



UC/FPCE — 2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Estudo exploratório no âmbito da Violência entre Parceiros Íntimos: Representações Sociais numa amostra de Médicos e Estudantes de Medicina

Ruben Leonhard Francisco Spilker (email: ruben.spilker@icloud.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (Área de subespecialização em Sistémica, Saúde e Família) sob a orientação da Professora Doutora Madalena Santos Torres Veiga de Carvalho

Estudo exploratório no âmbito da violência entre parceiros íntimos: representações sociais numa amostra de médicos e estudantes de medicina

Resumo: A presente investigação tem como objetivo global identificar as representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de estudantes de medicina e de médicos portugueses. O protocolo de investigação, completado por 153 sujeitos, englobou um Questionário Sociodemográfico e de Dados Complementares, as Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (*The Revised Conflict Tactics Scales* CTS2, Alexandra & Figueiredo, 2006), o Questionário de Violência Conjugal – Histórias (QRVC-HIS, Alarcão, Alberto, Camelo, & Correia, 2007) e o Questionário de Violência Conjugal – *Causas, Manutenção e Resolução* (QVC-CMR, Alarcão, Alberto, Camelo, & Correia, 2007).

Os resultados obtidos apontam para uma baixa legitimação da violência por parte da amostra e valores inquietantes de perpetração e de vitimização de violência nas relações íntimas dos respondentes. Foi também verificada uma forte simetria entre a perpetração e vitimização entre todas as táticas de resolução de conflito entre parceiros íntimos.

A formação específica no âmbito da violência entre parceiros íntimos foi alvo de investigação e aponta para uma menor legitimação pelos sujeitos que receberam formação sobre o fenómeno em questão.

Em síntese, os resultados obtidos remetem para a necessidade de implementar formação específica para os profissionais e futuros profissionais médicos, contribuindo de modo eficaz no processo multidisciplinar de identificação e intervenção junto das vítimas e perpetradores de violência entre parceiros íntimos.

Palavras-chave: violência entre parceiros íntimos; representações sociais; médicos e estudantes de medicina; formação; simetria

Exploratory study in the field of intimate partner violence: social representations in a sample of physicians and medical students

Abstract: The present research defined its global objective to be the identification of the social representations of intimate partner violence in a sample of portuguese medical students and physicians. The research protocol, completed by a total of 153 subjects, included a socio-demographic questionnaire, The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2, Alexandra & Figueiredo, 2006), The Questionnaire of Marital Violence – Stories (QRVC-HIS, Alarcão, Alberto, Camelo, & Correia, 2007) and the Questionnaire of Marital Violence – Causes, Maintenance and Resolution (QVC – CMR, Alarcão, Alberto, Camelo, & Correia, 2007).

The obtained results point to a low legitimation of violence and frightening values of perpetration and victimization of violence in the intimate relationships of the respondents. It was also found a strong symmetry between the perpetration and victimization among the various tactics used to settle conflicts in intimate partner relationships.

Specific training in intimate partner violence was also targeted in the research procedures and the results point to a lower legitimation by the subjects who received specific training.

In summary, the results suggest the critical need for implementation of specific training in physicians and soon-to-be physicians in order to contribute effectively in the multidisciplinary process of identification and intervention with victims and perpetrators of intimate partner violence.

Key words: intimate partner violence; social representations; physicians and medical students; training; symmetry

Agradecimentos

Procuro, aqui, expressar o meu profundo agradecimento a todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a minha evolução pessoal e profissional, (co)construindo a pessoa que hoje sou, nesta etapa da minha vida.

Neste sentido, e numa perspetiva mais específica, agradeço à Professora Doutora Madalena de Carvalho, pela orientação, suporte e provocações que incitaram o meu desenvolvimento e progressão. À Professora Doutra Isabel Alberto pela sua disponibilidade, atenção e apoio prático.

À minha mãe, pelo apoio funcional, motivacional e pelo amor dedáleo e complexo e indefinível ao longo da minha vida. Igualmente ao meu pai, pelas profundidades da sabedoria e por representar a minha estrela do norte, apoiando, orientando e iluminando o caminho da minha vida de modo incondicional e incansável.

Certamente à Fátima Rodrigues, sempre presente e paciente, apoiando, auxiliando e motivando-me ao longo de todo o percurso. Sobretudo, por me dar o empurrão fundamental nos momentos certos. Pelo amor e por aquilo que somos, nos tornaremos e seremos juntos. À Mestre Gabriela Fonseca, por toda a preocupação, apoio e trabalho investido, complementando-me nas minhas fraquezas.

À Ágata Palma e à Luísa Pereira, minhas irmãs, meu apoio sempre presente e constante. E igualmente ao Pedro Fialho, pelos anos de amizade, um grande obrigado.

Aos meus padrinhos que me mostraram o amor pela cidade da saudade e da tradição, que me deram uma cama para dormir, que me integraram e encaminharam; ao Sr. Carlos Arruda (bem disse que ia acabar antes) e ao Mestre Ricardo Viegas, um grande obrigado, por tudo que fizeram por mim.

Às Psicólogas do INEM agradeço profundamente por um ano preenchido de aventuras e de crescimento pessoal e profissional, por uma experiência incrível e enriquecedora. Pelo apoio e auxílio absoluto e, sobretudo, por um conhecimento melhor sobre mim mesmo.

Às restantes pessoas que me acompanharam, com igual amor e carinho, agradeço a comparsaria e aprendizagens que me definem como pessoa hoje... Que amanhã já não serei.

Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento conceptual.....	2
1.1. Violência entre parceiros íntimos.....	2
1.1.1. Definição e delimitação do conceito.....	2
1.1.2. Fundamentos e história.....	3
1.1.3. Prevalência, impacto e fatores de risco.....	4
1.2. Representações sociais.....	5
1.3. O papel dos médicos e suas representações sociais.....	7
II. Objetivos.....	10
III. Metodologia.....	11
3.1. Descrição da amostra.....	11
3.2. Instrumentos de avaliação.....	14
3.2.1. Questionário sociodemográfico e dados complementares.....	14
3.2.2. Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (<i>The Revised Conflict Tactics Scales – CTS2</i>).....	14
3.2.3. Questionário de Violência Conjugal – Histórias (<i>QRVC-HIS</i>).....	15
3.2.4. Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (<i>QVC-CMR</i>).....	16
3.3. Procedimentos de investigação.....	17
3.4. Procedimentos estatísticos.....	17
IV. Resultados.....	18
4.1. Representações sociais dos médicos e estudantes de medicina em torno da VC.....	18
4.1.1. Questionário de violência conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (<i>QVC-CMR</i>).....	18
4.1.2. Questionário de violência conjugal – Histórias (<i>QVC-HIS</i>).....	21
4.2. Influência dos anos de exercício (médicos), anos de formação (estudantes de medicina), idade e sexo nas representações sociais (<i>QRVC-HIS</i>).....	24
4.3. Influência da formação nas crenças em torno da VC (<i>QRVC-HIS</i>).....	25
4.4. VPI e resolução de conflitos entre parceiros íntimos (<i>CTS2</i>).....	26
4.5. Relação da legitimação da VC (<i>QRVC-HIS</i>) com, e entre, as táticas de resolução de conflitos entre parceiros íntimos (<i>CTS2</i>).....	29
4.5.1. Relação entre a legitimação da VC (<i>QRVC-HIS</i>) e as táticas de resolução de conflitos entre parceiros íntimos (<i>CTS2</i>).....	29
4.5.2. Relação entre a perpetração, vitimização e as táticas de resolução de conflito entre parceiros íntimos (<i>CTS2</i>).....	29
4.5.3. Relação entre a perpetração e vitimização, das táticas de resolução de conflitos em estudantes de medicina e médicos.....	30
V. Discussão.....	31
5.1. Representações sociais em torno da VC.....	31
5.1.1. Crenças em torno das Causas, Manutenção e Resolução da VC (<i>QVC-CMR</i>).....	31
5.1.2. Legitimação da VC (<i>QRVC-HIS</i>).....	34
5.2. Relação entre os anos de exercício da profissão (médicos), anos de formação (estudantes), idade e sexo e as crenças em torno da VC.....	36

5.3. Relação entre a formação e as crenças em torno da VC	37
5.4. Violência e resolução de conflitos por parceiros íntimos (CTS2).....	38
5.5. Relação entre a legitimação da VC (QRVC-HIS) e as táticas de resolução de conflito (CTS2)	40
VI. Conclusões	41
Bibliografia	44
Anexos	61

Introdução

Considerada uma violação dos direitos humanos, a Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) representa um problema grave a nível de saúde pública e social (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002), expandindo-se pelos variados contextos socioeconómicos, culturais e étnicos (Flynn & Graham, 2010; Lawoko, Dalal, Jiayou, & Jansson, 2007).

Em Portugal, a VPI é hoje um crime público e a sua sinalização perante a autoridade é obrigatória (Cardoso & Ornelas, 2013; Caridade & Machado, 2006; Machado, Gonçalves, Matos, & Dias, 2007). Realçando o interesse na problemática em destaque, a VPI encontra-se no quarto lugar da lista dos crimes mais participados à polícia, e é o segundo tipo de violência interpessoal com 26.10%, representando 9.00% de todos os casos reportados a nível nacional (Carmo, Grams, & Magalhães, 2011; Sistema de Segurança Interna, 2011). Ainda que a vitimização de VPI no sexo masculino se revele um campo menos estudado, estimativas em países de língua inglesa apontam para uma prevalência de 25.00% (Costa et al., 2014). A nível mundial, a Organização Mundial da Saúde [(WHO), 2012] estima a perpetração de VPI contra uma mulher de entre 13.00 a 61.00%. A exposição ao longo da vida é estimada nos 25.00% (WHO, 2013) na europa, apontando para valores idênticos entre os sexos.

Em 1996 a Associação Médica Mundial (*World Medical Association*) reconheceu a importância do papel dos médicos na prevenção e tratamento da violência familiar, promovendo a investigação sobre prevalência, fatores de risco, resultados e cuidados às vítimas (Shipway, 2004). Com efeito, quer na medicina geral, dentária, psiquiatria, quer em atendimentos rotineiros, quer nos cuidados em emergência, os médicos têm contacto diário com pacientes cuja saúde é prejudicada pela VPI (Henwood, 2000). Adicionalmente, os profissionais médicos são, muitas vezes, aqueles que têm o primeiro contacto com a VPI, tendo assim a possibilidade de, clinicamente, avaliar sintomatologia coerente com a violência, seja ela de natureza física ou psicológica (Adams, 1996).

Neste sentido, poder-se-á encarar as representações sociais (RS) como fundamentais na análise das narrativas que os profissionais médicos e futuros médicos têm da VPI e na forma como poderão influenciar a sua atividade profissional, agora e no futuro. Assim, tendo em conta o importante papel que estes profissionais podem desempenhar na prevenção e tratamento da VPI, o presente estudo visa aprofundar o conhecimento acerca das RS em torno da VPI de profissionais e futuros médicos.

I. Enquadramento conceptual

1.1. Violência entre parceiros íntimos

1.1.1. Definição e delimitação do conceito

Ainda que não exista nenhuma definição universalmente aceite (Flynn & Graham, 2010), a VPI é a violência [ou ameaça de violência (Henwood, 2000)] de natureza física, sexual ou psicológica exercida entre adultos que são ou foram parceiros numa relação sexual ou íntima de natureza homo ou heterossexual (Carpenter & Stacks, 2009; Hattery, 2009; Saltzman, Fanslow, McMahon, & Shelley, 2002; Thompson et al., 2006). Assim, a VPI pode traduzir-se num padrão amplo de táticas coercivas ou violentas utilizadas por um ou ambos os parceiros no sentido de estabelecer ou preservar poder e controlo sobre o outro (Martins, Assunção, Caldas, & Magalhães, 2014). É importante assinalar que, por definição, parceiros íntimos são cônjuges, companheiros, parceiros não-maritais, parceiros de namoro ou pessoas num primeiro encontro, parceiros divorciados e ex-parceiros de namoro, ou parceiros sem qualquer rótulo na sociedade (heterossexual ou homossexual) (Saltzman et al., 2002); por seu turno, violência é definida como qualquer forma de uso intencional da força, coação, intimidação ou forma de ação intencional que, de algum modo, lese a integridade, os direitos e necessidades do parceiro ou de outrem (Manita, Ribeiro, & Peixoto, 2009).

A WHO (2012) distingue quatro tipos diferentes de VPI: (1) atos de violência física, como por exemplo, bofetadas, pontapés ou murros, (2) violência sexual, incluindo relações sexuais forçadas e outras formas de coerção sexual, (3) abuso emocional (psicológico), expressando-se frequentemente em insultos, depreciação, humilhação constante, intimidação (i.e. destruir coisas), ameaças de causar dano ou ameaça de retirar os filhos, e (4) comportamentos controladores, incluindo o isolamento de uma pessoa da sua família e amigos, monitorização dos seus movimentos e restrição do acesso a recursos financeiros, emprego ou cuidados médicos (Carpenter & Stacks, 2009).

Atendendo à multidimensionalidade da vivência entre parceiros íntimos e à complexidade que lhe é inerente (Relvas & Alarcão, 2007), a investigação no âmbito da VPI revela-se complexa e desafiante. Compreender a VPI requer compreender sistemas de dominação e as suas ligações de interconexão (Hattery, 2009). Revela-se, assim, fundamental procurar desconstruir o conceito de VPI, criando um conciso entendimento da temática ao ter em conta a multiplicidade e variação na sua definição e dos seus elementos principais (Gelles & Straus, 1988; Gelles, 1980; Loue, 2001; Nicolaidis & Paranjape, 2009). Neste sentido, a delimitação de conceitos surge como um aspeto muito relevante, nomeadamente no que respeita aos termos VPI e violência doméstica. A WHO (2012) clarifica que o termo ‘violência doméstica’ é utilizado em muitos países para referir a violência entre parceiros íntimos. Outros autores (Ali & Naylor, 2013; Waalen, Goodwin, Spitz, Peterson, & Saltzman, 2000) afirmam também que os dois termos são utilizados alternadamente de forma indiferenciada. No

entanto, o termo violência doméstica também abrange o abuso infantil ou o do idoso e, igualmente, o abuso por parte de qualquer outro membro que viva no mesmo espaço de habitação – ora, tal não se verifica na VPI. Assim, a distinção entre os dois termos, tal como a WHO faz, revela-se um aspeto fulcral para a delimitação dos limiares e para o entendimento da problemática (WHO, 2012).

A definição da VPI depende sempre de como a medimos, o que, por sua vez, irá influenciar as conclusões sobre prevalência, padrões, diferenças nos géneros e consequências para a saúde (McHugh & Frieze, 2006). Neste enquadramento, a definição é maioritariamente direcionada pela perceção pessoal do problema, dependente da história, educação, formação, experiência, metodologia de estudo e crença política (Nicolaidis & Paranjape, 2009). Os autores Nicolaidis e Paranjape (2009) distinguem várias perspetivas sobre a sua definição em relação à área de estudo, nomeadamente a investigação na violência familiar, o estudo da violência doméstica e do movimento dos investigadores ‘feministas’, o sistema legal, o sistema público de saúde e o sistema de prestação de cuidados de saúde. Note-se que as investigações no âmbito do conflito familiar encaram a violência como resposta ao conflito intermitente, podendo ser perpetrada por ambos os sexos em proporções similares (Archer, 2000). O foco centra-se no comportamento perpetrado por cada parceiro no âmbito da sua relação (Nicolaidis & Paranjape, 2009).

1.1.2. Fundamentos e história

A violência entre pessoas com vínculos íntimos não é um fenómeno recente. Prejudicar pessoas que amamos é relatado até à altura da morte de Abel por Caim, em *Genesis* (Gelles & Straus, 1988) e tem sido uma prática comum desde os tempos mais remotos (Gelles, citado em Caridade & Machado, 2006). Davidson (1978, citado em deLahunta, 1995) afirma que, na Idade Média, a violência física contra as mulheres foi considerada como uma forma necessária de disciplina assertiva para a sua educação e controlo, motivo pelo qual, apenas no início de 1870, nos Estados Unidos da América, se aboliu o direito do homem bater na sua esposa (US Commission on Civil Rights, 1982, citado em deLahunta, 1995). A partir de 1960, a atenção pública e profissional face ao abuso de crianças e mulheres obteve um rápido crescimento, começando com o abuso de crianças, de mulheres e ultimamente, de idosos (Gelles & Straus, 1988; Löbmann, Greve, Wetzels, & Bosold, 2003). A nível mundial, foi na década de 60 do século passado que a violência entre parceiros se revelou um problema social específico (Caridade & Machado, 2006), sendo hoje considerada um problema epidémico (Hattery, 2009). No entanto, a literatura sobre o abuso de mulheres foi quase inexistente na referida década e a violência direcionada para maridos, pais e os idosos não foi reconhecida literariamente antes dos anos 70 (Gelles, 1980). Só a partir dos anos 80, a investigação da violência entre parceiros se expandiu para outros contextos relacionais: casais

coabitantes, parceiros homossexuais e relações de namoro (Machado, Caridade, & Martins, 2009).

Em Portugal, só a partir do início da década de 90 houve um crescimento notável na *awareness*¹ da dimensão e importância do problema que a violência na intimidade representa (Caridade & Machado, 2006). Hoje, os estudos científicos sobre a violência familiar já se centram em três grandes áreas: (1) prevalência de abuso de crianças e parceiros, (2) causas do abuso e as atitudes e crenças sociodemograficamente ligadas às causas e (3) impacto do abuso para as vítimas, a curto e longo prazo (Machado et al., 2007).

Um estudo conduzido por Machado e colaboradores (2007) indica que, no norte de Portugal, o abuso físico e emocional de crianças e/ou parceiros pode estar a afetar quase uma em quatro famílias. Esta crescente consciencialização sobre violência infantil e entre parceiros íntimos em Portugal, tem-se vindo a refletir em novas legislações e iniciativas públicas criadas para proteger as vítimas. A violência entre parceiros é, agora, um crime civil, campanhas políticas sobre o assunto têm vindo a ser desenvolvidas e um treino especial tem sido fornecido à autoridade policial (Machado et al., 2007).

1.1.3. Prevalência, impacto e fatores de risco

De acordo com Hamel (2008), a VPI constitui um problema de saúde pública. De facto, esta problemática encontra-se associada a efeitos severos na saúde, quer física quer mental, da vítima (Lefevre, Moura, & Moura, 2012; Vanderende, Yount, Dynes, & Sibley, 2012) e a problemas sociofamiliares que, na pior das hipóteses, poderão ter como consequência o homicídio (Pereira, Vieira, & Magalhães, 2013) ou o suicídio (Campbell, 2002; Golding, 1999). Ainda que seja um problema social que se cruza com todos os níveis socioeconómicos, raças e etnias (Lawson, 2003), ocorrendo em ambos os sexos, religiões e grupos culturais, não deixa de ser relevante que o “(...) grande peso global da VPI é carregado por mulheres” (WHO, 2012, p.1).

Alerta-se para a propensão aumentada da vitimação feminina no que respeita à problemática da VPI (Hattery, 2009). Além disso, os dados indicam que mulheres mais novas têm uma probabilidade aumentada de experienciar este tipo de violência. Rennison e Welchans (2003) indicam que o risco de uma mulher ser vítima de homicídio entre parceiros íntimos é duas vezes superior, comparativamente ao risco do homem. Noutro estudo realizado em múltiplos estados dos Estados Unidos da América, os resultados demonstram que uma em quatro mulheres reportou ter experienciado alguma forma de VPI durante o curso da sua vida, enquanto só um em sete homens experiencia alguma forma de VPI (Breiding et al., 2008, citado em Vanderende, Yount, Dynes, & Sibley, 2012). No entanto, a

¹ Palavra com significado não traduzível, referenciando o estado ou capacidade de perceber, de sentir ou de ser consciente de um dado evento, objeto ou padrão sensorial (Belkadi, Bonjour, Camargo, Troussier, & Eynard, 2013)

(as)simetria entre sexo, idade e outros fatores demográficos está fortemente ligada à metodologia de investigação utilizada (Hattery, 2009).

As consequências da VPI estão associadas a uma longa lista de sequelas de curto e longo-prazo (Beydoun, Beydoun, Kaufman, Lo, & Zonderman, 2012; Pereira et al., 2013), sendo que o abuso emocional é tão fortemente associado aos problemas e implicações de saúde como é o abuso físico (Kramer, Lorenzon, & Mueller, 2004). Note-se também que esta problemática traz consigo consequências de longa duração para os seus sobreviventes, mesmo depois do fim do abuso (Campbell, 2002). Efeitos da VPI encontram-se associados a um risco elevado de ferimento, uso frequente de serviços de saúde, baixa qualidade de vida (Campbell, 2002; Rahman, Nakamura, Seino, & Kizuki, 2012), incapacitação (Coker, Smith, & Fadden, 2005), dor cónica (Campbell, 2002; Kramer et al., 2004), incapacitação associada com doenças cardíacas e circulatórias, danos no sistema nervoso, artrite, depressão (Devries et al., 2013) ou outra doença mental (Coker et al., 2005; Ishida, Stupp, Melian, Serbanescu, & Goodwin, 2010; Kramer et al., 2004), dores de cabeça, enxaquecas, problemas gastrointestinais (Kramer et al., 2004), hemorragia vaginal (Kramer et al., 2004), infeções sexualmente transmissíveis (Campbell et al., 2008), Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) (Campbell, 2002), o uso e abuso de substâncias (Kramer et al., 2004), disfunção social (Campbell, 2002), insónias, ansiedade (Campbell, 2002) e pensamentos suicidas (An & Cooney, 2006; Devries et al., 2013; Ishida et al., 2010; Kramer et al., 2004; Meadows, Kaslow, Thompson, & Jurkovic, 2005).

Na literatura sobre a temática emergem múltiplos fatores de risco associados à VPI, como, por exemplo uma infância marcada por histórias de abuso físico, sexual ou exposição à VPI, que poderá desencadear um ciclo vicioso de repetição, culminando numa possível relação fisicamente violenta na idade adulta (Renner & Slack, 2006). Da mesma forma, a violência é considerada um comportamento aprendido e frequentemente passado de geração em geração, e o impacto negativo irá persistir, a menos que seja feito um grande esforço para interromper o padrão mal-adaptativo da inter-relação (deLahunta, 1995).

