do género feminino. As participantes têm em média 42 anos ($DP = 10.2$), variando entre os 23 e os 69 anos de idade, sendo o grupo de idades mais frequente o dos 31 aos 40 anos (36.9%). A maioria das participantes (98.5%) é caucasiana, sendo que apenas 1.5% é hispânica. No que se refere à escolaridade, 23.1% mulheres apresentam o primeiro ciclo de escolaridade, 10.8% têm o segundo ciclo, 27.7% o terceiro ciclo, 23.1% o ensino secundário e 15.4% apresentam o ensino superior. Relativamente ao estado civil, mais de metade das mulheres (52.3%) são casadas, 13.8% vivem em união de facto, 16.9% encontram-se divorciadas ou separadas e 16.9% são solteiras. Quanto ao número de filhos, 20% das inquiridas não tem filhos, 63.1% tem um ou dois filhos e 16.9% tem três ou mais filhos. Ao nível profissional, mais de metade das

mulheres (58.5%) encontram-se empregadas, 35.4% desempregadas e 4.6% são reformadas. Na Tabela 1 estão apresentados os resultados supracitados.

Tabela 1

Caraterísticas Sociodemográficas da Amostra

| Variáveis | <i>N</i> | % | <i>M (DP)</i> | Mínimo | Máximo |
|--------------------------------|----------|------|---------------|--------|--------|
| Género | | | | | |
| Feminino | 65 | 100 | | | |
| Idade | 65 | 100 | 42 (10.22) | 23 | 69 |
| Idade por categorias | | | | | |
| ≤ 30 anos | 7 | 10.8 | | | |
| 31-40 anos | 24 | 36.9 | | | |
| 41-50 anos | 22 | 33.8 | | | |
| 51-60 anos | 9 | 13.8 | | | |
| ≥ 61 anos | 3 | 4.6 | | | |
| Etnia | | | | | |
| Caucasiana | 64 | 98.5 | | | |
| Hispânica | 1 | 1.5 | | | |
| Habilitações literárias | | | | | |
| Primeiro ciclo (4ª classe) | 15 | 23.1 | | | |
| Segundo ciclo (6º ano) | 7 | 10.8 | | | |
| Terceiro ciclo (9º ano) | 18 | 27.7 | | | |
| Ensino secundário | 15 | 23.1 | | | |
| Ensino superior | 10 | 15.4 | | | |
| Estado civil | | | | | |
| Solteira | 11 | 16.9 | | | |
| União de facto | 9 | 13.8 | | | |
| Casada | 34 | 52.3 | | | |
| Divorciada/ Separada | 11 | 16.9 | | | |

Tabela 1

Caraterísticas Sociodemográficas da Amostra (cont.)

| Variáveis | <i>N</i> | % | <i>M (DP)</i> | Mínimo | Máximo |
|-----------------------|----------|------|---------------|--------|--------|
| Número de filhos | | | | | |
| Nenhum | 13 | 20 | | | |
| 1 ou 2 filhos | 41 | 63.1 | | | |
| 3 ou mais filhos | 11 | 16.9 | | | |
| Situação profissional | | | | | |
| Empregada | 38 | 58.5 | | | |
| Desempregada | 23 | 35.4 | | | |
| Reformada | 3 | 4.6 | | | |

No que se refere à relação com o agressor, 55.4% são casadas com o agressor, 15.4% encontram-se divorciadas, 10.8% são companheiras, 10.8% apresentam uma relação de namorado, 4.6% são ex-namoradas e 3.1% são ex-companheiras. Ao nível da coabitação com o agressor, mais de metade das inquiridas (52.3%) habita com o agressor e 47.7% não coabita. No total da amostra (100%), o primeiro a ter um comportamento agressivo foi o parceiro. O tempo de vitimização apresenta uma média de 12 anos ($DP = 11.37$), variando entre uma semana e 42 anos, sendo o tempo de vitimização mais frequente (55.4%) inferior a 10 anos. Os presentes resultados encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2

Caraterísticas do Relacionamento das Participantes com o Agressor

| Variáveis | <i>N</i> | % | <i>M (DP)</i> | Mínimo | Máximo |
|------------------------|----------|------|---------------|--------|--------|
| Relação com o agressor | | | | | |
| Casada | 36 | 55.4 | | | |
| Divorciada | 10 | 15.4 | | | |
| Companheira | 7 | 10.8 | | | |
| Namorada | 7 | 10.8 | | | |
| Ex-namorada | 3 | 4.6 | | | |
| Ex-companheira | 2 | 3.1 | | | |

Tabela 2

Caraterísticas do Relacionamento das Participantes com o Agressor (cont.)

| Variáveis | <i>N</i> | % | <i>M (DP)</i> | Mínimo | Máximo |
|-------------------------------------|----------|------|---------------|----------|---------|
| Coabitação com o agressor | | | | | |
| Sim | 34 | 52.3 | | | |
| Não | 31 | 47.7 | | | |
| Primeira agressão | | | | | |
| Parceiro | 65 | 100 | | | |
| Próprio | 0 | 0 | | | |
| Tempo de vitimização | 61 | 93.8 | 12 (11.37) | 1 semana | 42 anos |
| Tempo de vitimização por categorias | | | | | |
| ≤ 10 anos | 36 | 55.4 | | | |
| 10.01-20 anos | 13 | 20 | | | |
| 20.01-30 anos | 6 | 9.2 | | | |
| 30.01-40 anos | 5 | 7.7 | | | |
| ≥ 40.01 anos | 1 | 1.5 | | | |

A Tabela 3 mostra a prevalência dos tipos de abuso experienciados pelas participantes no último ano e ao longo da vida, assim como a sua frequência anual, tendo em conta a severidade.

No último ano, a agressão psicológica é a forma mais prevalente da amostra, sendo que a quase totalidade da amostra (90.8%) reportam algum tipo de agressão psicológica, sendo que 87.7% vivenciaram atos de agressão psicológica ligeira e 84.6% severa. Em segundo lugar, o abuso físico sem sequelas é a forma de abuso mais prevalente, reportada por 86.2% das inquiridas, das quais 84.6% reportam-se a atos ligeiros e 70.8% a atos severos. Seguidamente, o abuso físico com sequelas é reportado por 70.8% das mulheres, sendo que 66.2% se tratam de atos ligeiros e 56.9% severos. Por último, considerar-se vítima de algum tipo de coerção sexual foi assinalado por 60% das mulheres, das quais 56.9% experienciaram atos ligeiros e 46.2% severos deste tipo de abuso.

Ao longo da vida, a agressão psicológica é, também, o tipo de abuso mais prevalente, pelo que 96.9% das inquiridas reportam algum tipo de agressão psicológica, sendo que 95.4% experienciaram atos de agressão psicológica ligeira e 92.3% severas. O abuso físico sem sequelas é a segunda forma de abuso mais prevalente, reportada por 92.3% das mulheres, sendo que 90.8% se tratam de atos ligeiros e 84.6% severos. Seguidamente, o abuso físico com sequelas é reportado por 80%, sendo que 78.5% experienciaram atos ligeiros e 64.6% severos. Por último, 66.2% das inquiridas reportam algum tipo de coerção sexual, sendo que 66.2% vivenciaram atos de coerção sexual ligeira e 55.4% severa.

No que se refere à frequência anual, a agressão psicológica é a forma de abuso mais frequente, com uma média de 10.79 ($DP = 4.5$), sendo que a média de atos de agressão psicológica ligeira é de 13.96 ($DP = 5.29$) e severa é de 8.30 ($DP = 6.82$). Em segundo lugar, o abuso físico sem sequelas é o tipo de abuso mais frequente, com uma média de 4.89 ($DP = 5.84$), pelo que os atos de abuso ligeiro têm uma média de 7.33 ($DP = 7.86$) e os severos de 3.24 ($DP = 4.63$). Em seguida, a coerção sexual apresenta uma média de 3.89 ($DP = 5.53$), sendo que os atos ligeiros deste tipo de abuso têm uma média de 5.06 ($DP = 6.48$) e os atos severos uma média de 3.54 ($DP = 5.57$). A forma de abuso menos frequente é o abuso físico com sequelas, com uma média de atos reportados de 2.92 ($DP = 4.23$), pelo que os atos ligeiros apresentam uma média de 6.15 ($DP = 8.05$) e os severos de 1.56 ($DP = 2.98$).

Tabela 3

Caraterização da Prevalência Anual e Global e da Frequência Anual dos Tipos de Abuso - Vitimização

| Variáveis | Prevalência Anual | | Prevalência Global | | Frequência |
|-----------------------------|-------------------|------|--------------------|------|--------------|
| | <i>N</i> | % | <i>n</i> | % | Anual |
| | <i>M (DP)</i> | | | | |
| Agressão psicológica | | | | | |
| Ligeira | 57 | 87.7 | 62 | 95.4 | 13.96 (5.29) |
| Severa | 55 | 84.6 | 60 | 92.3 | 8.30 (6.82) |
| Total | 59 | 90.8 | 63 | 96.9 | 10.79 (4.50) |
| Coerção sexual | | | | | |
| Ligeira | 37 | 56.9 | 43 | 66.2 | 5.06 (6.48) |
| Severa | 30 | 46.2 | 36 | 55.4 | 3.54 (5.57) |
| Total | 39 | 60 | 43 | 66.2 | 3.89 (5.53) |

Tabela 3

Caraterização da Prevalência Anual e Global e da Frequência Anual dos Tipos de Abuso – Vitimização (cont.)

| Variáveis | Prevalência Anual | | Prevalência Global | | Frequência |
|---------------------------|-------------------|----------|--------------------|----------|---------------|
| | <i>N</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | Anual |
| | | | | | <i>M (DP)</i> |
| Abuso físico sem sequelas | | | | | |
| Ligeiro | 55 | 84.6 | 59 | 90.8 | 7.33 (7.86) |
| Severo | 46 | 70.8 | 55 | 84.6 | 3.24 (4.63) |
| Total | 56 | 86.2 | 60 | 92.3 | 4.89 (5.84) |
| Abuso físico com sequelas | | | | | |
| Ligeiro | 43 | 66.2 | 51 | 78.5 | 6.15 (8.05) |
| Severo | 37 | 56.9 | 42 | 64.6 | 1.56 (2.98) |
| Total | 46 | 70.8 | 52 | 80 | 2.92 (4.23) |

No que se refere à caraterização clínica da amostra, as inquiridas apresentam uma média de 43.59 ($DP = 18.16$) de queixas físicas atuais. No que se refere à experiência de somatização, 36.9% das mulheres apresentam somatização e 63.1% não apresentam sintomas somáticos. Relativamente aos comportamentos de risco para a saúde, 76.9% das inquiridas não consomem álcool e 23.1% consomem, sendo que 20% bebem um copo por dia à refeição e 3.1% bebem um copo por dia fora das refeições. Na amostra, 66.2% das mulheres não consomem tabaco e 33.8% consomem, das quais 4.6% fumam menos de um cigarro por dia, 20% fumam 1 a 10 cigarros e 9.2% fumam 10 a 20 cigarros por dia. Relativamente ao consumo de droga, 90.8% referem nunca ter consumido e apenas 9.2% reportam o consumo de droga. No que se refere ao uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais, apenas 4.6% usaram o preservativo e 95.4% não o usaram em nenhum dos atos. Estes resultados são descritos na Tabela 4.

