



UC/FPCE 2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Representações sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de enfermeiros e assistentes sociais. Estudo Exploratório.

Sónia Cristina Torres de Oliveira e Silva (e-mail:
sonia.torres.silva@hotmail.com)

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

Representações Sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de enfermeiros e assistentes sociais. Estudo Exploratório.

Resumo: O presente estudo tem como objetivos primordiais analisar as representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de enfermeiros e assistentes sociais e investigar a influência da idade, do estado civil, dos anos de serviço, bem como o impacto das formações em torno da presente problemática na elaboração das suas crenças. Neste sentido, administrámos um protocolo de investigação a uma amostra de 139 sujeitos (63% enfermeiros e 37% assistentes sociais), que contemplava um Questionário Sociodemográfico e Dados Complementares, as Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (*The Revised Conflict Tactics Scales - CTS-2*), versão portuguesa de Alexandra e Figueiredo (2006), o Questionário de Violência Conjugal – Histórias (QRVC-HIS) (Alarcão, Alberto, Correia & Camelo, 2007) e o Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR) (Alarcão, Alberto, Correia & Camelo, 2007). Os resultados obtidos espelham uma baixa legitimação dos profissionais de saúde em relação à violência nas relações íntimas. Relativamente à formação acerca da violência nas relações íntimas, verificámos que 60.4% nunca teve formação sobre esta problemática embora 89.9% considere a mesma importante.

Em síntese, os resultados obtidos remetem para a necessidade de investir na formação dos profissionais de saúde, no âmbito da violência nas relações íntimas, desmistificando as crenças que legitimam e/ou banalizam a violência, ao mesmo tempo que se aumenta a prevenção a fim de que, na sua prática, estes profissionais possam atuar de forma adequada em termos da intervenção.

Palavras-chave: violência entre parceiros íntimos, representações sociais, profissionais de saúde, formação em violência conjugal

Social representations of intimate partners violence among a sample of nurses and social workers. Exploratory Study.

Abstract: This study has as main objectives to analyze the social representations of intimate partner violence in a sample of nurses and social workers and investigate the influence of age, marital status, years of service, as well as the impact of formations around this problem in drawing up their beliefs. In this sense, we administered a research protocol to a sample of 139 subjects (63% nurses and social workers 37%), which included the Sociodemographic Questionnaire and Supplemental Data, the Revised Conflict Tactic Scales (CTS-2), portuguese version of Alexandra and Figueiredo (2006), the Conjugal Violence Questionnaire - Stories (QRVS-HIST) (Alarcão, Alberto, Correia & Camelo 2007) and the Conjugal Violence Questionnaire - Causes, Maintenance and Resolutions (QVC – CMR) (Alarcão, Alberto, Correia & Camelo 2007). The results reflect a low legitimacy of health professionals in relation to violence in intimate relationships. As regards the education on violence in intimate relationships, we found that 60.4% never had training on this issue while 89.9% consider it important.

In summary, the results indicate the need to invest in the education of health professionals, on violence in intimate relationships, demystifying beliefs that legitimize and / or trivialize violence, while increasing the prevention to that, in its practice, these professionals can act appropriately in terms of intervention.

Key Words: intimate partner violence, social representations, health professionals, education in domestic violence

Agradecimentos

À Professora Doutora Madalena Carvalho, um enorme obrigada pela compreensão, orientação, disponibilidade e por todo o carinho que permitiram que a realização deste projeto fosse possível.

À professora Luciana Sotero, pela forma contagiante como transmitiu os seus conhecimentos, despertando em mim o gosto pela Sistémica.

Aos meus pais por todos os sacrifícios, pelo carinho, incentivo, força, e por acreditarem em mim. Agradeço pelos valores de determinação que me inculcaram, pois sem eles não seria a pessoa que sou hoje.

Ao meu irmão, pelo magnífico ser humano que é, pelo carinho e apoio incondicional e por todas as palavras de encorajamento.

À Raquel pela verdadeira amizade, interajuda, partilha de frustrações e de conquistas, pelos desabafos e pelas palavras de conforto. Ser-te-ei eternamente grata por tudo o que estes cinco anos significaram para mim.

Às minhas amigas de Coimbra, em especial à Tatiana, por todos os bons momentos, pelo apoio e preocupação, pelas conversas infindáveis sempre pautadas com boa disposição.

Às minhas amigas Xana e Rosa por todo carinho, compreensão, paciência e pelo apoio incansável.

A todos os que participaram neste estudo e a todos os que a ajudaram a divulgar, sem a vossa ajuda não teria sido possível.

Um muito Obrigada a todos.

Índice

Introdução.....	1
I – Enquadramento Conceptual.....	2
1.1. Violência entre Parceiros Íntimos.....	2
1.2. Representações Sociais (o conceito).....	6
1.3. Impacto das representações sociais da VPI no atendimento realizado pelos profissionais de saúde.....	7
1.4. O papel dos profissionais de saúde (enfermeiros e assistentes sociais).....	11
II – Objetivos.....	12
III – Metodologia.....	13
3.1. Amostra.....	13
3.2. Instrumentos.....	16
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Dados Complementares...16	
3.2.2. CTS-2: The revised Conflict Tactic Scales2.....	17
3.2.3. QRVC-HIS: Questionário de Violência Conjugal –Histórias..18	
3.2.4. QVC-CMR: Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução.....	18
3.3. Procedimentos de Investigação.....	19
3.4. Procedimentos Estatísticos.....	20
IV – Resultados.....	21
4.1. Representações sociais dos profissionais de saúde em torno da violência conjugal(QRVC-HIS e QVC-CMR).....	21
4.2. Relação entre a resolução de conflitos entre parceiros íntimos (CTS-2) e a legitimação da violência conjugal (QRVC-HIS).....	25
4.3. Influência da variável “Idade”.....	26
4.4. Influência da variável “Estado civil”.....	26
4.5. Influência da Variável “Anos de Serviço”.....	27
4.6. Impacto da formação em VPI nas crenças dos profissionais de saúde (QRVC-HIS).....	28
V – Discussão.....	29
5.1. Representações sociais dos enfermeiros e assistentes sociais em torno da violência conjugal (QRVC-HIS e QVC-CMR).....	29
5.2. Relação entre a resolução de conflitos entre parceiros íntimos	

(CTS-2) e a legitimação da violência conjugal (QRVC-HIS).....	33
5.3. Influência das variáveis “Idade” e “Estado Civil” nas representações sociais da VPI.....	34
5.4. Influência da variável “Anos de Serviço”.....	34
5.5. Impacto da formação em VPI nas crenças dos profissionais de saúde(QRVC-HIS)	35
IV Conclusões.....	36
6.1. Limitações do estudo e investigações futuras.....	37
Bibliografia.....	39
Anexos.....	45

Introdução

Atualmente existe uma maior consciência das igualdades de direitos e de liberdades entre homens e mulheres, que se pressupõe que tenha contribuído para o emergir do reconhecimento da violência (Casimiro, 2002).

A violência entre parceiros íntimos (VPI) representa um problema de saúde pública (Redondo, 2013; Leal, Lopes, & Gaspar, 2011), que surge em todos os países, independentemente dos grupos sociais, económicos, religiosos ou culturais, assumindo as mais diversas formas e tipologias (Azambuja, 2008).

Presentemente, em Portugal começa-se a verificar uma maior consciencialização e visibilidade deste fenómeno. A investigação nacional tem-se debruçado, cada vez mais, em determinar a prevalência da perpetração e vitimização dos diferentes tipos de abuso nas relações entre parceiros íntimos. Todavia, a violência entre parceiros íntimos aparenta ser alvo de um conjunto de crenças que a legitimam e as instituições de saúde continuam a carecer de investimentos na identificação dos indivíduos em situação de violência, bem como de ações de formação e capacitação dos profissionais de saúde para enfrentar estas situações (Leal, Lopes, & Gaspar, 2011).

Estudos apontam que a vítima nem sempre percebe o ato como violento (Brum, Lourenço, Gebara, & Ronzani, 2013). Segundo Casimiro (2002) a população em geral pontua a violência entre parceiros íntimos em diferentes graus, distinguindo o “ser violento” de “menos mau e o pior”. Desta forma, a postura dos profissionais de saúde revela-se deveras importante face aos casos da violência entre parceiros íntimos (Brum, Lourenço, Gebara, & Ronzani, 2013).

Os custos e as consequências da violência entre parceiros íntimos só poderão ser minimizados com um forte investimento na prevenção. Para tal revela-se necessária a identificação e a compreensão dos fatores que tendem a aumentar o risco da sua ocorrência (Filipe, 2013). Assim, torna-se fundamental desenvolver estudos em torno desta problemática, que ajudem a avaliação e promoção das mudanças nas crenças e, consequentemente, nas atitudes dos profissionais de saúde diante de situações de violência entre

Representações sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de enfermeiros e assistentes sociais. Estudo Exploratório.

Sónia Cristina Torres de Oliveira e Silva (e-mail:sonia.torres.silva@hotmail.com) 2015

parceiros, uma vez que lidam quotidianamente com este fenómeno (Brum, Lourenço, Gebara, & Ronzani, 2013).

Apesar dos numerosos estudos em torno deste fenómeno, os resultados têm-se mostrado pouco claros, dificultando a identificação das crenças dos profissionais de saúde acerca da VPI. Deste modo, a presente investigação tem como objetivo ajudar a colmatar essa lacuna, tendo como objetivo geral, estudar as representações sociais da violência entre parceiros íntimos de profissionais de saúde, especificamente, identifica-las e perceber se existem diferenças significativas entre as subamostras de enfermeiros e assistentes sociais.

Pretende-se ainda observar, nesta investigação, se a idade, o estado civil, os anos de serviço e a presença e/ou ausência de formação sobre a VPI influenciam as crenças dos enfermeiros e assistentes sociais. Pontuamos que a revisão literária realça a escassez de formação e capacitação dos profissionais de saúde para enfrentar as situações de VPI (Gonçalves, 2004; Leal, Lopes & Gaspar, 2011).

I – Enquadramento conceptual

1.1. Violência entre Parceiros Íntimos

A Assembleia Mundial de Saúde declarou, em 1996, a violência como um dos principais problemas mundiais de saúde pública (Redondo, Correia, & Rodrigues, n.d.).

A violência, definida pela Organização Mundial da Saúde consiste na utilização intencional da força física (real ou em ameaça), contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo/comunidade, podendo culminar numa lesão, em morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Valença et al., 2010). Desta forma, a violência pode assumir diversas formas, nomeadamente, física, sexual, verbal e/ou psicológica. Salienta-se que esta última é, por norma, impercetível ao olhar dos profissionais de saúde (Silva, 2009).

De acordo com Cortez, Souza e Queiróz (2010), a violência entre parceiros íntimos surge numa dinâmica, ou seja, as agressões emergem dum duelo de forças entre o homem e a mulher, na qual os conflitos parecem estar naturalizados e não se pondera qualquer forma de negociação. Neste

sentido, os autores realçam a importância da compreensão de uma reciprocidade na construção do relacionamento violento, alertando para o facto dos homens poderem, igualmente, ser vítimas e virem a necessitar de ser acolhidos e atendidos (Cortez, Souza & Queiróz, 2010).

É importante clarificar 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, Fanslow, McMahon, & Shelley, 2002).

No que respeita à violência em casais homossexuais, esta é uma realidade indesmentível, porém pouco conhecida em Portugal (Topa, 2010). Todavia, tem-se vindo a observar um crescente interesse por esta temática junto da comunidade académica e dos organismos políticos (Topa, 2009). Tanto a violência entre casais heterossexuais como homossexuais evidenciam comportamentos abusivos, nomeadamente agressões de natureza física, verbal, psicológica e financeira.

Estudos desenvolvidos em Portugal demonstram que, ao nível da frequência, a violência entre parceiros íntimos do mesmo sexo não difere da violência entre pessoas de sexo diferente. As dinâmicas vivenciadas em relacionamentos violentos variam consoante o tipo de violência, as estratégias do/a agressor/a, o ciclo de violência e o impacto nas vítimas (APAV, 2008). Na VPI, nos casais homossexuais encontramos, algumas diferenças relativamente aos casais heterossexuais, entre elas: (1) a violência psicológica específica dos casais gays e lésbicas, que ameaçam revelar a orientação sexual do seu parceiro, revelando-se um instrumento de controlo e de intimidação da vítima; (2) a revelação da eventual presença do HIV no(a) parceiro(a); (3) a violência doméstica como problema dos heterossexuais, uma vez que se acredita que as relações entre pessoas do mesmo sexo, são mais igualitárias, estando a salvo desta problemática; (4) o isolamento e a confidencialidade da comunidade LGBT, face à reduzida dimensão da rede, dificultando o pedido de ajuda por parte da vítima; (5) o estigma na procura de ajuda e no contato com organizações públicas e privadas (APAV, 2008; Topa, 2010).

De acordo com o “National Coalition of Anti-Violence Programs. Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Domestic Violence In The United

States” (2006, como citado em Redondo, 2011) a violência entre casais homossexuais revela uma percentagem idêntica à dos casais heterossexuais, ou seja, um em cada quatro casais sofre de violência. A APAV, na sua rede nacional de Gabinetes de Apoio à Vítima, aponta que um crescente número de vítimas homossexuais têm procurado o seu apoio (APAV, 2008).

Segundo o estudo de Costa, Machado e Antunes (no prelo, como citado em Topa, 2009), sobre a VPI em casais homossexuais, 39.1% dos participantes assumem-se perpetradores de comportamentos abusivos e 37.7% revelam ter sido vítimas. O estudo da violência entre parceiros íntimos homossexuais vem, deste modo, questionar a conceção de violência de género que implica uma relação de poder e controlo exercida, maioritariamente, pelo homem sobre a mulher (Topa, 2009).

A violência entre parceiros íntimos, independentemente do sexo, associa-se a sofrimento, ao isolamento social, à perturbação do funcionamento familiar, menor produtividade, desemprego, estigma social e, ainda, a custos acrescidos com a saúde (Redondo, 2011).

Em Portugal, a violência entre parceiros íntimos (VPI) está presente no artigo 152º do Código Penal, após a alteração da Lei n.º59/2007, de 4 de setembro, como crime autónomo, sendo puníveis todas e quaisquer condutas que inflijam maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo os castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais (Redondo, 2013). Neste sentido, esta problemática tem-se revelado um dos grandes desafios, no que respeita aos direitos humanos e às políticas públicas.

Segundo Saffioti e Almeida (1995, como citado em Silva, 2009), a violência entre parceiros, geralmente, começa com agressões verbais e posteriormente também agressões físicas e/ou sexuais. Em situações mais graves culmina com a morte do parceiro íntimo.

Qualquer comportamento agressivo cometido contra os parceiros íntimos tem, conseqüentemente, danos na qualidade de vida e na saúde das vítimas (Anacleto, Njaine, Longo, Boing, & Peres, 2009). Mundialmente, a violência situa-se entre as principais causas de morte de pessoas entre os 15 e os 44 anos (Redondo, Correia, & Rodrigues, n.d.).

Algumas das muitas dificuldades sentidas pela vítima, segundo Silva (2009), quanto à denúncia da violência experienciada, consistem na descrença do casamento perfeito, na impossibilidade de uma relação sem

problemas, mas principalmente, na “desidealização do parceiro”.

A literatura revela que o comportamento violento é menor entre as mulheres comparativamente aos homens. No senso comum, os homens são fisicamente mais agressivos do que as mulheres. De acordo com Hodgins (2001, como citado em Valença et al., 2010), os comportamentos violentos estão relacionados com múltiplos fatores, entre eles, os individuais, os situacionais e os socioculturais (Anacleto, Njaine, Longo, Boing & Peres, 2009).