1.2. Representações sociais

“O nosso propósito é compreender a inovação mais do que a tradição, a vida social em construção mais do que a vida social preestabelecida.” (Moscovici, 1988, p.219)

Em 1989, Jodelet define as representações sociais como *“uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”* (citado em Vala, 2010, p.458).

Após o nascimento oficial da teoria das representações sociais, em 1961, seguiu-se uma reação em cadeia de desenvolvimentos científicos que poderão ser sintetizados em mais de cinquenta anos. Atualmente, a teoria das

representações sociais constitui-se um campo de investigação mundial, traduzindo-se numa perspectiva unificadora, meta-teorética sobre a construção social e/do conhecimento (Rosa, 2013). Mas a psicologia social tem de encarar a teoria das representações sociais de modo diferente da perspectiva social. A sociologia tem olhado para as representações sociais como sendo ferramentas explicativas, irredutível por qualquer outra análise. Sabia-se que as representações sociais ocorriam nas sociedades, mas ninguém se preocupava com a sua estrutura ou dinâmica interna. A psicologia social, por outro, tem de se preocupar com ambos, com a estrutura e as dinâmicas das representações (Moscovici, 2000). “*Parece-me que a psicologia social tem de (...) estudar como representações científicas são mudadas para representações ordinárias*” (Moscovici, 2000, p. 149). Por esta via de pensamento de Moscovici, o autor defende que a aspiração da teoria das representações sociais é clara: tendo no seu centro a comunicação e a representação, tendo a esperança de elucidar as ligações que unem a psicologia humana com questões contemporâneas sociais e culturais.

De acordo com Moscovici (2000), formamos este tipo de representações para nos familiarizar-nos com aquilo que nos é estranho ou desconhecido. Neste sentido, é o mundo complexo que nos motiva a elaborar representações sociais, criando uma ponte entre aquilo que nos é estranho e aquilo que nos é familiar. As representações sociais partilham, portanto, a intenção de criar comunicação entre um grupo relativamente pouco problemático e de reduzir o ‘vago’ através da criação de unanimidade entre os seus membros (Moscovici, 2000).

As representações sociais, de acordo com Vala (2010), podem ser vistas através de duas perspectivas. Por um lado, serão ‘o reflexo interno de uma realidade externa, reprodução conforme no espírito do que se encontra fora do espírito’. Por outro, considera-se que “*não há corte entre o universo interior e o universo exterior do indivíduo, que o sujeito e o objeto não são essencialmente distintos*” (Moscovici, 1969, citado em Vala, 2010, p.459).

As representações recebem, *a priori*, um estatuto de variável independente (VI) e são teorias sociais práticas; são um saber prático (Vala, 2010) e, nesse sentido, teorias do senso comum, elaboradas e partilhadas por grupos sobre a temáticas relacionadas com o dia a dia (Wachelke, Demantova, & Guisso, 2012) em que a “*comunicação em grupo sobre um determinado tema é uma condição essencial para a existência de uma representação social sobre o mesmo*” (Wachelke et al., 2012, p.1). A representação, por sua vez, poderá ser encarada como uma atividade, através da qual uma pessoa procura recriar um objeto externo de si, convertendo a realidade em informação situada no seu universo cognitivo. Representar é, por si, um processo cognitivo que necessita de uma ligação de um assunto a um objeto... e sem assunto ou objeto não há representação de acordo com Moscovici (1976, citado em Wachelke et al., 2012).

A representação social define-se por três critérios, ou melhor, é co-construída por três componentes. Contém uma componente de natureza quantitativa no sentido de descrever a partilha por um conjunto de indivíduos aquilo que designamos de representação social. Num segundo

momento, “as representações sociais são um produto das interações e dos fenómenos de comunicação no interior de um grupo social, refletindo a situação do grupo, os seus projetos, problemas e estratégias e as suas relações com outros grupos” (Vala, 2010, p.461). Como terceiro critério e componente, a representação social contém um elemento caracterizado pela funcionalidade enquanto forma decisiva para a diferenciação (Vala, 2010).

Dentro das representações, Moscovici identificou algumas funções, como a “*construção da nossa realidade, facilitar a comunicação e interação social, demarcar e consolidar grupos, ajudar na formação de uma identidade social, servir no processo da socialização e, finalmente, tornar o não-familiar familiar*” (Purkhardt, 1991, citado em Bradbury, 1999, p.20). Através de um processo chamado ancoragem, as representações realizam classificações e nomeações para dar um novo objeto, um sentido, uma objetivação, em que se torna o não-familiar familiar ao objetivá-lo (Purkhardt, 1991, citado em Bradbury, 1999).

Assim, procurando definir as representações sociais, estas aparentam-se similares de *teorias* que ordenam, à volta de um tema, uma série de proposições que permitem *coisas* ou pessoas de serem classificadas, descrevendo as suas características, os seus pensamentos e explicando as suas ações. De um ponto de vista dinâmico, as representações sociais aparecem como uma ‘rede’ de ideias, metáforas e imagens, fracamente interligadas, e tornando-se, assim, mais móveis e fluídas do que teorias (Moscovici, 2000). Representações são sociais como são um facto psicológico: têm um aspeto impessoal (pertencendo a todos), são representações de outros (pertencem a outras pessoas ou grupos), e são uma representação pessoal (sentimento que pertence afetivamente ao ego) (*idem*).

As representações sociais alimentam-se, neste sentido, das teorias científicas mas também dos grande eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações quotidianas. Igualmente, têm dois processos subjacentes: a *objetivação* e a *ancoragem*. É a objetivação que permite compreender como, no senso comum, as palavras e os conceitos são transformados em coisas, em realidades exteriores aos indivíduos. A ancoragem refere-se, antes de mais, à transformação do não-familiar em familiar (Vala, 2010). Assim, destinam-se à produção de um sentido, sendo caracterizáveis como um conjunto de conceitos, proposições e explicações criadas na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual e tornam-se, assim, equivalentes a uma versão contemporânea, limitada no espaço e tempo, do senso comum (Moscovici, 1981, citado em Vala, 2010).

1.3. O papel dos médicos e suas representações sociais

James Mercy (2009) afirma que os profissionais de saúde, sobretudo os médicos, são muitas vezes os primeiros profissionais de saúde em que as vítimas confiam e a quem pedem ajuda. Além disso são, muitas vezes, aqueles que têm o primeiro contacto com a VPI (Adams, 1996). Tendo o referido em conta, entende-se que o papel dos médicos é fundamental no que

respeita à deteção correta, ao diagnóstico, à sinalização e ao reencaminhamento adequado das vítimas (Liebschutz & Rothman, 2012; Manita et al., 2009; Martins et al., 2014). Assim, os médicos são considerados os *gatekeepers*² principais no esforço de monitorizar, identificar, tratar e intervir nos casos específicos de VPI. Na atualidade, são médicos de urgência, médicos de família, obstetras, ginecologistas, pediatras, psiquiatras, radiologistas, dentistas e oftalmologistas os profissionais com maior probabilidade de ter contacto com a VPI no exercício da sua profissão (Manita et al., 2009). Além do referido, é também papel do profissional médico elaborar detalhadamente um relatório a pedido da vítima, acrescentando ou não outros elementos (APAV, 2010). Os relatórios médicos, em processos de VPI, têm uma particular importância ao nível da prova documental, por vezes, a única de que a vítima dispõe (*idem*).

A grande dificuldade em Portugal, no tratamento e proteção das vítimas da VPI, é o ‘silêncio’ que caracteriza os casos; o silêncio das vítimas que não sinalizam o abuso e o silêncio dos profissionais de saúde que não sinalizam e reportam a violência – apesar da mesma constituir um crime público. Nesta linha, não deixa de ser pertinente assinalar que todos os profissionais e colaboradores do governo têm, incluindo os profissionais de saúde do Sistema Nacional de Saúde (SNS), a obrigação legal de denunciar os casos detetados na prestação dos seus serviços (Artigo n.º 242 do Código Penal). Qualquer caso de suspeita deverá ser, pelo profissional de saúde público, reportado ao Instituto de Medicina Legal, à Polícia ou diretamente ao Ministério Público (Martins et al., 2014). Adicionalmente, o Artigo 53º do Código Deontológico em vigor atualmente e aprovado por parte da Ordem dos Médicos Portugueses visa que “*sempre que o médico, chamado para tratar um menor, um idoso, um deficiente ou um incapaz, verifique que estes são vítimas de sevícias, maus-tratos ou assédio, deve tomar providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertando as autoridades competentes*” (ODM, 2009, p. 26).

Um estudo de Magalhães (2010, citado em Martins et al., 2014) indica que mais de metade das vítimas portuguesas de VPI não procuram ajuda nos serviços de saúde. Maioritariamente por considerarem pouco necessário devido aos seus ferimentos pouco sérios e sentimentos de vergonha e medo. Para além do referido, em situações de VPI, a suspeita por parte dos médicos vinculados ao SNS é percentualmente muito baixa (57.90%), e nos casos sob suspeita em 89.80% das vezes o médico não mencionou a sua obrigação legal a respeito da denúncia do caso, em 52.30% desses casos nem realçaram os perigos que as vítimas corriam (Martins et al., 2014).

Realçando que existe pouca investigação sobre as questões relacionadas com VPI a nível nacional, uma melhor compreensão da problemática é fundamental para os profissionais de saúde (Martins et al., 2014).

² Traduzir o conceito iria desvirtuar o seu significado. Neste contexto específico, *gatekeepers* são os principais responsáveis para a avaliação, sinalização e encaminhamento dos parceiros íntimos que apresentam sinais e sintomas de VPI.

Aprofundando o tema das RS, torna-se crucial a exposição de um paradoxo: RS são teorias do senso comum, elaboradas e partilhadas por grupos acerca de temas do dia a dia. Para a existência de uma RS, o tema em destaque tem que ser alvo de comunicação grupal (Wachelke et al., 2012), sendo o alvo neste caso o ‘silêncio’ das vítimas e dos profissionais (Martins et al., 2014).

Atendendo à extrema importância do papel dos médicos em casos de VPI, torna-se fundamental procurar conhecer as representações sociais que os profissionais médicos em Portugal (onde existe pouca investigação neste sentido) possuem em torno desta problemática. Simultaneamente, é importante que estes profissionais obtenham um melhor entendimento sobre o fenómeno (Martins et al., 2014).

Ainda que várias organizações e associações procurem promover rastreios³ no sentido de detetar situações de VPI, através da realização de consultas médicas em mulheres e homens de todas as idades, os médicos evidenciam um desempenho inadequado. Podem contribuir para o referido fatores como: falta de tempo, desconforto no confronto da vítima, medo de ofender o paciente, falta de competência e frustração perante a negação do evidente (Waalén et al., 2000; Zink, Regan, Goldenhar, Pabst, & Rinto, 2004). A autoavaliada perceção de competência face ao reconhecimento, identificação e cuidados de vítimas de VPI tem-se encontrado associada, de modo linear, a médicos mais atentos, sensíveis e adequados no exercício da sua profissão (Jonassen & Mazor, 2003).

Um estudo de Sprague e colaboradores (2013) demonstrou que estudantes de medicina e médicos da especialidade de cirurgia no Canadá possuem perceções erróneas face à VPI e treino inadequado aquando da sua identificação e tratamento. Note-se que a forma como os médicos percecionam a VPI é influenciada pela condição e classe económica da pessoa que se apresenta como vítima ao Sistema de Saúde, existindo preconceitos de *classe* por parte dos profissionais médicos (De Ferrante, Santos, & Vieira, 2009).

Reconhecendo a importância do sistema de crenças (Costa, 2014), entender e perceber as representações sociais que médicos, e sobretudo futuros médicos, possuem face à VPI é extremamente importante para monitorizar e identificar a progressão e evolução, possibilitando um possível reajuste no caminho. Isto tendo em conta que são as crenças que irão influenciar o modo como executamos uma determinada função através do nosso processamento cognitivo da informação (Beck, 1990 citado em Matos & Cláudio, 2010). Por outras palavras, a forma como os médicos avaliam a VPI irá determinar o seu comportamento face à legitimação (Freitas, 2013) e, respetivamente, ao tratamento da mesma.

A profissão médica tem tratado a violência familiar como assunto privado, tal como fumar foi uma vez reconhecido como ‘gosto individual’, e com pouco interesse na altura. Mas reconhecendo e reconcetualizando a violência intrafamiliar enquanto ameaça grave a nível de saúde, a sociedade irá aceitá-la como esfera legítima da profissão de saúde (Straus, 1986).

³ *Terminus* compreendido no sentido inglês de *screening*.

II. Objetivos

As representações em torno da VPI assumem um papel fundamental na conduta das pessoas, refletindo-se nas atitudes e comportamentos adotados perante situações de violência. As representações sociais dos profissionais médicos são vistas como linhas orientadoras para a sua atuação profissional perante a VPI (De Ferrante et al., 2009). Consequentemente, é pretendido identificar as representações atuais que profissionais da classe médica e futuros médicos em formação acadêmica possuem acerca da violência entre parceiros íntimos. A nível *macro*, partilhamos a aspiração de contribuir para uma melhor compreensão das RS em torno da VPI numa amostra de médicos e estudantes de medicina através dos seguintes objetivos específicos (*micro*):

- Comparar as RS da VPI entre cada um dos dois subgrupos (estudantes de medicina e médicos);
- Analisar o efeito de variáveis sociodemográficas nas crenças em torno da VPI: idade, anos de exercício da profissão (médicos), anos de formação acadêmica (estudantes de medicina), formação no âmbito, e sexo;
- Analisar as táticas de resolução de conflito;
- Investigar as correlações entre a legitimação da violência e as táticas de resolução de conflito utilizadas;
- Investigar as correlações entre as variadas táticas de resolução de conflito em referência da perpetração e vitimização.

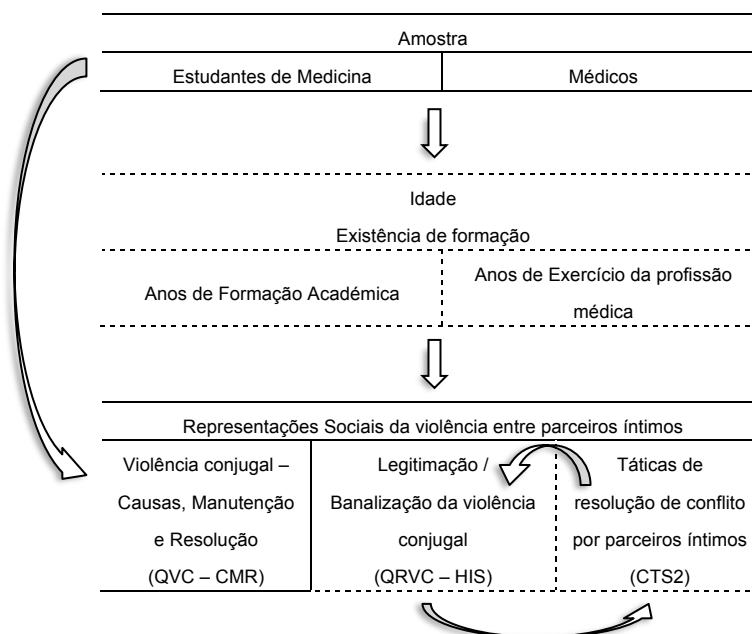


Figura 1. Modelo conceptual e hipotético das relações entre as variáveis da presente investigação.

III. Metodologia

3.1. Descrição da amostra

A amostra da presente investigação engloba um total de 153 sujeitos, dominada por 112 sujeitos do sexo feminino (73.20%) e 41 sujeitos do sexo masculino (26.80%). A idade média dos participantes é de 29.28 anos ($DP = 10.23$), distribuindo-se dos 19 aos 61 anos de idade. A grande maioria dos sujeitos enquadra-se na classe de idades dos 18 aos 25 anos de idade (49.70%).

A zona de residência da amostra⁴ estende-se pelo território nacional, tendo a sua maior concentração no Centro do país ($n = 55$, 35.90%), seguido pela Zona Norte ($n = 52$, 34.00%), Lisboa e Vale do Tejo ($n = 32$, 20.90%), Região Autónoma dos Açores ($n = 8$, 5.20%), Algarve ($n = 3$, 2.00%), Alentejo ($n = 2$, 1.30%) e Região Autónoma da Madeira ($n = 1$, 0.70%).

Da amostra recolhida, 102 sujeitos são solteiros (66.70%), 39 casados (25.50%), 3 divorciados (2.00%) e 9 encontram-se numa relação de união de facto (5.90%) (Tabela 1).

Da totalidade, 78 sujeitos são estudantes de medicina (51.00%) e 75 sujeitos são profissionais médicos que se encontram a exercer a sua profissão (49.00%).

Foram igualmente analisadas variáveis que remetem para a formação no âmbito da VPI dos médicos e estudantes de medicina (Tabela 2). Um total de 121 sujeitos (79.10%) afirmou nunca ter recebido qualquer tipo de formação no âmbito da VPI, enquanto 32 sujeitos (20.90%) afirmaram ter realizado formação no âmbito em estudo. Dos sujeitos que obtiveram formação, um total de 5 sujeitos (13.90%) afirmou ter recebido formação no âmbito da VPI previamente à sua formação académica, 25 (69.40%) durante e 6 (16.70%) posteriormente à formação académica. Os sujeitos foram igualmente questionados sobre o seu grau de concordância com a seguinte afirmação: “No contexto da minha profissão, a formação sobre violência nas relações íntimas é importante”, substituindo “(...) da minha profissão (...)” com “(...) do curso que frequento (...)” no caso dos estudantes de medicina. Os resultados obtidos, em forma de escala de *likert* de cinco pontos, indicam que 75 dos sujeitos (49.00%) concordam com esta afirmação, 56 sujeitos (36.60%) concordando fortemente, 18 (11.80%) nem concordam nem discordam, 3 (2.00%) discordam e 1 (0.70%) discorda fortemente.

Na nossa amostra a maioria dos estudantes de medicina frequenta do 1º ao 3º ano do curso de medicina com 31 sujeitos (39.70%), seguido pelo 4º e 5º anos com 26 sujeitos (33.30%) e o 6º ano com 21 sujeitos (26.90%). As classes foram criadas por conveniência tendo em conta o plano curricular (3º

⁴ A zona de residência foi classificada utilizando o segundo nível da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS 2), tendo a sua última alteração no Decreto-Lei 244/2002 em 2002. Assim, é constituído por um total de sete zonas, cinco em território continental, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira (Segurança Social, 2012).

ano sendo o fim da licenciatura, 5º ano o fim do mestrado e o 6º ano sendo o ano de estágio) (Tabela 3).

Tabela 1. Caracterização da amostra - Variáveis Sociodemográficas

Variável	Categorias	Grupo					
		Estudantes		Médicos		Total	
		n = 78	(51.00%)	n = 75	(49.00%)	N = 153	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Feminino	59	75.60	53	70.70	112	73.20
	Masculino	19	24.40	22	29.30	41	26.80
Idade	18 - 25	73	93.60	3	4.00	76	49.70
	26 - 35	3	3.80	41	54.70	44	28.80
	36 - 45	2	2.60	14	18.70	16	10.50
	≥ 46	0	0.00	17	22.70	17	11.10
Zona de Residência (NUTS 2)	Norte	22	28.20	30	40.00	52	34.00
	Centro	35	44.90	20	26.70	55	35.90
	Lisboa e Vale do Tejo	9	11.50	23	30.70	32	20.90
	Alentejo	1	1.30	1	1.30	2	1.30
	Algarve	2	2.60	1	1.30	3	2.00
	Região Autónoma dos Açores	8	10.30	0	0.00	8	5.20
	Região Autónoma da Madeira	1	1.30	0	0.00	1	0.70
	Solteiro	76	97.40	26	34.70	102	66.70
	Casado	2	2.60	37	49.30	39	25.50
	Divorciado	0	0.00	3	4.00	3	2.00
União de facto	0	0.00	9	12.00	9	5.90	

Tabela 2. Caracterização da amostra - Formação em VPI

Variável	Categorias	Grupo					
		Estudantes		Médicos		Total	
		n = 78	(51.0%)	n = 75	(49.0%)	N = 153	
		n	%	n	%	n	%
Formação na VPI	Não	57	73.10	64	85.30	121	79.10
	Sim	21	26.90	11	14.70	32	20.90
Grau de concordância com importância da formação em VPI	Discordo totalmente	0	0.00	1	1.30	1	0.70
	Discordo	0	0.00	3	4.00	3	2.00
	Nem concordo nem discordo	11	14.10	7	9.30	18	11.80
	Concordo	39	50.00	36	48.00	75	49.00
	Concordo Totalmente	28	35.90	28	37.30	56	36.60

Tabela 3. Caracterização da amostra- Grupo estudantes de medicina (Ano Curricular Frequentado)

Variável	Categorias	Estudantes	
		<i>n</i> = 78	(51.00%)
		<i>n</i>	%
		missings=0	0
Ano curricular frequentado	1° - 3° Ano	31	39.70
	4° - 5°Ano	26	33.30
	6° Ano	21	26.90

Dos médicos com especialidade concluída ($n = 54$, 72.00%), 38.90% terminaram a sua especialidade no ramo da Medicina Geral e Familiar ($n = 21$), seguido por Psiquiatria com 13.00% ($n = 7$). A distribuição dos médicos nas diferentes especialidades poderá ser visualizada na Tabela 4. Os *missings* ($n = 21$, 28.0%) referem-se aos médicos sem especialidade concluída.

Tabela 4. Caracterização da amostra – Grupo Médicos (Especialidade e tempo de exercício da profissão)

Variável	Categorias	Médicos	
		<i>n</i> = 75	(49.00%)
		<i>n</i>	%
		missings = 21	28.00
Especialidade, se concluída (n=54)	Medicina Geral e Familiar	21	28.00
	Pediatria	3	4.00
	Psiquiatria	7	9.30
	Cirurgia Geral	3	4.00
	Anestesia	5	6.70
	Otorrinolaringologia	1	1.30
	Cardiologia	1	1.30
	Medicina Interna	5	6.70
	Medicina Legal	2	2.70
	Reumatologia	2	2.70
	Oncologia	3	4.00
	Gastrenterologia	1	1.30
			missings = 0
Tempo de exercício da profissão	menos de 5 anos	32	42.70
	entre 5 e 10 anos	18	24.00
	entre 10 e 20 anos	10	13.30
	≥20 anos	15	20.00

Foi avaliado o tempo de exercício da profissão, liderada por 32 sujeitos (42.70%) que exercem a sua profissão há menos de 5 anos, seguido por 18 (24.00%) sujeitos que exercem a profissão de entre 5 a 10 anos, 15 sujeitos (20.00%) que exercem a profissão há mais de vinte anos e 10 sujeitos (13.30%) que exercem a profissão de entre 10 e 20 anos.