Tabela 4

Caraterização Clínica da Amostra

| Variáveis | <i>n</i> | % | <i>M (DP)</i> |
|---|----------|------|---------------|
| Queixas físicas | 65 | 100 | 43.59 (18.16) |
| Somatização | | | |
| Ausência | 41 | 63.1 | |
| Presença | 24 | 36.9 | |
| Consumo de álcool por dia | | | |
| Não bebe | 50 | 76.9 | |
| Bebe | 15 | 23.1 | |
| 1 copo à refeição | 13 | 20 | |
| 1 copo fora das refeições | 2 | 3.1 | |
| Mais de 1 copo | 0 | 0 | |
| Consumo de tabaco por dia | | | |
| Não consome | 43 | 66.2 | |
| Consome | 22 | 33.8 | |
| Menos de 1 cigarro | 3 | 4.6 | |
| 1 a 10 cigarros | 13 | 20 | |
| 10 a 20 cigarros | 6 | 9.2 | |
| Consumo de droga | | | |
| Nunca consumiu | 59 | 90.8 | |
| Já consumiu | 6 | 9.2 | |
| Uso do preservativo (últimos 4 atos sexuais) | | | |
| Nenhuma | 62 | 95.4 | |
| Uma vez | 0 | 0 | |
| Duas vezes | 0 | 0 | |
| Três vezes | 0 | 0 | |
| Quatro vezes | 3 | 4.6 | |

3.8 Instrumentos

Tendo em consideração as variáveis em estudo, foram administrados os seguintes instrumentos (Anexo III): questionário sociodemográfico, Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2), *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), assim como algumas questões sobre comportamentos de risco. Estes instrumentos encontram-se descritos seguidamente.

3.8.1 Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é constituído por 11 questões, de escolha múltipla e resposta direta e breve, tendo sido construído para a presente investigação com a finalidade de estudar variáveis sociodemográficas, assim como recolher outros dados relevantes para a caracterização da amostra (idade, género, estado civil, origem étnica, nível de escolaridade, situação profissional, número de filhos, relação e coabitação com o agressor, responsável pela primeira agressão e cronicidade do abuso).

3.8.2 Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2 - *Revised Conflict Tactics Scales*)

Descrição do instrumento

As Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2 - *Revised Conflict Tactics Scales*) foram desenvolvidas por Straus, Hamby, Boney-McCoy e Sugarman (1996), para dar resposta às limitações apresentadas pela primeira versão do instrumento, tendo sido adaptadas para a população portuguesa por Paiva e Figueiredo (2002). Esta escala, de acordo com Straus e colaboradores (1996), apresenta como objetivos determinar a prevalência de abuso físico e psicológico entre casais, bem como avaliar as diferentes táticas de resolução de conflitos utilizadas por ambos os parceiros.

As CTS2 são constituídas por 78 questões de formato breve, agrupadas em pares de perguntas e formando 39 itens, que se organizam em cinco subescalas, especificamente negociação, agressão psicológica, coerção sexual, abuso físico sem sequelas e abuso físico com sequelas (Straus et al., 1996). Estas dizem respeito ao respondente (perpretação) e ao seu companheiro (vitimização). Cada questão inclui oito categorias de resposta, sendo que as primeiras seis categorias são destinadas a determinar a prevalência e a cronicidade dos tipos

do abuso 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. As restantes categorias são destinadas a determinar a prevalência global: 7) não no ano anterior, mas ocorreu anteriormente; e a inexistência deste tipo de abuso: 8) nunca aconteceu (Paiva & Figueiredo, 2006). Assim, segundo Figueiredo e Paiva (2008), é possível determinar a ocorrência atual (prevalência anual) e anterior (prevalência global) das estratégias supracitadas e com que frequência (cronicidade e frequência anual) os sujeitos se apresentam como agentes ou recetores das mesmas.

No presente estudo, foram utilizadas as subescalas agressão psicológica, coerção sexual, abuso físico sem sequelas e abuso físico com sequelas da escala de vitimização.

Cotação

A cotação da cronicidade é obtida pela transformação do valor da escala original no ponto médio de cada categoria: 1) “1 vez” tem o valor 1; 2) “2 vezes” tem o valor 2; 3) “3 a 5 vezes” tem o valor 4; 4) “6 a 10 vezes” tem o valor 8; 5) “11 a 20 vezes” tem o valor 15; 6) “mais de 20 vezes” tem o valor 25, e pela posterior soma desses pontos médios e respetiva divisão pelo número de itens da escala (Figueiredo & Paiva, 2008). Na determinação da cronicidade no ano anterior não são considerados as categorias de respostas 7) e 8) (Paiva & Figueiredo, 2006). A frequência anual é determinada pela soma dos pontos médios de cada item e respetiva divisão, tal como especificado na cronicidade, contudo são tidas em consideração todas as categorias de resposta, à exceção da categoria 7) (Figueiredo & Paiva, 2008). Para se obter a prevalência anual, atribui-se às respostas assinaladas de 1 a 6 o valor 100 (ocorreu no ano anterior) e às respostas assinaladas com 7 e 8 o valor 0 (não ocorreu no ano anterior). A prevalência global é determinada atribuindo a todas as categorias de resposta de 1 a 7 a pontuação 1 (ocorreu em alguma altura) e à categoria 8 o valor 0 (nunca ocorreu) (Paiva & Figueiredo, 2006).

Características psicométricas da versão original

No estudo original de Straus e colaboradores (1996), no que diz respeito à fidelidade, as escalas apresentam uma boa consistência interna, sendo o alfa de *Cronbach* para a agressão psicológica de .79, para o abuso físico sem sequelas de .86, para a coerção sexual de .87 e para o abuso físico com sequelas o alfa é de .95.

Características psicométricas da versão portuguesa

No estudo de adaptação à população portuguesa, de Alexandra e Figueiredo (2006), o valor do alfa de *Cronbach* referente à consistência interna da escala de vitimização de .80. Especificamente a subescala de abuso físico sem sequelas é a que apresenta os valores superiores do alfa de *Cronbach*, sendo este de .74, seguidamente encontram-se as subescalas de agressão psicológica com .64, a coerção sexual com .51 e o abuso físico com sequelas, com um alfa de *Cronbach* de .47 (Paiva & Figueiredo, 2006).

Características psicométricas do presente estudo

No estudo da fidelidade, foi realizada a avaliação da consistência interna, na amostra em estudo, para a escala de vitimização e para as quatro subescalas referentes à mesma, tal como efetuado pelos autores da escala adaptada para a população portuguesa. Assim, o valor do alfa de *Cronbach* para o total da escala de vitimização é de .86, o que evidencia uma boa consistência interna. Na subescala agressão psicológica o alfa de *Cronbach* é de .71, na subescala coerção sexual de .85, na subescala abuso físico sem sequelas de .74 e na subescala abuso físico com sequelas de .72, o que, também, revela uma boa consistência interna, visto as subescalas apresentarem um baixo número de itens. No Anexo IV é apresentado o quadro com o Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* na amostra em estudo para a escala de vitimização e para as quatro subescalas utilizadas neste estudo.

3.8.3 Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)

Descrição do instrumento

O *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL) foi desenvolvido por De Haes e colaboradores (1987) e adaptado para a população portuguesa por Santos e Costa (1990). Este instrumento tem como objetivo de avaliar os sintomas reportados por pacientes com cancro, podendo ser utilizado em sujeitos que não apresentem doença oncológica. O RSCL é constituído por 39 itens que podem ser agrupados numa escala de *distress* psicológico e numa escala de *distress* físico, incluindo, ainda, itens referentes às atividades da vida diária e à avaliação global da qualidade de vida (De Haes et al., 2012). A escala de mal-estar físico consiste em 23 itens referentes a sintomas físicos, a escala de mal-estar psicológico é constituída por sete itens, a escala do nível de atividades da vida diária consiste em oito itens

relacionados com o estado funcional e a avaliação global da qualidade de vida é formada apenas por um item. No presente estudo, apenas foi utilizada a escala de sintomas físicos que integra itens relativos à fadiga, dor e queixas gastrointestinais.

O RSCL, de acordo com De Haes e colaboradores (2012), é um questionário de autorresposta, numa escala de *Lickert* com 4 categorias de resposta relativas à última semana. As categorias de resposta nas escalas de mal-estar físico e de mal-estar psicológico são 1 (*nada*), 2 (*pouco*), 3 (*bastante*) e 4 (*muito*), sendo que quanto mais elevada for a pontuação, mais elevado o grau de mal-estar. Os itens relativos ao nível de atividade são pontuados de 1 (*incapaz*), 2 (*só com ajuda*), 3 (*com dificuldade, sem ajuda*) e 4 (*sem ajuda*), sendo que o nível de disfunção é indicado por valores mais baixos. No item da qualidade de vida, a pontuação varia entre 1 (*excelente*) a 7 (*muito má*).

Cotação

As pontuações das escalas são obtidas pelo somatório das pontuações de cada item. Contudo, é também possível tornar as pontuações estandardizadas, expressando-as numa escala de 0 a 100 para, deste modo, os resultados serem mais fáceis de interpretar. Para tal, efetua-se a seguinte fórmula: $[(score \text{ bruto da subescala} - score \text{ mínimo da subescala}) \div (score \text{ máximo} - score \text{ mínimo da subescala})] \times 100 = score \text{ transformado}$ (De Haes et al., 2012).

Características psicométricas da versão original

No estudo original de validação, a consistência interna da escala de *distress* físico apresenta um alfa de *Cronbach* de .82 (De Haes et al., 2012).

Características psicométricas do presente estudo

No estudo da fidelidade, foi realizada a análise da consistência interna da subescala de *distress* físico, tal como efetuado pelos autores da escala original. Esta subescala apresenta um alfa de *Cronbach* de .90, evidenciando uma elevada consistência interna da subescala na amostra em estudo. No Anexo IV é apresentado o quadro com o Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* para a subescala de *distress* físico na amostra em estudo.

3.8.4 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI - *Brief Symptom Inventory*)

Descrição do instrumento

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI - *Brief Symptom Inventory*) foi desenvolvido por Derogatis (1982), sendo uma versão mais breve do instrumento *Symptom Check-List* (SCL-90-R; Derogatis, 1977), e foi adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999). Este instrumento permite avaliar os sintomas psicológicos em populações médicas e psiquiátricas, em outros doentes, assim como em sujeitos da população em geral. O BSI é constituído por nove dimensões, nomeadamente a somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo (Derogatis & Melisaratos, 1983), contudo neste estudo apenas será utilizada a escala de somatização. Os itens que constituem estas dimensões, no seu conjunto, são considerados componentes importantes da psicopatologia (Canavarro, 2007). É um questionário de autorresposta, constituído por 53 itens, sendo que a escala de resposta varia de 0 (*nunca*) a 4 (*muitíssimas vezes*).