No relatório anual de estatísticas da APAV (2013a), os dados mostram que quase 83% das mulheres são vítimas de violência e, que 82% dos agressores são homens. Desta forma, revela-se deveras importante conhecer qual a prevalência da violência entre parceiros íntimos e quais os fatores que influenciam essas relações, a fim de criar estratégias de atendimento nas unidades de saúde que prestam assistência às vítimas de violência (Anacleto, Njaine, Longo, Boing & Peres, 2009).

Importa referir que a VPI é denominada, por muitos autores, de “violência doméstica”, uma vez que esta acontece, na maioria dos casos, no contexto da intimidade (Redondo, 2013). A OMS (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. Contudo, a delimitação de conceitos surge como um aspeto muito relevante, nomeadamente no que respeita aos termos VPI e violência doméstica. 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. O que não se verifica na VPI. Assim, a distinção entre os dois termos, tal como a OMS faz, revela-se um aspeto fulcral para a delimitação dos limiares e para o entendimento da problemática (WHO, 2012).

No que concerne à violência psicológica, vários estudos revelam não existir diferenças, estatisticamente significativas, relativamente ao género (Carrasco, 2009). Contrariamente à crença do senso comum, em que a mulher é sempre a vítima, estudos apontam que a violência envolve tanto homens como mulheres, quer enquanto vítimas quer enquanto agressores.

De acordo com Cáceres (2002, como citado em Carrasco, 2009) estudos demonstram que tanto homens como mulheres são igualmente violentos no plano psicológico, no entanto o modo de agir difere em função do género.

A dependência financeira, o histórico de violência familiar, a baixa escolaridade, o uso de álcool e drogas, a baixa autoestima e a ausência de uma rede de prevenção e proteção são apontados na literatura como alguns dos fatores associados à violência entre parceiros íntimos (Anacleto, Njaine, Longo, Boing & Peres, 2009). Alguns autores (eg. Redondo, Correia, & Rodrigues, n.d.) referem que a violência entre parceiros íntimos está significativamente relacionada com o desemprego, a menor produtividade e o estigma social.

Segundo Perez e Rasmussen (1997, como citado em Saavedra & Machado, 2013), ultimamente tem-se observado um aumento dos esforços, quer ao nível do apoio às vítimas de violência, quer ao nível da penalização dos agressores. Porém, os autores referem que se tem vindo a negligenciar a prevenção primária.

Nos últimos anos observou-se um crescente interesse na prevenção da violência nos relacionamentos íntimos, nomeadamente na implantação de programas na área da saúde e da violência doméstica, a fim de proporcionar intervenções específicas e/ou prevenção a novos incidentes (Berger, 2011; Saavedra & Machado, 2013). Inicialmente começou-se por atuar junto de mulheres casadas ou a viver em união de facto com os agressores. Com o passar do tempo alargou-se o campo de atuação, abrangendo, igualmente, mulheres separadas ou divorciadas, sendo que atualmente, também, se incluem relações de namoro (Saavedra & Machado, 2013).

1. Representações Sociais (o conceito)

«A representação social designa um processo de construção social da realidade que age, simultaneamente, sobre os estímulos e as respostas a estes estímulos» (Bidarra, 1986).

As representações sociais são um conjunto de informações, crenças e atitudes que se criam em torno de um determinado objeto, envolvendo uma relação de construção e de simbolização. Segundo Moscovici (1976, como citado em Bidarra, 1986, p. 377) “uma representação é social na medida em

Representações sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de enfermeiros e assistentes sociais. Estudo Exploratório.

Sónia Cristina Torres de Oliveira e Silva (e-mail:sonia.torres.silva@hotmail.com) 2015

que é partilhada por um grupo de indivíduos”, ou seja, quando produzida coletivamente. Também os nossos comportamentos, segundo Vala (2010), correspondem às nossas representações.

Neste sentido, as representações podem ser entendidas como interpretações da realidade social, uma modalidade de conhecimento que coordena as condutas e as respetivas interações do sujeito com o grupo. Moscovici (1976, como citado em Bidarra, 1986, p. 375-76) referiu que *“toute chose soit représentation de quelque chose (...) toute représentation est un représentation de quelqu'un”*. Uma vez elaboradas em grupos sociais, na qual os sujeitos trocam opiniões e interagem com o objeto da sua representação, conclui-se que existe uma multiplicidade de representações sociais (Trindade, Bonomo, Guerra, Nascimento, & Ciscon-Evangelista, 2012; Leal, Lopes & Gaspar, 2011).

Vala (2010) sublinha que, de facto, “os indivíduos não se limitam a receber e processar informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social”.

2. Impacto das representações sociais da VPI no atendimento realizado pelos profissionais saúde

«a representação é a expressão de um sujeito»
(Piaget 1926-1976, como citado em Vala, 2010, p. 461)

A União Europeia vem dando prioridade à erradicação de todas as formas de violência, tendo por base a igualdade entre homens e mulheres.

A violência entre parceiros íntimos marca o quotidiano dos profissionais de saúde. Em 2007 foi realizado um inquérito a nível nacional sobre o tema da violência de género, concluindo-se que uma em cada três portuguesas é vítima de violência e os agressores são, essencialmente, (ex) companheiros (Lisboa, 2008, como citado em Leal, Lopes & Gaspar, 2011).

Silva (2009) refere que, atualmente, a violência entre parceiros íntimos é um problema que procura a integração de diversos serviços, constituindo-se um grande desafio para a saúde, no que concerne em promover e consolidar uma articulação não só interna, como externa.

A Organização Mundial de Saúde revelou que a investigação tem evidenciado que a maioria das mulheres gostaria que os profissionais de

saúde as escutasse e as ajudasse a ganhar força (Redondo, Correia & Rodrigues, n.d.; Leal, Lopes & Gaspar, 2011). Todavia, diversos estudos ressaltam a dificuldade dos profissionais de saúde em questionar as vítimas acerca da violência sofrida. Duas causas apontadas para a dificuldade sentida pelos profissionais de saúde são a falta de formação e de competência nesta área (Leal, Lopes & Gaspar, 2011). Importa salientar que os profissionais de saúde precisam aprender que não podem tratar, medicar, que não devem “julgar” as atitudes daqueles que, embora recorram ao seu auxílio, optem por permanecer na relação (Berger, 2011).

A 49ª Assembleia Mundial da Saúde sinalizou a violência como um problema social e de saúde pública prioritário, que urge ser prevenido (Redondo, 2011). A violência constitui, assim, uma violação dos direitos humanos e das liberdades do Homem, uma ofensa à dignidade humana, que afeta, maioritariamente, mulheres de todas as idades e de todos os estratos socioeconómicos e culturais.

Atualmente, o Código Penal prevê que o crime de violência doméstica existe não só nos relacionamentos heterossexuais, mas também nos relacionamentos homossexuais (APAV, 2008). Contudo, o Código Penal não poderia estabelecer a violência doméstica entre casais homossexuais como um crime específico dos relacionamentos conjugais ou paraconjugais, uma vez que o Código Civil não previa o casamento entre dois indivíduos do mesmo sexo.

Silva (2009) salienta, ainda, o sentimento de impotência face os casos de violência entre parceiros íntimos, a escassez de formação na área e o medo de ofender os utentes com perguntas sobre a temática da violência como alguns dos fatores que influenciam a prática das condutas destes profissionais. Desta forma, estas condutas profissionais têm vindo a contribuir para que não se crie uma rutura no ciclo da violência. Segundo Deslandes (1999, como citado em Silva, 2009), a maioria dos casos de violência reincidirá (com igual ou maior gravidade) se não houver alguma ação que interrompa esta dinâmica.

Schraibe, d'Oliveira, Falcão e Figueiredo (2005, como citado em Silva, 2009) vêm afirmar que atitudes como a escuta ativa e o acolhimento, por parte dos profissionais de saúde, contribuem para que as vítimas de violências entre parceiros íntimos percamos o medo e a vergonha em

denunciar estas situações.

Os profissionais de saúde assumem, assim, uma posição singular no que concerne à identificação destes casos de violência, cabendo-lhes o papel, não só, de apoiar as vítimas deste tipo de violência, como também de as referenciar para serviços mais específicos na área da saúde, do judicial, entre outros (Redondo, 2013). Igualmente relevante é o papel institucional e o suporte da equipa, interferindo diretamente no desempenho profissional envolvido no atendimento (Silva, 2009).

Alguns autores (e.g. Schraiber; D'Oliveira, 1999, Cavalcanti et al., 2008) acreditam que as barreiras sociais e culturais poderão estar na origem da, ainda, pouca importância dada ao tema da violência entre parceiros íntimos (Silva, 2009). De acordo com Garcia-Moreno (2002, como citado em Berger, 2011), fazer um levantamento dos valores, experiências e atitudes dos profissionais de saúde quanto à temática de violência deveria ser uma das primeiras atividades a realizar.

As crenças presentes na intervenção dos profissionais de saúde de emergência estão ancoradas nas normas culturais e sociais acerca da violência entre parceiros íntimos, refletindo-se em determinadas condutas, por exemplo, na imparcialidade na intervenção, na falta de humanização no atendimento, no tratamento preconceituoso, entre outros (Santos, 2001 como citado em Silva, 2009).

Quando questionados quanto ao modo como lidam com o medo de não saber como agir e/ou “reagir” perante uma situação de violência entre parceiros íntimos, os profissionais de saúde revelam desconforto, uma vez que se sentem pouco preparados face à possibilidade de se confrontarem com um destes casos (Berger, 2011). Neste sentido, podem surgir atitudes de resistência ou negação, por exemplo se imaginarmos um profissional que tenha, eventualmente, experienciado a violência na sua vida pessoal. Sendo para ele um assunto delicado, pode desencadear-lhe sofrimento ao reviver a história do paciente.

A sobrelotação dos serviços de emergências tem exigido aos profissionais de saúde dar respostas rápidas aos pedidos colocados no quotidiano da sua intervenção. Perante tal facto, um dos limites mais apontados consiste na falta de tempo para proporcionar um atendimento adequado. Relatam que, por vezes, sentem que a atenção dada às vítimas de

violência entre parceiros íntimos é meramente superficial. O facto de as vítimas atribuírem o seu estado de saúde a um acidente ou a uma queda, segundo os profissionais de saúde, dificulta a sua atuação (Silva, 2009).

Ayres (2008, como citado em Silva, 2009) destaca a importância e, igualmente, a dificuldade da dimensão dialógica na concretização de propostas de humanização e acolhimento. Assim sendo, considera-se uma tarefa árdua trabalhar com a violência entre parceiros íntimos, uma vez que afeta consideravelmente os profissionais envolvidos. Silva (2009) referiu que se os profissionais de saúde não forem acompanhados podem desenvolver crenças e sentimentos negativos ao enfrentarem situações de violência entre parceiros íntimos, como por exemplo, a impotência diante dos cuidados que devem ser realizados e a banalização das expressões da violência.

Importa sublinhar que os próprios profissionais de saúde podem ter preconceitos em torno desta temática, sentindo dificuldades em identificar e intervir nos casos de violência entre parceiros íntimos (Freitas, Lima, & Dytz, 2007, como citado em Silva, 2009). Na maioria das vezes os profissionais de saúde têm medo de questionar a origem dos ferimentos, revelando receio do que, eventualmente, poderão ouvir.

As condutas dos profissionais de saúde estão intrinsecamente relacionadas com as representações sociais de cada um. Quando se reconhecem as representações sociais da violência, no ponto de vista das/os enfermeiras/os, por exemplo, alarga-se o campo de análise a fim de corrigir e evitar determinados comportamentos destes profissionais de saúde no atendimento, marcados, nomeadamente, por desigualdades de género (Leal, Lopes & Gaspar, 2011).

Neste sentido, é importante realçar os esforços que Portugal tem vindo a desenvolver junto dos profissionais, em ações de formação e sensibilização. Vários têm sido os esforços realizados no âmbito de despertar consciências em torno da violência entre parceiros íntimos. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde publicou o seu primeiro relatório mundial debruçado sobre a temática da violência, com o objetivo de defender a prevenção desta problemática mundial (Redondo, 2013).

Todavia, estes esforços têm-se revelado insuficientes, sendo-lhes apontadas várias lacunas ao nível da sustentação teórica da intervenção, da

definição de metodologias de avaliação do impacto e da continuidade dos esforços preventivos realizados (Saavedra & Machado, 2012).

3. O papel dos Profissionais de Saúde (enfermeiros e assistentes sociais)

«os serviços de saúde têm o dever de se constituir como um local de acolhimento e elaboração de projetos de apoio»
(Borsoi, Brandão, & Cavalcanti, 2009, p.167).

A Organização Mundial de Saúde legitima a violência entre parceiros íntimos como um problema de saúde pública, todavia realça a insuficiente formação e atenção quanto a esta problemática social. Ressalta-se, desta forma, a importância da sua prevenção ao longo do ciclo vital e a redução do seu impacto (Berger, 2011; Redondo, Correia, & Rodrigues, n.d.).

Atualmente, violência exercida entre parceiros íntimos é um problema que procura a integração de diversos serviços, constituindo-se um grande desafio para a saúde (Silva, 2009). Os profissionais de saúde reportam que os papéis dos profissionais passam por identificar, acolher, orientar e apoiar as vítimas deste tipo de violência (Redondo, Correia & Rodrigues, n.d; Silva, 2009.)

No que concerne o papel do assistente social, este abrange uma grande área de intervenção, nomeadamente assenta na garantia dos direitos e serviços, e na estruturação e funcionamento da rede de atendimento. A intervenção dos assistentes sociais facilita, assim, a identificação de situações de violência, podendo intervir sobre as mesmas (Silva, 2009).

Relativamente aos enfermeiros, Leal, Lopes e Gaspar (2011) afirmam que o seu papel é circunscrito ao ato de “dar apoio”, não possuindo qualquer vínculo com a identificação dos sintomas. Estes profissionais de saúde, quando questionados acerca da violência, associam-na a sentimentos de tristeza e de dor, provocados pelos ferimentos causados à vítima pelo seu parceiro íntimo.

Num estudo realizado com profissionais de saúde evidenciaram-se algumas reações de defesa por parte de enfermeiros/as quando prestavam cuidado às vítimas de violência. Dentre as reações evidenciadas destacam-se o distanciamento, a fragmentação da relação técnico-paciente, a negação da importância do indivíduo e dos seus sentimentos (Leal, Lopes & Gaspar,

2011).

Torna-se, portanto, crucial identificar e referenciar as vítimas de violência, não somente sobre as manifestações orgânicas, mas também sob o prisma da causa da agressão (Gonçalves, 2004, como citado em Leal, Lopes & Gaspar, 2011). É fundamental a adesão à comunicação estabelecida entre o profissional de saúde e a vítima, na medida em que o profissional deverá ter em especial atenção a linguagem utilizada (APAV, 2010, p. 128).

Aos profissionais de saúde compete, assim, fornecer atendimento relativamente aos aspetos físicos e atenção aos aspetos psicológicos, recorrendo sempre ao diálogo com o utente a fim de que este venha a reconhecer as vulnerabilidades experienciadas (Cook, Dickens, & Fathala, 2004, como citado em Silva, 2009).

II - Objetivos

As representações sociais em torno da VPI influenciam as atitudes e os comportamentos dos indivíduos perante situações de violência. Neste sentido, pretendemos, neste estudo, avaliar as representações sociais da violência entre parceiros íntimos, nomeadamente, a resolução de conflitos por parceiros íntimos, a representação da legitimação/banalização da violência conjugal, as causas da violência conjugal, os seus fatores de manutenção e as suas estratégias de resolução, numa amostra de profissionais de saúde, em concreto enfermeiros e assistentes sociais.

Neste sentido, temos os seguintes objetivos específicos:

- a) Investigar as diferenças entre enfermeiros e assistentes sociais relativamente às representações sociais da violência.
- b) Analisar a influência de algumas variáveis sociodemográficas nas representações sociais da VPI dos profissionais de saúde. Estudaremos se a idade, o estado civil e os anos de serviço influenciam as crenças dos enfermeiros e assistentes sociais.
- c) Averiguar o impacto de formações na área da VPI nas representações sociais dos profissionais de saúde.