O grupo de médicos foi ainda questionado acerca do seu contacto com a violência no âmbito do exercício da sua atividade profissional. De entre 75 médicos, 52 afirmaram o contacto com a VPI (69.30%) e 23 (30.70%) negaram qualquer contacto.

3.2. Instrumentos de avaliação

No protocolo de avaliação (cf. Anexo 1) reúnem-se três questionários de autorresposta: Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (*The Revised Conflict Tactics Scales – CTS2*), Questionário de Violência Conjugal – Histórias (QRVC-HIS) e o Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR). Além dos três questionários que compõem o protocolo, foi integrado um questionário sócio-demográfico modelado e adaptado à especificidade da nossa amostra.

3.2.1. Questionário sociodemográfico e dados complementares

A construção do Questionário Sociodemográfico (QSd – cf. Anexo 1.2) aspira recolher informação a três níveis distintos. Por um lado pretende recolher e caracterizar informação genérica acerca do indivíduo, *i.e.* idade, sexo e zona de residência.

Num segundo momento, o QSd pretende apurar informação contextual sobre a profissão do médico/estudante como, por exemplo, os anos de exercício, especialidade médica, ano curricular que frequenta, horas laborais semanais.

No terceiro e último nível do QSd é avaliado se o sujeito em algum momento da sua carreira recebeu formação no âmbito da VPI e se sim, em que momento do seu percurso recebeu esta formação. É igualmente avaliado se a formação em VPI é vista e percecionada como importante na profissão de médico ou futuro médico. O QSd termina com uma grelha de avaliação sobre a legitimação da VPI em variados contextos ligados ao consumo de álcool, cannabis, anfetaminas, cocaína, *crack* ou por influência de outra droga.

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

As Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2 – cf. Anexo 1.3) (Alexandra & Figueiredo, 2006; Straus, Hamby, Bony-McCoy, & Sugarman, 1996), propõem avaliar o modo como os sujeitos resolvem conflitos nas suas relações de natureza íntima, recorrendo à estratégias de negociação ou de abuso.

O total de 78 itens estão agrupados em 39 pares de perguntas destinadas à recolha de informação sobre o participante e do seu parceiro íntimo. O total dos itens divide-se de modo assimétrico em cinco escalas: Negociação, Agressão Psicológica, Abuso físico sem Sequelas, Coerção

sexual e Abuso físico com sequelas. Cada escala apresenta duas subescalas: Emocional e Cognitiva na escala da Negociação e Ligeiro e Severo nas quatro restantes escalas (Alexandra & Figueiredo, 2006).

De um total de oito categorias por item, as primeiras seis destinam-se à determinação da prevalência e cronicidade ao longo do último ano: [(1) *uma vez no ano anterior*, (2) *duas vezes no ano anterior*, (3) *3-5 vezes no ano anterior*, (4) *6-10 vezes no ano anterior*, (5) *11-20 vezes no ano anterior*, (6) *mais de 20 vezes no ano anterior*], e as restantes categorias destinadas a determinar a prevalência global: [(A) *isso aconteceu-me noutra(s) relação(ões)*] e a inexistência deste tipo de abuso [(0) *isso nunca aconteceu*].

O estudo de validação para a versão portuguesa de Alexandra e Figueiredo (2006) apresenta valores de consistência interna para a perpetração (Negociação: $\alpha = .73$; Agressão Psicológica: $\alpha = .68$; Abuso físico sem sequelas: $\alpha = .78$; Coerção sexual: $\alpha = .56$; Abuso físico com sequelas: $\alpha = .50$) e para a vitimização (Negociação: $\alpha = .71$; Agressão Psicológica: $\alpha = .64$; Abuso físico sem sequelas: $\alpha = .74$; Coerção sexual: $\alpha = .51$; Abuso físico com sequelas: $\alpha = .47$).

Na presente investigação os respetivos valores de *alfa de Cronbach* (cf. Anexo 2.1) obtidos revelam uma boa consistência interna em ambos, perpetração (Negociação: $\alpha = .87$; Agressão Psicológica: $\alpha = .70$; Abuso físico sem sequelas: $\alpha = .80$; Abuso físico com sequelas: $\alpha = .70$) e vitimização (Negociação: $\alpha = .89$; Agressão Psicológica: $\alpha = .69$; Abuso físico sem sequelas: $\alpha = .79$; Abuso físico com sequelas: $\alpha = .86$). Valores de consistência interna baixas revelam-se nas subescalas de coerção sexual (Perpetração: $\alpha = .39$; Vitimização: $\alpha = .41$).

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

O Questionário de Violência Conjugal – Histórias (QRVC-HIS – cf. Anexo 1.4) (Alarcão, Alberto, Camelo, & Correia, 2007), é constituído por três histórias que procuram retratar a violência conjugal⁵ (VC) em três contextos e casais distintos. Neste questionário é avaliada a representação que o sujeito tem perante a legitimação/banalização da VC.

A cada história seguem-se 10 afirmações que visam pedir ao respondente para indicar o seu grau de concordância utilizando, uma escala de *likert* de 4 pontos (1 = *Discordo plenamente* ; 2 = *Discordo*; 3 = *Concordo* e 4 = *Concordo completamente*).

As histórias fundamentam-se em diferentes conceções relativas às dinâmicas da violência entre parceiros íntimos, causas e respetivas consequências. Visa, sobretudo, identificar se o respondente banaliza ou legitimita a VPI, sendo a alínea ‘discordo plenamente’ associada a uma menor legitimação da violência e ‘concordo completamente’ a uma menor banalização.

⁵ Os termos ‘violência conjugal’ e ‘violência entre parceiros íntimos’ não são utilizados indiscriminadamente, mas em função do respetivo questionário.

Existem cinco fatores teóricos subjacentes à elaboração das histórias,:

- a) legitimação e/ou banalização da violência entre parceiros íntimos;
- b) legitimação/justificação da violência pela conduta da vítima;
- c) legitimação/justificação da violência por fatores externos (álcool, *stress*, ...);
- d) desvalorização/aceitação da violência em favor da privacidade familiar;
- e) a (im)possibilidade de atribuição da violência ao agressor em função do seu estatuto social, económico e escolaridade.

O estudo de validação de Aguilar (2010) evidenciou uma elevada consistência interna para o total ($\alpha = .95$). Outros estudos revelaram um elevado coeficiente de *alfa de Cronbach* de .94 (Camelo, 2009), .95 (Correia, 2008) e .95 (Vasconcelos, 2014). As três histórias revelaram elevados níveis de consistência, ‘História 1’ com $\alpha = .85$ (Aguilar, 2010), $\alpha = .82$ (Vasconcelos, 2014), $\alpha = .84$ (Costa, 2014), ‘História 2’ com $\alpha = .91$ (Aguilar, 2010), $\alpha = .90$ (Vasconcelos, 2014), $\alpha = .89$ (Costa, 2014) e ‘História 3’ com $\alpha = .89$ (Aguilar, 2010), $\alpha = .90$ (Vasconcelos, 2014), $\alpha = .89$ (Costa, 2014).

Na presente investigação foram encontrados níveis de consistência interna (cf. Anexo 2.2) igualmente elevados, no total ($\alpha = .95$), na História um ($\alpha = .82$), dois ($\alpha = .90$) e três ($\alpha = .88$).

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

O Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR – cf. Anexo 1.5) (Alarcão, Alberto, Camelo, & Correia, 2007) contém três conjuntos de 14 afirmações sobre fatores que poderão contribuir para a ativação, manutenção e resolução de violência. Relativamente aos conjuntos de fatores, o respondente indica o seu pessoal grau de concordância de acordo com a uma escala *likert* de 4 pontos (1 = *discordo totalmente* a 4 = *concordo totalmente*).

As afirmações avaliadas em cada conjunto poderão ser agrupadas em três tipos: afirmações relacionadas com o agressor; com a vítima; e com o exterior (filhos, família e sociedade).

A respeito das qualidades psicométricas do QVC-CMR, os valores de *alfa de Cronbach* obtidos por Aguilar (2010) indicam um elevado grau de consistência interna em todos os conjuntos de fatores: ativação ($\alpha = .88$), manutenção ($\alpha = .83$) e resolução ($\alpha = .84$). Igualmente Bompastor (2014) e Vasconcelos (2014) encontraram resultados elevados de consistência interna: ativação ($\alpha = .87$; $\alpha = .86$), manutenção ($\alpha = .88$; $\alpha = .83$) e resolução ($\alpha = .85$; $\alpha = .82$).

Na presente investigação, os valores de *alfa de Cronbach* (cf. Anexo 2.3) indicam uma boa consistência interna nos fatores de Ativação ($\alpha = .86$), Manutenção ($\alpha = .78$) e Resolução ($\alpha = .71$).

3.3. Procedimentos de investigação

A amostra, constituída por um total de 153 sujeitos, foi recolhida entre 4 de janeiro e 20 de maio de 2014 de acordo com o processo de amostragem não-probabilística por conveniência (Maroco, 2007). A grande maioria ($n = 130$, 85.00%) foi recolhida *online* através da solicitação de participação de médicos e estudantes de medicina, recorrendo à rede profissional *LinkedIn* e rede social *facebook*. Para criar, gerir e armazenar o questionário em formato digital de modo seguro e confidencial, foi utilizada a ferramenta *opensource 'Limesurvey'*, num servidor de acesso privado e restrito. Uma minoria ($n = 23$, 15.00%) respondeu ao protocolo em formato papel.

Independentemente do tipo de recolha, todos os participantes obtiveram informação acerca da confidencialidade, anonimato e direito de desistir a qualquer momento.

O protocolo foi organizado e apresentado na seguinte ordem: Informação sobre anonimato e confidencialidade; Questionário Sociodemográfico; Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (*The Revised Conflict Tactics Scales – CTS2*); Questionário de Violência Conjugal – Histórias (QRVC-HIS); Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR).

3.4. Procedimentos estatísticos

Para analisar os resultados recorreremos à utilização do programa informático *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0.0 *for Mac*, com licença válida disponibilizada por parte da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. O d de Cohen utilizado para calcular as medidas de dimensão do efeito foram calculados no *site* de internet: <http://www.uccs.edu/~lbecker/>.

Considerando que mais de 30 sujeitos representam uma amostra *grande* ($N = 153$) e salvaguardando a normalidade da distribuição em que a média amostral é satisfatoriamente aproximada à distribuição normal, optamos pela utilização de testes paramétricos (Carver & Nash, 2010; Laureano & Botelho, 2010).

Em primeiro lugar, efetuou-se uma análise das qualidades psicométricas e de fidelidade dos instrumentos (e respetivas subescalas) integrados no protocolo de investigação: CTS2, QRVC-HIST e QVC-CMR.

Num segundo momento, realizamos estatísticas descritivas para analisar as crenças em torno da VC utilizando o QRVC-HIST e QVC-CMR.

O teste t de *Student* foi utilizado para apurar a relação entre a formação e as crenças associadas à VC (QRVC-HIS), culminando num melhor entendimento da legitimação/banalização da violência. Igualmente foi utilizado na comparação entre as médias obtidas na avaliação da cronicidade das táticas de resolução utilizadas pela amostra e por cada subgrupo (CTS2). Recorremos ao teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes para analisar as representações sociais em torno

da VPI consoante a idade, os anos de exercício dos profissionais médicos e consoante o ano de escolaridade dos estudantes de medicina.

Na análise das correlações, recorreremos ao coeficiente de correlação r de *Pearson* utilizado entre variáveis paramétricas.

IV. Resultados

4.1. Representações sociais dos médicos e estudantes de medicina em torno da VC

4.1.1. Questionário de violência conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR)

A análise descritiva da QVC-CMR apresentar-se-á através da ilustração dos dois itens com maior e menor média (no grau de concordância) em cada um dos subgrupos e para a amostra total.

Por unanimidade, entre estudantes de medicina e médicos, a causa mais pontuada de VC (Tabela 5) centra-se nos ‘Antecedentes de violência na família’ ($M = 3.05$; $DP = .77$), seguida pelo ‘consumo de álcool/drogas por parte do agressor’ ($M = 2.94$; $DP = .68$). No entanto, os estudantes de medicina ainda indicam com igual média ($M = 2.90$; $DP = .66$) a ‘Doença mental do agressor’ como fator-causa da VC. A causa que recebeu a menor concordância por parte da amostra foi o ‘comportamento provocador da vítima’ ($M = 1.82$; $DP = .83$), seguido pelos ‘problemas ou dificuldades criadas pelos filhos’ ($M = 2.05$; $DP = .85$).

Tabela 5. Fatores de ativação da VC (QVC-CMR)

Fator (Ativação)	Estudantes		Médicos		Total	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Consumo de álcool/drogas do agressor	2.90	.66	2.99	.71	2.94	.68
Doença mental do agressor	2.90	.59	2.88	.81	2.89	.70
Baixo grau de instrução do agressor	2.09	.76	2.29	.91	2.19	.84
Baixa autoestima do agressor	2.87	.73	2.77	.80	2.82	.76
Doença mental da vítima	2.01	.83	2.17	.94	2.09	.88
Comportamento provocador da vítima	1.71	.76	1.93	.89	1.82	.83
Fragilidade emocional da Vítima	2.55	.86	2.47	.98	2.51	.92
Interferência dos outros familiares	2.00	.85	2.15	.82	2.07	.84
Problemas/dificuldade criadas pelos filhos	1.97	.82	2.12	.87	2.05	.85
Relações extraconjugais	2.55	.85	2.64	.88	2.59	.86
Antecedentes de violência na família	3.10	.62	3.00	.90	3.05	.77
Aceitação social da violência	2.72	.87	2.80	.84	2.76	.85
Isolamento social do casal/família	2.81	.65	2.80	.79	2.80	.72
Dificuldades económicas do casal/família	2.71	.72	2.85	.78	2.78	.75

Ambos os grupos identificaram a ‘ausência de denúncia’ ($M = 3.54$; $DP = .54$) como fator que mais contribuiu para a manutenção da violência (Tabela 6), seguido pela ‘falta de confiança na eficácia da justiça’ ($M = 3.42$; $DP = .61$) por parte dos estudantes de medicina e do ‘medo de retaliações’ ($M = 3.42$; $DP = .61$) por parte dos médicos. A ‘interferência de outros familiares’ ($M = 2.49$; $DP = .72$) é o fator que menos concordância recebeu por parte dos estudantes de medicina, enquanto os médicos classificaram a ‘aceitação social da violência’ com menor concordância ($M = 2.83$; $DP = .76$), coincidindo com o segundo fator que recebeu menor concordância por parte dos estudantes de medicina ($M = 2.72$; $DP = .85$). A ‘valorização da união familiar’ ($M = 2.88$; $DP = .77$) e a ‘inferência de outros familiares’ ($M = 2.88$; $DP = .61$) são os fatores com menor pontuação por parte dos médicos, depois do fator supra referido.

Tabela 6. Fatores de manutenção da VC (QVC-CMR)

Fator (Manutenção)	Estudantes		Médicos		Total	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Ausência de denúncia	3.59	.50	3.49	.58	3.54	.54
Falta de confiança na eficácia da justiça	3.58	.50	3.25	.68	3.42	.61
Valorização da união familiar	2.96	.57	2.88	.77	2.92	.67
Existência de filhos	3.29	.63	3.09	.66	3.20	.65
Isolamento social da vítima e/ou família	3.36	.53	3.20	.55	3.28	.54
Falta de conhecimento da vítima sobre como pedir ajuda	3.18	.72	3.23	.65	3.20	.68
Ambivalência da vítima face ao agressor	3.44	.59	3.32	.55	3.38	.57
Medo de retaliações	3.49	.66	3.36	.56	3.42	.61
Desconhecimento da vítima relativamente aos seus direitos	3.03	.76	3.03	.64	3.03	.70
Ameaça de suicídio por parte do agressor	2.76	.69	2.99	.69	2.87	.70
Promessas de mudança	3.44	.52	3.29	.59	3.37	.56
Temura do agressor fora dos momentos de violência	3.32	.52	3.05	.77	3.19	.67
Aceitação social da violência	2.72	.85	2.83	.76	2.77	.81
Interferência de outros familiares	2.49	.72	2.88	.61	2.68	.69

A amostra entende a ‘proteção da vítima e dos filhos’ como principal fator de resolução (Tabela 7.) da VC ($M = 3.69$; $DP = .53$) seguida pela ‘estimulação da denúncia’ ($M = 3.71$; $DP = .46$) no grupo de estudantes e pela ‘educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória’ ($M = 3.57$; $DP = .55$) por parte do grupo de médicos. Menos concordância houve no fator ‘aumentar os direitos da mulher’ ($M = 2.68$; $DP = .89$) e ‘estimular a separação/divórcio do casal’ ($M = 2.89$; $DP = .74$) (Tabela 7).

Tabela 7. Fatores de resolução da VC (QVC-CMR)

Fator (Resolução)	Estudantes		Médicos		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
Afastar o agressor	3.28	.66	3.53	.55	3.41	.62
Condenar mais agressores	3.33	.62	3.55	.53	3.44	.58
Estimular a denúncia	3.71	.46	3.45	.70	3.58	.60
Estimular a separação/divórcio do casal	2.81	.72	2.97	.75	2.89	.74
Proteger a vítima e os filhos	3.79	.41	3.59	.62	3.69	.53
Mudar o comportamento da vítima	3.00	.87	3.04	.74	3.02	.81
Tratar o agressor	3.31	.59	3.29	.65	3.30	.62
Tratar o casal	2.92	.79	3.28	.65	3.10	.74
Informar mais a população geral sobre as consequências da violência conjugal	3.46	.60	3.48	.55	3.47	.57
Melhorar as condições socioeconômicas das famílias	2.96	.75	3.12	.68	3.04	.72
Aumentar os direitos da mulher	2.63	.81	2.73	.96	2.68	.89
Aumentar os tempos de lazer das famílias	2.86	.64	3.08	.61	2.97	.63
Intervenção de outros familiares, amigos, vizinhos	2.87	.59	3.08	.73	2.97	.67
Educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória	3.58	.50	3.57	.55	3.58	.52

Recorrendo ao teste não-paramétrico de *Mann-Whitney U*, para investigar as diferenças entre as subamostras nos dois fatores que receberam maior e menor concordância (Tabela 8), não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na identificação das crenças face às causas da VC. No entanto, encontramos diferenças estatisticamente significativas para os fatores de manutenção ‘Falta de confiança na eficácia da justiça’ e ‘Interferência de outros familiares’ entre os dois grupos, tal como para os fatores de resolução ‘Estimular a denúncia das situações de violência’ e ‘Proteger a vítima e os filhos’. Assim, a ‘falta de confiança na eficácia da justiça’ foi mais indicada por parte dos estudantes de medicina em comparação com o grupo de médicos. A ‘interferência de outros familiares’ obteve graus de concordância superiores por parte dos médicos enquanto fator de manutenção. Abordando os fatores de resolução da VC, os estudantes de medicina concordaram significativamente mais com a ‘estimulação da denúncia’ e com a ‘proteção da vítima e dos filhos’ do que os médicos.

Entre os fatores com menos concordância para ambos os grupos não houve diferenças estatisticamente significativas, remetendo para uma baixa valorização do papel da vítima e de terceiros na VC.

Tabela 8. Diferenças estatisticamente significativas relativas aos fatores que obtiveram mais e menos concordância entre médicos e estudantes de medicina (Mann-Whitney U)

Fator	U	Sig. (2 – tailed)	Grupo	n	Mean Rank
Manutenção					
Falta de confiança na eficácia da justiça	2197.50	.003	M	75	67.30
			EdM	78	86.33
Interferência de outros familiares	2067.00	.000	M	75	88.44
			EdM	78	66.00
Resolução					
Estimular a denúncia das situações de violência	2436.00	.034	M	75	70.48
			EdM	78	83.27
Proteger a vítima e os filhos	2448.00	.026	M	75	70.64
			EdM	78	83.12

4.1.2. Questionário de violência conjugal – Histórias (QVC-HIS)

De seguida, analisamos as duas afirmações mais e menos pontuadas pelos sujeitos, em cada um dos dois grupos e para cada história.

Na história 1 (Tabela 9) identificamos o item 6 ($M = 1.92$; $DP = .90$) como o mais pontuado por ambos os subgrupos, conferindo uma maior legitimação ao agressor quando este se encontra ‘mais nervoso por causa do trabalho’. A segunda afirmação mais pontuada por unanimidade dos subgrupos é o item 8 ($M = 1.44$; $DP = .71$), legitimando a violência quando esta acontece ‘entre portas, não trazendo questões privadas ao público’. O item menos pontuado por parte dos estudantes de medicina e o segundo menos pontuado por parte dos médicos (Item 7: $M = 1.04$; $DP = .80$) indica uma baixa atribuição da violência ao comportamento da vítima, nomeadamente por ‘(...) ela o impedir de chegar a horas às reuniões’. Menos pontuado foi o item 1 por parte do grupo dos médicos ($M = 1.04$; $DP = .20$) ‘com os estudos que tem (...) é incapaz de maltratar realmente a sua mulher’, manifestando uma baixa atribuição de violência à profissão/habilitação do agressor. Por parte dos estudantes ($M = 1.09$; $DP = .37$), o segundo item menos pontuado (item 4) defende que o agressor é incapaz de ser violento na própria casa quando este é simpático e disponível fora de casa.