Cotação

A cotação das respostas permite obter 3 índices globais de *distress*, especificamente o índice global de sintomas (IGS), que informa acerca do número de sintomas e intensidade do *distress*; o total de sintomas positivos (TSP), que apresenta a contagem dos sintomas que o sujeito experiencia; e o índice de sintomas positivos (ISP), que permite saber se o indivíduo aumentou ou atenuou o *distress* na forma como respondeu ao questionário (Canavarro, 2007).

O ponto de corte, entre os sujeitos perturbados emocionalmente e os indivíduos da população em geral, é estabelecido utilizando o índice de sintomas positivos (ISP). Desta forma, um ISP igual ou superior a 1.7 indica a possibilidade de o indivíduo se encontrar perturbado ao nível emocional, e um ISP inferior a esse valor aponta para a não existência de perturbação emocional. No que se refere especificamente à dimensão somatização, visto ser a escala avaliada no presente estudo, esta apresenta na população em geral uma média de 0.573, com um desvio padrão de 0.916, sendo que os indivíduos com perturbação emocional têm uma média de 1.355, com um desvio padrão de 1.004 (Canavarro, 2007).

Características psicométricas da versão original

No estudo original, a consistência interna apresenta um alfa de *Cronbach* na subescala somatização de .80 (Derogatis & Melisaratos, 1983).

Características psicométricas da versão portuguesa

No estudo de adaptação para a população portuguesa, o alfa de *Cronbach* na subescala de somatização é de .80 (Canavarro, 2007).

Características psicométricas do presente estudo

Na avaliação da consistência interna da escala na amostra em estudo, tal como efetuado pelos autores da escala original, foi calculado o alfa de *Cronbach* para a dimensão somatização. Esta subescala apresenta um alfa de *Cronbach* de .87, o que revela uma boa consistência interna. No Anexo IV é apresentado o quadro com o Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* para a escala de somatização na amostra em estudo.

3.8.5 Avaliação dos Comportamentos de Risco para a Saúde

Para além dos questionários supracitados, foram administradas algumas questões para avaliar a ocorrência de comportamentos de risco. As questões relativas ao consumo de álcool e de tabaco foram retiradas do Questionário de Hábitos de Saúde, desenvolvido por McIntyre, Gouveia, Araújo-Soares e Pereira (2001), sendo apenas analisadas de forma descritiva. Administrou-se, também, uma questão acerca do uso do preservativo (“Nos últimos 4 atos sexuais, em quantas destas ocasiões usou preservativo?”) e duas questões sobre o consumo de droga (“Consome ou já consumiu algum tipo de droga?”; e “Se respondeu sim à última pergunta, quantas vezes consumiu?”).

3.9 Análise dos Dados

Os dados recolhidos foram analisados estatisticamente através do programa estatístico IBM SPSS versão 20. Para testar a primeira hipótese, de modo a avaliar se as mulheres que apresentam experiência de algum tipo de abuso reportam mais queixas físicas e somatização, foram utilizados para a variável queixas físicas testes T para amostras independentes, dado se cumprirem os pressupostos para a utilização de testes paramétricos. Para a variável somatização, visto não se cumprirem os pressupostos para a utilização de testes paramétricos, foram utilizados testes de Mann-Whitney. Ainda na primeira hipótese, para analisar a relação entre a prevalência anual dos diferentes tipos de abuso e os comportamentos de risco, isto é, o consumo de álcool, tabaco e drogas e o uso inconsistente do preservativo utilizou-se o teste do

Qui-Quadrado. Para testar a segunda hipótese, de modo a analisar a relação entre a frequência anual dos diferentes tipos de abuso e o índice de queixas físicas, a somatização e os comportamentos de risco (consumo de álcool, tabaco e drogas e o uso inconsistente do preservativo) utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman's Rho.

Nas análises exploratórias, para avaliar diferenças entre grupos foram utilizados testes de Mann-Whitney sempre que os pressupostos para a utilização de testes paramétricos não se encontravam cumpridos e testes T quando os pressupostos eram cumpridos. Nas mesmas análises, para testar a relação entre as variáveis, foram utilizados Coeficientes de Correlação de Spearman's Rho.

Capítulo IV – Apresentação dos Resultados

4.1 Resultados do Teste de Hipóteses

Hipótese 1

Espera-se que:

- a) As mulheres que reportam ter sofrido algum tipo de abuso (agressão psicológica, coerção sexual, abuso físico sem e com sequelas) no ano anterior apresentem mais queixas físicas e somatização quando comparadas com aquelas que não apresentam vitimização de cada uma dessas formas de abuso.

A análise dos resultados permitiu verificar que apenas existem diferenças marginalmente significativas entre as mulheres vítimas de abuso físico sem sequelas e as mulheres que não reportam este tipo de abuso ao nível do índice de queixas físicas ($t(62) = -1.848, p = .069$). Neste sentido, as participantes que reportam experiência de abuso físico sem sequelas apresentam um índice de sintomas físicos superior aos sujeitos que não apresentam este tipo de vitimização. Embora não se tenha verificado diferenças estatisticamente significativas entre as restantes variáveis, salienta-se que as vítimas de agressão psicológica e abuso físico com sequelas revelam valores superiores de queixas físicas do que as vítimas que

não relatam este tipo de abuso. Os resultados obtidos para a variável queixas físicas encontram-se apresentados na Tabela 5.

Tabela 5

Resultados Relativos aos Testes T para a Variável Queixas Físicas

| Variáveis | Índice de queixas físicas | |
|---------------------------|---------------------------|---------------|
| | <i>M (DP)</i> | <i>t (62)</i> |
| Agressão psicológica | | -1.631 |
| Não ocorrência (n = 5) | 31.30 (14.0) | |
| Ocorrência (n = 59) | 44.93 (18.13) | |
| Coerção sexual | | -.074 |
| Não ocorrência (n = 25) | 43.65 (18.72) | |
| Ocorrência (n = 39) | 44.00 (18.05) | |
| Abuso físico sem sequelas | | -1.848* |
| Não ocorrência (n = 8) | 32.97 (13.41) | |
| Ocorrência (n = 56) | 45.42 (18.31) | |
| Abuso físico com sequelas | | -.458 |
| Não ocorrência (n = 18) | 42.19 (17.03) | |
| Ocorrência (n = 46) | 44.52 (18.73) | |

* $p < .10$

Ao nível da somatização, os resultados demonstram que apenas existem diferenças marginalmente significativas entre as mulheres vítimas de abuso físico sem sequelas e as mulheres que não reportam este tipo de abuso ($U = 135.000$, $p = .070$), pelo que os sujeitos que experienciaram abuso físico sem sequelas apresentam maior somatização do que as participantes que não sofreram este abuso. Destaca-se, ainda, que as mulheres vítimas de agressão psicológica, coerção sexual e abuso físico com sequelas revelam valores superiores de somatização do que as mulheres que não relatam esta tipologia de violência, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas. Na Tabela 6 encontram-se descritos todos os resultados obtidos para a variável somatização.

Tabela 6

Resultados Relativos aos Testes de Mann-Whitney para a Variável Somatização

| Variáveis | Somatização | |
|---------------------------|-------------|----------|
| | Ordem Média | <i>U</i> |
| Agressão psicológica | | 98.500 |
| Não ocorrência (n = 5) | 22.70 | |
| Ocorrência (n = 59) | 33.33 | |
| Coerção sexual | | 439.500 |
| Não ocorrência (n = 25) | 30.58 | |
| Ocorrência (n = 39) | 33.73 | |
| Abuso físico sem sequelas | | 135.000* |
| Não ocorrência (n = 8) | 21.38 | |
| Ocorrência (n = 56) | 34.09 | |
| Abuso físico com sequelas | | 362.000 |
| Não ocorrência (n = 18) | 29.61 | |
| Ocorrência (n = 46) | 33.63 | |

* $p < .10$

b) As mulheres que reportam ter sofrido algum tipo de abuso (agressão psicológica, coerção sexual, abuso físico sem e com sequelas) no ano anterior apresentem mais comportamentos de risco, isto é, consumo de álcool, tabaco e drogas e uso inconsistente do preservativo, quando comparadas com aquelas que não apresentam vitimização de cada uma dessas formas de abuso.

Para testar a presente alínea, a variável uso do preservativo foi dicotomizada (não uso e uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais). Através das análises verificou-se que apenas existe uma associação marginalmente significativa entre a prevalência anual do abuso físico com sequelas e o consumo de tabaco ($\chi^2 (1) = 3.481, p = .062$). Enquanto que no grupo de participantes que experienciou abuso físico com sequelas, quase metade das mulheres (n = 19; 41.3%) refere consumir tabaco, no grupo de participantes que não experienciou este tipo de abuso, a maioria das mulheres (n = 15; 83.3%) refere não consumir tabaco. Os resultados de todas as análises encontram-se na Tabela 7.

Tabela 7

Resultados Relativos aos Testes do Qui-Quadrado para a Variável Comportamentos de Risco

| Variáveis | Consumo de álcool | | | Consumo de tabaco | | | Consumo de droga | | | Uso do preservativo | | |
|---------------------------|-------------------|------------|----------|-------------------|------------|----------|------------------|------------|----------|---------------------|------------|----------|
| | Sim | Não | χ^2 | Sim | Não | χ^2 | Sim | Não | χ^2 | Sim | Não | χ^2 |
| Agressão psicológica | | | | | | | | | | | | |
| Não ocorrência | 2 (40%) | 3 (60%) | | 3 (60%) | 2 (40%) | | 0 (0%) | 5 (100%) | | 0 (0%) | 5 (100%) | |
| Ocorrência | 13 (22%) | 46 (78%) | | 19 (32.2%) | 40 (67.8%) | | 5 (8.5%) | 54 (91.5%) | | 3 (5.1%) | 56 (94.9%) | |
| Coerção sexual | | | .270 | | | 1.685 | | | | | | |
| Não ocorrência | 5 (20%) | 20 (80%) | | 11 (44%) | 14 (56%) | | 2 (8%) | 23 (92%) | | 0 (0%) | 25 (100%) | |
| Ocorrência | 10 (25.6%) | 29 (74.4%) | | 11 (28.2%) | 28 (71.8%) | | 3 (7.7%) | 36 (92.3%) | | 3 (7.7%) | 36 (92.3%) | |
| Abuso físico sem sequelas | | | | | | | | | | | | |
| Não ocorrência | 3 (37.5%) | 5 (62.5%) | | 2 (25%) | 6 (75%) | | 0 (0%) | 8 (100%) | | 0 (0%) | 8 (100%) | |
| Ocorrência | 12 (21.4%) | 44 (78.6%) | | 20 (35.7%) | 36 (64.3%) | | 5 (8.9%) | 51 (91.1%) | | 3 (5.4%) | 53 (94.6%) | |
| Abuso físico com sequelas | | | | | | 3.481* | | | | | | |
| Não ocorrência | 4 (22.2%) | 14 (77.8%) | | 3 (16.7%) | 15 (83.3%) | | 0 (0%) | 18 (100%) | | 0 (0%) | 18 (100%) | |
| Ocorrência | 11 (23.9%) | 35 (76.1%) | | 19 (41.3%) | 27 (58.7%) | | 5 (10.9%) | 41 (89.1%) | | 3 (6.5%) | 43 (93.5%) | |

Nota. Só se referem os valores do χ^2 quando existe *n* suficiente por célula para interpretação dos resultados.