De forma a clarificar os objetivos definidos e a apresentar as variáveis em estudo, segue-se o nosso mapa conceptual

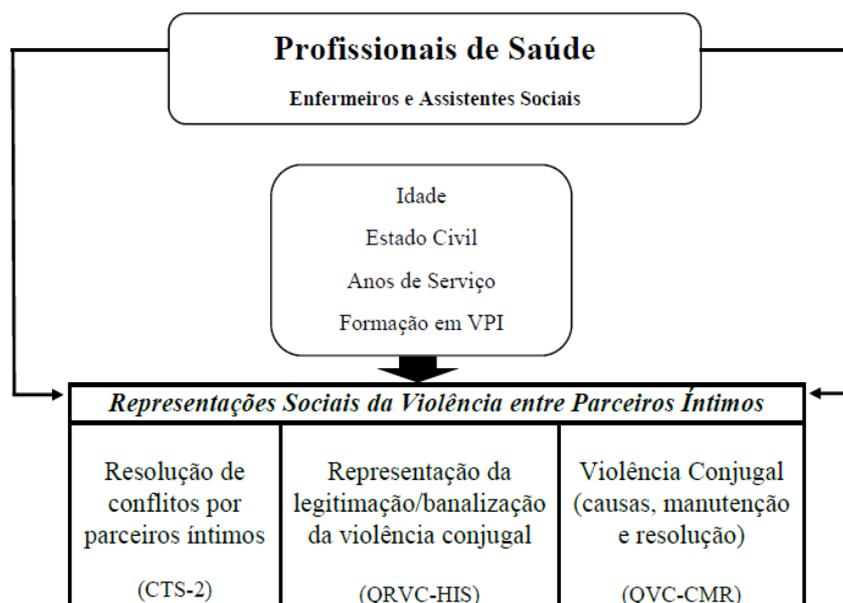


Figura 1 – Modelo conceptual hipotético das relações entre as variáveis do presente estudo empírico

III - Metodologia

3.1. Amostra

O presente estudo circunscreve-se a uma amostra de 87 (63%) enfermeiros e 52 (37%) assistentes sociais, o que perfaz um total de 139 sujeitos. De entre o total dos sujeitos, 124 (89.2%) são do sexo feminino e 15 (10.8%) são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 57 anos ($M = 35.71$; $DP = 9.85$). Verifica-se uma predominância entre os 30 e os 50 anos (53.2%).

Relativamente ao estado civil, 39.6% dos sujeitos são solteiros ($n = 55$), 49.6% são casados ($n = 69$), 3.6% são divorciados ($n = 5$) e 7.2% encontram-se a viver em união de facto ($n = 10$).

Em relação ao tempo de prática da profissão, 9 (6%) exercem há “Menos de um ano”, 5 (4%) exercem “Há um ano”, 37 (27%) “Entre dois e cinco anos”, 27 (19%) exercem “Entre seis e dez anos”, 35 (25%) exercem há “Entre onze e vinte anos” e 26 (19%) exercem “Há mais de vinte anos”.

Quanto à zona de residência¹, observa-se que a maioria dos sujeitos reside no Centro (47.5%) e no Norte (36.7). Os restantes distribuem-se por Lisboa e Vale do Tejo (5%), Alentejo (3.6), Algarve (2.9), Região Autónoma da Madeira (1.4) e pela Região Autónoma dos Açores (.7%). Importa ainda referir que existem três sujeitos que se encontram a viver noutros países, nomeadamente na Arábia Saudita (.7%), França (.7%) e em Macau (.7) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra - Dados Sociodemográficos

		Profissão						
Variáveis	Categoria	Enfermeiros		Assistentes Sociais		Total		
		n = 87	(62.6%)	n = 52	(37.4%)	n =139		
		n	%	n	%	n	%	
		<i>Missings=0</i>						0.0
Sexo	Masculino	11	73.3	4	26.7	15	89.2	
	Feminino	76	61.3	48	38.7	124	10.8	
		<i>Missings=0</i>						0.0
Idade	<30	45	90	5	10	50	36	
	30-50	31	41.9	43	58.1	74	53.2	
	>50	11	73.3	4	26.7	15	10.8	
		<i>Missings=0</i>						0.0
Estado Civil	Solteiro	42	76.4	13	23.6	55	39.6	
	Casado	35	50.7	34	49.3	69	49.6	
	Divorciado	2	40	3	60	5	3.6	
	União de facto	8	80	2	20	10	7.2	
		<i>Missings=0</i>						0.0
Anos de Serviço	Menos de um ano	5	55.6	4	44.4	9	6.5	
	Há um ano	3	60	2	40	5	3.6	
	Entre dois e cinco anos	31	83.8	6	16.2	37	26.6	
	Entre seis e dez anos	16	59.3	11	40.7	27	19.4	
	Entre onze e vinte anos	17	48.6	18	51.4	35	25.2	
	Há mais de vinte anos	15	57.7	11	42.3	26	18.7	

¹ A zona de residência foi classificada através do segundo nível da Nomenclatura das Unidades Territoriais Estatísticas (NUTS II), de acordo com a reorganização territorial inscrita no Decreto Lei 68/2008 de 14 de abril e retificações do Decreto Lei 85/2009 de 3 de abril.

						<i>Missings=0</i>	0.0
Zona de Residência	Alentejo	0	0	5	100	5	3.6
	Algarve	3	75	1	25	4	2.9
	Centro	41	62.1	25	37.9	66	47.5
	Lisboa e Vale do Tejo	5	71.4	2	28.6	7	5.0
	Norte	34	66.7	17	33.3	51	36.7
	Região Autónoma da Madeira	1	50	1	50	2	1.4
	Região Autónoma dos Açores	0	0	1	100	1	.7
	Outros Países	1	100	0	0	1	.7
	Arábia Saudita	1	100	0	0	1	.7
	França	1	100	0	0	1	.7
Macau	1	100	0	0	1	.7	

Tabela 2. Caracterização da amostra - Formação em VPI

Variável	Categoria	Enfermeiros e Assistentes Sociais n =139	
		n	%
Formação em VPI		<i>Missings=0</i>	0.0
	Não	84	60.4
	Sim	55	39.6
Número de Formações		<i>Missings=0</i>	0.0
	Uma	27	19.4
	Duas	12	8.6
	Três	6	4.3
	Quatro	2	1.4
	Cinco	2	1.4
	Dez	2	1.4
	Mais de Dez	4	2.9
Grau de concordância com a importância da formação em VPI		<i>Missings=0</i>	0.0
	Discordo Totalmente	3	2.2
	Discordo	2	1.4
	Nem concordo nem discordo	9	6.5
	Concordo	63	45.3
	Concordo Totalmente	62	44.6

Procurámos igualmente saber se a presente amostra alguma vez teve algum tipo de formação sobre violência entre parceiros íntimos. Neste sentido, 55 (39.6%) responderam que sim e 84 (60.4%) que não (M =.40; DP

Representações sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de enfermeiros e assistentes sociais. Estudo Exploratório.

Sónia Cristina Torres de Oliveira e Silva (e-mail:sonia.torres.silva@hotmail.com) 2015

=.491). Dos indivíduos que realizaram formação em VPI, 19.4% realizaram apenas uma formação, 8.6% realizaram duas formações, 4.3% realizaram três formações, 1.4% realizaram entre quatro a dez formações e 2.9% realizaram mais de dez formações.

Finalmente, no que respeita à afirmação “No contexto da minha profissão, a formação sobre violência nas relações íntimas é importante”, 45.3% (n = 63) dos sujeitos responderam que concordavam e 44.6% (n = 62) responderam que concordavam totalmente (Tabela 2).

3.2. Instrumentos

O protocolo de avaliação² deste estudo de investigação é composto por um Questionário Sociodemográfico e Dados Complementares e três outros questionários de autorresposta, designadamente, o CTS-2 -*The Revised Conflict Tactic Scales*, o QRVC-HIS - Questionário de Violência Conjugal – Histórias e o QVC-CMR -Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução.

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Dados Complementares³

O presente questionário contempla informações relativas ao sujeito, encontrando-se dividida em quatro partes distintas. A primeira parte contém perguntas relativas aos dados demográficos (idade, sexo, nacionalidade, raça, religião, estado civil, profissão, entre outras) e dados complementares sobre vivências e características familiares (estado civil, habilitações literárias e profissões dos pais e o rendimento anual bruto do agregado familiar).

A segunda parte procura investigar a existência ou não de formação sobre a problemática em estudo, inclusive perguntas sobre o número e duração de formações realizadas e momento em que estas decorreram. A terceira parte refere-se às vivências familiares, na infância e adolescência, do indivíduo, a fim de averiguar o testemunho de situações de violência/abuso entre os pais/cuidadores, o consumo de álcool e/ou drogas entre os mesmo e, a consequente, vitimização dos respondentes.

² Anexo I

³ Anexo I, 1.2

Por fim, a quarta parte dispõe de um conjunto de questões que se debruçam acerca da legitimação da violência conjugal, face ao consumo de diversas drogas.

3.2.2. CTS-2 - *The Revised Conflict Tactic Scales*⁴

As Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS-2), desenvolvidas por Murray Straus na década de 70, procuram avaliar as formas de resolução dos conflitos entre os parceiros íntimos, recorrendo a estratégias de negociação ou de abuso (Alexandra & Figueiredo, 2006).

As CTS-2 incluem cinco subescalas que procuram medir a negociação (emocional e cognitiva), a agressão psicológica, a agressão física sem sequelas, a coerção sexual e o abuso físico com sequelas (Vieira, 2013). Estas, por sua vez, compõem 39 pares de questões, culminando num total de 78 questões.

Este instrumento de autorresposta tem como objetivo avaliar não só a percepção do respondente em relação a si mesmo, mas também a percepção que este possui do seu companheiro/a em relação a si, tendo por base as dinâmicas dos parceiros íntimos. Assim, inclui oito categorias de resposta, sendo as primeiras seis destinadas a determinar a prevalência e a cronicidade das estratégias ocorridas no último ano: (1) uma vez, de há um ano para cá; (2) duas vezes, de há um ano para cá; (3) três a cinco vezes, de há um ano para cá; (4) seis a dez vezes, de há um ano para cá; (5) onze a vinte vezes, de há um ano para cá; (6) mais de vinte vezes, de há um ano para cá; (A) Isso aconteceu-me noutra(s) relação(ões) e (0) Isso nunca me aconteceu (Alexandra & Figueiredo, 2006; Vieira, 2013).

Relativamente às suas qualidades psicométricas, a versão portuguesa da CTS-2 mostra valores de consistência interna para o autorrelato da 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 vitimização dos itens (Negociação $\alpha = .71$; Agressão psicológica $\alpha = .64$; Abuso físico sem sequelas $\alpha = .74$; Coerção sexual $\alpha = .51$; Abuso físico com sequelas $\alpha = .47$) coerentes com os estudos referentes à escala original (Alexandra e Figueiredo, 2006). Ao nível da escala total, o valor de alfa de Cronbach para a perpetração é de 0,79 e para a vitimização é de 0.80

⁴ Anexo I, 1.3

(Alexandra & Figueiredo, 2006).

3.2.3. QRVC-HIS - Questionário de Violência Conjugal – Histórias⁵

O Questionário de Violência Conjugal – Histórias (QRVC-HIS) (Alarcão, Alberto, Correia, & Camelo, 2007) é um instrumento de autorresposta constituído por três histórias que retratam a violência conjugal. A cada história correspondem dez afirmações, pelo que é solicitado ao respondente que assinale o seu grau de concordância, de acordo com uma escala de *Likert* de quatro pontos, sendo que “1” corresponde a “discordo completamente” e “4” a “concordo completamente”. Salienta-se que a resposta “discordo completamente” associa-se a uma menor legitimação da violência opondo-se ao “concordo completamente” (Vieira, 2013).

O instrumento tem como objetivo avaliar as representações sociais da VPI e o seu grau de legitimação ou banalização. Para que se pudessem determinar as representações dos indivíduos ao nível das crenças, da legitimação ou banalização da violência entre pares íntimos, tomaram-se em consideração fatores teóricos na construção das respetivas histórias, nomeadamente: a) legitimação e/ou banalização da violência conjugal; b) legitimação/justificação da violência pela conduta da vítima; c) legitimação/justificação da violência por fatores externos (*stress*, consumos de álcool, entre outros); d) desvalorização/aceitação da violência em favor da privacidade/coesão familiar, e) (im)possibilidade de atribuição da violência ao agressor em função do seu estatuto social, económico e escolaridade (Paiva, 2010; Vieira, 2013).

No que se refere à consistência interna do QRVC-HIS, o estudo de validação de Aguilar (2010) revelou uma boa consistência interna, obtendo um alfa de *Cronbach* de 0.947 na amostra total, bem como, um $\alpha = .845$ na “História 1”, $\alpha = .906$ na “História 2” e um $\alpha = .888$ na “História 3”.

3.2.4. QVC-CMR - Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução⁶

O Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e

⁵ Anexo I, 1.4

⁶ Anexo I, 1.5

Resolução (QVC-CMR) (Alarcão, Alberto, Camelo, e Correia, 2007) é um instrumento de autorresposta, constituído por três conjuntos de catorze afirmações correspondentes a fatores predisponentes ao surgimento da violência, à sua manutenção e resolução. As afirmações podem ser agrupadas em três condições: afirmações relacionadas com o agressor; afirmações relacionadas com a vítima e afirmações relativas ao contexto envolvente (filhos, família, sociedade) (Aguilar, 2010; Vieira, 2013). É solicitado ao respondente que, cada uma das afirmações, demonstre o seu nível de concordância, consoante uma escala de Likert de quatro pontos, em que “1” corresponde a “discordo totalmente”, “2” a “discordo”, “3” a concordo e “4” a “concordo totalmente”.

Relativamente às qualidades psicométricas do QVC-CMR, Paiva (2010) obteve valores de alfa de *Cronbach* que indicavam um elevado grau de consistência interna em fatores como o de ativação ($\alpha=0.83$) e o de manutenção ($\alpha=0,80$). No entanto, quanto ao fator de resolução verificou-se um valor mais baixo, com um alfa de *Cronbach* de 0.60. Por sua vez, Aguilar (2010) obteve um resultado semelhante, ou seja, para o fator de ativação obteve um alfa de *Cronbach* no valor de 0.88, para o fator de manutenção um alfa de *Cronbach* no valor de 0.83 e para o fator resolução um alfa de *Cronbach*, superior aos obtidos por Paiva, no valor 0.84.

3.3. Procedimentos de Investigação

O presente estudo insere-se num projeto de investigação mais vasto sobre vivências familiares em estudantes do ensino superior e profissionais.

A amostra do presente estudo foi recolhida com recurso a protocolos *online* (Google Forms) e em suporte de papel durante o período de fevereiro a maio de 2015, segundo um critério de amostragem não probabilística, intencional ou de conveniência (Maroco, 2007).

A todos os participantes foi facultado o protocolo pela seguinte ordem: Questionário Sociodemográfico, Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS-2 -The Revised Conflict Tactic Scales), Questionário de Violência Conjugal – Histórias (QRVC-HIS) e Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR).

Respeitaram-se os procedimentos éticos e formais inerentes ao desenvolvimento de uma investigação.

Foi pedido o Consentimento Informado⁷ e garantido o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas. Foi disponibilizada informação relativa à possibilidade de desistência a qualquer momento. Realizámos pedidos, de colaboração e de autorização, formalizados aos Conselhos de Ética de diversas instituições, entre as quais CPCJs, Santa Casas da Misericórdia, Hospitais, Centros de Saúde, Unidades de Cuidados Continuados, Câmaras Municipais. Utilizou-se, também, o método de recrutamento “bola de neve”, através da rede de pessoas conhecidas das investigadoras.