Tabela 9. Análise descritiva das respostas ao QRVC-HIS – História 1

Item	Estudantes		Médicos		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
1	1.12	.46	1.04	.20	1.08	.35
2	1.12	.43	1.12	.33	1.12	.38
3	1.10	.35	1.12	.33	1.11	.34
4	1.09	.37	1.08	.27	1.08	.32
5	1.15	.46	1.19	.43	1.17	.44
6	2.04	.87	1.79	.92	1.92	.90
7	1.04	.85	1.05	.23	1.05	.24
8	1.47	.80	1.40	.59	1.44	.71
9	1.23	.48	1.17	.38	1.20	.44
10	1.14	.48	1.12	.37	1.13	.42

Na segunda história (Tabela 10), por unanimidade entre os dois grupos, o cansaço do trabalho é o fator que mais legitimou a violência do agressor ($M = 1.90$; $DP = .90$). A afirmação correspondente ao item 5, identificando a pouca escolaridade da Luísa como justificacão para a violência, representa o segundo item mais pontuado pelos subgrupos ($M = 1.50$; $DP = .72$). No entanto, o item 10 no grupo de médicos ($M = 1.45$; $DP = .62$), que aponta para uma elevada atribuicão de violência ao comportamento da vítima, obteve uma pontuacão igual ao item 5. Existe concordância entre os subgrupos face à afirmação menos pontuada (Item 9, $M = 1.27$; $DP = .54$), desqualificando a violência com a idade de ambos; vítima e agressor. Segue-se o item 1 no grupo de médicos ($M = 1.25$; $DP = .44$), desvalorizando a existêcia de VC entre o casal e o item 3 no grupo dos estudantes de medicina ($M = 1.28$; $DP = .60$), banalizando a violência devido à idade da agressora.

Tabela 10. Análise descritiva das respostas ao QRVC-HIS – História 2

Item	Estudantes		Médicos		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
1	1.31	.57	1.25	.44	1.28	.51
2	1.29	.58	1.35	.53	1.32	.56
3	1.28	.60	1.31	.52	1.29	.56
4	1.33	.53	1.40	.59	1.37	.56
5	1.55	.75	1.45	.68	1.50	.72
6	1.36	.60	1.36	.58	1.36	.59
7	1.31	.57	1.33	.53	1.32	.55
8	2.03	.94	1.76	.84	1.90	.90
9	1.29	.61	1.24	.46	1.27	.54
10	1.38	.65	1.45	.62	1.42	.64

Em ambos os subgrupos, na terceira história (Tabela 11), a VC foi mais legitimada pelo consumo de vinho por parte do agressor (item 2, $M = 1.60$; $DP = .74$), seguido pelo item 1 ($M = 1.41$; $DP = .67$) que traduz a manutenção do casamento em função dos filhos. Menos pontuados por ambos foram os itens 4 ($M = 1.10$; $DP = .32$) e 9 ($M = 1.10$; $DP = .37$), desqualificando a VC por nunca ter necessitado de cuidados médicos (item 4) e por provocacão da vítima (item 9).

Tabela 11. Análise descritiva das respostas ao QRVC-HIS – História 3

Item	Estudantes		Médicos		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
1	1.47	.75	1.33	.58	1.41	.67
2	1.72	.75	1.48	.70	1.60	.74
3	1.15	.43	1.11	.31	1.13	.38
4	1.14	.39	1.05	.23	1.10	.32
5	1.23	.45	1.17	.38	1.20	.42
6	1.33	.60	1.25	.55	1.29	.57
7	1.23	.53	1.12	.33	1.18	.45
8	1.23	.53	1.19	.43	1.21	.48
9	1.14	.45	1.07	.25	1.10	.37
10	1.17	.47	1.09	.29	1.13	.39

Os estudantes de medicina obtiveram valores médios superiores aos médicos em todas as histórias, inclusive no total ($M = 39.46$; $DP = 11.23$), traduzindo-se num total igualmente superior ao dos médicos ($M = 37.85$; $DP = 8.70$) (Tabela 12). No entanto, não nos é possível afirmar que os estudantes de medicina legitimam mais a violência no âmbito da conjugalidade, visto que a comparação das médias das duas amostras não se revelou estatisticamente significativa (cf. Anexo 3.1).

De realçar que, em ambos os grupos, a história 2 obteve médias mais elevadas, apontando para uma maior legitimação da violência num casal idoso, de baixa escolaridade e onde o papel de agressor é preenchido por uma mulher.

Tabela 12. Análise descritiva das respostas ao QRVC-HIS

História	Estudantes		Médicos		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
1	12.50	3.49	12.08	2.52	12.29	3.05
2	14.14	4.66	13.91	4.43	14.03	4.53
3	12.82	4.01	11.87	2.73	12.35	3.46
Total	39.46	11.23	37.85	8.70	36.67	10.07

Podemos confirmar que as afirmações apresentadas nas três histórias foram respondidas com médias compreendidas entre ‘discordo completamente’ e ‘discordo’, remetendo para uma baixa legitimação global da violência por parte da amostra em estudo.

4.2. Influência dos anos de exercício (médicos), anos de formação (estudantes de medicina), idade e sexo nas representações sociais (QRVC-HIS)

Pretendemos analisar o impacto dos anos de experiência profissional dos médicos, e do impacto dos anos de formação académicos realizados por parte dos estudantes de medicina nas crenças da violência nas relações conjugais avaliadas no QRVC-HIS.

Utilizando o teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes, os resultados obtidos revelam diferenças não-significativas ($p > .05$) para todos os grupos em análise (Tabela 13).

Tabela 13. Variável 'Anos de exercício⁶' e 'Ano curricular⁷' (Teste *Kruskal-Wallis*)

	História 1	História 2	História 3	Total
Anos de exercício				
(Médicos)				
Chi-Square (χ^2)	1.14	2.35	1.41	1.63
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	.77	.50	.70	.65
Ano Curricular				
(Estudantes de Medicina)				
Chi-Square (χ^2)	.34	.84	1.20	1.77
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	.84	.66	.55	.41

A idade dos sujeitos (Tabela 14) também não se revelou um fator determinante para a variância dos resultados ($p > .05$). Esta foi avaliada de modo intervalar em quatro grupos: 18 - 25 anos (49.60%); 26 - 35 anos (12.80%); 36 - 45 anos (10.50%) e maior de 46 anos (11.10%).

Tabela 14. Variável 'idade⁸' (Teste *Kruskal-Wallis*)

	História 1	História 2	História 3	Total
Classes de idades				
Chi-Square (χ^2)	2.18	.55	4.59	1.73
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	.54	.91	.20	.63

O sexo não foi identificável enquanto variável com influência estatisticamente significativa de entre os dois grupos (médicos e estudantes de medicina), em nenhuma das histórias (Tabela 15).

⁶ Classificação categorial conforme Tabela 4, página 13.

⁷ Classificação categorial conforme Tabela 3, página 13.

⁸ Classificação categorial conforme Tabela 1, página 12.

Tabela 15. Variável 'sexo' (Teste *Mann-Whitney U*)

História	Grupo	<i>U</i>	Sig. (2 – tailed)	Sexo	<i>n</i>	Mean Rank
História 1	M	442.00	.092	Feminino	53	35.34
				Masculino	22	44.41
	EdM	483.50	.358	Feminino	59	40.80
				Masculino	19	35.45
História 2	M	538.50	.594	Feminino	53	37.16
				Masculino	22	40.02
	EdM	465.50	.264	Feminino	59	37.89
				Masculino	19	44.50
História 3	M	468.00	.156	Feminino	53	35.83
				Masculino	22	43.23
	EdM	413.50	.081	Feminino	59	37.01
				Masculino	19	47.24
Total	M	490.50	.278	Feminino	53	36.25
				Masculino	22	42.20
	EdM	457.50	.229	Feminino	59	37.75
				Masculino	19	44.92

Nota. M = Médicos, EdM = Estudantes de Medicina

O sexo também não foi pontuado enquanto fator estatisticamente significativo para as diferenças nos fatores que obtiveram mais e menos concordância no QVC-CMR (Tabela 16). No entanto, o sexo teve influência estatisticamente significativa na subamostra de médicos em que a 'proteção da vítima e dos filhos' e a 'educação para a prevenção da violência na escolaridade obrigatória' obtiveram maior concordância por parte do subgrupo do sexo feminino.

Tabela 16. Diferenças estatisticamente significativas ($p > .050$) entre fatores mais e menos concordados entre médicos classificados por sexo (Teste *Mann-Whitney U*)

Fator	<i>U</i>	Sig. (2 – tailed)	Sexo	<i>n</i>	Mean Rank
Resolução					
Proteger a vítima e os filhos	363.00	.002	Feminino	53	42.15
			Masculino	22	28.00
Educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória	387.00	.008	Feminino	53	41.70
			Masculino	22	29.09

4.3. Influência da formação nas crenças em torno da VC (QRVC-HIS)

Os resultados apresentados na Tabela 17 englobam o total da amostra ($N = 153$) e procuram estabelecer uma relação entre a formação no âmbito da VPI e uma maior ou menor legitimação da violência no âmbito das relações conjugais.

Tabela 17. Análise da relação entre formação em VPI e as crenças (QRVC-HIS)

		História 1	História 2	História 3	Total
Formação					
Sim (<i>n</i> = 32)	<i>M</i>	11.53	12.78	11.50	35.81
	<i>DP</i>	2.19	3.60	2.10	7.28
Não (<i>n</i> = 121)	<i>M</i>	12.50	14.36	12.58	39.43
	<i>DP</i>	3.22	4.71	3.71	10.58

Procurando analisar os resultados supra apresentados de modo descritivo, as médias obtidas pelo subgrupo de sujeitos que receberam formação na VPI revelaram-se menores em todas as histórias e no valor total.

Comparando as médias (cf. Anexo 3.2), os resultados obtidos apoiam a presença de diferenças estatisticamente significativas na História 2, 3 e no Total. No entanto, as dimensões do efeito revelam-se pequenas: História 1 [$t(151) = 1.60$; $p = .056$; $d = 0.35$], História 2 [$t(62.13) = 2.05$; $p = .044$; $d = 0.38$], História 3 [$t(88.24) = 2.15$; $p = .034$; $d = 0.36$] e Total [$t(69.64) = 2.25$; $p = .028$; $d = 0.40$]. Os resultados apontam para uma maior legitimação da violência nos sujeitos que afirmam nunca ter recebido nenhuma formação em VPI na história 2, história 3 e no Total.

Foi ainda analisado o impacto do ‘contacto com a violência no âmbito do exercício da profissão’ nas crenças em torno da VC no subgrupo de médicos (cf. 3.3). Recorrendo ao teste de *Mann-Whitney U*, a variável não teve qualquer impacto significativo ($p > .05$).

4.4. VPI e resolução de conflitos entre parceiros íntimos (CTS2)

Da amostra ($N = 153$), unicamente os sujeitos numa relação no momento da recolha de dados foram contabilizados nos processamentos estatísticos ($n = 120$, 78.40%). Avaliando as táticas de resolução de conflitos limitadas ao período do ano que precede a data de preenchimento das CTS2, os dados em análise são exprimidos em termos de perpetração e vitimização nos dois níveis recomendados por Alexandra & Figueiredo (2006): prevalência⁹ (Tabela 18) e cronicidade¹⁰ (Tabela 19). Da amostra reduzida ($n = 120$), 53 sujeitos (44.20%) pertencem ao grupo dos estudantes de medicina e 67 sujeitos (55.80%) ao grupo de médicos.

Do total de 120 sujeitos, 97.50% pontuaram positivamente na escala de negociação emocional e 96.70% na escala de negociação cognitiva. Englobando os variados tipos de agressão avaliados, a agressão psicológica ligeira é a tática mais reportada (76.70%), seguida pela coerção sexual ligeira (26.70%), o abuso físico sem sequelas (23.30%), a agressão psicológica severa (16.70%), o abuso físico sem sequelas severo (9.20%), a coerção sexual severa (6.70%), o abuso físico com sequelas ligeiro (5.00%) e o abuso físico com sequelas severo (4.20%).

⁹ A prevalência refere-se à percentagem de sujeitos que pontuam pelo menos uma vez nos itens que compõem cada uma das escalas.

¹⁰ A cronicidade refere-se à frequência dos atos contemplados em cada escala.

Na escala de vitimização, 97.50% do total dos sujeitos pontuaram na negociação emocional e 96.70% na negociação cognitiva. A tática abusiva mais frequentemente sinalizada é a agressão psicológica ligeira (65.00%), seguida pela coerção sexual ligeira (28.30%), abuso físico sem sequelas ligeiro (20.80%), agressão psicológica severa (16.70%), o abuso físico sem sequelas ligeiro (7.50%), a coerção ligeira severa (7.50%), o abuso físico com sequelas ligeiro (4.20%) e o abuso físico com sequelas severo (2.50%).

A amostra de estudantes de medicina apresenta percentagens consistentemente mais elevadas em todas as formas de abuso, com exceção da coerção sexual ligeira (Estudantes = 26.40% e Médicos = 26.90%). Nos resultados obtidos para a vitimização, o padrão mantém-se com exceção na subescala da agressão psicológica ligeira (Estudantes = 62.30% e Médicos = 67.20%).

Tabela 18. Prevalência das táticas de resolução de conflitos nas relações íntimas (CTS2)

Escala Subescala	Perpetração						Vitimização					
	Estudantes		Médicos		Total		Estudantes		Médicos		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Negociação												
Emocional	53	100.00	64	95.50	117	97.50	53	100.00	64	95.50	117	97.50
Cognitiva	53	100.00	63	94.00	116	96.70	52	98.10	64	95.50	116	96.70
Agressão												
Psicológica												
Ligeiro	41	77.40	51	76.10	92	76.70	33	62.30	45	67.20	78	65.00
Severo	14	26.40	6	9.00	20	16.70	12	22.60	8	11.90	20	16.70
Abuso físico												
s/ sequelas												
Ligeiro	15	28.30	13	19.40	28	23.30	12	22.60	13	19.40	25	20.80
Severo	8	15.10	3	4.50	11	9.20	7	13.20	2	3.00	9	7.50
Coerção												
sexual												
Ligeiro	14	26.40	18	26.90	32	26.70	17	32.10	17	25.40	34	28.30
Severo	4	7.50	4	6.00	8	6.70	5	9.40	4	6.00	9	7.50
Abuso físico												
c/ sequelas												
Ligeiro	5	9.40	1	1.50	6	5.00	4	7.50	1	1.50	5	4.20
Severo	4	7.50	1	1.50	5	4.20	3	5.70	0	0.00	3	2.50

Recorrendo aos resultados médios obtidos para a cronicidade em ambos os grupos (Tabela 19), em termos de perpetração, os estudantes de medicina reúnem médias superiores aos dos médicos na subescala de negociação emocional ($M = 49.68$; $DP = 18.39$) e 'no abuso físico sem sequelas severo ($M = 0.55$; $DP = 1.68$). Comparando estatisticamente as médias entre as duas subamostras (cf. Anexo 3.4), diferenças estatisticamente significativas revelam-se na subescala negociação emocional [$t(118) = 4.27$; $p < .001$; $d = 0.79$] e no abuso físico sem sequelas severo [$t(55.81) = 2.01$; $p = .049$; $d = 0.39$]. O grupo de médicos apresenta resultados superiores e estatisticamente significativos [$t(100.34) = 2.35$; $p =$

.021; $d = 0.42$] na subescala da coerção sexual ligeira ($M = 4.31$; $DP = 8.73$) comparando-a com o grupo de estudantes de medicina ($M = 1.45$; $DP = 4.27$). Estes resultados confirmam uma superior perpetração da negociação emocional e de abuso físico sem sequelas severo pelo grupo de estudantes e de coerção sexual ligeira por parte dos médicos.

Examinando os resultados obtidos para ambos os grupos em termos de vitimização (cf. Anexo 3.5), encontramos diferenças estatisticamente significativas de dimensão de efeito grande na subescala da negociação emocional [$t(118) = 4.97$; $p < .000$; $d = 0.92$] e pequeno na subescala de abuso físico sem sequelas severo [$t(54.09) = 2.04$; $p = .046$; $d = 0.40$]. Esta informação leva-nos a confirmar uma maior vitimização entre os estudantes de medicina, exclusivamente para estas táticas.

Tabela 19. Cronicidade das táticas de resolução de conflitos nas relações íntimas (CTS2)

Escala Subescala	Perpetração			Vitimização		
	Estudantes <i>M (DP)</i>	Médicos <i>M (DP)</i>	Total <i>M (DP)</i>	Estudantes <i>M (DP)</i>	Médicos <i>M (DP)</i>	Total <i>M (DP)</i>
Negociação	76.21 (30.84)	55.72 (33.62)	64.77 (33.87)	74.79 (32.66)	50.93 (33.55)	61.47 (35.10)
Emocional	49.68 (18.39)	33.58 (22.04)	40.69 (21.95)	50.55 (19.36)	31.30 (22.35)	39.80 (23.09)
Cognitiva	26.53 (15.48)	22.13 (15.60)	24.08 (15.64)	24.25 (16.12)	19.63 (14.11)	21.67 (15.14)
Agressão						
Psicológica	8.42 (13.74)	6.87 (12.05)	7.55 (12.78)	5.36 (8.12)	4.56 (7.89)	4.91 (7.96)
Ligeiro	7.27 (13.18)	6.69 (11.84)	6.94 (12.39)	4.64 (7.50)	4.12 (7.08)	4.34 (7.24)
Severo	1.13 (3.91)	0.18 (0.65)	0.60 (2.67)	0.68 (1.73)	0.38 (1.26)	0.51 (1.49)
Abuso físico s/ sequelas	1.38 (3.25)	1.03 (3.57)	1.19 (3.42)	1.26 (3.36)	0.70 (2.96)	0.95 (3.14)
Ligeiro	0.83 (1.75)	0.95 (3.48)	0.90 (2.83)	0.74 (1.88)	0.65 (2.93)	0.69 (2.51)
Severo	0.55 (1.68)	0.07 (0.36)	0.28 (1.17)	0.53 (1.71)	0.04 (0.27)	0.26 (1.17)
Coerção sexual	2.00 (5.94)	4.39 (8.75)	3.33 (7.70)	2.36 (5.72)	3.81 (8.22)	3.17 (7.23)
Ligeiro	1.45 (4.27)	4.31 (8.73)	3.05 (7.23)	1.96 (4.87)	3.60 (8.15)	2.88 (6.92)
Severo	0.55 (2.49)	0.07 (0.32)	0.28 (1.68)	0.40 (1.42)	0.21 (1.05)	0.29 (1.23)
Abuso físico c/ sequelas	0.42 (1.45)	0.43 (3.09)	0.43 (2.49)	0.36 (1.40)	0.12 (0.98)	0.23 (1.18)
Ligeiro	0.15 (0.50)	0.37 (3.05)	0.28 (2.30)	0.13 (0.48)	0.12 (0.98)	0.13 (0.80)
Severo	0.26 (0.96)	0.06 (0.49)	0.15 (0.74)	0.23 (0.93)	0.00 (0.00)	0.10 (0.63)

4.5. Relação da legitimação da VC (QRVC-HIS) com, e entre, as táticas de resolução de conflitos entre parceiros íntimos (CTS2)

Recorremos ao coeficiente de correlação r de *Pearson* (r) utilizado entre variáveis paramétricas para analisar a sua associação (Dancey & Reidy, 2011; Mayers, 2013).

4.5.1. Relação entre a legitimação da VC (QRVC-HIS) e as táticas de resolução de conflitos entre parceiros íntimos (CTS2)

Os resultados obtidos (Tabela 20) remetem para a existência de uma correlação fraca¹¹ mas significativa, apontando para a presença de uma associação entre uma maior legitimação (histórias total) da violência conjugal e a perpetração e vitimização da agressão psicológica e coerção sexual, enquanto tática de resolução de conflito entre parceiros íntimos. De igual modo, existe uma correlação fraca mas significativa, entre as histórias (total) e o abuso físico sem sequelas em ambos, perpetração e vitimização.

No entanto, as correlações revelam-se fracas, não sendo um indicador muito fiável na predição ou globalização da interação entre as duas variáveis, não aprofundando cada uma das associações.

Tabela 20. Relação entre a legitimação da VC (QRVC-HIS) e as táticas de resolução de conflitos entre parceiros íntimos (CTS2) ($n = 120$)

	História			Total
	1	2	3	
Agressão Psicológica Perpetrador	.310**	.360***	.325***	.368***
Agressão Psicológica Vítima	.308**	.269**	.202*	.284**
Abuso Físico sem sequelas Perpetrador	.273**	.183*	.267**	.257**
Abuso Físico sem sequelas Vítima	.187*			
Coerção Sexual Perpetrador	.310**	.283**	.304**	.325***
Coerção Sexual Vítima	.277**	.283**	.274**	.305**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

4.5.2. Relação entre a perpetração, vitimização e as táticas de resolução de conflito entre parceiros íntimos (CTS2).

Os dados obtidos (Tabela 21) indicam uma forte correlação positiva entre a perpetração de negociação e vitimização da negociação [$r(118) = .936, p < .000$], entre a perpetração de coerção sexual e a vitimização de coerção sexual [$r(118) = .884, p < .000$], entre a vitimização de abuso físico sem sequelas e a perpetração e vitimização de abuso físico com sequelas [$r(118) = .847, p < .000$; $r(118) = .881, p < .000$] e entre a perpetração de abuso físico com sequelas e a vitimização de abuso físico com sequelas [$r(118) = .854, p < .000$].

Os resultados igualmente apontam para uma correlação moderada entre a perpetração de agressão psicológica e a vitimização de agressão

¹¹ A magnitude de correlação foi avaliada recorrendo à proposta de Dancey & Reidy (2011) que defendem que valores r de magnitude de entre 0 à .30 sejam considerados 'fracos', valores de entre .40 e .60 'moderados' e valores de entre .70 e 1 'fortes'.

psicológica [$r(118) = .600, p < .000$], entre a perpetração de agressão psicológica e a perpetração de abuso físico sem sequelas [$r(118) = .428, p < .000$], entre a perpetração de abuso físico sem sequelas e a vitimização de abuso físico sem sequelas [$r(118) = .462, p < .000$] e entre a perpetração de abuso físico sem sequelas e a vitimização de abuso físico com sequelas [$r(118) = .406, p < .000$].

Tabela 21. Relação entre as táticas de resolução de conflitos entre parceiros íntimos; perpetração e vitimização (CTS2) (n = 120)

	NV	APP	APV	AFssP	AFssV	CSP	CSV	AFcsP	AFcsV
NP	.936***	.333***	.309**	.268**					
NV		.275**	.249**	.234**					
APP			.600***	.428***		.335***	.334***		
APV				.225*	.229*	.191*	.277**		
AFssP					.462***	.302**	.332***	.197*	.406***
AFssV						.352***	.362***	.847***	.881***
CSP							.884***	.317***	.265**
CSV								.345***	.279**
AFcsP									.854***

Nota. NP = Negociação Perpetrador; NV = Negociação Vítima; APP = Agressão Psicológica Perpetrador; APV = Agressão Psicológica Vítima; AFssP = Agressão Física sem sequelas Perpetrador; AFssV = Agressão Física sem sequelas Vítima; CSP = Coerção Sexual Perpetrador; CSV = Coerção Sexual Vítima; AFcsP = Agressão Física com sequelas Perpetrador; AFcsV = Agressão Física com sequelas Vítima

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

4.5.3. Relação entre a perpetração e vitimização, das táticas de resolução de conflitos em estudantes de medicina e médicos.