* $p < .10$

Hipótese 2

Espera-se encontrar:

- a) Uma relação positiva significativa entre a frequência anual dos tipos de abuso (agressão psicológica, coerção sexual, abuso físico sem e com sequelas) e o índice de queixas físicas.
- b) Uma relação positiva significativa entre a frequência anual dos tipos de abuso (agressão psicológica, coerção sexual, abuso físico sem e com sequelas) e a somatização.
- c) Uma relação positiva significativa entre a frequência anual dos tipos de abuso (agressão psicológica, coerção sexual, abuso físico sem e com sequelas) e os comportamentos de risco, isto é, o consumo de álcool, tabaco e drogas e o uso inconsistente do preservativo.

Não se encontram correlações estatisticamente significativas entre o abuso e os comportamentos de risco, como se pode observar na Tabela 8. No entanto, existe uma correlação positiva marginalmente significativa entre o consumo de droga e a agressão psicológica ($r = .264$, $p = .095$), indicando que uma maior frequência anual da agressão psicológica se encontra associada a maior consumo de droga.

Tabela 8

Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman's Rho

| Variáveis | Agressão psicológica | Coerção sexual | Abuso físico sem sequelas | Abuso físico com sequelas | Índice de queixas físicas | Somatização | Consumo de álcool | Consumo de tabaco | Consumo de droga | Uso do preservativo |
|---------------------------|----------------------|----------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------|-------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| Agressão psicológica | _____ | | | | | | | | | |
| Coerção Sexual | .172 | _____ | | | | | | | | |
| Abuso físico sem sequelas | .399*** | .521*** | _____ | | | | | | | |
| Abuso físico com sequelas | .276* | .413*** | .855*** | _____ | | | | | | |
| Índice de queixas físicas | .153 | -.046 | .028 | -.115 | _____ | | | | | |
| Somatização | .190 | .030 | .102 | -.045 | .830*** | _____ | | | | |
| Consumo de álcool | .122 | .168 | -.033 | .111 | -.233* | -.075 | _____ | | | |
| Consumo de tabaco | .162 | -.140 | -.045 | .068 | .112 | .164 | -.057 | _____ | | |
| Consumo de droga | .264* | .015 | -.059 | .039 | -.019 | .015 | .056 | .321** | _____ | |
| Uso do preservativo | .231 | .061 | .137 | .138 | -.205 | -.090 | .048 | .035 | .252** | _____ |

*** $p < .01$; ** $p < .05$; * $p < .10$

4.2 Resultados das Análises Exploratórias

Diferenças ao nível das variáveis clínicas em estudo em função da escolaridade.

Para analisar as diferenças ao nível das variáveis clínicas em estudo e a escolaridade e visto os participantes encontravam-se distribuídos por 5 níveis escolares diferentes (1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo, ensino secundário e ensino superior), estes foram divididos em 2 grupos (baixa e elevada escolaridade).

Os resultados demonstram existir diferenças marginalmente significativas entre as participantes com baixa escolaridade e as com elevada escolaridade ao nível das queixas físicas ($t(63) = 1.975, p = .053$). Os resultados indicam, também, existir diferenças marginalmente significativas entre as mulheres com baixa escolaridade e as com elevada escolaridade ao nível da somatização ($U = 369.500, p = .078$). Neste sentido, verificou-se que as mulheres com baixa escolaridade apresentam um maior índice de queixas físicas e maior somatização do que as mulheres com elevada escolaridade.

Através das análises efetuadas verificou-se, ainda, que existem diferenças significativas entre as participantes com baixa escolaridade e as com elevada escolaridade ao nível do uso do preservativo ($U = 440.000, p = .026$), sendo que as mulheres com alta escolaridade apresentam um maior uso do preservativo. Não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos ao nível das restantes variáveis.

Diferenças ao nível das variáveis clínicas em estudo em função da coabitação com o agressor.

Apenas foram encontradas diferenças significativas no que se refere ao consumo de álcool ($U = 407.500, p = .028$), pelo que as mulheres que habitam com o agressor apresentam um maior consumo de álcool por dia em comparação com as mulheres que não habitam com o agressor. Não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos ao nível das restantes variáveis.

Relação entre o tempo de vitimização e as variáveis clínicas em estudo.

Através das análises verificou-se que existe uma correlação negativa marginalmente significativa entre o tempo de vitimização e o uso do preservativo ($r = -.233, p = .071$), ou seja, quanto maior o tempo de vitimização menor o uso do preservativo. Não foram verificadas relações significativas entre as restantes variáveis.

Capítulo V - Discussão dos Resultados

5.1 Discussão dos Resultados do Teste de Hipóteses

Hipótese 1

a) A experiência de qualquer um dos tipos de violência conjugal tem implicações na saúde das vítimas, pelo que estas podem apresentar diversos sintomas ao nível da saúde física (Woods, Hall, Campbell & Angott, 2008). No presente estudo, verificou-se que as mulheres que sofreram abuso físico sem sequelas relatam mais queixas físicas do que as que não sofreram este tipo de abuso. Este resultado pode ser corroborado com o estudo de Paiva e Figueiredo (2005), em que, tal como na presente investigação, as vítimas que reportam abuso físico sem sequelas são as que apresentam um índice mais elevado de sintomas físicos, quando comparadas com as que não vivenciaram este tipo de violência. Do mesmo modo, os resultados encontram-se de acordo com outros estudos, uma vez que um dos tipos de violência que apresenta repercussões mais evidentes na saúde física é o abuso do tipo físico. Contudo, estes mesmos estudos também indicam que o abuso sexual tem o mesmo impacto que o abuso físico na saúde física (e. g., Bonomi et al., 2006; Lown & Vega, 2001; WHO, 2005). Outras investigações, por outro lado, indicam que o abuso psicológico apresenta também implicações na saúde física das vítimas (Coker et al., 2000; Kramer, Lorenzon & Mueller, 2004; Romito et al., 2005).

No presente estudo, também foi possível constatar que as inquiridas que reportaram ter sofrido abuso físico sem sequelas, apresentam valores superiores na escala de somatização do BSI quando comparadas com as participantes que não sofreram este tipo de abuso, muito embora, tendo em conta os resultados de prevalência e frequência anual, são vítimas de outras formas de violência. Os resultados evidenciados na literatura refletem-se nos resultados do presente estudo, visto a somatização apresentar-se mais comum nas mulheres expostas à violência física. Contudo, alguns estudos também apontam o impacto do abuso sexual (e. g., Eberhard-Gran et al., 2007; Lown & Vega, 2001), assim como da violência psicológica, operacionalizada no abuso emocional e verbal, na experiência de somatização (Hazen, Connelly, Soriano & Landsverk (2008).

Face aos resultados obtidos, estes sugerem que, embora o abuso físico sem sequelas não seja a forma de abuso mais severa, a sua ocorrência, tal como qualquer outro tipo de

abuso conjugal, gera no indivíduo um estado de apreensão crónica, medo e *stress*, que o podem levar a uma maior vulnerabilidade à doença e à somatização. A violência conjugal, de acordo com Woods e col. (2005), apresenta-se como uma fonte de *stress* agudo que pode levar à experiência de sintomas na saúde física. De facto, a vitimização gera *stress*, sendo que a exposição temporária ou permanente a esta pode provocar sintomas crónicos de doenças físicas (Barnett, Miller-Perrin & Perrin, 2005). Segundo Kielcolt-Glaser e Newton (2001), o relacionamento conjugal apresenta consequências diretas no funcionamento endócrino, cardiovascular e nas funções imunitárias do sujeito, pelo que o risco de desenvolver problemas ao nível da saúde é maior nos indivíduos que mantêm relacionamentos problemáticos.

b) Segundo Breiding e col. (2008), os sujeitos que apresentam história de violência conjugal encontram-se mais propensos ao consumo de tabaco. Na presente investigação verificou-se que quase metade das mulheres que experienciaram abuso físico com sequelas referiu consumir tabaco, sendo que a maioria das mulheres que não experienciou este tipo de abuso não consome esta substância. Os resultados obtidos corroboram os encontrados por outros autores. Por exemplo, McNutt, Carlson, Persaud e Postmus (2002) referem que as mulheres que vivenciaram níveis severos de violência conjugal, recente e/ou passada, encontram-se mais propensas a fumar quando comparadas com mulheres que não foram abusadas. No mesmo sentido, um estudo de Foshee, Reyes, Gottfredson, Chang e Ennett (2013), que analisou as implicações do abuso psicológico e físico/sexual no namoro, constatou que o consumo de tabaco se apresentava como uma consequência do abuso físico nos participantes de ambos os géneros. Também Roberts, Fuemmeler, McClernon e Beckham (2008), num estudo com jovens adultos, constataram que os indivíduos que experienciaram pelo menos uma vez abuso físico, se encontravam em maior risco de se tornar consumidores regulares de tabaco. Para além do abuso físico, outras formas de abuso estão associadas ao comportamento tabágico, como o abuso psicológico, embora o risco de fumar seja ainda maior quando ocorre violência física ou sexual (Jun, Rich-Edwards, Boynton-Jarrett & Wright, 2008).

Segundo Roberts e col. (2008), a exposição a acontecimentos traumáticos encontra-se associada com o aumento do risco de consumo de tabaco. De acordo com Ackerson, Kawachi, Barbeau e Subramanian (2007), este consumo pode ser utilizado como método para gerir os sintomas de *stress* decorrentes da experiência de violência. Adicionalmente, segundo

os mesmos autores, o consumo de tabaco como resposta ao *stress* psicossocial, pode apresentar implicações para a saúde, aumentando o risco de doenças, tais como asma, cancro e doenças cardiovasculares.