3.4. Procedimentos Estatísticos

Procedeu-se à análise estatística dos objetivos estabelecidos neste estudo com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0 for Windows*).

A escolha pela utilização de testes paramétricos ou não paramétricos prendeu-se com o número de efetivos amostrais ($N = 139$). De acordo com o Teorema do Limite Central, em amostras com uma dimensão superior a 30 sujeitos a distribuição da média será aproximada de uma distribuição normal, o que justifica o recurso aos testes paramétricos (Maroco, 2007).

Começamos por realizar uma Análise Descritiva das representações sociais da violência entre parceiros íntimos (QRVC-HIS e QVC-CMR). De seguida, através do Coeficiente de Correlação de Pearson procurámos diferenças entre as duas categorias profissionais da nossa amostra. Posteriormente, investigámos, através da Anova *One-Way*, a influência que a Idade e os Anos de serviço têm nas representações sociais da VPI. Realizámos ainda o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, com o intuito de analisar as diferenças estatisticamente significativas consoante o estado civil. Segundo Maroco (2007), os testes não paramétricos constituem uma boa alternativa aos testes paramétricos quando a variável em estudo falha a normalidade e a homogeneidade das variâncias entre grupos.

Por último, com recurso ao Teste T para Amostras Independentes, procurou-se diferenças entre enfermeiros e assistentes sociais ao nível da legitimação/banalização da violência conjugal. Nesta linha, procurámos perceber se esta seria influenciada pela presença ou não de formação na área

⁷ Anexo I, 1.1

da violência entre parceiros íntimos.

IV - Resultados

4.1. Representações sociais dos profissionais de saúde em torno da violência conjugal (QRVC-HIS e QVC-CMR)

Analisámos descritivamente o QRVC-HIS, o QVC-CMR e o CTS-2 de forma a clarificarmos as representações sociais da VPI dos Enfermeiros e Assistentes Sociais.

No que concerne ao QRVC-HIS (Tabela 3), verificámos que a História 2 ($M = 13.91$; $DP = 4.983$) apresenta uma média mais elevada, seguindo-se a História 3 ($M = 12.63$; $DP = 4.081$) e, finalmente, a História 1 ($M = 12.37$; $DP = 3.596$). Estes resultados sugerem que a legitimação da amostra é menor quando se trata de casais da casa dos 40 e com formação académica superior, sendo que *“A Manuela e o Arménio são adultos responsáveis e devem resolver os problemas da violência ‘entre portas’, sem trazer a público estas questões”* é o item que apresenta a média mais elevada ($M = 1.60$; $DP = .915$). Os profissionais de saúde parecem legitimar mais a VPI quando esta surge por consequência do cansaço do trabalho, e é perpetuada pela mulher, sendo o item *“Provavelmente a Luísa é mais agressiva com o António por causa de estar tão cansada com todo o trabalho que tem”* ($M = 1.70$; $DP = .857$) aquele que evidencia a média mais elevada. A amostra revela-se igualmente concordante relativamente à violência num contexto de consumo excessivo de álcool, através do item *“O problema é o álcool; O Esteves só se torna agressivo por causa do vinho”* ($M = 1.48$ $DP = .774$).

Tabela 3. Análise Descritiva das respostas ao QRVC-HIS

	Enfermeiros	Assistentes Sociais	Total
	M (DP)	M (DP)	M (DP)
História 1	12.40 (2.630)	12.33 (4.829)	12.37 (3.596)
História 2	13.85 (4.476)	14.02 (5.779)	13.91 (4.983)
História 3	12.61 (3.171)	12.65 (5.302)	12.63 (4.081)
Total 30 itens	38.93 (9.041)	38.77 (14.912)	38.87 (11.538)

No que respeita à análise de significância, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas: História 1 [t (137) = .119; p=.905], História 2 [t (137) = -.192; p=.848], História 3 [t (137) = -.062; p=.951], e História total [t (137) = .080; p=.937].

Em relação ao QVC-CMR, investigámos, através dos fatores de Ativação, Manutenção e Resolução, os dois itens com médias mais elevadas e mais baixas para a amostra total e por profissões.

Tabela 4. Fatores de Ativação da Violência Conjugal (QVC-CMR)

Fatores de Ativação	Enfermeiros		Assistentes Sociais		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
Consumos de álcool ou drogas por parte do agressor	2.38	1.003	2.63	.950	2.47	.988
Doença mental do agressor	2.44	.949	2.58	.893	2.49	.928
Baixo grau de instrução do agressor	2.10	.928	1.94	.873	2.04	.908
Baixa auto-estima do agressor	2.42	.874	2.37	.950	2.40	.900
Doença mental da vítima	2.05	.901	1.81	.886	1.96	.900
Comportamento provocador da vítima	2.02	.876	1.63	.817	1.88	.872
Fragilidade emocional da vítima	2.44	.898	2.40	.995	2.42	.932
Interferência de outros familiares	2.17	.879	2.10	.799	2.14	.848
Problemas/dificuldades criadas pelos filhos	2.21	.809	1.98	.779	2.12	.803
Relações extra-conjugais do agressor/da vítima	2.55	.873	2.37	.971	2.48	.912
Antecedentes de violência na família de origem do agressor e/ou da vítima	2.74	.828	2.71	.825	2.73	.824
Aceitação social da violência	2.46	.873	2.52	1.038	2.48	.935
Isolamento social do casal/família	2.49	.874	2.48	.874	2.49	.871
Dificuldades económicas do casal/família	2.69	.931	2.52	.980	2.63	.950

Neste sentido, os “*Antecedentes de violência na família de origem do agressor e/ou da vítima*” ($M = 2.73$; $DP = .824$) são apontados pela amostra total como a principal causa da violência conjugal. Todavia, os Enfermeiros identificam as “*Dificuldades económicas do casal/família*” ($M = 2.69$; $DP = .931$) como sendo a segunda principal causa da violência, contrariamente aos Assistentes Sociais que indicam os “*Consumos de álcool ou drogas por Representações sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de enfermeiros e assistentes sociais. Estudo Exploratório.*”

parte do agressor” ($M = 2.63$; $DP = .950$). Quanto aos fatores que influenciarão menos este problema, o “Comportamento provocador da vítima” ($M = 1.88$; $DP = .872$) e a “Doença mental da vítima” ($M = 1.96$; $DP = .900$) surgem como as afirmações que reúnem menor grau de concordância (Tabela 4).

Tabela 5. Tabela de Manutenção da Violência Conjugal (QVC-CMR)

Fatores de Manutenção	Enfermeiros		Assistentes Sociais		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
Ausência de denúncia por parte da vítima ou de terceiros	3.36	.628	3.38	.796	3.37	.693
Falta de confiança na eficácia da justiça	3.25	.651	3.06	.873	3.18	.745
Valorização da união familiar	2.90	.928	2.67	.901	2.81	.921
Existência de filhos	2.75	.866	2.92	.813	2.81	.848
Isolamento social da vítima e/ou da família	2.95	.714	3.04	.766	2.99	.732
Falta de conhecimentos da vítima sobre como pedir ajuda	2.95	.730	2.83	.901	2.91	.798
Ambivalência da vítima face ao agressor	3.09	.622	2.87	.793	3.01	.697
Medo de retaliações por parte da vítima	3.31	.634	3.29	.750	3.30	.677
Desconhecimento da vítima relativamente aos seus direitos	2.93	.804	2.92	.904	2.93	.840
Ameaça de suicídio por parte do agressor	2.97	.769	2.85	.802	2.92	.781
Promessas de mudança por parte do agressor	3.16	.588	3.13	.768	3.15	.658
Ternura do agressor fora dos momentos de violência	2.93	.695	3.12	.732	3.00	.712
Aceitação social da violência	2.69	.853	2.71	.915	2.70	.874
Interferência de outros familiares	2.84	.819	2.69	.755	2.78	.796

Quanto aos Fatores de Manutenção (Tabela 5), a “Ausência de denúncia por parte da vítima ou de terceiros” ($M = 3.37$; $DP = .693$) e o “Medo de retaliações por parte da vítima” ($M = 3.30$; $DP = .677$) foram os itens com médias mais elevadas em grau de concordância pela nossa amostra de profissionais de saúde. Entre os itens menos pontuados pela amostra total destacam-se a “Aceitação social da violência” ($M = 2.70$; $DP = .874$) e a

“*Interferência de outros familiares*” ($M = 2.78$; $DP = .796$). Importa referir que o primeiro constitui-se como o item menos pontuado pelos Enfermeiros, ao passo que os Assistentes Sociais indicaram a “*Valorização da união familiar*” ($M = 2.67$; $DP = .901$) entre os que menos contribuem para a manutenção da violência conjugal.

Tabela 6. Fatores de Resolução da Violência Conjugal (QVC-CMR)

Fatores de Resolução	Enfermeiros		Assistentes Sociais		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
Afastar o agressor	3.38	.735	3.54	.727	3.44	.733
Condenar mais agressores	3.38	.738	3.60	.603	3.46	.696
Estimular a denúncia das situações de violência	3.46	.661	3.52	.577	3.48	.630
Estimular a separação/divórcio do casal	3.08	.810	2.75	.764	2.96	.806
Proteger a vítima e os filhos, se os houver	3.53	.662	3.65	.590	3.58	.637
Mudar o comportamento da vítima	3.10	.822	3.02	.754	3.07	.795
Tratar o agressor	3.15	.815	3.37	.627	3.23	.755
Tratar o casal	3.14	.838	2.96	.816	3.07	.831
Informar mais a população geral sobre as consequências da violência conjugal	3.30	.717	3.46	.641	3.36	.692
Melhorar as condições socio-económicas das famílias	2.85	.755	2.67	.785	2.78	.769
Aumentar os direitos da mulher	2.77	.817	2.62	.690	2.71	.773
Aumentar os tempos de lazer das famílias	2.89	.813	2.88	.615	2.88	.743
Intervenção de outros familiares, amigos, vizinhos	2.85	.815	2.60	.664	2.76	.769
Educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória	3.51	.697	3.67	.513	3.57	.638

Nos Fatores de Resolução (Tabela 6), a amostra manifestou maior grau de concordância com “*Proteger a vítima e os filhos, se os houver*” ($M = 3.58$; $DP = .637$) e a “*Educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória*” ($M = 3.57$; $DP = .638$). Os itens com um menor grau de concordância dos sujeitos foram “*Aumentar os direitos da mulher*”

Representações sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de enfermeiros e assistentes sociais. Estudo Exploratório.

Sónia Cristina Torres de Oliveira e Silva (e-mail:sonia.torres.silva@hotmail.com) 2015

($M = 2.71$; $DP = .773$) e a “*Intervenção de outros familiares, amigos, vizinhos*” ($M = 2.76$; $DP = .769$). Os Enfermeiros mantêm o segundo item, porém diferenciam-se ao pontuar menos noutra afirmação: “*Melhorar as condições socio-económicas das famílias*” ($M = 2.85$; $DP = .755$).

4.2. Relação entre a resolução de conflitos entre parceiros íntimos (CTS-2) e a legitimação da violência conjugal (QRVC-HIS)

A fim de averiguarmos se existe uma associação entre a resolução de conflitos entre parceiros íntimos e a legitimação da violência conjugal recorremos ao Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

Os resultados obtidos (Tabela 7) apontam para a existência de uma correlação positiva significativa entre o CTS Negociação Perpetrador e o CTS Negociação Vítima, $r = .96$, $p = .000$. Assim, maior perpetração da negociação está associada a maior vitimação da mesma. Do mesmo modo, há uma correlação positiva significativa entre o CTS Negociação Perpetrador e o CTS Agressão Psicológica Perpetrador, $r = .42$, $p = .000$. Logo, uma maior perpetração da negociação está relacionada a maior perpetração da agressão psicológica. Existe igualmente uma correlação positiva significativa entre o CTS Negociação Perpetrador e o CTS Agressão Psicológica Vítima, $r = .40$, $p = .000$. Desta forma, uma maior perpetração da negociação associa-se a uma maior vitimação da agressão psicológica.

Relativamente à Negociação Vitimação, há uma correlação positiva significativa entre o CTS Negociação Vítima e o CTS Agressão Psicológica Perpetrador, $r = .47$, $p = .000$. Maior vitimação da negociação associa-se a maior perpetração da agressão psicológica. Ademais, há uma correlação positiva significativa entre o CTS Negociação Vítima e o CTS Agressão Psicológica Vítima, $r = .45$, $p = .000$. Assim, maior vitimação da negociação está associada a maior vitimação da agressão psicológica.

Finalmente, verifica-se uma correlação positiva significativa entre o CTS Agressão Psicológica Perpetrador e o CTS Agressão Psicológica Vítima, $r = .84$, $p = .000$. Neste sentido, pressupõe-se que uma maior perpetração da agressão psicológica esteja associada a uma maior vitimação da mesma.

Tabela 7. Relação entre a resolução de conflitos por parceiros íntimos (CTS-2) e a legitimação da violência conjugal (QRVC-HIS)

Total 30 itens	CTS Negociação Perpetrador	CTS Negociação Vítima	CTS Agressão Psicológica Perpetrador	CTS Agressão Psicológica Vítima
Total 30 itens	.02	.0192	.015	.049
CTS Negociação Perpetrador		.961**	.417**	.396**
CTS Negociação Vítima			.470**	.446**
CTS Agressão Psicológica Perpetrador				.836**

4.3. Influência da variável “Idade”

Recorremos à *Anova one-way* para averiguar a influência da variável “Idade” nas representações sociais da VPI dos profissionais de saúde da nossa amostra.

Pela observação dos resultados obtidos, averiguámos que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da “Idade” na legitimação/banalização da violência entre parceiros íntimos (Tabela 8).

Tabela 8. Influência da variável "Idade" no QRVC-HIS (Anova One-Way)

	F(df)	P
História 1	.762 (33, 105)	.812
História 2	.593 (33, 105)	.956
História 3	.713 (33, 105)	.867
Total 30 itens	.632 (33, 105)	.934

4.4. Influência da variável “Estado civil”

De modo a avaliármos a influência da variável “Estado civil” na legitimação/banalização das representações sociais da violência conjugal dos enfermeiros e assistentes sociais, utilizámos o Teste de Kruskal-Wallis. O Representações sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de enfermeiros e assistentes sociais. Estudo Exploratório.

teste de Kruskal-Wallis é uma alternativa à Anova *One-Way* quando o pressuposto da normalidade e a igualdade de variâncias não se encontra reunido.

A análise de significância deste teste revelou que a variável “Estado Civil” não exerce influência sobre a História 1 [$\chi^2(3) = 2.823$; $p=.264$], a História 2 [$\chi^2(3) = 2.823$; $p=.426$], a História 3 [$\chi^2(3) = 2.823$; $p=.420$] e o Total 30 itens [$\chi^2(3) = 2.823$; $p=.404$].

Neste sentido, apurámos que não há influência da variável “Estado civil” na legitimação/banalização da violência entre parceiros íntimos.

4.5 Influência da Variável “Anos de Serviço”

Com recurso à Anova *one-way* averiguámos se as representações sociais da VPI (QRVC-HIS e QVC-CMR) são influenciadas pelos “Anos de Serviço” da nossa amostra.

Relativamente ao QRVC-HIS, verificámos que não existem valores estatisticamente significantes ao nível dos “Anos de Serviço” na legitimação/banalização da violência entre parceiros íntimos (Tabela 9).

Tabela 9. Influência da variável "Anos de Serviço" no QRVC-HIS (Anova One-Way)

	F (df)	P
História 1	.288 (5, 133)	.919
História 2	.391 (5, 133)	.855
História 3	.453 (5, 133)	.811
Total 30 itens	.313 (5, 133)	.904

Tabela 10. Influência da variável "Anos de Serviço" no QVC-CMR (Anova One-Way)

	F(df)	P
Fatores de Ativação	.877 (5, 133)	.498
Fatores de Manutenção	1.912 (5, 133)	.097
Fatores de Resolução	2.631(5, 133)	.027

Quanto ao QVC-CMR, a análise da significância indicou que os

Representações sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de enfermeiros e assistentes sociais. Estudo Exploratório.