Os resultados obtidos (Tabela 22) para a amostra de estudantes de medicina apontam para uma correlação forte entre a perpetração de negociação e a vitimização de negociação [$r(51) = .956, p < .000$], entre a perpetração de agressão psicológica e a vitimização de agressão psicológica [$r(51) = .838, p < .000$], entre a perpetração de abuso físico sem sequelas e a vitimização de abuso físico sem sequelas [$r(51) = .954, p < .000$], entre a perpetração de abuso físico sem sequelas e a perpetração como vitimização de abuso físico com sequelas [$r(51) = .883, p < .000$; $r(51) = .844, p < .000$], entre a vitimização de abuso físico sem sequelas e a perpetração e vitimização de abuso físico com sequelas [$r(51) = .915, p < .000$; $r(51) = .842, p < .000$], entre a perpetração de coerção sexual e a vitimização de coerção sexual [$r(51) = .924, p < .000$] e entre a perpetração de abuso físico com sequelas e a vitimização de abuso físico com sequelas [$r(51) = .978, p < .000$].

Para a amostra de médicos, os resultados obtidos apontam para fortes correlações entre a perpetração de negociação e a vitimização de negociação [$r(65) = .911, p < .000$], entre a perpetração de coerção sexual e a vitimização de coerção sexual [$r(65) = .869, p < .000$], entre a perpetração de abuso físico com sequelas e a vitimização de abuso físico sem sequelas [$r(65) = .927, p < .000$], entre a vitimização do abuso físico com sequelas e a vitimização do abuso físico sem sequelas [$r(65) = .941, p < .000$] e entre

perpetração de abuso físico com sequelas e a vitimização de abuso físico com sequelas [$r(65) = .987, p < .000$].

Tabela 22. Relação entre as táticas de resolução de conflitos entre parceiros íntimos; perpetração e vitimização (CTS2) entre estudantes de medicina e médicos

	NP	NV	APP	APV	AFssP	AFssV	CSP	CSV	AFcsP	AFcsV
NP	-	.956***	.313*	.333*						
NV	.911***	-								
APP	.347**	.302**	-	.838***	.404**	.334*	.580***	.690***		
APV	.290*	.250*	.413**	-	.480***	.457**	.354*	.506***		
AFssP	.271*	.248*	.449***		-	.954***	.463***	.479***	.883***	.844***
AFssV						-	.582***	.534***	.915***	.842***
CSP				.245*	.264*	-	.924***	.412**	.282*	
CSV		.244*		.275*	.292*	.869***	-	.368**		
AFcsP						.927***	.302*	.347**	-	.978***
AFcsV						.941***	.306*	.350**	.987***	-

Nota. Intercorrelações para os estudantes de medicina ($n = 53$) encontram-se apresentadas acima da linha diagonal e intercorrelações para os médicos abaixo da linha diagonal ($n = 67$). NP = Negociação Perpetrador; NV = Negociação Vítima; APP = Agressão Psicológica Perpetrador; APV = Agressão Psicológica Vítima; AFssP = Agressão Física sem sequelas Perpetrador; AFssV = Agressão Física sem sequelas Vítima; CSP = Coerção Sexual Perpetrador; CSV = Coerção Sexual Vítima; AFcsP = Agressão Física com sequelas Perpetrador; AFcsV = Agressão Física com sequelas Vítima

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

V. Discussão

5.1. Representações sociais em torno da VC

5.1.1. Crenças em torno das Causas, Manutenção e Resolução da VC (QVC-CMR)

Através da análise dos resultados do QVC-CMR iremos discutir os fatores identificados como responsáveis para a ativação, manutenção e resolução da VC, quer pela amostra completa, quer por cada um dos grupos em análise.

Relativamente à ativação da VC, verificamos uma maior concordância com os fatores ‘antecedentes de violência familiar’ e ‘consumo de drogas por parte do agressor’. De facto, estes dois fatores têm vindo a ser apontados nas investigações como causas principais da VC (Barnett, Miller-Perrin, & Perrin, 2011). Vários autores consideram que o testemunho e/ou experiência de violência na infância e/ou adolescência pode aumentar a taxa de VC, seja a nível de perpetração, seja a nível de vitimização (Short et al., 2000; Thompson et al., 2006). No entanto, as taxas de risco associadas às experiências variam consoante a natureza das mesmas (Bensley, Van Eenwyk, & Wynkoop Simmons, 2003). O abuso emocional na infância é, por exemplo, o indicador mais forte em relação à perpetração de abuso sexual na adolescência (Zurbriggen, Gobin, & Freyd, 2010). Entre gerações existem associações moderadas entre as variadas formas de violência, no

entanto, uma associação fraca foi encontrada entre vítimas maltratadas na infância e perpetradores de VC (Renner & Slack, 2006). Assim, a experiência da violência não deverá ser necessariamente entendida como um fator que predetermina a vitimização ou perpetração da VC, mas antes como um fator de risco.

No que respeita ao fator de ativação da violência relativo ao consumo de drogas, muitas investigações demonstram uma associação forte entre a VC e o abuso de várias drogas. Isto, para ambos: homens e mulheres; vítimas e perpetradores; em que, sobretudo o abuso de álcool, cocaína e marijuana foram associados à perpetração da violência (Fals-Stewart, Golden, & Schumacher, 2003; Moore et al., 2008; Weiner, Sussman, Sun, & Dent, 2005) através da redução da inibição experienciada (Jewkes, 2002). Simultaneamente, é sobretudo o abuso de drogas que pode induzir um atraso no reconhecimento da violência enquanto problema (Burke, Gielen, McDonnell, O'Campo, & Maman, 2001). No entanto, a relação entre perpetração de VC e consumo de álcool jamais pode ser vista de forma linear e é muitas das vezes utilizada como forma de desculpa pelos comportamentos agressivos (Field, Caetano, & Nelson, 2004).

Por último, é de salientar que o grupo de estudantes de medicina indicou a 'doença mental do agressor' como fator-causa da VC, após apontar o fator 'antecedentes na família'. Esta perceção, partilhada sobretudo pelo referido grupo, remete-nos para alguns estudos realizados nesse sentido, nomeadamente no âmbito da depressão. No entanto, o efeito da depressão na perpetração da violência é moderado (Stith, Smith, Penn, Ward, & Tritt, 2004). O efeito da saúde mental do perpetrador tem uma relação reduzida com a perpetração da VC, contudo, um baixo nível de saúde mental correlacionando-se com a perpetração de VC (Walton-Moss, Manganello, Frye, & Campbell, 2005). Salienta-se que é somente a doença mental severa que tem um modesto efeito na perpetração de violência (Van Dorn, Volavka, & Johnson, 2012). Assim, dentro deste quadro, a doença mental é vista e investigada preliminarmente enquanto consequência e/ou fator de risco para as vítimas (Riggs, Caulfield, & Street, 2000). De modo geral e no que diz respeito à ativação, a amostra parece ter uma perspetiva convergente com os dados das investigações mais recentes.

Entre os fatores que contribuem para a manutenção da VC, médicos e estudantes de medicina estiveram de acordo, assinalando 'a ausência de denúncia' e a 'falta de confiança na eficácia da justiça', fatores interligados.

De certo modo, a ausência de denúncia poderá ser encarada como uma forma de 'suprimir' o problema que se caracteriza pelo seu silêncio: o silêncio das vítimas que não denunciam o abuso e violência; o silêncio dos profissionais de saúde que não denunciam o abuso dos seus pacientes (Martins et al., 2014). E, através do silêncio, muitos dos casos não são denunciados, não são diagnosticados e não são tratados (Magalhães, 2010). No entanto, o medo de separação familiar, a falta de confiança no sistema de justiça (Rodríguez, McLoughlin, Nah, & Campbell, 2001) e experiências

negativas face à polícia e a angústia de uma repercussão parecem constituir fatores que se impõem à denúncia (Wolf, Ly, Hobart, & Kernic, 2003).

McFarlane e colaboradores (2000, citado em Jordan, 2004), numa amostra de 90 mulheres vítimas de violência cujos parceiros foram detidos pela polícia e julgados pelo sistema judicial, não observaram nenhuma alteração no padrão de violência anteriormente existente. Entenda-se ainda que o direito à privacidade é utilizado por autoridades, em todo o mundo, enquanto argumento contra a intervenção em casos de VC ou de violência doméstica (Mitchell & Anglin, 2009). Neste sentido, a amostra identifica o problema que é reportado noutros locais.

Estas crenças são sobretudo interessantes no âmbito da nossa amostra, médicos e estudantes de medicina. Como anteriormente referido, por um lado, o papel dos médicos é muitas das vezes o de denunciar o abuso e a violência, e informar a vítima acerca das consequências e implicações. Por outro lado, levanta-se a questão ética e legal a respeito da denúncia: se deverá ser a vítima ou o médico a assumir a responsabilidade sobre este processo. Ao colocar esta questão em resposta à elevada concordância entre a nossa amostra aquando da ‘ausência de denúncia’, uma possível leitura aponta para uma baixa atribuição de responsabilidade à própria profissão no âmbito da denúncia da VC, mas antes, à vítima ou ao sistema judicial e/ou polícia.

Para resolver o conflito conjugal, médicos e estudantes apontam para a ‘proteção da vítima e dos filhos’ e para a ‘estimulação da denúncia’, que segue com igual grau de concordância com o fator que remete para a ‘educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória’.

A partir, principalmente, das duas primeiras afirmações, é possível constatar que médicos e futuros médicos se manifestam em favor do fim da violência. É questionável se esta ambição representa a melhor opção para a(s) vítima(s). Por um lado, a vítima não consegue controlar a ocorrência da violência nem mudar o perpetrador (Brown, 1997) mas por outro, o término da relação em mais de um terço dos casos não representa o fim da violência (Fleury, Sullivan, & Bybee, 2000). No entanto, a referida crença de alcançar o fim da violência sugere um elevado grau de envolvimento por parte dos profissionais que tão importantes se revelam para o processo de identificação, reencaminhamento e resolução do ‘silêncio’ (Martins et al., 2014), silêncio que não é um assunto privado (Schmuel & Schenker, 1998). Esta via de entendimento foi igualmente indicada por parte da amostra que menor concordância revelou no ‘aumento dos direitos da mulher’ e na ‘estimulação da separação/divórcio do casal’, sugerindo que a resolução da problemática em questão reside nos serviços vinculados às instituições públicas e/ou privadas.

Relativamente ao fator “educação para a prevenção da violência na escolaridade obrigatória,” as investigações sobre o efeito de programas de prevenção de VPI são inconclusivas, remetendo para a pouca variabilidade dos programas em respeito do largo espectro da VC. No entanto é sugerido

que programas de tal natureza representam componentes importantes na prevenção da VPI (Straus, 2008; Whitaker et al., 2006).

As investigações têm vindo a demonstrar que as interligações são complexas e que existe necessidade de uma formação universal que abranja todos os tipos e padrões de abuso e de violência para que tal implementação de educação possa revelar um efeito preventivo. Qualquer tipo de abuso experienciado pode ser de natureza diferente, seja ele físico, psicológico, ligeiro ou severo, em ligação com substâncias ou fora de qualquer influência, remetendo para o largo espetro da VC. É, no entanto, importante mencionar que o problema em questão deverá ser atendido não só na sua sintomatologia, mas que o ciclo vicioso deverá ser abordado na sua dimensão, incluindo na possível ‘raiz’ de transmissão.

5.1.2. Legitimação da VC (QRVC-HIS)

Abordando as crenças em torno da VC (QRVC-HIS), constatamos que, de modo geral, a amostra apresenta uma baixa legitimação da VC. Este resultado revela-se coerente com outros estudos conduzidos no âmbito de estudantes do ensino superior português (Baptista, 2013; Caridade & Machado, 2006; Costa, 2014; Machado et al., 2009; Vasconcelos, 2014; Vieira, 2013). Esta baixa legitimação por parte dos estudantes pode suceder à maturação exigida pelo desafio que representa o ingresso no ensino universitário, seja ele a nível de confrontos com novos contextos, de novas ideologias, relações, valores e atitudes (Caridade & Machado, 2006; Machado, Matos, & Moreira, 2003; Mahmoud, Staten, Hall, & Lennie, 2012). No entanto, a baixa legitimação da VC na classe profissional específica de médicos poderá ser influenciada pela mudança vinculada às crescentes recomendações por parte das instituições públicas e privadas (Manita et al., 2009; Martins et al., 2014).

Entre as três histórias, os níveis de maior legitimação emergiram na história 2, sendo o perpetrador da violência uma pessoa do sexo feminino, de relativa idade avançada (60 anos) e de escolaridade reduzidas. Resultados semelhantes já foram anteriormente encontrados em múltiplas investigações no âmbito de estudantes do ensino superior português (Costa, 2014; Paiva, 2010; Vasconcelos, 2014, Vieira, 2013) e em profissionais de saúde (Bompastor, 2014). Esta tendência de legitimação pode ser explicada pelo evitamento e falta de reconhecimento da violência perpetrada de mulher para homem, não só na investigação científica como consequentemente na sociedade e política (Straus, 2006, 2008). Os resultados obtidos corroboram esta explicação, considerando que a afirmação que mais legitimou a violência refere que ela ‘(...) tem razão em zangar-se com o marido, pois trabalha bastante e ele não a ajuda nada (...)’, legitimando o uso de violência através do *stress*, cansaço e trabalho. Note-se também que sobretudo o *stress* e as frustrações quotidianas têm vindo a ser identificados enquanto causa da violência entre parceiros (Archer, 2002). O sexo feminino do perpetrador poderá também ter contribuído para uma maior legitimação, considerando que a autodefesa e a expressão de emoções negativas são motivos fortes para

a perpetração de VPI entre o sexo feminino (Caldwell, Swan, Allen, Sullivan, & Snow, 2009).

Por outro lado, devemos atentar também na variável idade. Entre metade de todas as ocorrências de violência envolvendo um idoso, o perpetrador revela ser o parceiro; e em metade desses casos, exerce abuso físico sobre o seu parceiro (Barnett et al., 2011; Bonomi et al., 2007). Sobretudo para mulheres idosas, a VPI continua a constituir um problema grave, mas de incidência menor comparativamente com mulheres mais novas (Rennison & Rand, 2003). Para ambos os sexos, existe uma declinação entre a idade enquanto fator de risco para a VPI, traduzindo-se numa menor prevalência com o avanço da idade (Frieze, 2005; Romans, Forte, Cohen, Du Mont, & Hyman, 2007), podendo explicar parcialmente a maior legitimação na história 2.

O segundo maior grau de legitimidade foi obtido na história 3. O casal apresentado nesta breve narrativa é formado pela vítima que se encontra grávida e o agressor que exhibe consumos de álcool frequentes. A gravidez é associada à ativação como ao aumento em severidade da VC (Bacchus, Mezey, & Bewley, 2004). Como anteriormente referido, existe uma sustentada associação entre o consumo de álcool e a perpetração de VC (Foran & O'Leary, 2008; Klostermann & Fals-Stewart, 2006; Leadley, Clark, & Caetano, 2000; Short et al., 2000; White & Chen, 2002), sobretudo enquanto amplificador da severidade do seu efeito (Leonard, 2005). O consumo de álcool facilita a expressão de natureza abusiva entre parceiros, mas por outro lado, a VC constitui um fator de risco para o alcoolismo e o consumo de drogas (Simons, Gwin, Brown, & Gross, 2008). Neste sentido, a afirmação que mais legitimou a utilização de violência identifica a bebida como fator predominante. De certa forma, podemos colocar em hipótese que, através dos resultados obtidos com a amostra em estudo, o abuso é mais compreensível quando o agressor se encontra sob o efeito de álcool.

Como anteriormente referido, sobretudo a vivência dos estudantes é marcada por mudança e transição; um processo de aquisição de competências para manter a independência e autossuficiência, de gestão de novas tarefas e relações íntimas. Estes aspetos da fase de *adulthood emergente* é considerada causa de elevados níveis de *stress* (Mahmoud et al., 2012). Igualmente a profissão de médico é marcada por elevados níveis de *stress* (Zwack & Schweitzer, 2013). O *stress*, por sua vez, encontra-se fortemente ligado ao uso e abuso de álcool (Logrip & Zorrilla, 2012). Neste sentido, colocamos em hipótese que fatores mais legitimantes da VC relacionam-se com as próprias vivências da nossa amostra, reconhecendo os efeitos de ambos; *stress* e *álcool*.

A amostra atribuiu o menor grau de legitimação às afirmações sobre a narrativa apresentada na história 1, na qual a violência perpetrada ocorre entre um casal de nível socioeconómico superior e de habilitações elevadas. As afirmações que obtiveram resultados mais legitimantes da violência remetem, novamente, para o *stress*, cansaço e outros fatores externos. A

violência foi igualmente mais legitimada quando o casal tratasse dela ‘entre portas fechadas’. Recordamos a investigação realizada por Martins e colaboradores (2014), que concluiu que médicos em exercício da sua função no sistema nacional de saúde (SNS) raramente realizam rastreios ou reportam o abuso, por considerarem que se estão a tratar de assuntos pessoais e que não é função deles denunciar tais abusos. No entanto, a baixa legitimação da violência num contexto favorecido revela-se positivo, sobretudo ao identificar o item ‘Com os estudos que tem, o Arménio é incapaz de maltratar realmente a sua mulher’ enquanto afirmação menos concordada.

Apesar dos médicos apresentarem pontuações inferiores aos estudantes de medicina neste instrumento, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Verificamos, então, que a perspetiva face às crenças de médicos e estudantes de medicina em torno do fenómeno da VC se revela substancialmente uniforme. Porém, é importante mencionar que a população de estudantes se centra na faixa etária que apresenta maiores padrões de perpetração e vitimização de violência física entre as suas relações (Capaldi, Kim, & Shortt, 2007), podendo estar na base da maior legitimação, ainda que não estatisticamente significativa.

5.2. Relação entre os anos de exercício da profissão (médicos), anos de formação (estudantes), idade e sexo e as crenças em torno da VC

Tem vindo a ser colocado em hipótese que sujeitos mais novos poderão ter um conhecimento superior sobre a VPI, e que sujeitos mais velhos tenham uma menor sensibilidade perante o problema que a VPI representa (Wilke, 2005).

A idade da amostra não foi um fator determinante para diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados vão ao encontro a outras investigações conduzidas nesse sentido (Rodriguez, Bauer, McLoughlin, & Grumbach, 1999) e remetem para crenças homogéneas entre médicos e futuros médicos. No entanto, a literatura tem vindo a demonstrar uma correlação positiva e significativa entre a idade e a utilização de estratégias de agressão psicológica, perpetração de coerção sexual e a perpetração de abuso físico com sequelas numa amostra de jovens adultos de entre 18 e 27 anos (Renner & Whitney, 2009).

Avaliando o impacto dos anos de exercício da profissão no subgrupo de médicos em relação às crenças em torno da VC não se encontraram diferenças estatisticamente significativas. De mesmo modo, a variável ‘ano curricular’, relativa aos estudantes de medicina, não se mostrou significativa.

O sexo dos sujeito não teve influência estatisticamente significativa nas crenças avaliadas no QRVC-HIS, no entanto, levanta-se uma questão complexa no âmbito das crenças em torno da resolução da VC - Como explicar a influência do sexo na amostra de médicos e não na dos estudantes de medicina? E, nesta linha de pensamento, como se podem justificar as

diferenças estatisticamente significativas entre os fatores que obtiveram maior concordância por parte do sexo feminino / masculino¹²?

Poder-se-á colocar em hipótese que a sensibilidade feminina, crenças acerca do impacto da VPI no próprio sexo (Glass, 2003), o facto de vítimas do sexo feminino preferirem confiar a sua relação de natureza íntima marcada por violência a uma médica (Fang, McCarthy, & Singer, 2004; Richardson, Coid, & Petrukevitch, 2002) se revelem fatores que estejam a co-contribuir para a diferença verificada ao nível da variável sexo no subgrupo dos médicos. Por outro lado, pode equitativamente ser argumentado que os estudantes de medicina apresentam relações íntimas mais violentas por se encontrarem numa fase de elevado risco (K. D. O’Leary & Slep, 2003; S. G. O’Leary & Slep, 2006), e que esta violência recíproca e ‘*vice-versa*’ esteja a contribuir para uma população mais homogénea nas suas crenças, com pouca influência por parte do próprio sexo.

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

O impacto fundamental da formação tem vindo a ser reportado, na literatura, enquanto fator importante na sinalização de VPI perante a autoridade e reencaminhamento adequado para associações de proteção de vítima por parte de médicos (Rodriguez et al., 1999).

Considerando a relação entre a formação no âmbito da VPI e as crenças em torno da VC, os resultados apontam para uma menor legitimação da violência por parte dos sujeitos que afirmaram ter recebido algum tipo de formação no âmbito. No entanto, é de realçar que apesar de existirem diferenças estatisticamente significativas, a magnitude do efeito é pequena e remete para uma relativização dos resultados.

É igualmente importante mencionar que os parâmetros da pergunta e do tipo de formação não foram devidamente identificados e delimitados. A amostra poderá ter recebido algum tipo de treino no âmbito da sua formação académica ou em formações contínuas sobre a violência doméstica ou violência entre cônjuges, não os associando à especificidade da violência entre parceiros íntimos abordada no protocolo de investigação.

Ao analisar a especificidade do grupo de médicos, aproximadamente 70.00% afirmaram ter contacto com a violência entre parceiros íntimos no exercício da sua profissão, no entanto, 85.00% negaram qualquer formação recebida sobre o tema, ainda que 85.00% concordam (concordam e concordam muito) com a importância da formação. Os resultados obtidos vão de encontro à literatura (Gerbert et al., 2002; Hamberger & Phelan, 2006), e parte desta dissonância pode ser explicada pelo sentimento de desconforto e de *powerlessness* entre os médicos perante a VPI, explicando-se pela falta de formação no âmbito da formação académica e da falta de oportunidade de formação contínua (Colarossi, Breitbart, & Betancourt, 2010; Hamberger, 2007; Kaur & Herbert, 2005; Soglin, Bauchat, Soglin, &

¹² Ver Tabela 16, página 25.