Hipótese 2

No presente estudo foi possível verificar que uma maior frequência anual de agressão psicológica encontra-se associada a um maior consumo de droga. Estes resultados podem ser corroborados por outros estudos, especificamente pelo estudo de Coker e col. (2002), que verificou que nas mulheres o abuso psicológico, especificamente o abuso de poder e de controlo, se encontra associado ao consumo de drogas recreativas. Do mesmo modo, Ruiz-Pérez e Plazaola-Castaño (2005) verificaram que as mulheres que experienciaram qualquer um dos tipos de violência conjugal eram mais propensas a reportar consumo de drogas recreativas ilícitas, mesmo as mulheres que relataram ter experienciado apenas abuso psicológico. Contudo, as investigações também apontam uma associação entre o consumo de drogas e outras formas de violência. No estudo já referenciado de Foshee e col. (2013), verificou-se que ser vítima de violência física, e não de violência psicológica, predizia o uso de droga.

Embora o consumo de droga se apresente como a forma encontrada pelas vítimas para lidar com a violência conjugal, o próprio consumo pode levar a abusos por parte do parceiro. De facto, como afirmam Testa, Livingston e Leonard (2003), as mulheres que consomem droga apresentam um risco elevado de experienciar violência conjugal, o que pode ser explicado pelo facto de estas mulheres frequentemente se encontrarem em relacionamentos com parceiros que também consomem droga. Segundo os autores, este consumo, tanto pela mulher como pelo parceiro, pode aumentar a irritabilidade e a volatilidade, levar a défices nas interações sociais e na capacidade de lidar com conflitos, conduzindo a uma maior probabilidade de violência. Esta associação entre o consumo de droga e a violência conjugal, ainda de acordo com Testa e col., pode refletir a influência de outras variáveis, tais como o comportamento antissocial, dificuldades no controlo de *stress* ou um estilo de vida de risco, que é comum tanto em consumidores de droga como em mulheres em relações violentas.

5.2 Discussão dos Resultados das Análises Exploratórias

Diferenças ao nível das variáveis clínicas em estudo em função da escolaridade.

No estudo verificou-se que as mulheres com baixa escolaridade apresentam um maior índice de queixas físicas e maior somatização do que as mulheres com elevada escolaridade. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de as mulheres com níveis mais altos de educação serem menos propensas a sofrer abusos por parte do parceiro. Com efeito, um estudo de Zablotska e col. (2009) concluiu que a violência física e a coerção sexual são menores nas mulheres que apresentam níveis mais altos de educação.

No que se refere às queixas físicas, os resultados são congruentes com os do estudo de Antai (2011), em que o autor verificou que uma elevada educação apresenta-se como um fator protetor da ocorrência de violência conjugal e das suas consequências traumáticas para a saúde física, uma vez que a mulher detém um maior conhecimento e competências necessárias para gerir conflitos com o parceiro. Ao nível da somatização, os resultados refletem os resultados obtidos no estudo de Hiller, Rief e Brähler (2006), que estudou a prevalência de somatização na população em geral, tendo sido verificado que a proporção de sujeitos que relataram pelo menos um sintoma de somatização foi mais elevada entre os que apresentavam uma escolaridade mais baixa. Uma outra investigação verificou, também, que um nível de educação mais baixo se encontrava significativamente associado com a experiência de somatização (Hazen et al., 2008).

O nível de escolaridade apresenta-se também como um fator determinante do uso do preservativo (Lagarde et al., 2001), sendo que no presente estudo, foi possível verificar que as mulheres com elevada escolaridade apresentam maior uso do preservativo. Esta associação entre uma elevada educação e o uso do preservativo pode ser explicada por uma maior exposição a campanhas de prevenção, uma maior abertura a estas mesmas campanhas ou uma maior capacidade para negociar o uso do preservativo com o parceiro (Lagarde et al., 2001). Particularmente a negociação do uso do preservativo, apresenta-se como uma componente fundamental das estratégias de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e promoção da saúde reprodutiva (Pulerwitz, Amaro, Jong, Gortmaker & Rudd, 2002). Num estudo efetuado por Crosby e col. (2013), verificou-se que, uma maior autoeficácia na negociação com o parceiro acerca do uso do preservativo e um menor medo da negociação do mesmo, predizia o uso consistente do preservativo. Adicionalmente, os autores constataram que os sujeitos que comunicam com os seus parceiros sexuais sobre o uso do preservativo, assim

como os que apresentam uma maior capacidade para recusar as relações sexuais sem este método, relatavam um uso mais consistente do preservativo.

Diferenças ao nível das variáveis clínicas em estudo em função da coabitação com o agressor.

A literatura aponta o consumo excessivo de álcool como um dos comportamentos de risco que se encontra associado à violência conjugal (e. g., Bonomi et al., 2006; Breiding et al., 2008; WHO, 2013; Yoshihama et al., 2010). Na presente investigação foi possível constatar que as mulheres que habitam com o agressor apresentam um maior consumo de álcool por dia em comparação com as mulheres que não coabitam com o agressor. Embora não se tenham encontrado estudos que suportem estes resultados, salienta-se que coabitar com o agressor pode sugerir que a vítima se encontra permanentemente exposta às experiências traumáticas no seu meio doméstico, sendo que o consumo de álcool se apresenta como recurso utilizado para lidar com esta problemática. De acordo com Quigley e Leonard (2000), o consumo de álcool pode ser utilizado como um mecanismo de *coping* para reduzir a ansiedade e o *stress* resultantes dos conflitos e da violência conjugal. Neste sentido, destaca-se um estudo de Kaysen e col. (2007) que examinou a relação entre os sintomas de trauma e o consumo excessivo de álcool em vítimas de violência. Os autores verificaram que as mulheres que apresentavam um consumo excessivo de álcool, isto é, que consumiam quatro ou mais bebidas alcoólicas num dia de consumo elevado, apresentavam mais sintomas de trauma, quando comparadas com as mulheres que consumiam menos ou se abstiveram deste consumo. Adicionalmente, Kaysen e col. constataram que esta relação entre o trauma e o consumo excessivo de álcool apresenta-se mediada pelo facto de consumir álcool ser a forma de lidar com a experiência de violência. Porém, no presente estudo não foi determinada a relação entre vitimização por violência conjugal, o trauma e o maior consumo de álcool, dimensões a explorar em estudos futuros.

O consumo de álcool, por outro lado, pode apresentar-se como um comportamento não só da vítima como também do agressor, sendo que a coabitação pode favorecer ou aumentar o consumo por parte de ambos e, conseqüentemente, conduzir à violência. Salienta-se que, tal como anteriormente referenciado, tanto a coabitação como o consumo de álcool são fatores de risco para a ocorrência de violência entre o casal (Abramsky et al., 2011). Assim, Temple, Weston, Stuart e Marshall (2008) verificaram que as mulheres que apresentavam um maior consumo de álcool e que tinham parceiros também consumidores frequentes, apresentavam

uma maior tendência a experienciar violência conjugal. Do mesmo modo, os autores, constataram que as mulheres que consumiam menos ou tinham parceiros que consumiam com menor frequência, tinham menor propensão a experienciar abusos por parte do parceiro íntimo.

Relação entre o tempo de vitimização e as variáveis clínicas em estudo.

A duração da exposição à violência apresenta um impacto significativo na escolha do método contraceptivo, bem como na consistência do seu uso (Fantasia, Sutherland, Fontenot & John, 2012). O presente estudo revelou que quanto maior o tempo de exposição à violência menor o uso do preservativo. Esta relação entre o uso inconsistente deste método e o tempo de vitimização pode ser explicada pela falta de controlo da vítima sobre a sua sexualidade, sendo esta uma consequência da violência perpetrada pelo seu parceiro. Segundo Bonacquisti e Geller (2013), o uso do preservativo envolve uma negociação interpessoal complexa, particularmente em relacionamentos sexuais que envolvem diferenças de poder e comportamentos violentos. No estudo realizado pelos autores, foram verificadas discrepâncias quando comparada a preferência da mulher para recorrer ao uso do preservativo com o comportamento de o usar efetivamente, indicando que frequentemente as mulheres não têm controlo sobre a sua vida sexual. Da mesma forma, na população em geral, as mulheres que apresentam poder sobre o seu relacionamento são mais propensas a relatar o uso consistente do preservativo (Pulerwitz et al., 2002).

Os resultados também podem ser explicados tendo em consideração que as mulheres podem utilizar outros métodos contraceptivos, que não o preservativo, de forma a apresentar algum controlo face à prevenção da gravidez. Neste sentido, Fantasia e col. (2012) constataram que as mulheres vítimas de violência a longo termo recorrem a métodos de contraceção tais como dispositivos intrauterinos (DIU), anticoncepcionais injetáveis ou implantes hormonais e esterilização, como meio de ter mais controlo sobre a sua contraceção. Segundo os mesmos autores, as mulheres recorrem a estas estratégias para diminuir a probabilidade de interrupções no uso do contraceptivo e prevenir, assim, uma gravidez não desejada. Contudo, salienta-se que embora esta estratégia permita à mulher um maior controlo sobre a prevenção da gravidez indesejada, o mesmo não acontece em relação à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, o que coloca em causa a sua saúde sexual e reprodutiva.

5.3 Limitações do Estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas que podem ter influenciado os resultados obtidos. A principal limitação da investigação prende-se com o tamanho da amostra ($N = 65$), consequência do facto de a população em estudo ser de difícil alcance. Para além disso, a amostra é bastante homogénea, uma vez que inclui apenas a população feminina vítima de violência conjugal e foi recolhida somente numa das associações que oferece apoio a vítimas da zona norte do país (APAV – gabinete de Braga). Por outro lado, o instrumento que avalia os tipos de violência experienciados pelas participantes é de autorrelato retrospectivo, sendo o intervalo de tempo bastante amplo, pelo que pode levar a dificuldades na precisão das taxas de ocorrência dos abusos. Da mesma forma, no que se refere à avaliação das queixas físicas, o instrumento de autorrelato permite ter acesso à perceção das vítimas acerca da sua saúde e não a dados clínicos. Neste sentido, em futuras investigações deve-se procurar colmatar as limitações supracitadas.

5.4 Conclusões e Implicações para a Prática

Embora não seja possível generalizar os resultados devido ao tamanho da amostra, foi possível verificar o impacto de alguns dos diferentes tipos de violência conjugal ao nível das queixas físicas e da experiência de somatização, bem como no que se refere aos comportamentos de risco estudados. Especificamente, de salientar que as mulheres vítimas de abuso físico sem sequelas apresentam um índice de sintomas físicos superior, assim como mais somatização do que as mulheres que não vivenciaram este tipo de abuso. A investigação permitiu, também, constatar que quase metade das participantes deste estudo que experienciaram abuso físico com sequelas, apresentam mais consumo de tabaco. Para além disso, verificou-se ainda que uma maior frequência de agressões psicológicas se encontra associada a um maior consumo de droga por parte das vítimas.