Sónia Cristina Torres de Oliveira e Silva (e-mail:sonia.torres.silva@hotmail.com) 2015

valores dos fatores de Resolução [F (5, 133) =2.631; p=.027] são estatisticamente significativos (Tabela 10).

4.6. Impacto da formação em VPI nas crenças dos profissionais de saúde (QRVC-HIS)

Procurou-se estudar o impacto da formação em violência entre parceiros íntimos nas crenças dos Enfermeiros e Assistentes Sociais em torno da violência conjugal, com a finalidade de perceber se os profissionais de saúde que realizaram formação legitimam mais ou menos a violência no contexto das relações íntimas.

Através da análise descritiva da variável “Alguma vez teve algum tipo de formação sobre violência nas relações íntimas” na variável dependente, pode observar-se que as médias obtidas pelo subgrupo que afirmou ter realizado formação são maioritariamente inferiores, comparativamente às médias dos profissionais de saúde que responderam negativamente à questão (Tabela 11). Neste sentido, os resultados obtidos sugerem que os profissionais de saúde que responderam negativamente à questão consentem mais o recurso à violência nas relações íntimas.

Tabela 11. Análise Descritiva da variável "Alguma vez teve algum tipo de formação sobre violência nas relações íntimas?"

	Formação em VPI	
	Não M (DP)	Sim M (DP)
História 1	12.26 (2.671)	12.55 (4.694)
História 2	14.27 (4.616)	13.36 (5.495)
História 3	12.70 (3.488)	12.51 (4.883)
Total 30 itens	39.11 (9.597)	38.51 (14.087)

Quanto à análise de significância, o Teste de T para Amostras Independentes revelou não existir diferenças estatisticamente significativas: História 1 [t (137) = -.453; p=.651], História 2 [t (137) = 1.053; p=.294], História 3 [t (137) =.272; p=.786], e total [t (137) =.298; p=.766].

Em suma, a variável “Alguma vez teve algum tipo de formação sobre violência nas relações íntimas?” não exerce influência sobre as representações da legitimação da VPI da nossa amostra.

V - Discussão

Neste momento proceder-se-á à discussão dos resultados obtidos no presente estudo, tendo em conta os objetivos definidos, bem como o contributo da literatura existente sobre o tema. Todavia, importa referir que estamos perante um estudo exploratório, pelo que as reflexões ou hipóteses apresentadas constituem apenas possíveis leituras acerca dos resultados alcançados. Deste modo, dever-se-á ter algum cuidado quanto à sua generalização para a população em geral. Não obstante, consideramos que os resultados obtidos poderão apresentar importantes informações acerca da problemática em estudo.

5.1. Representações sociais dos enfermeiros e assistentes sociais em torno da violência conjugal (QRVC-HIS e QVC-CMR)

Considerando as crenças da amostra total sobre a violência conjugal (QRVC-HIS), a análise dos resultados obtidos sugere uma baixa legitimação da violência conjugal, o que se revela congruente com outros estudos realizados na área (Gonçalves, 2004; Vieira, 2013; Vasconcelos, 2014; Bompastor, 2014). A reduzida legitimação da violência pode ser explicada pelo facto de se tratar de uma amostra de profissionais de saúde maioritariamente feminina, jovem ($M = 35.71$), com uma maior consciência das igualdades de direitos entre homens e mulheres (Casimiro, 2002), que assumem cargos reconhecidos e exigentes na sociedade (Bompastor, 2014), confrontando-se quotidianamente com novos contextos, o que poderá contribuir para a mudança de atitude face à problemática da violência nas relações íntimas.

No que diz respeito às histórias que constituem o QRVC-HIS, a história mais legitimada, por ambas as subamostras (enfermeiros e assistentes sociais), é a História 2, o que poderá estar relacionado com o facto de a violência conjugal ocorrer entre idosos e ser perpetrada pela mulher contra o homem. Neste sentido, os resultados obtidos pela nossa amostra corroboram os de Kantor e Jasinski (1998, como citado em Paiva, 2010) que defendem que com o avançar da idade diminui o risco de violência conjugal.

Não obstante, Carlson e Worden (2005, como citado em Vieira, 2013)

revelam que a perpetração da violência conjugal é menos ofensiva ou ilegal quando no feminino, sendo considerada menos visível a violência perpetuada sobre o homem (George, 2003, como citado em Bompastor). Na mesma linha, Cortez, Souza e Queiróz (2010) afirmam que os homens podem ser igualmente vítimas de violência nas relações íntimas. Todavia, esta continua a ser uma realidade pouco reconhecida, face a estes ocultarem a sua vitimização e não denunciarem.

A História 3 foi a segunda história que obteve o maior grau de legitimação, entre a nossa amostra de profissionais de saúde. Esta história alude às vivências de um casal em que a vítima é a mulher, que se encontra grávida, e cujo agressor tem consumos excessivos de álcool, pelo que a afirmação que registou maior grau de concordância refere que “*o problema é a bebida*”. A dependência alcoólica por parte de um membro do casal tem sido retratada pela literatura e pelos *media* como um dos problemas mais devastadores da vida em família.

Os resultados expostos são concordantes com a literatura que considera o álcool como um forte catalisador de comportamentos agressivos para o casal, assumindo-se como fonte de adoecimento conjugal e familiar (Lourenço & Fernandes, 2011), sendo apontado como uma das principais causas da violência (Casimiro, 2002; Anacleto, Njaine, Longo, Boing & Peres, 2009; Filipe, 2013). Segundo Floyd e colaboradores (2006, como citado em Lourenço & Fernandes, 2011), o álcool no seio da relação de casal tende a conduzir a elevados níveis de conflitualidade, violência, agressividade e *stress*. De acordo com as estatísticas da APAV (2013b), 22% dos agressores são dependentes do álcool, contrapondo-se aos 10% de sujeitos sem nenhuma dependência, o que parece sugerir uma certa associação entre o consumo de álcool e a violência. Portanto, pressupõe-se que os comportamentos agressivos sejam, habitualmente, mais justificáveis quando os perpetradores se encontram alcoolizados (Vasconcelos, 2014).

Finalmente, a História 1, que apresenta um casal de estatuto socioeconómico elevado, na qual a mulher é a vítima, reuniu uma menor legitimação por parte de ambos os subgrupos (enfermeiros e assistentes sociais) da nossa amostra. Consideramos pertinente notar a afirmação que revelava maior grau de concordância remetia para a privacidade do casal, (“*A Manuela e o Arménio são adultos responsáveis e devem resolver os*

problemas da violência “entre portas”, sem trazer a público estas questões privadas”). Neste sentido, os resultados alcançados pelos profissionais de saúde poderão ser justificados pelo facto destes se sentirem mais sensibilizados com a situação, pelo que não se permitem rever nela (Bompastor, 2014). Acreditamos ainda que o facto de as afirmações mais assinaladas terem sido concordantes entre os profissionais de saúde poderá dever-se ao facto destes serem expostos, na sua prática profissional, à problemática da violência nas relações entre parceiros íntimos.

Estudos anteriores afirmam que a violência entre parceiros íntimos, em famílias de classe social superior, é ainda uma problemática pouco investigada (Casimiro, 2002), pelo que se revela positivo a nossa amostra não crer erroneamente que a violência se circunscreve a famílias de estrato social inferior.

A análise do QVC-CMR permitiu identificar os fatores de ativação, manutenção e resolução que a presente amostra atribuiu à problemática da violência conjugal.

No que concerne ao item do fator de ativação que reuniu maior concordância entre os sujeitos foi os “Antecedentes de violência na família de origem do agressor e/ou vítima”, o que vai de encontro aos estudos de Costa (2014) e Vasconcelos (2014). Por sua vez, os enfermeiros identificaram as “Dificuldades económicas do casal/família” como sendo a segunda principal causa da violência, em contraposição aos assistentes sociais que indicaram os “Consumos de álcool ou drogas do agressor”.

A literatura vem corroborando a ideia de que o histórico de violência familiar está relacionado com a perpetração e/ou vitimação de comportamentos abusivos nos relacionamentos íntimos (Anacleto, Njaine, Longo, Boing & Peres, 2009). De acordo com a OMS (2002, citada em Silva, 2009) as vivências de violência na família de origem surgem como um fator de risco para a violência conjugal. Na mesma linha, Sampaio (2012, p.158, como citado em Vasconcelos, 2014) refere que “crescer numa família onde sempre existiu violência relacional (...) cria o terreno emocional propício à repetição desses comportamentos nas novas famílias”.

Relativamente às “dificuldades económicas do casal/família”, estudos indicam que o facto de o agressor provir de um meio socioeconómico inferior aliado à sua dependência financeira da vítima, pode constituir um

fator de risco para o surgimento da violência conjugal (APAV, 2010b). Não obstante, Casimiro (2002, p.625) constatou, no seu estudo, que a violência está igualmente presente nas famílias de meio social superior, sendo que a diferença reside no facto de que estas “procuram, de forma visível, proteger a sua privacidade”.

Quanto ao consumo de álcool ou drogas, Hotaling e Sugarman (1986, como citado em Paiva, 2010) encontraram no seu estudo uma relação entre o consumo de álcool e a violência. Todavia, outros autores referem que dever-se-á ter precaução quanto à generalização desta relação, visto os comportamentos abusivos no seio das relações íntimas também surgirem em casais nos quais não existem consumos (Costa, 2014).

Relativamente à manutenção da violência conjugal, os aspetos mais registados pelos sujeitos foram a “Ausência de denúncia por parte da vítima ou de terceiros” e o “Medo de retaliações por parte da vítima”. Os resultados encontrados revelam-se concordantes com os de Aguilar (2010), Paiva (2010), Vieira (2013) e Bompastor (2014).

De acordo com a APAV (2013b), em 2013, 43.8% não denunciaram às autoridades a sua situação de vitimação, sendo que apenas 38.7% apresentaram denúncia. A falta de confiança na justiça, “o medo de retaliações por parte do agressor”, a demora da justiça em atuar e em proteger as vítimas, poderão explicar a ausência de denúncia dos comportamentos abusivos (Root, 1992, como citado em Paiva, 2010; Vieira, 2013; Bompastor, 2014). Por outro lado, muitas mulheres vítimas de violência permanecem junto dos agressores, minimizando os seus comportamentos violentos e mantendo a esperança nas promessas de mudança do companheiro. Neste sentido, a WHO (2012) defende a importância da implementação e/ou melhoria das leis existentes, de forma a contribuir para a mitigação da violência e reforçar as sanções contra os agressores.

Por último, as afirmações do fator de resolução que reuniram maior grau de concordância foram “Proteger a vítima e os filhos, se os houver” e a “Educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória”.

Curiosamente, os nossos sujeitos ao assinalarem a “Educação para a prevenção da violência” como forma de combater a violência, podem indicar que a sentem como lacuna ao longo da sua formação, desejando que seja

uma temática incutida aos jovens “logo na escolaridade obrigatória”. Relativamente a esta problemática, alguns autores realçam a importância de desenvolver programas de prevenção em torno da violência nas relações íntimas (Berger, 2011; Saavedra & Machado, 2013), a fim de reduzir a ocorrência de comportamentos abusivos. O facto de os sujeitos da presente amostra terem pontuado mais os referidos fatores pode sugerir que estes se encontram disponíveis para assumir um papel relevante, no âmbito da sua prática clínica, no término da violência entre parceiros íntimos.

Salienta-se ainda que os resultados obtidos através da análise do QRVC-HIS e do QVC-CMR são congruentes com a literatura estudada. Pode, desta forma, inferir-se que as diferenças entre os profissionais da presente amostra não se revelam estatisticamente significativas, o que demonstra que enfermeiros e assistentes sociais têm um conhecimento semelhante relativamente à violência conjugal.

5.2. Relação entre a resolução de conflitos entre parceiros íntimos (CTS-2) e a legitimação da violência conjugal (QRVC-HIS)

Ao analisar-se a relação entre a resolução de conflitos entre parceiros íntimos e a legitimação da violência conjugal, constatou-se que os profissionais de saúde perpetuam, vitimizam e legitimam mais a agressão psicológica, o que parece corroborar resultados de outros estudos (Bompastor, 2014).

De Ferrante et al (2009, como citado por Bompastor, 2014) considera a agressão psicológica a forma mais grave de violência, face à sua dificuldade em ser reconhecida. Na mesma linha, alguns autores revelam-se deveras preocupados com a aparente banalização da “pequena violência”, quer pelos agressores, quer pelas vítimas, na medida em que tais comportamentos abusivos podem prevalecer ou a agudizar-se ao longo do tempo (Alarcão, 2000; Straus, 2004 citado em Vasconcelos).

Por sua vez, Sampaio (2012, como citado em Vasconcelos, 2014) refere existir evidências do crescente número de comportamentos abusivos perpetrados por mulheres, nomeadamente através da violência psicológica. Segundo Kimmel (2002) a perpetração feminina está estreitamente relacionada com a perpetração masculina, uma vez que os comportamentos

abusivos perpetrados pelas mulheres residem, na maioria das vezes, num contexto de autodefesa.

Relativamente à construção de uma identidade conjugal, os enfermeiros e os assistentes sociais referem existir uma relação entre a agressão psicológica e a negociação (vítima/perpetrador). Importa ainda referir que a relação entre as práticas de negociação revela que quer os sentimentos quer as estratégias de resolução de conflitos são bidirecionais e positivas (Bompastor, 2014), sendo esta a única escala positiva do CTS-2.

5.3. Influência das variáveis “Idade” e “Estado Civil” nas representações sociais da VPI

A análise dos resultados obtidos permitiu apurar que enfermeiros e assistentes sociais não apresentam diferenças estatisticamente significativas na legitimação e/ou banalização da representação social da violência entre parceiros íntimos. O facto de não terem sido encontradas interações significativas entre as variáveis não significa que não exista uma relação entre elas, apenas “não houve evidência suficientemente forte para provar que essas diferenças eram significativas” (Loureiro & Gameiro, 201, como citado por Vasconcelos, 2014).

Assim, pode inferir-se que os profissionais da presente amostra apresentam fortes crenças no que respeita à não-aceitação da problemática da violência conjugal. De acordo com Gonçalves (2004), os profissionais de saúde sentem-se sensibilizados em intervirem em situações de violência conjugal.

5.4. Influência da variável “Anos de Serviço”

Relativamente à influência da variável “Anos de Serviço”, os resultados obtidos pela nossa amostra não revelam diferenças estatisticamente significativas ao nível da legitimação da representação social da violência entre parceiros íntimos. Contudo, no que concerne ao QVC-CMR, estes revelaram-se particularmente significativos ao nível do fator de resolução.

As diferenças encontradas situam-se ao nível dos enfermeiros e

assistentes sociais que exercem entre dois e cinco anos e os que exercem a sua atividade há mais de 20 anos. Neste sentido, pode inferir-se que o facto de a presente amostra pontuar mais em “Estimular a denúncia das situações de violência” e “Informar mais a população geral sobre as consequências da violência conjugal” se relacione com a maturação decorrente dos anos de serviço, associada uma maior consciência e capacidade crítica sobre o impacto dos comportamentos abusivos. Os resultados encontrados podem ainda sugerir uma maior predisposição dos profissionais de saúde no combate à violência nas relações íntimas resultante de uma maior experiência clínica.

Importa ainda destacar que se revelam escassos os estudos que se focam na investigação da relação entre os anos de serviço e a temática da violência nas relações íntimas. Consideramos contudo que tal facto poderá, em investigações futuras, colmatado.