Martin, 2009). Revela-se importante mencionar que apesar da magnitude do efeito se revelar reduzida na presente investigação, o efeito da formação em VPI entre médicos tem-se vindo a traduzir em *awareness* e identificação correta da VPI (Lo Fo Wong, Wester, Mol, & Lagro-Janssen, 2006), remetendo para a importância da educação, logo na formação académica de base.

Importa também assinalar que a educação por si só não tem vindo a ser associada à implementação consistente de rastreios e procedimentos de reencaminhamento apropriados (Minsky-Kelly, Hamberger, Pape, & Wolff, 2005; Waalen et al., 2000), mas que as políticas institucionais representam, muitas vezes, uma barreira importante no comportamento dos profissionais médicos (Rodríguez et al., 2001). Neste sentido, é importante que os serviços de saúde aceitem a responsabilidade de intervir com vítimas de VPI (O'Campo, Kirst, Tsamis, Chambers, & Ahmad, 2011), que os médicos se sintam confortáveis e competentes na entrevista (Elliott, Nerney, Jones, & Friedmann, 2002; Gerbert et al., 2002) e, sobretudo, que existam recursos e tempo para assistir a vítima (Short, Hadley, & Bates, 2002; Wills, Ritchie, & Wilson, 2008). Encarando o futuro em Portugal, o treino e formação dos profissionais revela-se uma medida fundamental, em conjunto com programas de prevenção (Cardoso & Ornelas, 2013).

5.4. Violência e resolução de conflitos por parceiros íntimos (CTS2)

Abordando a prevalência dos atos de negociação e de abuso reportados por parte da amostra que se encontra numa relação íntima na atualidade, revela-se importante mencionar que praticamente todos os sujeitos recorreram previamente a estratégias de negociação emocional, bem como de negociação cognitiva. Isto pode ser índice de uma boa capacidade de resolução de conflitos entre parceiros íntimos através do reconhecimento do efeito positivo da comunicação e expressão emocional (Straus et al., 1996).

Contudo, os resultados obtidos também levantam razões para preocupação. A amostra formada por médicos e estudantes de medicina manifestou níveis equivalentes (e superiores) aos encontrados entre estudantes do ensino superior (Alexandra & Figueiredo, 2006; Ávila, 2013; Vasconcelos, 2014; Vieira, 2013). Destacam-se, sobretudo, os resultados elevados de agressão psicológica ligeira e de coerção sexual ligeira e severa.

De entre as variadas táticas de resolução de conflitos que recorrem à utilização de abuso, a agressão psicológica ligeira apresenta-se como predominante em ambos, perpetração e vitimização. Neste sentido revela-se importante referir que agressão psicológica é vista como um indicador significativo do desenvolvimento de abuso físico na conjugalidade (Dutton, Goodman, & Bennett, 1999). Todavia, os resultados da subescala da agressão psicológica severa apontam para níveis de perpetração e vitimização menores do que outros autores têm vindo a reportar (Ávila, 2013; Vasconcelos, 2014; Vieira, 2013). Estes dados, por sua vez, são explicados pelos baixos valores obtidos por parte do grupo de médicos.

Aprofundando as diferenças entre os dois grupos, os médicos apresentaram valores inferiores em todas as escalas e subescalas referentes a perpetração de abuso. O mesmo também se verificou para a vitimização, com exceção da agressão psicológica ligeira. Ainda que a VPI seja reconhecida como um problema significativo e transversal, estudantes universitários perpetram níveis de abuso físico e psicológico muito elevados dentro das suas relações de intimidade (Chan, Straus, Brownridge, Tiwari, & Leung, 2008; Nabors & Jasinski, 2009), com uma prevalência de um em três estudantes do ensino superior (Fass, Benson, & Leggett, 2008). A idade reduzida dos estudantes é igualmente associada a níveis elevados de perpetração e de vitimização (Vest, Catlin, Chen, & Brownson, 2002).

Ao analisar os resultados obtidos para a cronicidade da perpetração das CTS2, apenas diferenças estatisticamente significativas se reportam para a subescala de negociação emocional, no abuso físico sem sequelas severo e na coerção sexual ligeira. A subamostra dos estudantes de medicina revela serem perpetradores de um maior número de condutas e comportamentos que envolvem a utilização de táticas de negociação emocional (*i.e.* demonstração de preocupação, respeito pelos sentimentos do parceiro) como no abuso físico sem sequelas severo (*i.e.* pontapear, utilização de uma faca ou arma contra o parceiro) ao longo do ano precedente. Por outro lado, o grupo de médicos perpetrrou mais atos de coerção sexual ligeira (*i.e.* forçar relações sexuais sem preservativo) no âmbito das suas relações íntimas.

Considerando os resultados obtidos para a vitimização, apenas as diferenças entre os grupos na subescala de negociação emocional e abuso físico sem sequelas severo se revelaram como estatisticamente significativas. Neste sentido, os parceiros dos estudantes de medicina perpetraram mais atos de negociação emocional e de abuso físico sem sequelas severas ao longo do último ano. Estes resultados remetem para a perpetração equivalente de abuso entre parceiros, muitas vezes na mesma ordem de severidade¹³ (Carney, Buttell, & Dutton, 2007).

De modo geral, podemos encarar os resultados encontrados como confortantes, paradoxais e alarmantes. A homogeneidade da baixa tolerância e legitimação da VC por ambos os subgrupos, transversal entre as idades, acaba por se revelar um aspeto muito positivo e confortante. Porém, a designação de paradoxo poderá ser atribuída à baixa legitimação manifestada por parte da amostra face à VC, contradizendo-se com os resultados elevados de perpetração (e vitimização) de violência entre parceiros íntimos.

Alarmante revela-se a construção de uma barreira entre a violência experienciada e a eficácia de tratamento e de cuidados prestados em função das vítimas de VPI no exercício da profissão médica. Estudantes de medicina com experiências de violência no seu passado terão dificuldades futuras no tratamento eficaz de vítimas de parceiros íntimos (Ambuel, Butler, Hamberger, Lawrence, & Guse, 2003). Foi igualmente encontrada uma relação significativa entre a exposição e experiência pessoal com o abuso e padrões de exercício da profissão entre médicos em consulta com

¹³ Temática será abordada e aprofundada na discussão 5.5.

vítimas de VPI (Candib, Savageau, Weinreb, & Reed, 2012). No entanto, esta influência negativa não tem vindo a ser reportada de modo consistente e investigações têm vindo a verificar que o contrário sucede de igual modo (Lapidus et al., 2002). Na nossa perspetiva, não determinista, a referida vivência é um fator de risco.

5.5. Relação entre a legitimação da VC (QRVC-HIS) e as táticas de resolução de conflito (CTS2)

Ainda que a legitimação da VC avaliada se revelasse baixa para a amostra de estudantes de medicina e médicos, os que mais a legitimaram no âmbito do QRVC-HIS perpetuam e vitimam mais a agressão psicológica nas suas relações íntimas no âmbito das CTS2. Antes de mais, é importante referir que não foi avaliado o efeito causal, remetendo para uma análise cautelosa.

A agressão psicológica enquanto forma de abuso mais desculpável (Gauché & Mullet, 2005), é igualmente a forma de abuso mais perpetrada e vitimizada (Ro & Lawrence, 2007). Ao contrário do abuso físico, é também fortemente correlacionado com sentimentos de *distress* psicológico, depressivos e de vergonha (Jouriles, Garrido, Rosenfield, & McDonald, 2009; Ro & Lawrence, 2007) e ainda que os seus efeitos sejam extremamente negativos, a agressão psicológica é entendida como forma de violência menos prejudicial do que ela realmente é (Capezza & Arriaga, 2008). Esta perceção por parte das vítimas e perpetradores pode estar associada à legitimação da violência no âmbito das crenças em torno da VC.

Os resultados obtidos também apontam para uma moderada a forte correlação entre as perpetrções de estratégias de resolução de conflito (CTS2) e as respetivas vitimizções das mesmas. Esta correlação vai de encontro com a *simetria* encontrada entre a perpetração e vitimização proporcional de violência contra o parceiro íntimo (Cercone, Beach, & Arias, 2005; Dobash & Dobash, 2004; Hamberger & Guse, 2002; Johnson, 2011). As correlações encontradas entre as variadas táticas de abuso utilizadas entre a amostra, remetem para um padrão de estratégias em uso, corroborando a pouca frequente utilização de uma exclusiva forma de abuso entre parceiros íntimos (Hamberger & Guse, 2002). Não foi avaliada a causalidade e/ou precipitação das estratégias de abuso em uso, no entanto, é importante referir que a precipitação do abuso ou agressão cabe ao parceiro, na perspetiva do perpetrador (S. G. O’Leary & Slep, 2006).

Por esta via de pensamento, podemos colocar em hipótese que, de forma simétrica, muitas vezes, o perpetrador de um determinado tipo de agressão é igualmente vítima da mesma e que a utilização de uma determinada tática de violência pode desinibir uma resposta em formato de escalada (as)simétrica de violência (Johnson, 2011). Isto, tendo em conta que ambos os sexos têm razões para controlar o comportamento do parceiro, e que, por sua vez, este controlo se associa com agressão física (Graham-

Kevan & Archer, 2009). Esta hipótese está de acordo com os resultados obtidos por outros autores (Feld & Straus, 1989; Straus, 2008), encarando a violência bidirecional como a forma de violência menos provável de melhorar e mais provável de escalar para outros tipos de violência.

Entre os estudantes de medicina foram encontradas correlações muito fortes entre a perpetração e a vitimização dentro de cada tática de abuso, remetendo para a referida simetria. Revelam-se interessantes as fortes correlações entre a perpetração e vitimização de abuso físico sem sequelas e a perpetração e vitimização de abuso físico com sequelas, apontando para uma forte relação entre o abuso físico de forma indiscriminada em termos de severidade. De certo modo, estes resultados podem apontar para a ideia de que a perpetração de abuso físico se encontra fortemente associada com a vitimização de abuso físico, seja com ou sem sequelas.

Entre os médicos, nem todas as táticas se correlacionaram fortemente entre perpetração e vitimização, apontando para uma assimetria de VPI entre os profissionais em comparação com os resultados obtidos para a amostra de estudantes de medicina.

Estes resultados podem ser parcialmente explicados pela simetria encontrada em mais de 200 estudos que evidenciaram proporções aproximadamente idênticas entre a perpetração e vitimização da VPI, onde o padrão mais prevalente é a violência mútua (Archer, 2002; Fiebert, 2004; Straus, 2009). Sobretudo em países ocidentais, onde o sexo feminino é mais *empowered* na sociedade, as mulheres apresentam níveis elevados de perpetração e menores de vitimização (Archer, 2006). Quando o padrão de violência não é mútuo, a violência perpetrada do sexo masculino para o feminino e *vice-versa*, ocorre de modo equitativo em casais casados (Anderson, 2002; Medeiros & Straus, 2007; Williams & Frieze, 2005). Neste sentido, é importante realçar que perto de 50% dos médicos da nossa amostra se encontram casados e apenas 3% dos estudantes de medicina. Isto, por sua vez, aponta para a possibilidade aumentada de existirem casais de entre a amostra de médicos que manifestam padrões de violência unidirecionada.

VI. Conclusões

A presente investigação proporcionou o acréscimo de algum conhecimento sobre as representações sociais em torno da violência entre parceiros íntimos em médicos e estudantes de medicina - entre os *gatekeepers* principais no desafio de monitorizar, identificar, reencaminhar e intervir com as vítimas (e perpetradores) da VPI.

Os resultados obtidos são complexos e a sua interpretação é dependente da perspectiva. As crenças mantidas acerca das causas, manutenção e resolução da VC são similares entre as amostras de médicos e

estudantes e remetem para uma elevada coerência, no entanto, evidenciam algumas diferenças fundamentais nos fatores de resolução de acordo com o sexo dos médicos; uma diferença não verificada entre os estudantes de medicina. Os resultados remetem para uma baixa atribuição da violência aos comportamentos e condutas da vítima e/ou outros fatores externos ligados à vítima. Estes, por sua vez, apontam para uma conduta correta e de pouca influência por julgamento da vítima no âmbito do exercício profissional dos médicos e dos futuros médicos.

Por outro, destaca-se a baixa legitimação global da VC com exceção de algumas crenças legitimadoras em favor de condutas abusivas e agressivas associadas a fatores externos como, por exemplo, o consumo de substâncias e de níveis elevados de *stress* por parte do perpetrador da violência. Igualmente demonstraram uma elevada legitimação da violência em favor da privacidade familiar (conjugal).

Os resultados obtidos em torno da utilização de estratégias abusivas nas próprias relações de intimidade levantam razões para preocupação, sobretudo na amostra de estudantes de medicina, que, no futuro, irá ser responsável pela devida identificação e conduta profissional com as vítimas da VPI. Note-se que a própria vivência e experiência de abuso nas relações de intimidade poderá ter um impacto negativo na intervenção dos médicos, nos seus rastreios e na sua prática global envolvendo utentes vítimas de VPI.

Os resultados obtidos no âmbito da presente investigação apontam para a já previamente estabelecida dissonância entre a baixa legitimação de VC e os elevados níveis de comportamentos violentos apresentados nas próprias relações íntimas dos respondentes.

O papel importante da formação no âmbito da VPI foi similarmente confirmado por parte dos resultados aqui apresentados, levantando um paradoxo: aponta-se a forte importância e necessidade de formação para médicos e estudantes de medicina no âmbito da VPI em prol da sua qualidade de prestação de serviço, sendo que o contacto com vítimas de VPI é alto no seu contexto profissional, no entanto, apenas 20.00% dos estudantes de medicina e médicos realizaram algum tipo de formação no âmbito da VPI no passado.

É igualmente importante realçar a forte correlação entre a vitimização e a perpetração de táticas abusivas nas relações entre parceiros íntimos, sobretudo a simetria prevalecente entre os estudantes de medicina, que não foi encontrada nas mesmas dimensões entre os médicos.

Torna-se relevante afirmar que esta investigação consta ser de natureza exploratória. Portanto, as hipóteses discutidas e examinadas, bem como as reflexões sugeridas são apenas leituras descendentes dos resultados em análise. Neste sentido, a generalização dos resultados obtidos para a população geral acarreta de alguma precaução.

Abordando as limitações da investigação, existem interferências da desejabilidade social nas CTS2, sendo recomendada a utilização de uma ferramenta de controlo o que não realizamos nesta investigação (Alexandra & Figueiredo, 2006). No entanto, a correlação entre a desejabilidade social e

valores obtidos tem-se vindo a demonstrar reduzida. Igualmente a utilização de protocolos *online* é controversa, no entanto, tem vindo a ser argumentado que os sujeitos se revelam mais fieis nas suas respostas e que esta estratégia metodológica permite um maior alcance e eficácia no processo de recolha de dados (Fass et al., 2008). Porém, muitos dos protocolos *online* permaneceram por finalizar (cerca de 200%), remetendo para a hipótese de que somente sujeitos com uma forte opinião e motivação responderam ao protocolo na totalidade, viabilizando o enviesamento dos dados (Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen, & MacMillan, 2007).

As subamostras de sujeitos do sexo feminino e de sexo masculino apresentam uma discrepância elevada, diferença muito relevante no âmbito da VPI por ser um fator muito influente. Seria recomendável utilizar amostras mais equilibradas em investigações futuras.

O tamanho do protocolo e sobretudo a complexidade do CTS2 foi um fator que levou a um *feedback* negativo por parte dos sujeitos, tendo sido apontado como razão de desistência principal para a finalização do preenchimento do protocolo.

A respeito de recomendações de investigações futuras, “(...) é usualmente fátuo sugerir que mais investigação é necessária sobre uma determinada questão porque as pessoas que condutam as investigações estão ocupadas em investigar o que conseguirem” (Straus, 2006, p.1087), no entanto, revela-se importante investigar o impacto da própria experiência e contacto com a VPI na esfera profissional dos médicos. Ainda que a idade na presente investigação não permitiu concluir uma diferença no âmbito das crenças em torno da VC, sugerimos que mais investigação é necessária para determinar a perpetração/vitimização ao longo da *lifespan*.

Até que ponto a violência na adolescência e no início da adultez tem impacto nas futuras crenças? Será que a vivência e experiência da VPI na adolescência e início da idade adulta é importante para a formação das nossas crenças e condutas? Estas são questões tocadas pela presente dissertação, mas não obtivemos resposta que satisfaça a nossa curiosidade científica. Pontuamos a pertinência de uma futura investigação com uma amostra mais específica e representativa destas faixas etárias.

Bibliografia

- Adams, D. (1996). Guidelines for doctors on identifying and helping their patients who batter. *Journal of the American Medical Women's Association*, 51(3), 123–6. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8683024>
- Aguilar, R. (2010). *Representações sociais em torno da violência conjugal: Estudo de validação do Questionário de Violência Conjugal - Histórias (QRVC-HIS) e do Questionário de Violência Conjugal - Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR) com uma amostra da população geral*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Alexandra, C., & Figueiredo, B. (2006). Versão portuguesa das “Escala de Táticas de Conflito Revisadas”: estudo de validação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(2), 14–39.
- Ali, P. A., & Naylor, P. B. (2013). Intimate partner violence: A narrative review of the biological and psychological explanations for its causation. *Aggression and Violent Behavior*, 18(3), 373–382. doi:10.1016/j.avb.2013.01.003
- Ambuel, B., Butler, D., Hamberger, L. K., Lawrence, S., & Guse, C. E. (2003). Female and Male Medical Students' Exposure to Violence: Impacto on Well Being and Perceived Capacity to Help Battered Woman. *Journal of Comparative Family Studies*. Acedido em <http://www.jstor.org/stable/41603865>
- An, J. S., & Cooney, T. M. (2006). Psychological well-being in mid to late life: The role of generativity development and parent-child relationships across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 30(5), 410–421. doi:10.1177/0165025406071489
- Anderson, K. L. (2002). Perpetrator or Victim? Relationships Between Intimate Partner Violence and Well-Being. *Journal of Marriage and Family*, 64, 851–863. Acedido em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-3737.2002.00851.x/full>
- APAV. (2010). *Manual Alcipe - Para o Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência* (2nd ed.). Lisboa: APAV. Acedido em http://www.apav.pt/pdf/Alcipe_PT.pdf
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126(5), 651–80. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10989615>

- Archer, J. (2002). Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 313–351. Acedido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178901000611>
- Archer, J. (2006). Cross-Cultural Differences in Physical Aggression Between Partners: A Social-Role Analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 10(2), 133–153. doi:10.1207/s15327957pspr1002_3
- 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(1), 6–11. doi:10.1016/S0301-2115(03)00326-9
- Barnett, O. W., Miller-Perrin, C. L., & Perrin, R. D. (2011). *Family Violence across the lifespan* (3rd ed.). Thousands Oaks: SAGE Publications.
- Belkadi, F., Bonjour, E., Camargo, M., Troussier, N., & Eynard, B. (2013). A situation model to support awareness in collaborative design. *International Journal of Human-Computer Studies*, 71(1), 110–129. doi:10.1016/j.ijhcs.2012.03.002
- Bensley, L., Van Eenwyk, J., & Wynkoop Simmons, K. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(1), 38–44. doi:10.1016/S0749-3797(03)00094-1
- Beydoun, H. a, Beydoun, M. a, Kaufman, J. S., Lo, B., & Zonderman, A. B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* (1982), 75(6), 959–75. doi:10.1016/j.socscimed.2012.04.025
- Bompastor, A. M. (2014). *Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de profissionais de saúde: que olhares nos atendem?* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Carrell, D., Fishman, P. a, Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2007). Intimate partner violence in older women. *The Gerontologist*, 47(1), 34–41. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17327538>
- Bradbury, M. (1999). *Representations of death: A social psychological perspective*. *International Journal of Palliative Nursing*. London: Routledge. Acedido em https://internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=15929;article=IJP_N_6_2_100;format=pdf

- Brown, J. (1997). Working Toward Freedom from Violence: The Process of Change in Battered Women. *Violence Against Women*, 3(1), 5–26. doi:10.1177/1077801297003001002
- Burke, J. G., Gielen, A. C., McDonnell, K. A., O'Campo, P., & Maman, S. (2001). The Process of Ending Abuse in Intimate Relationships: A Qualitative Exploration of the Transtheoretical Model. *Violence Against Women*, 7(10), 1144–1163. doi:10.1177/10778010122183784
- Caldwell, J. E., Swan, S. C., Allen, C. T., Sullivan, T. P., & Snow, D. L. (2009). Why I Hit Him: Women's Reasons for Intimate Partner Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(7), 672–697. doi:10.1080/10926770903231783
- Camelo, A. I. M. (2009). *Representações sobre a violência conjugal. Estudo exploratório com uma amostra de profissionais da CPCJ*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331–1336. Acedido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602083368>
- Campbell, J. C., Baty, M. L., Ghandour, R. M., Stockman, J. K., Francisco, L., & Wagman, J. (2008). The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 15(4), 221–31. doi:10.1080/17457300802423224
- Candib, L. M., Savageau, J. a, Weinreb, L., & Reed, G. (2012). Inquiring into our past: when the doctor is a survivor of abuse. *Family Medicine*, 44(6), 416–24. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22733419>
- Capaldi, D. M., Kim, H. K., & Shortt, J. W. (2007). Observed Initiation and Reciprocity of Physical Aggression in Young, At-Risk Couples. *Journal of Family Violence*, 22(2), 101–111. doi:10.1007/s10896-007-9067-1
- Capezza, N. M., & Arriaga, X. B. (2008). Factors associated with acceptance of psychological aggression against women. *Violence against Women*, 14(6), 612–33. doi:10.1177/1077801208319004
- Cardoso, R., & Ornelas, J. (2013). The changes on intimate partner violence against women in the health system in Portugal. *Health*, 05(07), 65–70. doi:10.4236/health.2013.57A4010
- Caridade, S., & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração. *Análise Psicológica*, 4, 485–493. Acedido em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312006000400004&script=sci_arttext