Esta investigação, embora tratando-se de um estudo exploratório, almeja alertar para as repercussões da violência conjugal na morbilidade física e assim poder contribuir para a definição de objetivos de intervenção a considerar no desenvolvimento de futuros programas direcionados para a promoção da qualidade das relações de intimidade, enfatizando-se a resolução de conflitos conjugais, de forma a prevenir a ocorrência de abusos. Para além disso, apresenta-se relevante intervenções de promoção da saúde junto das vítimas, para prevenir ou reduzir os comportamentos de risco que se encontram associados à violência, bem como as

suas consequências nefastas para a saúde. Adicionalmente, espera-se que os resultados orientem novas medidas legais, aumentem o apoio institucional e socioeconómico para as vítimas, assim como o acesso gratuito a tratamento psiquiátrico e psicológico.

Ao nível de investigações futuras, propõem-se a realização de estudos comparativos entre vítimas de ambos os géneros, para verificar se existem diferenças entre estes ao nível das queixas físicas, somatização e comportamentos de risco. Por outro lado, seria relevante estudar se a violência conjugal é bidirecional ou apenas unidirecional, assim como as suas motivações e consequências na saúde em ambos os parceiros. Para além disso, sugere-se, também, estudos longitudinais que permitam verificar as repercussões a longo termo da violência na saúde física e nos comportamentos de risco após a cessação da violência.

Referências Bibliográficas

- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., ... Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BioMed Central Public Health, 11*(109), 1-17. doi:10.1186/1471-2458-11-109
- Ackerson, L. K., Kawachi, I., Barbeau, E. M., & Subramanian, S. V. (2007). Exposure to domestic violence associated with adult smoking in India: a population based study. *Tobacco Control, 16*, 378-383. doi: 10.1136/tc.2007.020651
- Alio, A. P., Daley, E. M., Nana, P. N., Duan, J., & Salihu, H. M. (2009). Intimate partner violence and contraception use among women in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 107*, 35-38. doi:10.1016/j.ijgo.2009.05.002
- Antai, D. (2011). Traumatic physical health consequences of intimate partner violence against women: what is the role of community-level factors? *BioMed Central Women's Health, 11*(56), 1-13. doi:10.1186/1472-6874-11-56
- 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, 2014). *Estatísticas APAV. Relatório Anual 2013* [Adobe Reader XI version]. Obtido de http://www.apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2013.pdf
- Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2004). Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 113*, 6-11. doi:10.1016/S0301-2115(03)00326-9
- Barnett, O. W., Miller-Perrin, C. L. M., & Perrin, R. D. (2005). *Family Violence Across the Lifespan* (2 ed.). New York: Sage Publications.
- Black, M. C., Basile, K. C., Breiding, M. J., Smith, S. G., Walters, M. L., Merrick, M. T., ... Stevens, M. R. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2010 Summary Report* [Adobe Reader XI version]. Obtido de http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs_executive_summary-a.pdf

- Bonacquisti, A., & Geller, P. A. (2013). Condom-use intentions and the influence of partner-related barriers among women at risk for HIV. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3328-3336. doi: 10.1111/jocn.12101
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Rivara, F. P., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2009). Medical and Psychosocial Diagnoses in Women With a History of Intimate Partner Violence. *Archives of Internal Medicine*, 169(18), 1692-1697. Obtido de <http://www.equalitiesinhealth.org/documents/MedicalandPsychosocialDiagnosesinWomenwithaHistoryofIntimatePartnerViolence.pdf>
- Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, J. A., & Rivara, F. P. (2006). Intimate Partner Violence and Women's Physical, Mental, and Social Functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458-466. doi:10.1016/j.amepre.2006.01.015
- Breiding, M. J., Black, M. C., & Ryan, G. W. (2008). Chronic Disease and Health Risk Behaviors Associated with Intimate Partner Violence- 18 U.S. States/Territories, 2005. *Annals of Epidemiology*, 18(7), 538-544. doi:10.1016/j.annepidem.2008.02.005
- Bundock, L., Howard, L. M., Trevillion, K., Malcolm, E., Feder, G., & Oram, S. (2013). Prevalence and risk of experiences of intimate partner violence among people with eating disorders: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 1134-1142. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.04.014
- Caldwell, J. E., Swan, S. C., & Woodbrown, V. D. (2012). Gender differences in intimate partner violence outcomes. *Psychology of Violence*, 2(1), 42-57. doi: 10.1037/a0026296
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberg, J., O'Campo, P., ... Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Family Medicine*, 162, 1157-1163. Obtido de http://www.catunescomujer.org/catunesco_mujer/documents/OPT_IPV.pdf
- Campbell, R., Greeson, M. G., Bybee, D., & Raja, S. (2008). The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: a mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 194-207. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.194

- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. S. Almeida (Coords.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III) (pp. 305- 331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carbone-López, K., Kruttschnitt, C., & Macmillan, R. (2006). Patterns of Intimate Partner Violence and Their Associations with Physical Health, Psychological Distress, and Substance Use. *Public Health Reports*, *121*, 382-392. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525352/pdf/phr121000382.pdf>
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological Stress and Disease. *Journal of the American Medical Association*, *298*(14), 1685-1687. Obtido de http://www.psy.cmu.edu/~scohen/JAMA_2007_Psy_Stress_Disease.pdf
- Coker, A. L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? *Trauma, Violence, & Abuse*, *8*(2), 149-177. doi: 10.1177/1524838007301162
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women. *American Journal of Preventive Medicine*, *23*(4), 260-268. Obtido de http://ac.els-cdn.com/S0749379702005147/1-s2.0-S0749379702005147-main.pdf?_tid=1f175f9a-7f9d-11e3-8d36-00000aab0f6c&acdnat=1389980036_45272392b46867329761408b1c2b43ab
- Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M. P., & McKeown, R. E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, *9*, 451-457. Obtido de http://www.hawaii.edu/hivandaids/Physical_Hlth_Conseq_of_Intimate_Partner_Violence.pdf
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Salazar, L. F., Wingood, G. M., McDermott-Sales, J., Young, A. M., & Rose, E. (2013). Predictors of Consistent Condom Use Among Young African American Women. *AIDS and Behavior*, *17*, 865-871. doi: 10.1007/s10461-011-9998-7
- De Haes, J. C. J. M. de, Olschewski, M., Fayers, P., Visser, M. R. M., Cull, A., Hopwood, P., & Sanderman, R. (2012). *Measuring the quality of life in cancer patients with the Rotterdam Symptom Checklist (RSCL): A manual*. Groningen: Research Institute Share. Obtido de

https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/research/institutes/SHARE/assessment%20tools/handleiding_rscl2edruk.pdf

- Decker, M. R., Miller, E., Kapur, N. A., Gupta, J., Raj, A., & Silverman, J. G. (2008). Intimate partner violence and sexually transmitted disease symptoms in a national sample of married Bangladeshi women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *100*, 18-23. doi:10.1016/j.ijgo.2007.06.045
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medecine*, *13*, 595-605. Obtido de <http://brown2.alliant.wikispaces.net/file/view/The+Brief+Symptom+Inventory-an+introductory+report-1983.pdf/36447599/The%20Brief%20Symptom%20Inventory-an%20introductory%20report-1983.pdf>
- Eberhard-Gran, M., Schei, B., & Eskild, A. (2007). Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *Journal of General Internal Medicine*, *22*(12), 1668-1673. doi: 10.1007/s11606-007-0389-8
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., Go, H., & Hill, J. (2005). HIV and intimate partner violence among methadone-maintained women in New York City. *Social Science & Medicine*, *61*, 171-183. doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.035
- Fanslow, J., Whitehead, A., Silva, M., & Robinson, E. (2008). Contraceptive use and associations with intimate partner violence among a population-based sample of New Zealand women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *48*, 83-89. doi: 10.1111/j.1479-828X.2007.00805.x
- Fantasia, H. C., Sutherland, M. A., Fontenot, H. B., & John, T. J. L. (2012). Chronicity of partner violence, contraceptive patterns and pregnancy risk. *Contraception*, *86*, 530-535. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.03.005>
- Figueiredo, B., & Paiva, C. (2008). Versão portuguesa das Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. S. Almeida (Coords.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III) (pp. 101 – 121). Coimbra: Quarteto Editora.
- Foshee, V. A., Reyes, H. L., Gottfredson, N. C., Chang, L. Y., & Ennett, S. T. (2013). A Longitudinal Examination of Psychological, Behavioral, Academic, and Relationship Consequences of Dating Abuse Victimization Among a Primarily Rural Sample of Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *53*, 723-729. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.06.016>

- Gass, J. D., Stein, D. J., Williams, D. R., & Seedat, S. (2010). Intimate partner violence, health behaviours, and chronic physical illness among South African women. *South African Medical Journal*, *100*(9), 582-585. Obtido de <http://www.scielo.org.za/pdf/samj/v100n9/v100n9a19.pdf>
- Halpern, C. T., Tucker, C. M., Bengtson, A., Kupper, L. L., McLean, S. A., & Martin, S. L. (2013). Somatic Symptoms Among US Adolescent Females: Associations with Sexual and Physical Violence Exposure. *Maternal and Child Health Journal*, *17*, 1951-1960. doi: 10.1007/s10995-013-1221-1
- Hazen, A. L., Connelly, C. D., Soriano, F. I., & Landsverk, J. A. (2008). Intimate Partner Violence and Psychological Functioning in Latina Women. *Health Care for Women International*, *29*, 282-299. doi: 10.1080/07399330701738358
- Hiller, W., Rief, W., & Brähler, E. (2006). Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*, 704-712. doi: 10.1007/s00127-006-0082-y
- John, R., Johnson, J. K., Kukreja, S., Found, M., & Lindow, S. W. (2004). Domestic violence: prevalence and association with gynaecological symptoms. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *111*, 1128-1132. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00290.x
- Jun, H. J., Rich-Edwards, J. W., Boynton-Jarrett, R., & Wright, R. J. (2008). Intimate partner violence and cigarette smoking: association between smoking risk and psychological abuse with and without co-occurrence of physical and sexual abuse. *American Journal of Public Health*, *98*(3), 527-535. doi: 10.2105/AJPH.2003.037663
- Kaysen, D., Dillworth, T. M., Simpson, T., Waldrop, A., Larimer, M. E., & Resick, P. A. (2007). Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addictive Behaviors*, *32*(6), 1272-1283. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1902810/pdf/nihms21814.pdf>
- Kaura, S. A., & Lohman, B. J. (2007). Dating Violence Victimization, Relationship Satisfaction, Mental Health Problems, and Acceptability of Violence: A Comparison of Men and Women. *Journal of Family Violence*, *22*, 367-381. doi: 10.1007/s10896-007-9092-0
- Kelly, J. B., & Johnson, M. P. (2008). Differentiation among types of intimate partner violence: research update and implications for interventions. *Family Court Review*, *46*(3), 476-499. Obtido de <http://scholar.google.pt/scholar?hl=pt>