5.5. Impacto da formação em VPI nas crenças dos profissionais de saúde (QRVC-HIS)

No que concerne ao impacto da formação no âmbito da violência nas relações íntimas, bem como às crenças dos enfermeiros e assistentes em torno da violência conjugal, os resultados sugerem que os profissionais de saúde que não obtiveram formação consentem mais o recurso à violência nas relações íntimas, relativamente aos sujeitos que referiram ter realizado formação sobre a temática em questão. Neste aspeto, não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais de saúde.

Quando nos debruçamos sobre a percentagem de sujeitos que afirma já ter tido contacto com a violência no contexto da sua atividade profissional, observamos que 77% já haviam tido, dos quais 59% envolvia utentes/doentes. Relativamente à importância da formação nesta problemática, a maioria (89.9%) assinalou as opções “Concordo” e “Concordo totalmente”. Deste modo, os resultados do presente estudo sugerem o importante papel da formação no combate às crenças legitimadoras/banalizadoras da violência entre parceiros íntimos.

Importa ainda realçar que a percentagem de profissionais de saúde

com formação (39.6%), no âmbito da violência nas relações íntimas, é substancialmente inferior à percentagem dos que nunca obteve formação (60.4%). Além disso, a maioria dos sujeitos que obtiveram formação (15.1%) indicaram tê-la obtido posteriormente à sua formação académica de base, o que sugere a falta de interesse, na inclusão destes temas, por parte das instituições de ensino superior e/ou por parte dos próprios, enquanto estudantes, em adquirir conhecimento sobre a mesma. Salientar, no entanto, que não foram analisados os parâmetros da formação.

Alguns autores (Gonçalves, 2004; Silva, 2009; Berger, 2011) apontam o sentimento de impotência face os casos de violência nas relações íntimas, o medo de ofender e em fragilizar a vítima com perguntas sobre a temática em questão e a falta de preparação (Leal, Lopes & Gaspar, 2011), como justificação para o comportamento dos profissionais no contexto da sua prática clínica. Desta forma, pode inferir-se que seja esta a razão pela qual os profissionais da nossa amostra considerem necessária uma primeira abordagem ao tema logo na escolaridade obrigatória.

Se por um lado existe um crescente interesse na prevenção da violência (Berger, 2011; Saavedra & Machado, 2013, Redondo, 2013; Redondo, Correia, & Rodrigues, n.d.), por outro lado, assistimos a um escasso investimento na formação dos profissionais de saúde (Gonçalves, 2004; Leal, Lopes & Gaspar, 2011). Considerando que, no seu âmbito profissional, estes profissionais de saúde contactam diretamente com situações de violência, particularmente ao nível da intervenção junto de vítimas e/ou perpetradores, os resultados obtidos comprovam a pertinência da formação em torno desta problemática.

VI - Conclusões

A presente investigação permitiu refletir sobre os contornos da violência entre parceiros íntimo, bem como conhecer as crenças mantidas pelos enfermeiros e assistentes sociais em torno desta problemática. Tal revelou-se uma questão extremamente desafiante e complexa, pelo peso ético e cultural implícito aos profissionais de saúde.

À semelhança de estudos anteriores, os resultados obtidos constataam que as crenças mantidas pelos sujeitos e o conhecimento acerca dos fatores

de ativação, manutenção e resolução da violência conjugal são congruentes entre os subgrupos da presente amostra.

Importa igualmente enfatizar a baixa legitimação da violência, o que pode contribuir para uma prestação de cuidados adequada na intervenção dos profissionais que contactam diretamente com esta problemática. No entanto, foi possível observar algumas crenças que justificam os comportamentos violentos face ao consumo de álcool e pelo cansaço do agressor, em favor da privacidade familiar. Neste âmbito, constatou-se que os resultados sugerem que a idade e o estado civil não influenciam as representações sociais da violência entre parceiros íntimos dos profissionais de saúde, contrariamente aos anos de serviço que pontuam significativamente ao nível dos Fatores de Resolução.

Em suma, as representações sociais encontradas refletem os receios, as angústias, a falta de treino e de formação em VPI dos profissionais de saúde. Neste sentido, os resultados obtidos, no presente estudo, vêm confirmar o importante papel da formação na diminuição das crenças legitimadoras e/ou banalizadoras da violência entre parceiros íntimos. Assim, considera-se uma mais-valia o investimento na formação dos profissionais de saúde, com vista a sensibilizá-los para esta problemática, bem como a desmistificar crenças que possam estar a afetar a sua intervenção junto de vítimas e agressores. Não obstante, os resultados encontrados remetem para a importância de uma intervenção precoce que contribua para a sua prevenção, de forma alertar a população, em geral, para os perigos que correm ao consentirem comportamentos abusivos.

6.1 Limitações do estudo e investigações futuras

O presente estudo possui algumas limitações, pelo que importa identificá-las e considerá-las, cuidadosamente, na leitura dos resultados.

Em primeiro lugar, realça-se a grande extensão do protocolo, em especial o instrumento CTS-2, que para além da sua complexidade em termos do seu preenchimento, contém um elevado número de itens, criando algum cansaço nos respondentes com as evidentes consequências. A segunda limitação prende-se com o método de recolha *online* que, trazendo evidentes benefícios, inviabiliza os sujeitos de esclarecerem algumas dúvidas com o investigador.

Outra limitação relaciona-se com o facto de muitas das questões presentes no protocolo remeterem para a intimidade dos sujeitos, de modo a averiguar a presença de comportamentos violentos, sendo estes socialmente censuráveis, o que influenciou a perda de alguns sujeitos. Neste sentido, relativamente à avaliação de uma temática tão íntima, consideramos que seria enriquecedora uma avaliação da desejabilidade social.

Em termos de investigações futuras, seria aconselhável recolher uma amostra com uma distribuição mais equitativa das profissões dos sujeitos, uma vez que no presente estudo o número de enfermeiros é superior ao dos assistentes sociais. Acreditamos que seria, igualmente, pertinente realizar estudo mistos (análises quantitativas e qualitativas), com vista a conquistar uma maior compreensão dos processos evolutivos na formação das crenças, assim como do contexto e das dinâmicas inerentes à ocorrência dos comportamentos abusivos.

Outra linha interessante, para estudos futuros, seria clarificar os parâmetros da formação no âmbito da violência entre parceiros íntimos. Poder-se-ia, ainda, realizar um estudo, que incluísse uma formação específica dos sujeitos, com a finalidade de comparar as crenças mantidas pela amostra antes e depois da formação.

Por fim, consideramos que seria, igualmente, interessante alargar as investigações futuras à temática da VPI no seio de parceiros homossexuais.

Bibliografia

Aguilar, R. (2010). *Representações sociais em torno da violência conjugal: estudo de validação do questionário de violência conjugal: histórias (QRVC-HIS) e do questionário de violência conjugal: causas, manutenção e resolução (QVC-CMR) com uma amostra da população geral* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.

Albuquerque, V. S. (2010). *Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência* (Dissertação de doutoramento não publicada). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.

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.

Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.

Anacleto, A. J., Njaine, K., Longo, G. Z., Boing, A. F., & Peres, K. G. (2009). Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. *Cad. Saúde Pública*, 25 (4), 800-808. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/11.pdf>

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2008). *Violência Doméstica: Violência doméstica nas relações homossexuais*. Lisboa. Retirado de <http://apav.pt/lgbt/menudom.htm#pos4>

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010a). *Contributo da APAV- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa. Retirado de http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/PNS_2011_2016_APAV.pdf

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010b). *Manual Alcipe – Para o atendimento de mulheres vítimas de violência* (2ªed). Lisboa: APAV. Retirado de http://www.apav.pt/apav_v2/images/pdf/ManualAlcipe.pdf

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2013a).

Representações sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de enfermeiros e assistentes sociais. Estudo Exploratório. Sónia Cristina Torres de Oliveira e Silva (e-mail:sonia.torres.silva@hotmail.com) 2015

Estatísticas APAV: Relatório anual 2013. Lisboa: APAV. Retirado de www.apav.pt/estatisticas.

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2013b). *Estatísticas APAV: Violência Doméstica 2013*. Lisboa: APAV. Retirado de www.apav.pt/estatisticas.

Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias. Tempo, caos, processo*. Lisboa: Clempsi Editores.

Azambuja, M. P. R. (2008). *Violência de género e os discursos circulantes nos cuidados de saúde primários*. Braga: Universidade do Minho. Retirado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8506/1/tese%20mariana%20azambuja.pdf>

Berger, S. M. D. (2011). Violência entre Parceiros Íntimos: Desafios no Ensino e Atenção em Saúde. *Revista brasileira de educação médica*, 35 (4), 526 – 534. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a12v35n4>

Bidarra, M. G. A. (1986). O estudo das representações sociais: Considerações teórico conceptuais e metodológicas. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 20, 369-390.

Bompastor, A. M. R. (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.

Borsoi, T.S., Brandão, E.R., & Cavalcanti, M.L.T (2009). Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13 (28), p.165-174.

Brum C. R. S., Lourenço L. M., Gebara C. F. P. & Ronzani T. M. (2013). Violência Doméstica e Crenças: Intervenção com Profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Psicologia em Pesquisa*, 7 (2), 242-250. doi: 10.5327/Z1982-1247201300020012 Retirado de <http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2013/12/v7n2a11>

Carrasco, J. C. (2009). La violencia en el seno de las relaciones íntimas, analizadas por un psicólogo clínico. *Pensamiento Psicológico*, 6 (13), 13-26. Retirado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112469002>

Carrasco, J. C. (2011). Abuso y violencia en las relaciones de pareja. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19 (1), 91-116. Retirado de ProQuest Psychology Journals

Casimiro, C. (2002). Representações sociais de violência conjugal. *Análise Social*, vol. XXXVII (163), 603-630. Retirado de <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218733193N7ILR3rn1Yd68RN0.pdf>

Cortez, M. B., Souza, L. & Queiróz, S. S. (2010). Violência entre parceiros íntimos: uma análise relacional. *Psicologia Política*, 10 (20), 227-243. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v10n20/v10n20a04.pdf>

Costa, D. M. S. G. (2010). *A intervenção em parceria na violência conjugal contra as mulheres: um modelo inovador?* (Dissertação de doutoramento não publicada). Fundação para a Ciência e a Tecnologia, Universidade de Aberta, Portugal.

Estorninho, C. S (coord.). (2006). *Guia de recursos na área da violência doméstica*. Lisboa, Estrutura de Missão Contra a Violência Doméstica.

Filipe, S. A. (2013). *Modelos percebidos de causalidade da violência entre parceiros íntimos*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa: Faculdade de Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10440/1/ulfpie046348_tm.pdf

Gonçalves, A. S. (2004). *A violência doméstica contra as mulheres enquanto problema de saúde pública: As representações sociais dos profissionais de saúde portugueses face a esta questão* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Hanson, H. R., Baud, I. R., & Girard, J. (2008). Violences conjugales et domestiques: autonomie et dépendance dans le système. *Thérapie Familiale*, 29 (4), 447-457. Retirado de ProQuest Journals database

Heyman, R. E., & Schlee, K. A. (1997). Toward a better estimate of the prevalence of partner abuse: adjusting rates based on the sensitivity of the conflict tactics scale. *Journal of Family Psychology*, 11 (3), 332-338.

Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: Causes and prevention. *The Lancet*, 359 (9315), 1423-1429. Retirado de ProQuest Psychology

Journals

Kimmel, M. S. (2002). "Gender symmetry" in domestic violence: A substantive and methodological research review. *Violence Against Women*, 8 (11), 1332-1363. doi: 10.1177/107780102237407

Leal, S. M. C., Lopes, M. J. M., & Gaspar, M. F. M. (2011). Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15 (37), 409-424. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180119116019>

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

Moscovici, S. (2000). *Social representations: explorations on social psychology*. Cambridge: Polity Press.

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

Ramsay, J., et al. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*, 62(602), 647-655. doi: 10.3399/bjgp12X6544623

Redondo, J. (2011). *Violência familiar / entre parceiros íntimos: da leitura e compreensão à intervenção em rede*. Retirado de <http://www.violencia.online.pt/artigos/show.htm?idartigo=451>

Redondo, J. (2013) Violência doméstica e serviços de saúde – da sinalização à intervenção em rede. In *Notícias*, 88, 11-13. Retirado de http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/documentos/documentacao/outr-osdocumentos/noticias_88.pdf

Redondo, J., Correia, A. T., & Rodrigues, T. (n.d.). *Violência Doméstica e Serviços de Saúde: projetos em implementação em agrupamentos de centro e saúde e serviços hospitalares da região centro do país*. Retirado de <http://www.arscentro.min-saude.pt/noticias/documents/brochura.pdf>

Saavedra, R., & Machado, C. (2012). Violência nas relações de namoro entre adolescentes: Avaliação do impacto de um programa de sensibilização e informação em contexto escolar. *Análise Psicológica*, XXX

(1-2), 109-130. Universidade do Minho. Retirado de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/536/pdf>

Saavedra, R., & Machado, C. (2013). Programas de prevenção primária da violência nos relacionamentos íntimos: Da prática internacional à prática nacional. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4 (1), 65-93. Retirado de: http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/962/1/rpca_v4_n1_4.pdf

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. Retirado de <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=186248>

Silva, P. C. (2009). *Violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo sob a ótica dos profissionais de saúde da emergência do Hospital Municipal Paulino Werneck*. (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, Escola de Serviço Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

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

Topa, H. (2009). *Violência doméstica em casais homossexuais: das representações sociais dos profissionais que trabalham com vítimas à vivência das vítimas* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Topa, H. (2010). No arco-íris também há roxo: Violência conjugal nas relações lésbicas. *LES Online*, 2 (1). Retirado em [http://www.lespt.org/lesonline/index.php?journal=lo&page=article&op=viewFile&path\[\]=22&path\[\]=23](http://www.lespt.org/lesonline/index.php?journal=lo&page=article&op=viewFile&path[]=22&path[]=23)

Trindade, Z. A., Bonomo, M., Guerra, V. M., Nascimento, C. R. R. & Ciskon-Evangelista, M. R. (2012). Representações sociais: conhecimento prévio relevante para o ensino e aprendizagem de física. In T. R. Hilger & M. A. Moreira (Eds), *Estudos em representações sociais*. (Vol. 1, pp. 112-114). Brasil. Vitória (GM). Retirado de <http://pt.scribd.com/doc/209577996/Ers-2012-Volume-1->

Completo#force_seo

Valença, A. M., Nascimento, I., Mecler, K., Freire, R., Mezzasalma, M. A., Leão, V. & Nardi, A. E. (2010). Comportamento violento, género e psicopatologia. *Revista LatinoAmericana de Psicopatologia Fundamental*, 13 (2), 238-252. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v13n2/06.pdf>

Vala, J. (2010). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Coords.). *Psicologia Social* (6.ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vaz Lourenço, S. T., & Monteiro Fernandes, O. (2011). “O Álcool entre Nós”: impacto do consumo de álcool no casal. *Revista CES Psicologia*, 4 (2), 15-28. Retirado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1253/1320>

Vieira, A. M. S. (2013). *Representações sociais da violência entre parceiros íntimos numa amostra de estudantes do ensino superior: o género fará a diferença*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra: Portugal.

Watanabe, K. N. (2012). Violência psicológica entre parceiros íntimos: um estudo com jovens universitários. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo. Retirado de http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Cursos/Psicologia/2012/BIBLIOT_DIG_LEVV/Violencia/Karim_Naomi_Watanabe.pdf

Whitaker, D. J., Morrison, S., Lindquist, C., Hawkins, S. R., O’Neil, J. A., Nesisus, A. M., Mathew, A., & Reese, L. (2006). A critical review of interventions for the primary prevention of perpetration of partner violence. *Aggression and Violent Behaviour*, 11, 151-166. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178905000546#>

WHO - World Health Organization (2012). *Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence*. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf

Wray, A. M., Hoyt, T. & Gerstle, M. (2013). Preliminary Examination of a Mutual Intimate Partner Violence Intervention Among Treatment-Mandated Couples. *Journal of Family Psychology*, 27 (4), 664–670. doi: 10.1037/a0032912

Anexos

Anexo I: Protocolo de Investigação

1.1. Declaração de consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Este estudo, “Representações Sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de Profissionais de Saúde”, insere-se num projeto de investigação sobre vivências familiares em estudantes do ensino superior e profissionais de Angola, Brasil, Estados Unidos e Portugal.