- Carmo, R., Grams, A., & Magalhães, T. (2011). Men as victims of intimate partner violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 18(8), 355–359. doi:10.1016/j.jflm.2011.07.006
- Carney, M., Buttell, F., & Dutton, D. (2007). Women who perpetrate intimate partner violence: A review of the literature with recommendations for treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 108–115. doi:10.1016/j.avb.2006.05.002
- Carpenter, G. L., & Stacks, A. M. (2009). Developmental effects of exposure to Intimate Partner Violence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review*, 31(8), 831–839. doi:10.1016/j.chilyouth.2009.03.005
- Carver, R. H., & Nash, J. G. (2010). *Doing Data Analysis with SPSS Version 18.0*. Boston: Cengage Learning.
- Cercone, J. J., Beach, S. R. H., & Arias, I. (2005). Gender symmetry in dating intimate partner violence: does similar behavior imply similar constructs? *Violence and Victims*, 20(2), 207–18. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16075667>
- Chan, K. L., Straus, M. A., Brownridge, D. A., Tiwari, A., & Leung, W. C. (2008). Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 529–37. doi:10.1016/j.jmwh.2008.04.016
- Coker, A. L., Smith, P. H., & Fadden, M. K. (2005). Intimate partner violence and disabilities among women attending family practice clinics. *Journal of Women's Health (2002)*, 14(9), 829–38. doi:10.1089/jwh.2005.14.829
- Colarossi, L., Breitbart, V., & Betancourt, G. (2010). Barriers to screening for intimate partner violence: a mixed-methods study of providers in family planning clinics. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(4), 236–43. doi:10.1363/4223610
- Correia, A. T. (2008). *Crenças em torno da violência conjugal: estudo exploratório junto de advogados, magistrados, auditores de justiça e estudantes de direito*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Costa, C. B. (2014). *Que representações sociais da violência entre parceiros íntimos têm os estudantes de enfermagem, medicina e serviço social? O papel da formação*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

- Costa, D., Hatzidimitriadou, E., Ioannidi-Kapolou, E., Lindert, J., Soares, J., Sundin, O., ... Barros, H. (2014). Intimate partner violence and health-related quality of life in European men and women: findings from the DOVE study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*. doi:10.1007/s11136-014-0766-9
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2011). *Statistics Without Maths for Psychology* (5th ed.). Harlow, England: Pearson Education Limited.
- De Ferrante, F. G., Santos, M. A., & Vieira, E. M. (2009). Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas e saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, 13(31), 287–299. doi:10.1590/S1414-32832009000400005
- deLahunta, E. a. (1995). Hidden trauma: the mostly missed diagnosis of domestic violence. *The American Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 74–6. doi:10.1016/0735-6757(95)90247-3
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., ... Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine*, 10(5), e1001439. doi:10.1371/journal.pmed.1001439
- Dobash, R. P., & Dobash, R. E. (2004). Women's Violence to Men in Intimate Relationships: Working on a Puzzle. *British Journal of Criminology*, 44, 324–349. Acedido em <http://bjc.oxfordjournals.org/content/44/3/324.short>
- Dutton, M. A., Goodman, L. A., & Bennett, L. (1999). Court-Involved Battered Women's Responses to Violence: The Role of Psychological, Physical, and Sexual Abuse. *Violence and Victims*, 14(1). Acedido em <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/vav/1999/00000014/0000001/art00006?crawler=true&mimetype=application/pdf>
- Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., & Friedmann, P. D. (2002). Barriers to screening for domestic violence. *Journal of General Internal Medicine*, 17(2), 112–6. Acedido em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1495014&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Fals-Stewart, W., Golden, J., & Schumacher, J. a. (2003). Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1555–1574. doi:10.1016/j.addbeh.2003.08.035
- Fang, M. C., McCarthy, E. P., & Singer, D. E. (2004). Are patients more likely to see physicians of the same sex? Recent national trends in primary care medicine. *The American Journal of Medicine*, 117(8), 575–81. doi:10.1016/j.amjmed.2004.03.043

- Fass, D. F., Benson, R. I., & Leggett, D. G. (2008). Assessing Prevalence and Awareness of Violent Behaviors in the Intimate Partner Relationships of College Students Using Internet Sampling. *Journal of College Student Psychotherapy*, 22(4), 66–75. doi:10.1080/87568220801952248
- Feld, S. L., & Straus, M. A. (1989). Escalation and Desistance of Wife Assault in Marriage. *Criminology*, 27(1), 141–162. doi:10.1111/j.1745-9125.1989.tb00866.x
- Fiebert, M. S. (2004). References examining assaults by woman on their spouses or male partners: An annotated bibliography. *Sexuality and Culture*, 8(3), 140–176. Acedido em <http://link.springer.com/article/10.1007/s12119-004-1001-6>
- Field, C. A., Caetano, R., & Nelson, S. (2004). Alcohol and Violence Related Cognitive Risk Factors Associated With the Perpetration of Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence*, 19(4), 249–253. Acedido em <http://link.springer.com/article/10.1023/B:JOFV.0000032635.42145.66>
- Fleury, R. E., Sullivan, C. M., & Bybee, D. I. (2000). When Ending the Relationship Does Not End the Violence: Women’s Experiences of Violence by Former Partners. *Violence Against Women*, 6(12), 1363–1383. doi:10.1177/10778010022183695
- Flynn, A., & Graham, K. (2010). “Why did it happen?” A review and conceptual framework for research on perpetrators’ and victims’ explanations for intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 15(3), 239–251. doi:10.1016/j.avb.2010.01.002
- Foran, H. M., & O’Leary, K. D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1222–34. doi:10.1016/j.cpr.2008.05.001
- Freitas, G. C. (2012). Mulheres sobreviventes de violência conjugal: Perspetivas sobre o início de novas relações. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade dos Açores, Ponta Delgada, Portugal
- Frieze, I. H. (2005). Female Violence Against Intimate Partners: An Introduction. *Psychology of Women Quarterly*, 29(1), 229–237. doi:10.1111/j.1471-6402.2005.00170.x
- Gauché, M., & Mullet, E. (2005). Do we forgive physical aggression in the same way that we forgive psychological aggression? *Aggressive Behavior*, 31(6), 559–570. doi:10.1002/ab.20108
- Gelles, R. J. (1980). Violence in the Family : A Review of Research in the Seventies. *Journal of Marriage and the Family*, 42(4), 873–885.

- Gelles, R. J., & Straus, M. A. (1988). *Intimate Violence: The Causes and Consequences of Abuse in the American Family*. New York: Touchstone.
- Gerbert, B., Gansky, S. a, Tang, J. W., McPhee, S. J., Carlton, R., Herzig, K., ... Caspers, N. (2002). Domestic violence compared to other health risks: a survey of physicians' beliefs and behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2), 82–90. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12121795>
- Glass, N. (2003). Adolescent Dating Violence: Prevalence, Risk Factors, Health Outcomes, and Implications for Clinical Practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(2), 227–238. doi:10.1177/0884217503252033
- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2). Acedido em <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1022079418229>
- Graham-Kevan, N., & Archer, J. (2009). Control tactics and partner violence in heterosexual relationships. *Evolution and Human Behavior*, 30(6), 445–452. doi:10.1016/j.evolhumbehav.2009.06.007
- Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. . N., & MacMillan, H. L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*, 7, 12. doi:10.1186/1471-2458-7-12
- Hamberger, L. K. (2007). Preparing the Next Generation of Physicians: Medical School and Residency-Based Intimate Partner Violence Curriculum and Evaluation. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2), 214–225. doi:10.1177/1524838007301163
- Hamberger, L. K., & Guse, C. (2002). Men's and Women's Use of Intimate Partner Violence in Clinical Samples. *Violence Against Women*, 8(11), 1301–1331. doi:10.1177/107780102762478028
- Hamberger, L. K., & Phelan, M. (2006). Domestic Violence Screening in Medical and Mental Health Care Settings: Overcoming Barriers to Screening, Identifying, and Helping Partner Violence Victims. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 13(3), 61–99. doi:10.1300/J146v13n03_04
- Hamel, J. (2008). *Intimite Partner and Family Abuse: A Casebook of Gender-Inclusive Therapy*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Hattery, A. J. (2009). *Intimate Partner Violence*. Washington DC: Bureau of Justice. Plymouth: Rowman & Littlefield Publishers. Acedido em http://www.iiav.nl/epublications/2003/Intimate_partner_violence.pdf

- Henwood, M. (2000). *Domestic Violence: a resource manual for health care professionals*. London: Department of Health.
- Ishida, K., Stupp, P., Melian, M., Serbanescu, F., & Goodwin, M. (2010). Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: evidence from a population-based study in Paraguay. *Social Science & Medicine (1982)*, *71*(9), 1653–61. doi:10.1016/j.socscimed.2010.08.007
- Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, *359*. Acedido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602083575>
- Johnson, M. P. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior*, *16*(4), 289–296. doi:10.1016/j.avb.2011.04.006
- Jonassen, J. A., & Mazor, K. M. (2003). Identification of Physician and Patient Attributes That Influence the Likelihood of Screening for Intimate Partner Violence. *Academic Medicine*, *78*(10), 20–23. Acedido em http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2003/10001/Identification_of_Physician_and_Patient_Attributes.7.aspx
- Jordan, C. E. (2004). Intimate partner violence and the justice system: an examination of the interface. *Journal of Interpersonal Violence*, *19*(12), 1412–34. doi:10.1177/0886260504269697
- Jouriles, E. N., Garrido, E., Rosenfield, D., & McDonald, R. (2009). Experiences of psychological and physical aggression in adolescent romantic relationships: links to psychological distress. *Child Abuse & Neglect*, *33*(7), 451–60. doi:10.1016/j.chiabu.2008.11.005
- Kaur, G., & Herbert, L. (2005). Recognizing and intervening in intimate partner violence. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, *72*(5), 406–9, 413–4, 417 passim. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15929454>
- Klostermann, K. C., & Fals-Stewart, W. (2006). Intimate partner violence and alcohol use: Exploring the role of drinking in partner violence and its implications for intervention. *Aggression and Violent Behavior*, *11*(6), 587–597. doi:10.1016/j.avb.2005.08.008
- 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 : Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, *14*(1), 19–29. doi:10.1016/j.whi.2003.12.002
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva. Acedido em http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua=1

- Lapidus, G., Cooke, M. B., Gelven, E., Sherman, K., Duncan, M., & Banco, L. (2002). A statewide survey of domestic violence screening behaviors among pediatricians and family physicians. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *156*(4), 332–6. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11929365>
- Laureano, R. M. S., & Botelho, M. do C. (2010). *SPSS: O meu manual de consulta rápida*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lawoko, S., Dalal, K., Jiayou, L., & Jansson, B. (2007). Social inequalities in intimate partner violence: a study of women in Kenya. *Violence and Victims*, *22*(6). Acedido em <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/vav/2007/00000022/0000006/art00008>
- Lawson, D. M. (2003). Incidence, Explanations, and Treatment of Partner Violence. *Journal of Counseling & Development*, *81*(1), 19–32. doi:10.1002/j.1556-6678.2003.tb00221.x
- Leadley, K., Clark, C. L., & Caetano, R. (2000). Couples' drinking patterns, intimate partner violence, and alcohol-related partnership problems. *Journal of Substance Abuse*, *11*(3), 253–63. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11026124>
- Lefevre, F., Moura, V., & Moura, L. (2012). Narrativas de violências praticadas por parceiros íntimos contra mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(4), 1025–1035. Acedido em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023349024>
- Leonard, K. E. (2005). Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributing cause of violence? *Addiction*, *100*(4), 422–5. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.00994.x
- Liebschutz, J. M., & Rothman, E. F. (2012). Intimate-partner violence—what physicians can do. *The New England Journal of Medicine*, *367*(22), 2071–2074. doi:10.1056/NEJMp1204278
- Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S. S. L., & Lagro-Janssen, T. L. M. (2006). Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, *56*(525), 249–57. Acedido em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1832231&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Löbmann, R., Greve, W., Wetzels, P., & Bosold, C. (2003). Violence Against Women: Conditions, Consequences, and Coping. *Psychology, Crime & Law*, *9*(4), 309–331. doi:10.1080/1068316021000054328
- Logrip, M. L., & Zorrilla, E. P. (2012). Stress history increases alcohol intake in relapse: relation to phosphodiesterase 10A. *Addiction Biology*, *17*(5), 920–33. doi:10.1111/j.1369-1600.2012.00460.x

- Loue, S. (2001). *Intimate partner violence: Societal, medical, legal and individual responses*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Machado, C., Caridade, S., & Martins, C. (2009). Violence in Juvenile Dating Relationships Self-Reported Prevalence and Attitudes in a Portuguese Sample. *Journal of Family Violence*, 25(1), 43–52. doi:10.1007/s10896-009-9268-x
- Machado, C., Gonçalves, M., Matos, M., & Dias, A. R. (2007). Child and partner abuse: self-reported prevalence and attitudes in the north of Portugal. *Child Abuse & Neglect*. doi:10.1016/j.chiabu.2006.11.002
- Machado, C., Matos, M., & Moreira, A. I. (2003). Violência nas relações amorosas: Comportamentos e atitudes na população universitária. *Psychologica*, 33, 69–83.
- Magalhães, T. (2010). *Violência e abuso: Respostas simples para questões complexas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Mahmoud, J. S. R., Staten, R., Hall, L. a, & Lennie, T. a. (2012). The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 149–56. doi:10.3109/01612840.2011.632708
- Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica: Compreender para Intervir, Guia de Boas Práticas para Profissionais de Saúde*. (C. para a C. e I. de Género, Ed.). Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3rd ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Martins, H., Assunção, L., Caldas, I. M., & Magalhães, T. (2014). Victims of Intimate Partner Violence. The Physician's Intervention in the Portuguese National Health Service. *Journal of Family Violence*, 29(3), 315–322. doi:10.1007/s10896-014-9586-5
- Matos, T., & Cláudio, V. (2010). Crenças acerca da Violência doméstica em diferentes classes profissionais ligadas à elaboração e execução da legislação em vigor. In *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Universidade do Minho, 4-6 Fev. 2010 (3205-3218)
- Mayers, A. (2013). *Introduction in Statistics and SPSS in Psychology*. Harlow, England: Pearson.
- McHugh, M. C., & Frieze, I. H. (2006). Intimate partner violence: new directions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087, 121–41. doi:10.1196/annals.1385.011

- Meadows, L. a, Kaslow, N. J., Thompson, M. P., & Jurkovic, G. J. (2005). Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology*, 36(1-2), 109–21. doi:10.1007/s10464-005-6236-3
- Medeiros, R., & Straus, M. (2007). Risk Factors for Physical Violence between dating partners: Implications for gender-inclusive prevention and treatment of family violence. In J. Hamel & T. Nicholls (Eds.), *Family approaches in domestic violence: A practitioner's guide to gender-inclusive research and treatment* (pp. 59 – 87). New York: Springer Publishing Company, LLC. Acedido em <http://pubpages.unh.edu/~mas2/ID28W.pdf>
- Mercy, J. A. (2009). *Foreword*. In C. M. Mitchell, & D. A. Anglin, (Ed.). *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective* (19-31). New York: Oxford University Press.
- Minsky-Kelly, D., Hamberger, L. K., Pape, D. a, & Wolff, M. (2005). We've had training, now what? Qualitative analysis of barriers to domestic violence screening and referral in a health care setting. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(10), 1288–309. doi:10.1177/0886260505278861
- Moore, T. M., Stuart, G. L., Meehan, J. C., Rhatigan, D. L., Hellmuth, J. C., & Keen, S. M. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 247–74. doi:10.1016/j.cpr.2007.05.003
- Moscovi, S. (1988). Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, 18(3), 211-250. doi:10.1002/ejsp.2420180303
- Moscovici, S. (2000). *Social Representations: Explorations in Social Psychology*. (G. Duveen, Ed.). Cornwall, UK: Blackwell Publishers.
- Nabors, E. L., & Jasinski, J. L. (2009). Intimate Partner Violence Perpetration Among College Students: The Role of Gender Role and Gendered Violence Attitudes. *Feminist Criminology*, 4(1), 57–82. doi:10.1177/1557085108325235
- Nicolaidis, C., & Paranjape, A. (2009). Defining Intimate Partner Violence: Controversies and Implications. In C. M. Mitchell, & D. A. Anglin, (Ed.). *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective* (19-31). New York: Oxford University Press.
- O'Campo, P., Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C., & Ahmad, F. (2011). Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. *Social Science & Medicine*, 72(6), 855–66. doi:10.1016/j.socscimed.2010.12.019

- O'Leary, K. D., & Slep, A. M. S. (2003). A Dyadic Longitudinal Model of Adolescent Dating Aggression, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3), 314–327. doi:10.1207/S15374424JCCP3203
- O'Leary, S. G., & Slep, A. M. S. (2006). Precipitants of partner aggression. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 20(2), 344–7. doi:10.1037/0893-3200.20.2.344
- ODM. (2009). *Código Deontológico*. Lisboa. Acedido em <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=9c838d2e45b2ad1094d42f4ef36764f6&id=cc42acc8ce334185e0193753adb6cb77>
- Pereira, A. R., Vieira, D. N., & Magalhães, T. (2013). Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(8), 1099–107. doi:10.1016/j.jflm.2013.09.015
- Rahman, M., Nakamura, K., Seino, K., & Kizuki, M. (2012). Intimate partner violence and use of reproductive health services among married women: evidence from a national Bangladeshi sample. *BMC Public Health*, 12(1), 913. doi:10.1186/1471-2458-12-913
- Relvas, A. P., & Alarcão, M. (2007). *Novas Formas de Família* (2nd ed.). Coimbra: Quarteto.
- Renner, L. M., & Slack, K. S. (2006). Intimate partner violence and child maltreatment: understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse & Neglect*, 30(6), 599–617. doi:10.1016/j.chiabu.2005.12.005
- Renner, L. M., & Whitney, S. D. (2009). Examining Symmetry in Intimate Partner Violence Among Young Adults Using Socio-Demographic Characteristics. *Journal of Family Violence*, 25(2), 91–106. doi:10.1007/s10896-009-9273-0
- Rennison, C. M., & Rand, M. R. (2003). Nonlethal Intimate Partner Violence Against Women: A Comparison of Three Age Cohorts. *Violence Against Women*, 9(12), 1417–1428. doi:10.1177/1077801203259232
- Rennison, C. M., & Welchans, S. (2003). Intimate partner violence. *Washington DC: Bureau of Justice*, 1–11. Acedido em <http://www.baylor.edu/content/services/document.php/28833.pdf>
- Richardson, J., Coid, J., & Petrukevitch, A. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*, 324, 1–6. Acedido em <http://www.bmj.com/content/324/7332/274?variant=full-text>

- Riggs, D. S., Caulfield, M. B., & Street, a E. (2000). Risk for domestic violence: factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1289–316. doi:10.1002/1097-4679(200010)56:10<1289::AID-JCLP4>3.0.CO;2-Z
- Ro, E., & Lawrence, E. (2007). Comparing Three Measures of Psychological Aggression: Psychometric Properties and Differentiation from Negative Communication. *Journal of Family Violence*, 22(7), 575–586. doi:10.1007/s10896-007-9109-8
- Rodriguez, M. A., Bauer, H. M., McLoughlin, E., & Grumbach, K. (1999). Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse: Practices and Attitudes of Primary Care Physicians. *Jama*, 281(1). Acedido em <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=190985>
- Rodríguez, M. A., McLoughlin, E., Nah, G., & Campbell, J. C. (2001). Mandatory reporting of domestic violence injuries to the police: What do emergency department patients think? *JAMA*, 286(5). Acedido em <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194050>
- Romans, S., Forte, T., Cohen, M. M., Du Mont, J., & Hyman, I. (2007). Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. *Journal of Interpromanersonal Violence*, 22(12), 1495–514. doi:10.1177/0886260507306566
- Rosa, A. S. de. (2013). *Social Representations in the “Social Arena.”* Cornwall, UK: Routledge.
- Saltzman, L. E., Fanslow, J. L., McMahon, P. M., & Shelley, G. A. (2002). *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control. Acedido em <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=186248>
- Schmuel, E., & Schenker, J. (1998). Violence against women: the physician's role. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 80, 239–245. Acedido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211598001407>
- Segurança Social. (2012). *Conselhos abrangidos pela rede social, segundo a NUT II, por NUT III e distrito*. Acedido em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13341/Lista_Concelhos+Rede+Social_NUT+II_NUT+III
- Shipway, L. (2004). *Domestic violence: a handbook for health professionals*. New York: Routledge.
- Short, L. M., Hadley, S. M., & Bates, B. (2002). Assessing the Success of the WomanKind Program: An Integrated Model of 24-Hour Health Care Response to Domestic Violence. *Women & Health*, 35(2), 101–119. doi:10.1300/J013v35n02_07

- Short, L. M., McMahon, P. M., Chervin, D. D., Shelley, G. A., Lezin, N., Sloop, K. S., & Dawkins, N. (2000). Survivors' Identification of Protective Factors and Early Warning Signs for Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 6(3), 272–285. doi:10.1177/10778010022181840
- Simons, L., Gwin, D., Brown, M., & Gross, J. (2008). Alcohol and Other Drug Use among College Students: Intimate Partner Violence and Health-Compromising Behaviors. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26(3), 347–364. doi:10.1080/07347320802072131
- Sistema de Segurança Interna. (2011). *Relatório anual de segurança interna 2011*. Gabinete do Secretário-Geral, Lisboa. Acedido em http://www.portugal.gov.pt/media/555724/2012-03-30_relatoRIO_anual_seguran_a_interna.pdf
- Soglin, L. F., Bauchat, J., Soglin, D. F., & Martin, G. J. (2009). Detection of intimate partner violence in a general medicine practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(2), 338–48. doi:10.1177/0886260508316481
- Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B., & Tritt, D. (2004). *Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. Aggression and Violent Behavior* (Vol. 10, pp. 65–98). doi:10.1016/j.avb.2003.09.001
- Straus, M. A. (1986). Domestic violence and homicide antecedents. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 62(5), 446–65. Acedido em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1629266&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Straus, M. A. (2006). Future research on gender symmetry in physical assaults on partners. *Violence against Women*, 12(11), 1086–97. doi:10.1177/1077801206293335
- Straus, M. A. (2008). Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children and Youth Services Review*, 30(3), 252–275. doi:10.1016/j.childyouth.2007.10.004
- Straus, M. A. (2009). Gender symmetry in partner violence: Evidence and implications for prevention and treatment. In D. J. Whitaker & J. R. Lutzker (Eds.), *Preventing partner violence: Research and evidence-based intervention strategies* (pp. 245–271). Washington, DC: American Psychological Association. Acedido em <http://pubpages.unh.edu/~mas2/V70-Gender-symmetry-PV-Chap-11-09.pdf>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Bony-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. doi:10.1177/019251396017003001