- PT&q=Differentiation+among+types+or+intimate+partner+violence%3A+research+update+and+implications+for+interventions&btnG=&lr=
- Kielcolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and Health: His and Hers. *Psychological Bulletin*, *127*(4), 472-503. doi: 10.1037/0033-2909.127.4.472
- Kramer, A., Lorenzon, D., & Mueller, G. (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues*, *14*, 19-29. doi: 10.1016/j.whi.2003.12.002
- Lagarde, E., Carael, M., Glynn, J. R., Kanhonou, L., Abega, S. C., Kahindo, M., ... Buvé, A. (2001). Educational level is associated with condom use within non-spousal partnerships in four cities of sub-Saharan Africa. *AIDS*, *15*(11), 1399-1408. Obtido de file:///C:/Users/aluno/Downloads/Educational_level_is_associated_with_condom_use.9.pdf
- Lown, E. A., & Veja, W. (2001). Intimate partner violence and health: self-assessed health, chronic health, and somatic symptoms among Mexican American women. *Psychosomatic Medicine*, *63*, 352-360. Obtido de <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/63/3/352.full.pdf+html~>
- Matos, M. (2002). Violência conjugal. In C. Machado, & R. A. Gonçalves (Coords.), *Violência e Vítimas de Crimes, Vol.1: Adultos* (pp.81-128). Coimbra: Quarteto Editora.
- McNutt, L. A., Carlson, B. E., Persaud, M., & Postmus, J. (2002). Cumulative Abuse Experiences, Physical Health and Health Behaviors. *Annals of Epidemiology*, *12*(2), 123-130. Obtido de [http://dx.doi.org/10.1016/S1047-2797\(01\)00243-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1047-2797(01)00243-5)
- National Center for Injury Prevention and Control (2003). *Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States* [Adobe Reader XI version]. Obtido de http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/ipv_cost/ipvbook-final-feb18.pdf
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2003). Abuso no contexto do relacionamento íntimo com o companheiro: definição, prevalência, causa e efeitos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *4*(2), 165-184. Obtido de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n2/v4n2a01.pdf>
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2005). Abuso no relacionamento íntimo e estado de saúde em jovens adultos portugueses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*(2), 243-272. Obtido de [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3726/1/International%20Journal%](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3726/1/International%20Journal%20)

20of%20Clinical%20and%20Health%20Psychology%2c%205%2c%202%2c%20243-272.pdf

- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2006). Versão portuguesa das “Escala de Táticas de Conflito Revisadas”: estudo de validação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(2), 14-39. Obtido de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1045/763>
- Pulerwitz, J., Amaro, H., De Jong, W., Gortmaker, S. L., & Rudd, R. (2002). Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. *AIDS Care*, 14(6), 789-800. doi: 10.1080/0954012021000031868
- Quigley, B. M., & Leonard, K. E. (2000). Alcohol and the Continuation of Early Marital Aggression. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(7), 1003-1010. Obtido de file:///C:/Users/aluno/Downloads/Quigley_et_al-2000-Alcoholism-Clinical_and_Experimental_Research.pdf
- Ribeiro, J. L. P. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Rivara, F. P., Anderson, M. L., Fishman, P., Bonomi, A. E., Reid, R. J., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2007). Healthcare Utilization and Costs for Women with a History of Intimate Partner Violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(2), 89-96. doi:10.1016/j.amepre.2006.10.001
- Roberts, M. E., Fuemmeler, B. F., McClernon, F. J., & Beckham, J. C. (2008). Association Between Trauma Exposure and Smoking in a Population-Based Sample of Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, 42, 266-274. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.08.029
- Romito, P., Turan, J. M., & Marchi, M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social Science & Medicine*, 60, 1717-1727. doi:10.1016/j.socscimed.2004.08.026
- Ruiz-Pérez, I., & Plazaola-Castaño, J. (2005). Intimate Partner Violence and Mental Health Consequences in Women Attending Family Practice in Spain. *Psychosomatic Medicine*, 67, 791-797. doi: 10.1097/01.psy.0000181269.11979.cd
- Saltzman, L. E., Fanslow, J. L., McMahon, P. M., & Shelley, G. A. (2002). Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0 [Adobe Reader XI version]. Obtido de http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/ipv_surveillance/intimate%20partner%20violence.pdf

- Sanchez-Lorente, S., Blasco-Ros, C., & Martínez, M. (2012). Factors that contribute or impede the physical health recovery of women exposed to intimate partner violence: a longitudinal study. *Women's Health Issues, 22*(5), 491-500. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2012.07.003>
- Soares, A. J. A., & Alves, M. G. P. (2006). Cortisol como variável em psicologia da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças, 7*(2), 165-177. Obtido de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n2/v7n2a02.pdf>
- Stene, L. E., Dyb, G., Tverdal, A., Jacobsen, G. W., & Schei, B. (2012). Intimate partner violence and prescription of potentially addictive drugs: prospective cohort study of women in the Oslo Health Study. *BMJ Open, 2*, 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2011-000614
- Stene, L. S., Jacobsen, G. W., Dyb, G., Tverdal, A., & Schei, B. (2013). Intimate Partner Violence and Cardiovascular Risk in Women: A Population-Based Cohort Study. *Journal of Women's Health, 22*(3), 250-258. doi: 10.1089/jwh.2012.3920
- Stephenson, R., Koenig, M. A., Acharya, R., & Roy, T. K. (2008). Domestic Violence, Contraceptive Use, and Unwanted Pregnancy in Rural India. *Studies in Family Planning, 39*(3), 177-186. Obtido de <http://europepmc.org/articles/PMC2715158?pdf=render>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2): development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*(3), 283-316. Obtido de <http://pubpages.unh.edu/~mas2/CTS15.pdf>
- Taft, C. T., Vogt, D. S., Mechanic, M. B., & Resick, P. A. (2007). Posttraumatic stress disorder and physical health symptoms among women seeking help for relationship aggression. *Journal of Family Psychology, 21*(3), 354-362. doi:10.1037/0893-3200.21.3.354.
- Temple, J. R., Weston, R., Stuart, G. L., & Marshall, L. (2008). The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women. *Addictive Behaviors, 33*, 1244-1248. doi:10.1016/j.addbeh.2008.05.005
- Testa, M., Livingston, J. A., & Leonard, K. E. (2003). Women's substance use and experiences of intimate partner violence: A longitudinal investigation among a community sample. *Addictive Behaviors, 28*, 1649-1664. doi:10.1016/j.addbeh.2003.08.040

- Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D., Rivara, F. P. (2006). Intimate Partner Violence - Prevalence, Types, and Chronicity in Adult Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6),447-457. doi:10.1016/j.amepre.2006.01.016
- Varma, D., Chandra, P. S., Thomas, T., & Carey, M. P. (2007). Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: Relationship with depression and post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 102, 227-235. doi:10.1016/j.jad.2006.09.026
- Wingood, G. M., DiClemente, R. J., McCree, D. H., Harrington, K., & Davies, S. L. (2001). Dating violence and the sexual health of black adolescent females. *Pediatrics*, 107(5), 1-4. Obtido de <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/5/e72>
- Woods, S. J., Hall, R. J., Campbell, J. C., & Angott, D. M. (2008). Physical Health and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 538-546. doi:10.1016/j.jmwh.2008.07.004.
- World Health Organization (WHO, 2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses* [Adobe Reader XI version]. Obtido de http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593512_eng.pdf
- World Health Organization (WHO, 2009). *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda* [Adobe Reader XI version]. Obtido de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf
- World Health Organization (WHO, 2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence* [Adobe Reader XI version]. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
- Wuest, J., Merritt-Gray, M., Ford-Gilboe, M., Lent, B., Varcoe, C., & Campbell, J. C. (2008). Chronic Pain in Women Survivors of Intimate Partner Violence. *The Journal of Pain*, 9(11), 1049-1057. doi:10.1016/j.jpain.2008.06.009
- Yoshihama, M., Horrocks, J., & Bybee, D. (2010). Intimate partner violence and initiation of smoking and drinking: A population-based study of women in Yokohama, Japan. *Social Science & Medicine*, 71, 1199-1207. doi:10.1016/j.socscimed.2010.06.018

Zablotska, I. B., Gray, R. H., Koenig, M. A., Serwadda, D., Nalugoda, F., Kigozi, G., ...
Wawer, M. (2009). Alcohol Use, Intimate Partner Violence, Sexual Coercion and HIV
among Women Aged 15–24 in Rakai, Uganda. *AIDS Behavior*, *13*, 225–233. doi:
10.1007/s10461-007-9333-5

ANEXOS

Anexo I

Assunto: pedido de autorização para a realização de uma investigação intitulada: Consequências da violência conjugal: repercussão ao nível da saúde física e mental.

Excelentíssima Direção da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima,

Venho por este meio solicitar a autorização para a realização de uma investigação intitulada: Consequências da violência conjugal: repercussão ao nível da saúde física e mental. Este estudo tem como principal objectivo avaliar o impacto da violência doméstica nas vítimas através do uso do auto relato retrospectivo. A violência conjugal possui enormes custos económicos e sociais com repercussões nefastas a nível individual, nomeadamente diminuição da saúde física, comportamentos negativos para a saúde, perturbações crónicas, problema ao nível da saúde reprodutiva e saúde mental entre outras consequências fatais (Dahlberg & Krug, 2002).

A revisão da literatura indica a presença de depressão, perturbação de *stress* pós traumática, baixa auto-estima e baixa auto-imagem como consequências mais visíveis ao nível psicológico (APAV, 2010).

Estas repercussões provocam incapacidade laboral, interpessoal conduzindo a uma degradação da vítima., que acaba por sofrer novas vitimizações, e.g desemprego, ausência de recursos económicos e sociais (APAV, 2010). O objectivo último desta investigação implica repercussões práticas no sentido de os resultados orientarem novas medidas legais e de saúde que possam melhorar as condições de recuperação das vítimas. Este projecto de investigação será orientado e coordenado por mim (Professora Eleonora Cunha) e terá a co-autoria das investigadoras que se encontram a realizar o mestrado em psicologia clínica e da saúde, Carolina Rodrigues, Olga Madeira, Roberta Costa e Vânia Graça.

A avaliação implicará a administração dos seguintes instrumentos: Questionário sócio-demográfico, *Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire* (COR-E) (Hobfoll & Lilly, 1993), Escala de Suporte Social (*Social Provisions Scale* de Cutroma & Russell, 1987), *Rotterdam Symptom Checklist*, Escala de Auto-Estima (*Self-Esteem Scale* – SES, Rosenberg, 1965), a *Brief Symptom Inventory* (Leonard & Derogatis, 1993), Escala de Auto-relato de

Sintomatologia de PTSD (*PTSD Symptom Scale: self-reported* – PSS – SR, Foa et al., 1993; Costa & McIntyre, 2002), Questionário de abuso sexual na idade adulta (*National Women's Study* de Resnick et al., 1993, versão portuguesa de Costa & McIntyre, 2002) e o *Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein et al., 1994). Foram seleccionadas as versões abreviadas dos instrumentos com o objetivo de diminuir o tempo de aplicação, evitando a sobrecarga do participante (média de 11 páginas).

A administração destes instrumentos poderá ser realizada pelos próprios psicólogos das delegações de forma a minimizar o impacto e a exposição das vítimas.