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

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

Se desejar, poderá solicitar posteriormente informação sobre o seu desempenho.

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

Atenciosamente

(Sónia Oliveira e Silva)

(Maria Madalena de Carvalho)

Eu,

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

Coimbra, ___ de _____ de 20__

(Assinatura)

1.2. Questionário Sociodemográfico e Dados Complementares

Dados Sociodemográficos

1. Código (iniciais do nome, exemplo João Silva: JS): _____
2. Idade: _____ anos
3. Sexo: M F
4. Nacionalidade: _____
5. Zona de Residência: _____
6. Língua Materna: _____
7. Raça: Caucasiana Africana Asiática Índia Outra (qual?): _____
8. Religião: Católica Muçulmana Protestante Outra (qual?): _____
9. Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo União de Facto
10. Profissão: _____
11. Há quanto tempo exerce a sua profissão?
- Menos de um ano
- Há um ano
- Entre dois e cinco anos
- Entre seis e dez anos
- Entre onze e vinte anos
- Há mais de vinte anos
12. Costuma fazer serviço nas Urgências? Se sim, quantas horas por semana (em média).
- _____
13. Os seus pais estão casados ou em união de facto? Sim Não
14. Se estão divorciados indique em que ano isso aconteceu: _____
15. Se o seu pai e/ou mãe é/são viúvo(a) indique em que ano morreu(eram): _____
16. Anos de escolaridade do Pai: _____ anos
18. Profissão do Pai: _____
17. Anos de escolaridade da Mãe: _____ anos
19. Profissão da Mãe: _____
20. Qual o rendimento bruto anual aproximado da sua família (rendimento conjunto do agregado familiar): _____ (sublinhar a moeda em causa: Euros; Reais; kwanza; Metical)
21. Alguma vez teve contacto com violência no exercício da sua atividade profissional?
- Não
- Sim
22. Se sim, com que frequência?
- Muito frequentemente
- Frequentemente
- Algumas vezes
- Raramente
23. Que tipo de violência?
- Física
- Psicológica
- Financeira
- Outra

24. Em que contexto:
- Entre profissionais
- Involvendo utentes/doentes

25. Alguma vez teve algum tipo de formação sobre violência nas relações íntimas?
- Sim
- Não

Se na questão anterior respondeu “Sim”, por favor continue a responder ao questionário. Se a sua resposta foi “Não” avance, por favor, para a questão 30.

26. Que tipo de formação sobre violência nas relações íntimas?
- Aulas
- Workshops
- Congressos
- Outra. Qual? _____

27. Qual a duração da formação que já obteve sobre violência nas relações íntimas? _____

28. Quantas formações já realizou sobre violência nas relações íntimas? _____

29. Quando obteve a(s) formação(ões) sobre violência nas relações íntimas? (Pode assinalar mais do que uma opção).

- Previamente à minha formação académica de base
- Durante a minha formação académica de base
- Posteriormente à minha formação académica de base

30. Indique o seu grau de concordância relativamente à seguinte afirmação: “No contexto da minha profissão, a formação sobre violência nas relações íntimas é importante”.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

31. Com quem viveu durante a infância e adolescência? _____

Nota: Se não viveu com os seus pais durante a infância e adolescência entenda, nas perguntas que se seguem, o “Pai” como o cuidador do sexo masculino e a “Mãe” como a cuidadora do sexo feminino. Se sempre viveu apenas com uma figura cuidadora, deixe em branco as perguntas que se referem à interação entre os pais/cuidadores. Se os seus pais/cuidadores se divorciaram durante a sua infância ou adolescência, baseie-se, para responder às questões colocadas a seguir, no tempo em que viveram juntos.

32. Durante a infância e adolescência alguma vez testemunhou entre os seus pais/cuidadores:

- a) Abusos físicos com agressões: Sim, com grande frequência Sim, mas raramente
Não
- b) Violência Verbal: Sim, com grande frequência Sim, mas raramente Não
- c) Recusa em pagar despesas: Sim, com grande frequência Sim, mas raramente
Não
- d) Agressão sexual: Sim, com grande frequência Sim, mas raramente Não
- e) Maus tratos de outro tipo: Sim, com grande frequência Sim, mas raramente
Não

33. O seu pai/cuidador consumia álcool?

- a) Sim, com grande frequência Sim, mas raramente Não

34. O seu pai/cuidador consumia um qualquer tipo de drogas?

- a) Sim, com grande frequência Sim, mas raramente Não

b) Identifique, por favor, as drogas em causa:

35. A sua mãe/cuidadora consumia álcool?

- a) Sim, com grande frequência Sim, mas raramente Não

36. A sua mãe/cuidadora consumia um qualquer tipo de drogas?

- Sim, com grande frequência Sim, mas raramente Não

a) Identifique, por favor, as drogas em causa:

37. Durante a sua infância foi vítima de alguma das seguintes situações:

a) Castigos físicos por mau comportamento em casa:

Sim pelo, pai/cuidador Sim, pela mãe/cuidadora Sim, por ambos Sim, Não
por outros familiares

a.1) Se respondeu sim com que frequência isto acontecia?

Com grande frequência Raramente

b) Castigos físicos por mau comportamento na escola:

Sim, com grande frequência Sim, mas raramente Não

c) Violência verbal, com insultos e humilhações, por parte do pai e/ou mãe ou cuidadores:

Sim, com grande frequência Sim, mas raramente Não

d) Violência verbal, com insultos e humilhações, por parte de professores ou outros educadores:

Sim, com grande frequência Sim, mas raramente Não

38. Durante a sua infância ou adolescência foi forçado(a) à realização de atos sexuais contra a sua vontade?

Sim

Não

a) Se respondeu sim, com que frequência?

Com grande Frequência Ocasionalmente

b) Se respondeu sim, por quem eram realizados estes atos?

Por educadores Por familiares Por outros

39. A violência física e/ou verbal nas relações de casal, é mais compreensível se:					
	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
a- o agressor estiver alcoolizado?					
b- o agressor estiver sob o efeito de cannabis/haxixe?					
c- o agressor estiver sob o efeito de anfetaminas?					
d- o agressor estiver sob o efeito da cocaína?					
e- o agressor estiver sob o efeito do crack?					
f- o agressor estiver sob o efeito de outra droga?					

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

CTS-2

The Revised Conflict Tactics Scales

MURRAY A. STRAUS

Independentemente de duas pessoas se darem bem, há alturas em que discutem, ficam aborrecidas uma com a outra, pretendem coisas diferentes uma da outra, ou têm brigas apenas porque estão de mau humor, cansadas ou por qualquer outra razão. As pessoas tentam, também, resolver de formas diversas as suas diferenças.

A seguir, encontrará uma lista de situações que podem acontecer quando duas pessoas discordam de qualquer coisa. Considere o seguinte:

- Assinale quantas vezes aconteceu, de há um ano para cá, na sua **relação atual**, cada uma das situações identificadas (na escala de **1 a 6**);
- Se além de ter vivido as referidas situações na sua relação atual, também as viveu noutra relação (ou noutras relações) **deve assinalar um valor de 1 a 6** para classificar a quantidade de vezes que isso aconteceu na sua relação atual, **e deve assinalar a letra A** para classificar essas vivências na(s) relação(ões) passada(s);
- Se só viveu essas situações noutra relação (ou noutras relações) deve assinalar **apenas a letra A**;
- Se as situações identificadas nos itens **nunca aconteceram**, ou **nunca teve uma relação** a que se possa reportar, deve assinalar o **valor "0"**.

Indique relativamente à sua relação atual, a sua data de início: _____

Quantas vezes isto aconteceu?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1 = Uma vez, de há um ano para cá | 5 = 11-20 vezes, de há um ano para cá |
| 2 = 2 vezes, de há um ano para cá | 6 = Mais de 20 vezes, de há um ano para cá |
| 3 = 3-5 vezes, de há um ano para cá | A = Isso aconteceu-me noutra(s) relação(ões) |
| 4 = 6-10 vezes, de há um ano para cá | 0 = Isso nunca aconteceu |

1. Mostrei ao meu companheiro(a) que me preocupava com ele, mesmo que discordássemos.	1	2	3	4	5	6	A	0
2. O meu companheiro(a) mostrou que se preocupava comigo, mesmo que	1	2	3	4	5	6	A	0

discordássemos									
3. Numa discussão, expliquei ao meu companheiro(a) o meu ponto de vista	1	2	3	4	5	6	A	0	
4. O meu companheiro(a) explicou-me o seu ponto de vista numa discussão	1	2	3	4	5	6	A	0	
5. Insultei ou disse palavrões ao meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0	
6. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0	
7. Atirei ao meu companheiro(a) alguma coisa que o poderia magoar	1	2	3	4	5	6	A	0	
8. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0	
9. Torci o braço ou puxei o cabelo ao meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0	
10. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0	
11. Tive um entorse, pisadura, ferida ou um pequeno corte por causa de uma luta com o meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0	
12. O meu companheiro(a) teve um entorse, pisadura, ferida ou pequeno corte por causa de uma luta comigo	1	2	3	4	5	6	A	0	
13. Mostrei respeito pelos sentimentos do meu companheiro(a) acerca de um assunto	1	2	3	4	5	6	A	0	
14. O meu companheiro(a) mostrou respeito pelos meus sentimentos acerca de um assunto	1	2	3	4	5	6	A	0	
15. Fiz o meu companheiro(a) ter relações sexuais sem	1	2	3	4	5	6	A	0	

preservativo								
16. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
17. Empurrei ou apertei o meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0
18. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
19. Usei a força (e.g., batendo, detendo, ou usando uma arma) para fazer com que o meu companheiro(a) tivesse sexo oral ou anal comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
20. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
21. Usei uma faca ou uma arma contra o meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0
22. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
23. Desmaiei porque o meu companheiro(a) me atingiu na cabeça durante uma luta	1	2	3	4	5	6	A	0
24. O meu companheiro(a) desmaiou porque eu o atingi na cabeça durante uma luta	1	2	3	4	5	6	A	0
25. Chamei de gordo ou feio ao meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0
26. O meu companheiro(a) chamou-me de gorda ou feia	1	2	3	4	5	6	A	0
27. Esmurrei ou bati no meu companheiro(a) com algo que o poderia magoar	1	2	3	4	5	6	A	0
28. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
29. Destruí algo que pertencia ao meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0
30. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0

31. Fui ao médico por causa de uma luta com o meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0
32. O meu companheiro(a) foi ao médico por causa de uma luta comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
33. Tentei sufocar o meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0
34. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
35. Gritei ou berrei ao meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0
36. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
37. Atirei o meu companheiro(a) contra a parede	1	2	3	4	5	6	A	0
38. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
39. Disse que tinha a certeza que poderíamos resolver um problema	1	2	3	4	5	6	A	0
40. O meu companheiro(a) disse-me que tinha a certeza que poderíamos resolver um problema	1	2	3	4	5	6	A	0
41. Precisava de ter ido ao médico, por causa de uma luta com o meu companheiro(a), mas não o fiz	1	2	3	4	5	6	A	0
42. O meu companheiro(a) precisava de ter ido ao médico, por causa de uma luta comigo, mas não o fez	1	2	3	4	5	6	A	0
43. Dei uma tarefa no meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0
44. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0

45. Agarrei à força o meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0
46. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
47. Usei a força (e.g. ferindo, detendo, ou usando uma arma) para fazer com que o meu companheiro(a) tivesse relações sexuais comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
48. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
49. Saí abruptamente da sala, da casa ou de qualquer outro local durante um desentendimento	1	2	3	4	5	6	A	0
50. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
51. Insisti em ter relações sexuais quando o meu companheiro(a) não queria (mas não usei força física)	1	2	3	4	5	6	A	0
52. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
53. Dei uma bofetada ao meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0
54. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
55. Tive uma fractura devido a uma luta com o meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0
56. O meu companheiro(a) teve uma fractura devido a uma luta comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
57. Recorri a ameaças para fazer com que o meu companheiro(a) tivesse sexo oral ou anal comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
58. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0

59. Sugeri um acordo para resolver um desentendimento	1	2	3	4	5	6	A	0
60. O meu companheiro(a) sugeriu um acordo para resolver um desentendimento	1	2	3	4	5	6	A	0
61. Queimei ou escaldei o meu companheiro(a) de propósito	1	2	3	4	5	6	A	0
62. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
63. Insisti com o meu companheiro(a) para que tivéssemos sexo oral ou anal (mas não usei força física)	1	2	3	4	5	6	A	0
64. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
65. Acusei o meu companheiro(a) de ser um amante nojento	1	2	3	4	5	6	A	0
66. O meu companheiro(a) acusou-me disso	1	2	3	4	5	6	A	0
67. Fiz algo para irritar o meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0
68. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
69. Ameacei ferir ou atirar alguma coisa ao meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0
70. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
71. Senti uma dor física, que se manteve no dia seguinte, por causa de uma luta com o meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0
72. O meu companheiro(a) sentiu dor física, que se manteve no dia seguinte, por causa de uma luta que tivemos	1	2	3	4	5	6	A	0
73. Dei pontapés no meu companheiro(a)	1	2	3	4	5	6	A	0

74. O meu companheiro(a) deu-me pontapés	1	2	3	4	5	6	A	0
75. Recorri a ameaças para fazer com que o meu companheiro(a) tivesse relações sexuais comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
76. O meu companheiro(a) fez isso comigo	1	2	3	4	5	6	A	0
77. Concordei em tentar uma solução sugerida pelo meu companheiro(a) para um desentendimento	1	2	3	4	5	6	A	0
78. O meu companheiro(a) concordou em tentar uma solução que eu sugeri	1	2	3	4	5	6	A	0

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

Questionário de Violência Conjugal – Histórias (QRVC-HIS)

(Alarcão, M & Alberto, I., Correia, A., Camelo, A., 2007)

Este questionário integra três histórias de três casais diferentes. Em cada uma dessas histórias vai encontrar dez afirmações; pedimos-lhe que, para cada uma delas, nos indique o seu grau de concordância, usando a seguinte escala: 1 “discordo completamente”, 2 “discordo”, 3 “concordo”, 4 “concordo completamente”. Este é um questionário de opinião, em que as suas respostas serão tratadas de forma anónima e confidencial.

Item de Exemplo:

a) No Verão a grande maioria das famílias portuguesas vai de férias para o Algarve

Discordo Completamente 1	Discordo 2	Concordo 3	Concordo Completamente 4
--------------------------------	---------------	---------------	--------------------------------

História 1

Arménio é um engenheiro chefe de 40 anos, casado com Manuela, enfermeira de 38 anos; tem dois filhos, o Marcos, com 15 anos, e a Sara, que tem 13 anos. A Manuela confidenciou a uma colega de trabalho que as coisas não andam bem na sua vida de casada. O Arménio é uma pessoa completamente diferente dentro e fora de casa. No trabalho, com os amigos e vizinhos, é muito simpático, sempre disponível; mas com ela é bastante rude: chama-lhe “ignorante” (achando que tudo o que ela diz está errado e que “dela só sai asneira”) ou deixa-a a falar sozinha e vai-se embora, dizendo-lhe que tem vergonha dela porque nem gosto tem para se vestir. Por vezes, quando a Manuela se atrasa no serviço, o Arménio chega a dar-lhe umas bofetadas porque o jantar não está feito a horas e ele, assim, não consegue chegar pontualmente às reuniões de trabalho.

Representações sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de enfermeiros e assistentes sociais. Estudo Exploratório.