- 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), 447–57. doi:10.1016/j.amepre.2006.01.016
- Vala, J. (2010). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Ed.). *Psicologia Social* (8th ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Van Dorn, R., Volavka, J., & Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 487–503. doi:10.1007/s00127-011-0356-x
- Vanderende, K. E., Yount, K. M., Dynes, M. M., & Sibley, L. M. (2012). Community-level correlates of intimate partner violence against women globally: a systematic review. *Social Science & Medicine* (1982), 75(7), 1143–55. doi:10.1016/j.socscimed.2012.05.027
- Vasconcelos, M. A. (2014). *As diferenças de sexo nas representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de estudantes de saúde, serviço social e militares*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Vest, J. R., Catlin, T. K., Chen, J. J., & Brownson, R. C. (2002). Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(3), 156–64. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11897459>
- Waalén, J., Goodwin, M. M., Spitz, A. M., Peterson, R., & Saltzman, L. E. (2000). Screening for Intimate Partner Violence by Health Care Providers: Barriers and Intervention. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 230–237. Acedido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379700002294>
- Wachelke, J., Demantova, A., & Guisso, L. (2012). An Exploratory Study of the Perception of Ingroup Communication Relative to Social Representation Objects. *Psychology of Language and Communication*, 16(3), 201–211. doi:10.2478/v10057-012-0014-8
- Walton-Moss, B. J., Manganello, J., Frye, V., & Campbell, J. C. (2005). Risk Factors for Intimate Partner Violence and Associated Injury Among Urban Women. *Journal of Community Health*, 30(5), 377–389. doi:10.1007/s10900-005-5518-x
- Weiner, M. D., Sussman, S., Sun, P., & Dent, C. (2005). Explaining the link between violence perpetration, victimization and drug use. *Addictive Behaviors*, 30(6), 1261–6. doi:10.1016/j.addbeh.2004.12.007

- Whitaker, D. J., Morrison, S., Lindquist, C., Hawkins, S. R., O'Neil, J. a., Nesius, A. M., ... Reese, L. (2006). A critical review of interventions for the primary prevention of perpetration of partner violence. *Aggression and Violent Behavior, 11*(2), 151–166. doi:10.1016/j.avb.2005.07.007
- White, H. R., & Chen, P.-H. (2002). Problem drinking and intimate partner violence. *Journal of Studies on Alcohol, 63*(2), 205–14. Acedido em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4101846&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- WHO. (2012). *Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence*. Geneva. Acedido em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf?ua=1
- WHO. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Acedido em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf?ua=1
- Wilke, D. J. (2005). The Nature and Impact of Domestic Violence Across Age Cohorts. *Affilia, 20*(3), 316–328. doi:10.1177/0886109905277751
- Williams, S. L., & Frieze, I. H. (2005). Patterns of Violent Relationships, Psychological Distress, and Marital Satisfaction in a National Sample of Men and Women. *Sex Roles, 52*(11-12), 771–784. doi:10.1007/s11199-005-4198-4
- Wills, R., Ritchie, M., & Wilson, M. (2008). Improving detection and quality of assessment of child abuse and partner abuse is achievable with a formal organisational change approach. *Journal of Paediatrics and Child Health, 44*(3), 92–8. doi:10.1111/j.1440-1754.2007.01276.x
- Wolf, M. E., Ly, U., Hobart, M. A., & Kernic, M. A. (2003). Barriers to seeking police help for intimate partner violence. *Journal of Family Violence, 18*(2). Acedido em <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1022893231951>
- Zink, T., Regan, S., Goldenhar, L., Pabst, S., & Rinto, B. (2004). Intimate partner violence: what are physicians' perceptions? *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice, 17*(5), 332–40. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15355946>
- Zurbriggen, E. L., Gobin, R. L., & Freyd, J. J. (2010). Childhood Emotional Abuse Predicts Late Adolescent Sexual Aggression Perpetration and Victimization. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*(2), 204–223. doi:10.1080/10926770903539631

Zwack, J., & Schweitzer, J. (2013). If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(3), 382–9. doi:10.1097/ACM.0b013e318281696b

Anexo II: Consistência Interna dos Instrumentos

2.1. Escala de Táticas de Conflito Revisadas (The Revised Conflict Tactics Scales – CTS2)

Tabela 1. Alfa de Cronbach para a escala de Negociação da CTS2 (Perpetração)

<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>n</i>
.87	6

Tabela 2. Item-Total Statistics para a escala de Negociação da CTS2 (Perpetração)

Item	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Total Correlation	Item Deleted
1	14.54	63.22	.82	.81
13	14.57	64.68	.65	.85
39	15.47	63.87	.73	.83
3	14.42	61.64	.87	.80
59	17.65	86.60	.25	.90
77	16.06	70.35	.64	.85

Tabela 3. Alfa de Cronbach para a escala de Negociação da CTS2 (Vitimização)

<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>n</i>
.89	6

Tabela 4. Item-Total Statistics para a escala de Negociação da CTS2 (Vitimização)

Item	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Total Correlation	Item Deleted
2	14.10	62.73	.85	.85
14	13.96	63.02	.78	.86
40	15.15	64.40	.74	.87
4	14.07	62.63	.84	.85
60	17.31	87.01	.36	.91
78	15.64	69.64	.69	.87

Tabela 5. Alfa de Cronbach para a escala de Agressão psicológica da CTS2 (Perpetração)

<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>n</i>
.70	8

Tabela 6. Item-Total Statistics para a escala de Agressão psicológica da CTS2 (Perpetração)

Item	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Total Correlation	Item Deleted
5	2.79	13.60	.60	.61
35	2.72	13.01	.63	.60
49	2.81	13.82	.63	.60
67	3.08	16.52	.49	.65
25	3.44	20.94	.12	.71
29	3.65	21.86	.32	.70
65	3.65	22.01	.29	.71
69	3.65	21.64	.37	.70

Tabela 7. Alfa de Cronbach para a escala de Agressão psicológica da CTS2 (Vitimização)

Alfa de Cronbach	n
.69	8

Tabela 8. Item-Total Statistics para a escala de Agressão psicológica da CTS2 (Vitimização)

Item	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Total Correlation	Item Deleted
6	2.17	10.02	.58	.61
36	2.11	9.48	.54	.62
50	2.34	10.01	.61	.60
68	2.38	12.06	.31	.69
26	2.63	13.00	.37	.67
30	2.82	14.58	.44	.68
66	2.83	14.92	.30	.69
70	2.85	15.26	.22	.70

Tabela 9. Alfa de Cronbach para a escala de Abuso físico sem sequelas da CTS2 (Perpetração)

Alfa de Cronbach	n
.80	8

Tabela 10. Item-Total Statistics para a escala de Abuso físico sem sequelas da CTS2 (Perpetração)

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
7	.56	3.69	.41	.81
9	.69	4.15	.43	.79
17	.62	3.77	.36	.82
45	.73	4.40	.78	.77
53	.69	4.28	.42	.79
21	.74	4.47	.77	.78
27	.71	4.25	.68	.77
33	.74	4.59	.59	.79
37	.72	4.37	.59	.78
43	.74	4.59	.69	.78
61	.74	4.59	.69	.78
73	.72	4.45	.54	.78

Tabela 11. Alfa de Cronbach para a escala de Abuso físico sem sequelas da CTS2 (Vitimização)

Alfa de Cronbach	n
.79	12

Tabela 12. Item-Total Statistics para a escala de Abuso físico sem sequelas da CTS2 (Vitimização)

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
8	.72	5.70	.47	.78
10	.73	5.13	.64	.76
18	.66	5.36	.32	.80
46	.77	5.77	.55	.77
54	.74	5.42	.66	.76
22	.79	5.84	.67	.77
28	.79	5.91	.73	.77
34	.75	5.22	.46	.78
38	.71	4.87	.38	.81
44	.80	6.15	.60	.78
62	.80	6.15	.60	.78
74	.79	6.14	.46	.79

Tabela 13. Alfa de Cronbach para a escala de Coerção sexual da CTS2 (Perpetração)

Alfa de Cronbach	n
.39	7

Tabela 14. Item-Total Statistics para a escala de Coerção sexual da CTS2 (Perpetração)

Item	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Total Correlation	Item Deleted
15	.40	2.55	.06	.77
51	.92	4.89	.17	.36
63	1.02	4.69	.46	.27
19	1.05	5.30	.48	.34
47	1.07	5.56	.30	.38
57	1.03	4.85	.50	.28
75	1.03	4.86	.48	.29

Tabela 15. Alfa de Cronbach para a escala de Coerção sexual da CTS2 (Vitimização)

Alfa de Cronbach	n
.41	7

Tabela 16. Item-Total Statistics para a escala de Coerção sexual da CTS2 (Vitimização)

Item	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Total Correlation	Item Deleted
16	.63	3.32	.08	.62
52	.99	4.94	.24	.34
64	1.05	4.88	.36	.29
20	1.14	5.46	.50	.32
48	1.18	6.01	.31	.39
58	1.10	5.36	.18	.38
76	1.17	5.72	.50	.35

Tabela 17. Alfa de Cronbach para a escala de Abuso físico com sequelas da CTS2 (Perpetração)

Alfa de Cronbach	n
0.70	6

Tabela 18. Item-Total Statistics para a escala de Abuso físico com sequelas da CTS2 (Perpetração)

Item	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Total Correlation	Item Deleted
11	.13	.57	.27	.88
71	.18	.83	.75	.62
23	.18	.80	.75	.61
31	.18	.80	.75	.61
41	.16	.77	.38	.67
55	.18	.83	.75	.62

Tabela 19. Alfa de Cronbach para a escala de Abuso físico com sequelas da CTS2 (Vitimização)

Alfa de Cronbach	n
.86	6

Tabela 20. *Item-Total Statistics* para a escala de Abuso físico com sequelas da CTS2 (Vitimização)

Item	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Total Correlation	Item Deleted
12	.10	.48	.37	1.00
72	.13	.59	.90	.81
24	.13	.59	.90	.81
32	.13	.59	.90	.81
42	.13	.59	.90	.81
56	.13	.59	.90	.81

2.2. Questionário de Violência conjugal – Histórias (QRVC-HIS)

Tabela 21. Alfa de Cronbach para as Histórias e História Total do QRVC-HIS

História	Alfa de Cronbach	n
1	.82	10
2	.90	10
3	.88	10
Total	.95	30

Tabela 22. Item-Total Statistics para o total das histórias (QRVC-HIS)

História (item)	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1 (1)	37.59	96.64	.66	.94
1 (2)	37.56	96.41	.65	.94
1 (3)	37.56	96.87	.66	.94
1 (4)	37.59	97.22	.63	.94
1 (5)	37.50	95.28	.68	.94
1 (6)	36.76	94.66	.34	.95
1 (7)	37.63	98.27	.64	.94
1 (8)	37.24	92.01	.65	.94
1 (9)	37.47	96.63	.53	.94
1 (10)	37.54	96.36	.58	.94
2 (1)	37.39	93.46	.78	.94
2 (2)	37.35	93.22	.73	.94
2 (3)	37.38	93.58	.69	.94
2 (4)	37.31	93.92	.66	.94
2 (5)	37.17	93.56	.53	.94
2 (6)	37.31	94.02	.61	.94
2 (7)	37.35	93.73	.69	.94
2 (8)	36.78	90.71	.58	.95
2 (9)	37.41	93.22	.76	.94
2 (10)	37.25	94.20	.55	.94
3 (1)	37.27	93.36	.58	.94
3 (2)	37.07	94.13	.47	.95
3 (3)	37.54	97.16	.55	.94
3 (4)	37.58	96.65	.73	.94
3 (5)	37.47	96.16	.61	.94
3 (6)	37.38	94.75	.56	.94
3 (7)	37.50	94.70	.75	.94
3 (8)	37.46	94.37	.72	.94
3 (9)	37.57	96.15	.71	.94
3 (10)	37.54	95.59	.73	.94

2.3. Questionário da Violência conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC – CMR)

Tabela 23. Alfa de Cronbach para os fatores de ativação (QVC-CMR)

<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>n</i>
.86	14

Tabela 24. Item-Total Statistics para os fatores de ativação (QVC-CMR)

Item	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Total Correlation	Item Deleted
1	32.42	40.40	.53	.85
2	32.48	41.86	.34	.86
3	33.18	38.88	.56	.85
4	32.54	40.82	.42	.86
5	33.27	38.21	.59	.85
6	33.55	38.97	.56	.85
7	32.86	38.95	.49	.85
8	33.29	38.26	.63	.85
9	33.32	38.18	.63	.85
10	32.77	38.68	.56	.85
11	32.31	40.37	.46	.85
12	32.61	40.83	.36	.86
13	32.56	40.45	.49	.85
14	32.59	39.57	.56	.85

Tabela 25. Alfa de Cronbach para os fatores de manutenção (QVC-CMR)

<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>n</i>
.78	14

Tabela 26. Item-Total Statistics para os fatores de manutenção (QVC-CMR)

Item	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Total Correlation	Item Deleted
1	40.73	20.06	.25	.78
2	40.85	19.21	.37	.77
3	41.35	18.66	.42	.77
4	41.07	18.80	.42	.77
5	40.99	19.49	.37	.77
6	41.07	18.61	.42	.77
7	40.89	18.80	.49	.76
8	40.84	18.50	.51	.76
9	41.24	18.08	.51	.76
10	41.40	18.31	.47	.76
11	40.90	18.50	.57	.76
12	41.08	18.48	.46	.77
13	41.50	19.32	.23	.79
14	41.59	19.85	.20	.79

Tabela 27. Alfa de Cronbach para os fatores de resolução (QVC-CMR)

<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>n</i>
.71	14

Tabela 28. Item-Total Statistics para os fatores de resolução (QVC-CMR)

Item	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Total Correlation	Item Deleted
1	41.73	16.19	.38	.69
2	41.69	16.35	.38	.69
3	41.55	16.71	.29	.70
4	42.24	16.42	.25	.71
5	41.44	17.06	.26	.70
6	42.11	15.86	.31	.70
7	41.83	16.17	.39	.69
8	42.03	17.14	.13	.72
9	41.66	16.17	.43	.69
10	42.09	16.08	.33	.70
11	42.45	15.25	.35	.70
12	42.16	16.10	.39	.69
13	42.16	16.41	.30	.70
14	41.56	16.13	.50	.68

Anexo III: Resultados

3.1. Influência do grupo (estudantes de medicina e médicos) nas crenças em torno da Violência conjugal (QRVC-HIS)

Tabela 29. Teste t de Student com Variável Independente: Grupo

História	t	df	Sig. (2 – tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
1	.85	151	.397	.42	.49	-.56	1.40
2	.32	151	.750	.23	.74	-1.22	1.69
3	1.72	151	.088	.95	.56	-.15	2.05
Total	.99	151	.325	1.61	1.63	-1.61	4.83

Tabela 30. Group Statistics

História	Grupo*	n	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
1	M	78	12.08	2.52	.29
	EdM	75	12.50	3.49	.40
2	M	78	13.91	4.43	.51
	EdM	75	14.14	4.66	.53
3	M	78	11.87	2.73	.45
	EdM	75	12.82	4.01	.32
Total	M	78	37.85	8.70	1.27
	EdM	75	39.46	11.23	1.00

Nota. EdM = Estudantes de Medicina; M = Médicos

3.2. *Influência da formação em VPI nas crenças em torno da Violência Conjugal (QRVC-HIS)*

Tabela 31. Teste t de Student com Variável Independente: Formação em VPI (sim/não)

<i>t-test for Equality of Means</i>							
História	t	df	Sig. (2 – tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
1	1.60	151	.112	.97	.60	-.23	2.16
2	2.05	62.13	.044	1.57	.77	.04	3.11
3	2.15	88.24	.034	1.08	.50	.08	2.07
Total	2.25	69.64	.028	3.62	1.61	.41	6.82

Tabela 32. Group Statistics

História	Grupo	n	M	Std. Deviation	Std. Error Mean
1	Não	121	12.50	3.22	.29
	Sim	32	11.53	2.19	.39
2	Não	121	14.36	4.71	.43
	Sim	32	12.78	3.60	.64
3	Não	121	12.58	3.71	.34
	Sim	32	11.50	2.10	.37
Total	Não	121	39.43	10.58	.96
	Sim	32	35.81	7.29	1.29

Nota. Grupo *sim* = grupo que recebeu formação em VPI; Grupo *não* = não recebeu formação em VPI

3.3. *Influência do contacto com a VPI no exercício da profissão (médicos) nas crenças em torno da VC (QRVC-HIS)*

Tabela 33. Teste de Mann-Whitney U com Variável Independente: Formação em VPI (sim/não)

História	Grupo	<i>n</i>	Mean Rank	<i>U</i>	Sig. (2 – tailed)
1	Não	23	40.50	540.50	.497
	Sim	52	36.89		
2	Não	23	41.39	520.00	.357
	Sim	52	36.50		
3	Não	23	42.67	490.50	.191
	Sim	52	35.93		
Total	Não	23	42.76	488.50	.205
	Sim	52	35.89		

Nota. Grupo *sim* = grupo que afirma ter tido contacto com violência no exercício da sua profissão; Grupo *não* = grupo que afirma não ter tido contacto com violência no exercício da sua profissão

3.4. *Influência do grupo (estudantes de medicina e médicos) na resolução de conflitos entre parceiros íntimos: Cronicidade e Perpetração (CTS2)*

Tabela 34. Teste t de Student com Variável Independente: Grupo

<i>t-test for Equality of Means</i>							
Subescala	t	df	Sig. (2 – tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
Negociação Emocional	4.27	118	.000	19.10	3.77	8.63	23.56
Negociação Cognitiva	1.54	118	.127	4.39	2.86	-1.27	10.05
Agressão psicológica ligeira	.253	117	.800	.58	2.30	-3.97	5.14
Agressão psicológica severa	1.76	54.28	.085	.95	.54	-.14	2.04
Abuso físico sem sequelas ligeiro	.24	116	.814	-.12	.53	-1.17	.92
Abuso físico sem sequelas severo	2.01	55.81	.049	.47	.24	.00	.94
Coerção sexual ligeiro	2.35	100.34	.021	-2.86	1.22	-5.28	-.45
Coerção sexual severo	1.38	53.34	.175	.47	.34	-.22	1.16
Abuso físico com sequelas ligeiro	.52	118	.601	-.22	.42	-1.06	.62
Abuso físico com sequelas severo	1.41	72.93	.163	.20	.15	-.09	.49

Tabela 35. Group Statistics

	Grupo*	<i>n</i>	<i>M</i>	Std. Deviation	Std. Error Mean
Negociação	M	67	33.58	22.34	2.69
emocional	EdM	53	49.68	18.39	2.53
Negociação	M	67	22.13	15.60	1.91
cognitiva	EdM	53	26.53	15.49	2.13
Agressão	M	67	6.69	11.84	1.45
psicológica ligeira	EdM	53	7.27	13.18	1.83
Agressão	M	67	.18	.65	.08
psicológica severa	EdM	53	1.13	3.91	.54
Abuso físico s/ sequelas ligeiro	M	67	.95	3.48	.43
	EdM	53	.83	1.75	.24
Abuso físico s/ sequelas severo	M	67	.07	.36	.04
	EdM	53	.55	1.68	.23
Coerção sexual	M	67	4.31	8.73	1.07
ligeiro	EdM	53	1.45	4.27	.59
Coerção sexual	M	67	.07	.32	.04
severo	EdM	53	.55	2.49	.34
Abuso físico c/ sequelas ligeiro	M	67	.37	3.05	.37
	EdM	53	.15	.50	.07
Abuso físico c/ sequelas severo	M	67	.06	.49	.06
	EdM	53	.26	.96	.13

Nota. EdM = Estudantes de Medicina; M = Médicos

3.5. *Influência do grupo (estudantes de medicina e médicos) na resolução de conflitos entre parceiros íntimos: Cronicidade e Vitimização (CTS2)*

Tabela 36. Teste t de Student com Variável Independente: Grupo

<i>t-test for Equality of Means</i>							
Subescala	t	df	Sig. (2 – tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
Negociação Emocional	4.97	118	.000	19.25	3.88	11.57	26.93
Negociação Cognitiva	1.67	118	.097	4.62	2.76	-.85	10.09
Agressão psicológica ligeira	.38	115	.702	.52	1.36	-2.17	3.21
Agressão psicológica severa	1.10	117	.276	.30	.27	-.24	.84
Abuso físico sem sequelas ligeiro	.18	117	.856	.08	.46	-.84	1.00
Abuso físico sem sequelas severo	2.04	54.90	.046	.484	.237	.009	.958
Coerção sexual ligeiro	1.36	110.45	.176	-1.635	1.199	-4.011	.742
Coerção sexual severo	.83	118	.408	.187	.226	-.260	.634
Abuso físico com sequelas ligeiro	.09	118	.931	.013	.147	-.278	.303
Abuso físico com sequelas severo	1.77	52.00	.083	.226	.128	-.031	.484

Tabela 37. Group Statistics

	Grupo*	<i>n</i>	<i>M</i>	Std. Deviation	Std. Error Mean
Negociação	M	67	31.30	22.35	2.73
emocional	EdM	53	50.55	19.36	2.66
Negociação	M	67	19.63	14.11	1.72
cognitiva	EdM	53	24.25	16.12	2.22
Agressão	M	67	4.12	7.08	.87
psicológica ligeira	EdM	53	4.64	7.50	1.06
Agressão	M	67	.38	1.26	.16
psicológica severa	EdM	53	.68	1.73	.24
Abuso físico s/ sequelas ligeiro	M	67	.65	2.93	.36
	EdM	53	.74	1.88	.26
Abuso físico s/ sequelas severo	M	67	.04	.27	.03
	EdM	53	.53	1.71	.23
Coerção sexual	M	67	3.60	8.15	1.00
ligeiro	EdM	53	1.96	4.87	.67
Coerção sexual	M	67	.21	1.05	.13
severo	EdM	53	.40	1.42	.20
Abuso físico c/ sequelas ligeiro	M	67	.12	.98	.12
	EdM	53	.13	.48	.07
Abuso físico c/ sequelas severo	M	67	.00	.00	.00
	EdM	53	.23	.93	.13

Nota. EdM = Estudantes de Medicina; M = Médicos