Visto se tratar de uma investigação de âmbito académico, solicitamos a maior brevidade da resposta.

Desde já agradecemos a vossa atenção e disponibilidade.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Eleonora Cunha, *Ph.D.*
Professora Auxiliar
Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga

Alunas:

Ana Carolina Rodrigues,
Olga Madeira,
Roberta Costa,
Vânia Graça.

Anexo II

Consentimento informado

No âmbito da investigação intitulada: Consequências da violência doméstica: repercussões ao nível da saúde física e mental, pertencente ao Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia, vimos por este meio solicitar a sua colaboração na recolha de informação através de questionários que avaliam o tipo de violência doméstica a que está/foi submetido(a), assim como as consequências que trouxe para si, de forma a alterar a legislação vigente, para que tenha melhor proteção e acompanhamento no sentido de melhorar a sua qualidade de vida e a de todas as pessoas que foram/são vítimas deste tipo de violência. A administração dos questionários poderá ocorrer em vários momentos, se assim se justificar.

O anonimato e a confidencialidade dos dados serão absolutamente garantidos. Todos os dados recolhidos durante este estudo, serão tratados de forma confidencial. Os resultados serão para fins de investigação científica, sendo que os participantes nunca serão identificados. A participação nesta investigação é voluntária, sendo que, se quiser desistir, poderá fazê-lo a qualquer momento sem qualquer malefício para si.

A recolha de dados poderá apresentar alguns potenciais riscos, tais como a eventual falta de vontade ou reflexão acerca de temas desconfortáveis e causadores de sofrimento.

Reconhecidamente, agradecemos a sua disponibilidade e preciosa colaboração para a nossa investigação.

Carolina Rodrigues

Olga Madeira

Roberta Costa

Vânia Graça

Formulário do consentimento:

Reconheço que os procedimentos descritos na carta anexa me foram explicados e que respondi de forma positiva à participação.

Os potenciais riscos foram-me explicados. Compreendo que tenho direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento da investigação, qualquer questão sobre esta, asseguram-me ainda que todas as informações recolhidas serão tratadas de forma confidencial.

Percebo que sou livre de a qualquer momento desistir da participação sem qualquer malefício para mim.

Pelo presente documento eu consinto em participar plenamente nesta investigação.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: __/__/____

Anexo III - Instrumentos

Questionário Sócio-Demográfico

1. **Idade:** _____ anos

2. **Sexo:** Feminino Masculino

3. **Escolaridade:**

Analfabeto (a) Primeiro Ciclo (4ª Classe) Segundo Ciclo (6º Ano)

Terceiro Ciclo (9º Ano) Ensino secundário (12º Ano) Ensino Superior (Universidade)

4. **Origem étnica**

Caucasiana (branca) Afro-americana (negra) Hispânica

5. **Situação profissional**

Empregado (a) Desempregado (a) Reformado (a)

6. **Estado Civil:**

Solteiro (a) União de facto Casado (a)

Divorciado (a) Separado (a) Viúva

7. **Número de filhos:** _____

8. **Relação com o(a) agressor(a)?**

Casado (a) Divorciado (a) Companheiro (a)

Namorado(a) Ex-cônjuge Outro: _____

9. **Habita com o(a) agressor(a)?** Sim Não

10. **Quem agrediu pela primeira vez?** Eu Parceiro(a)

11. **Há quanto tempo é vítima de violência doméstica?** _____

Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)

Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman (1996)

Versão Portuguesa da autoria de Carla Paiva & Bárbara Figueiredo (2002)

Independentemente de duas pessoas se darem bem ou não, há alturas em que discutem, ficam aborrecidas uma com a outra, pretendem coisas diferentes uma da outra, ou têm quezílias ou brigas apenas porque estão de mau humor, cansadas ou por qualquer outra razão. As pessoas têm também formas diversas de tentarem resolver as suas diferenças. A seguir, encontrará uma lista de coisas que podem acontecer quando duas pessoas têm diferenças. Por favor, assinale quantas vezes aconteceu que, de há um ano para cá, você tenha feito cada uma dessas coisas e, também, quantas vezes aconteceu que, de há um ano para cá, o seu companheiro o fizesse. Se não aconteceu que você, ou o seu companheiro/a, tenha feito qualquer uma dessas coisas no último ano, mas isso já aconteceu antes, marque um "7" na folha de resposta para a questão correspondente. Se isso nunca aconteceu, marque um "8" na folha de resposta.

Quantas vezes isto aconteceu?

- 1 = Uma vez, de há um ano para cá
- 2 = 2 vezes, de há um ano para cá
- 3 = 3-5 vezes, de há um ano para cá
- 4 = 6-10 vezes, de há um ano para cá
- 5 = 11-20 vezes, de há um ano para cá
- 6 = Mais de 20 vezes, de há um ano para cá
- 7 = Não de há um ano para cá, mas isso já aconteceu antes
- 8 = Isso nunca aconteceu

1. Mostrei ao meu companheiro/a que me preocupava com ele/a, mesmo que discordássemos
2. O meu companheiro/a mostrou que se preocupava comigo, mesmo que discordássemos
3. Numa discussão, expliquei ao meu companheiro/a o meu ponto de vista
4. O meu companheiro/a explicou-me o seu ponto de vista numa discussão
5. Insultei ou roguei pragas ao meu companheiro/a
6. O meu companheiro/a fez isso comigo
7. Atirei ao meu companheiro/a alguma coisa que o/a poderia magoar
8. O meu companheiro/a fez isso comigo
9. Torci o braço ou puxei o cabelo ao meu companheiro/a
10. O meu companheiro/a fez isso comigo
11. Tive um entorse, pisadura, ferida ou um pequeno corte por causa de uma luta com o meu companheiro/a
12. O meu companheiro/a teve um entorse, pisadura, ferida ou pequeno corte por causa de uma luta comigo
13. Mostrei respeito pelos sentimentos do meu companheiro/a acerca de um assunto
14. O meu companheiro/a mostrou respeito pelos meus sentimentos acerca de um assunto
15. Fiz o meu companheiro/a ter relações sexuais sem preservativo
16. O meu companheiro/a fez isso comigo
17. Empurrei ou apertei o meu companheiro/a
18. O meu companheiro/a fez isso comigo
19. Usei a força (e.g., batendo, detendo, ou usando uma arma) para fazer com que o meu companheiro/a tivesse sexo oral ou anal comigo
20. O meu companheiro/a fez isso comigo
21. Usei uma faca ou uma arma contra o meu companheiro/a
22. O meu companheiro/a fez isso comigo

49722

Preencha o questionário de acordo com o exemplo, utilizando caneta azul ou preta.

Preencha

assim



assim não



Código

Data

Aplicação n°

ROTTERDAM SYMPTOM CHECKLIST (RSCL)

Este questionário contém perguntas acerca dos seus sintomas. Por favor, leia cada uma e faça uma cruz no quadrado associado à resposta que mais se aproxime de como se tem sentido **durante a última semana.**

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| 1. Falta de Apetite | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 2. Irritabilidade | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 3. Cansaço | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Algum | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 4. Preocupações | <input type="checkbox"/> Nenhumas | <input type="checkbox"/> Poucas | <input type="checkbox"/> Algumas | <input type="checkbox"/> Bastantes |
| 5. Dores Musculares (músculos doridos) | <input type="checkbox"/> Nenhumas | <input type="checkbox"/> Poucas | <input type="checkbox"/> Algumas | <input type="checkbox"/> Bastantes |
| 6. Depressão | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 7. Falta de energia | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 8. Dores | <input type="checkbox"/> Nenhumas | <input type="checkbox"/> Poucas | <input type="checkbox"/> Algumas | <input type="checkbox"/> Bastantes |
| 9. Nervosismo | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Algum | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 10. Náuseas (enjoo) | <input type="checkbox"/> Nenhumas | <input type="checkbox"/> Poucas | <input type="checkbox"/> Algumas | <input type="checkbox"/> Bastantes |
| 11. Esperança no futuro | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 12. Dificuldade em adormecer | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 13. Dores de cabeça | <input type="checkbox"/> Nenhumas | <input type="checkbox"/> Poucas | <input type="checkbox"/> Algumas | <input type="checkbox"/> Bastantes |
| 14. Vômitos | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Algum | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 15. Tonturas | <input type="checkbox"/> Nenhumas | <input type="checkbox"/> Poucas | <input type="checkbox"/> Algumas | <input type="checkbox"/> Bastantes |
| 16. Falta de interesse sexual | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 17. Sentimento de solidão | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Algum | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 18. Tensão nervosa | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 19. Ansiedade | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 20. Obstipação (prisão de ventre) | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 21. Diarreia | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 22. Azia, arrotos | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Algum | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 23. Calafrios (arrepios) | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Algum | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 24. Formigueiros nas mãos/pés | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Algum | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 25. Acordar sobressaltado | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Poucas vezes | <input type="checkbox"/> Algumas vezes | <input type="checkbox"/> Bastantes vezes |
| 26. Dor ao engolir | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 27. Queda de cabelo | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 28. Ardor nos olhos | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Algum | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 29. Falta de ar | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |
| 30. Secura da boca | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Alguma | <input type="checkbox"/> Bastante |

BREVE INVENTÁRIO DE SINTOMAS

(BSI; L. R. Derogatis, 1983)

(Tradução e Adaptação de M. C. Canavarro, 1995)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

| EM QUE MEDIDA FOI AFECTADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS | | | | | |
|--|-------|--------------|---------------|--------------|-------------------|
| | Nunca | Poucas vezes | Algumas vezes | Muitas vezes | Multíssimas vezes |
| 1. Nervosismo ou tensão interior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Desmaios ou tonturas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Dores sobre o coração ou no peito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Medo na rua ou praças públicas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Pensamentos de acabar com a vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Perder o apetite | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Ter um medo súbito sem razão para isso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Ter impulsos que não se podem controlar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Sentir-se sozinho mesmo quando se está com mais pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Sentir-se sozinho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Sentir-se triste | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Não ter interesse por nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Sentir-se atemorizado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus interesses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Sentir-se inferior aos outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Dificuldade em adormecer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Dificuldade em tomar decisões | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Sensação de que lhe falta o ar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Calafrios ou afrontamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo IV
Coefficiente de Consistência Interna de Cronbach

Quadro 1

Coefficientes de Consistência Interna de Cronbach

| | <i>α de Cronbach</i> |
|---------------------------|----------------------|
| RSCL | |
| <i>Distress</i> Físico | .90 |
| BSI | |
| Somatização | .87 |
| CTS2 | |
| Vitimização | .86 |
| Agressão psicológica | .71 |
| Coerção sexual | .85 |
| Abuso físico sem sequelas | .74 |
| Abuso físico com sequelas | .72 |

Nota. RSCL = *Rotterdam Symptom Checklist*

BSI = *Brief Symptom Inventory*

CTS2 = *Revised Conflict Tactics Scales*