Sónia Cristina Torres de Oliveira e Silva (e-mail:sonia.torres.silva@hotmail.com) 2015

A Manuela diz que os filhos não se apercebem de nada porque estes desentendimentos nunca acontecem à frente deles e ela faz por se mostrar alegre quando eles estão por perto.

Discordo Completamente 1	Discordo 2	Concordo 3	Concordo Completamente 4
--------------------------------	---------------	---------------	--------------------------------

	1	2	3	4
1. Com os estudos que tem, o Arménio é incapaz de maltratar realmente a sua mulher				
2. A Manuela queixa-se que o marido a chama de ignorante e goza com a forma como se veste mas ele só pretende que ela se comporte como boa esposa e mãe de família				
3. Se o Arménio trata mal a Manuela, é porque ela lhe dá razões para que isso aconteça				
4. Se o Arménio é uma pessoa simpática e disponível para com os outros fora de casa, será incapaz de ser violento na sua própria casa				
5. A Manuela deve guardar para si as dificuldades que tem com o marido para bem da família e, particularmente, dos filhos				
6. Se o Arménio anda mais nervoso por causa do trabalho, é provável que descarregue a sua tensão sobre a Manuela				
7. O Arménio tem alguma razão em ficar zangado e em agredir a Manuela porque ela o impede de chegar a horas às reuniões				
8. A Manuela e o Arménio são adultos responsáveis e devem resolver os problemas da violência “entre portas”, sem trazer a público estas questões privadas				
9. Uma bofetada dada num momento de zanga/tensão, não é propriamente violência conjugal				
10. É compreensível que o Arménio se passe, porque gerir o trabalho, os filhos e uma mulher que se atrasa é difícil				

História 2

A Luísa é uma mulher de 60 anos mas ainda tem muitos afazeres: trabalha na agricultura, faz umas horas por semana na limpeza de casas e, à noite, ainda tem uns trabalhos de costura. Tudo isto a cansa muito e a torna muito irritável. O António tem a mesma idade e é carpinteiro: quando chega a casa o que mais quer é poder descansar de um trabalho de que gosta mas que já começa a ser pesado. Ele já conhece a mulher que tem e tenta passar despercebido; senão “sobra” para ele. A Luísa, quando fala para ele é sempre a ralar, dizendo que “quem usa calças lá em casa é ela”, que ele “é um inútil”, e, por vezes, o António tem de se baixar para não “apanhar com objectos voadores” que a mulher atira quando está mais exasperada. O António diz isto a sorrir, como que a desvalorizar a situação, mas sempre vai adiantando que, por vezes, não é rápido que chegue pelo já teve de ir receber tratamento médico. Desculpa a mulher, dizendo que a vida dela nunca foi fácil pois desde pequena foi sempre uma sacrificada. Acha que, apesar de tudo, ela é uma boa mulher, pois é trabalhadora e a casa está “sempre um brinco”. Claro que gostaria de ter mimo em vez de “ralhetes e pancadaria”, mas conclui “que não se pode ter tudo” e “nesta idade, já não há que esperar muito da vida”. Por outro lado, o António refere que a Luísa só se torna “uma fera” quando está cansada com tanto trabalho: a “culpa é deste trabalho todo que é preciso fazer para se ter alguma coisita”.

Discordo Completamente 1	Discordo 2	Concordo 3	Concordo Completamente 4
--------------------------------	---------------	---------------	--------------------------------

	1	2	3	4
1. É um exagero considerar estas pequenas “batalhas” entre a Luísa e o António como um problema de violência conjugal				
2. O António faz bem em desvalorizar a violência da Luísa para não perturbar a paz familiar				

3. É pouco provável que a Luísa, idosa e cansada, consiga maltratar realmente o António. São rabugices próprias da idade				
4. O comportamento da Luísa é compreensível pois, como diz o próprio marido, ela teve sempre uma vida muito difícil				
5. Como pessoa do campo e com pouca escolaridade, é bem provável que a Luísa resolva as coisas pela força e não pela conversa				
6. A Luísa tem razão em zangar-se com o marido, pois trabalha bastante e ele não a ajuda nada; antes pelo contrário, dá-lhe mais trabalho				
7. O António faz bem em aguentar esta situação e em desculpar a mulher pois nesta idade é melhor fazer tudo para se manterem juntos, como casal				
8. Provavelmente a Luísa é mais agressiva com o António por causa de estar tão cansada com todo o trabalho que tem				
9. Estas zangas da Luísa com o António são usuais nesta idade; até podem provocar alguns acidentes, mas não pode dizer-se que seja uma violência séria				
10. O António é capaz de merecer alguns ralhos da mulher porque parece levar uma vida descansadinha e despreocupada				

História 3

A Deolinda tem 30 anos, é doméstica e está casada há apenas 3 anos, com o Esteves, mas não tem sido fácil manter este casamento. O Esteves tem sensivelmente a mesma idade, trabalha na construção civil e gosta de beber uns copos com os amigos, depois do trabalho, e quando chega a casa, com um bocadinho a mais de vinho, fica difícil para a Deolinda. Começa por implicar com o jantar: “se é peixe, apetecia-lhe carne, se é carne, queria peixe”! Culpa a Deolinda de fazer de propósito para o irritar, fazendo sempre o contrário do que ele pede. Quando fica mesmo descontrolado chega a bater na mulher, que se encontra grávida de 4 meses. Ela tem umas nódoas negras, “mas nunca foi preciso ir ao médico por causa das agressões”. A Deolinda continua a achar que o Esteves é uma boa pessoa, preocupado com ela e o outro filho (que tem 2 anos). É o vinho que o torna violento; “quando lhe passa a bebedeira, vem pedir desculpa, a chorar, e eu sei que é do fundo do coração”

Discordo Completamente 1	Discordo 2	Concordo 3	Concordo Completamente 4
--------------------------------	---------------	---------------	--------------------------------

	1	2	3	4
1. A Deolinda deve tentar manter este casamento, até porque tem um filho pequeno e vai ter outro, que precisam do pai				
2. O problema é a bebida; o Esteves só se torna agressivo por causa do vinho				
3. A Deolinda devia esforçar-se por saber o que o Esteves quer para o jantar, para evitar que o marido se chateie				
4. Se a Deolinda nunca precisou de receber cuidados médicos, é porque o marido não é assim tão violento como ela diz				
5. Não admira que o Esteves bata na mulher porque é um operário com pouca instrução e sensibilidade para a questão da violência				
6. O Esteves anda muito preocupado, agora que vem aí outro filho, e isso faz com que fique mais irritado e se descontrole de vez em quando				
7. É pouco provável que o Esteves bata na Deolinda enquanto ela está grávida do seu próprio filho				
8. A Deolinda não devia andar a “publicitar” estas discussões que tem com o marido pois isso só diz respeito ao casal				
9. Se a Deolinda faz sempre o contrário do que o Esteves pede, é porque gosta de o provocar e de se sujeitar a ser agredida				
10. A Deolinda deve estar a exagerar um bocadinho nas suas histórias sobre as desavenças que tem com o Esteves e a fazer-se de vítima				

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

QVC – CMR

(Alarcão, M., Alberto, I., Camelo, A., Correia, A., 2007)

A violência conjugal é um problema social sobre o qual cada um de nós, enquanto membros de uma comunidade, vai reflectindo e formulando algumas opiniões. Vai encontrar, seguidamente, um conjunto de afirmações relativas aos factores que podem explicar o aparecimento da violência e a sua manutenção, bem como de factores que podem contribuir para o seu desaparecimento. Pedimos-lhe que, para cada uma delas, nos indique o seu grau de concordância, usando a seguinte escala: 1 “discordo totalmente”, 2 “discordo”, 3 “concordo”, 4 “concordo totalmente”.

Discordo totalmente 1	Discordo 2	Concordo 3	Concordo totalmente 4
--------------------------	---------------	---------------	--------------------------

1. A violência conjugal é devida a:

	1	2	3	4
1. Consumos de álcool ou drogas por parte do agressor				
2. Doença mental do agressor				
3. Baixo grau de instrução do agressor				
4. Baixa auto-estima do agressor				
5. Doença mental da vítima				
6. Comportamento provocador da vítima				
7. Fragilidade emocional da vítima				
8. Interferência de outros familiares				
9. Problemas/dificuldades criadas pelos filhos				
10. Relações extra-conjugais do agressor/da vítima				
11. Antecedentes de violência na família de origem do agressor e/ou da vítima				
12. Aceitação social da violência				
13. Isolamento social do casal/família				
14. Dificuldades económicas do casal/família				

2. O que mais contribui para a manutenção da violência conjugal é:

Representações sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de enfermeiros e assistentes sociais. Estudo Exploratório.

Sónia Cristina Torres de Oliveira e Silva (e-mail:sonia.torres.silva@hotmail.com) 2015

1. Ausência de denúncia por parte da vítima ou de terceiros	1	2	3	4
2. Falta de confiança na eficácia da justiça				
3. Valorização da união familiar				
4. Existência de filhos				
5. Isolamento social da vítima e/ou da família				
6. Falta de conhecimentos da vítima sobre como pedir ajuda				
7. Ambivalência da vítima face ao agressor				
8. Medo de retaliações por parte da vítima				
9. Desconhecimento da vítima relativamente aos seus direitos				
10. Ameaça de suicídio por parte do agressor				
11. Promessas de mudança por parte do agressor				
12. Ternura do agressor fora dos momentos de violência				
13. Aceitação social da violência				
14. Interferência de outros familiares				

3. O mais importante para pôr fim à violência é:

1. Afastar o agressor	1	2	3	4
2. Condenar mais agressores				
3. Estimular a denúncia das situações de violência				
4. Estimular a separação/ divórcio do casal				
5. Proteger a vítima e os filhos, se os houver				
6. Mudar o comportamento da vítima				
7. Tratar o agressor				
8. Tratar o casal				
9. Informar mais a população geral sobre as consequências da violência conjugal				
10. Melhorar as condições socio-económicas das famílias				
11. Aumentar os direitos da mulher				
12. Aumentar os tempos de lazer das famílias				
13. Intervenção de outros familiares, amigos, vizinhos				
14. Educação para a prevenção da violência logo na escolaridade obrigatória				

Anexo II: Caracterização da Amostra

2.1. Análise descritiva dos Dados Sociodemográficos e dos Dados Complementares

Tabela 12. Análise Descritiva da variável "Idade"

Idade	N
21	2
22	3
23	5
24	6
25	7
26	5
27	13
28	6
29	3
30	4
31	2
32	5
33	4
34	2
35	5
36	6
37	7
38	2
39	3
40	6
41	5
42	4
43	1
44	4
45	2
46	6
47	4
50	2
52	3
53	3
54	2
55	3
56	2
57	2

Tabela 13. Análise Descritiva do contato com a Violência

Variável	Categoria	Profissionais de Saúde	
		n =139	
		n	%
		<i>Missings=0</i>	0.0
Alguma teve contato com violência no exercício da sua atividade profissional?	Não	32	23
	Sim	107	77
		<i>Missings=0</i>	0.0
Se sim, com que frequência?	Muito frequentemente	7	5
	Frequentemente	1	9.4
	Algumas vezes	57	41
	Raramente	30	21.6
		<i>Missings=0</i>	0.0
Em que contexto?	Entre profissionais	12	8.6
	Envolvendo utentes/doentes	82	59
	Envolvendo Civis	2	1.4
	Profissionais e Doentes	8	5.8
	Doentes e Civis	2	1.4
	Todas as opções	1	.7
		<i>Missings=0</i>	0.0
Que tipo de violência?	Física	21	15.1
	Psicológica	48	34.5
	Todas	38	27.3

Anexo III: Resultados

3.1. Análise descritiva do QRVC-HIS por profissões

Tabela 14. Análise Descritiva dos itens para a História 1 (QRVC-HIS)

	Enfermeiros		Assistentes Sociais		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
QRVC-HIS 11	1.21	.531	1.15	.538	1.19	.533
QRVC-HIS 12	1.23	.585	1.23	.614	1.23	.594
QRVC-HIS 13	1.06	.234	1.17	.513	1.10	.367
QRVC-HIS 14	1.13	.426	1.12	.471	1.12	.442
QRVC-HIS 15	1.28	.659	1.17	.513	1.24	.609
QRVC- HIS 16	1.53	.833	1.58	.936	1.55	.870
QRVC-HIS 17	1.09	.292	1.14	.491	1.11	.377
QRVC-HIS 18	1.69	.944	1.44	.850	1.60	.915
QRVC-HIS 19	1.11	.355	1.15	.500	1.13	.414
QRVC-HIS 110	1.09	.291	1.19	.561	1.13	.414

Tabela 15. Análise Descritiva dos itens para a História 2 (QRVC-HIS)

	Enfermeiros		Assistentes Sociais		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
QRVC-HIS 21	1.34	.587	1.35	.653	1.35	.610
QRVC-HIS 22	1.30	.508	1.35	.683	1.32	.578
QRVC-HIS 23	1.26	.493	1.37	.627	1.30	.547
QRVC-HIS 24	1.32	.581	1.38	.631	1.35	.598
QRVC-HIS 25	1.48	.729	1.35	.683	1.43	.713
QRVC- HIS 26	1.39	.653	1.40	.693	1.40	.666
QRVC-HIS 27	1.37	.593	1.33	.678	1.35	.624
QRVC-HIS 28	1.67	.802	1.75	.947	1.70	.857
QRVC-HIS 29	1.31	.535	1.33	.617	1.32	.565
QRVC-HIS 210	1.40	.619	1.40	.748	1.40	.667

Tabela 16. Análise Descritiva dos itens para a História 3 (QRVC-HIS)

	Enfermeiros		Assistentes Sociais		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP
QRVC-HIS 31	1.37	.552	1.27	.689	1.33	.607
QRVC-HIS 32	1.51	.791	1.44	.752	1.48	.774
QRVC-HIS 33	1.20	.427	1.27	.630	1.22	.511
QRVC-HIS 34	1.17	.409	1.19	.525	1.18	.454
QRVC-HIS 35	1.18	4.418	1.25	.622	1.21	.503
QRVC- HIS 36	1.23	.423	1.21	.536	1.22	.467
QRVC-HIS 37	1.17	.380	1.23	.581	1.19	.464
QRVC-HIS 38	1.33	.584	1.29	.637	1.32	.602
QRVC-HIS 39	1.18	.390	1.23	.614	1.20	.484

Representações sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de enfermeiros e assistentes sociais. Estudo Exploratório.

Sónia Cristina Torres de Oliveira e Silva (e-mail:sonia.torres.silva@hotmail.com) 2015

QRVC-HIS 310 1.26 .469 1.27 .630 1.27 .533

3.2. Influência das profissões nas crenças em torno da VPI (QRVC-HIS)

Tabela 17. Teste T-Student (profissões)

t-test for Equality of Means						
	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Dference	95% Confidence Interval of the Difference Lower Upper
HIS 1	.119	137	.905	.075	.633	-1.176 1.326
HIS 2	-.192	137	.848	-.169	.877	-1.902 1.565
HIS 3	-.062	137	.951	-.045	.718	-1.464 1.375

Tabela 18. Estatísticas de Grupo

	Profissão	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da média
História 1	Enfermeiros	87	12.40	2.630	.282
	Assistentes Sociais	52	12.33	4.829	.670
História 2	Enfermeiros	87	13.85	4.476	.480
	Assistentes Sociais	52	14.02	5.779	.801
História 3	Enfermeiros	87	12.61	3.171	.340
	Assistentes Sociais	52	12.65	5.302	.735

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

Tabela 19. Teste T-Student (Formação em VPI)

t-test for Equality of Means							
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Dference	95% Confidence Interval f the Difference	
						Lower	Upper
HIS 1	-.453	137	.651	-.284	.626	-1.521	.953
HIS 2	1.053	137	.294	.910	.864	-.798	2.619
HIS 3	.272	137	.786	-.193	.710	-1.211	1.598

Tabela 20. Estaísticas de Grupo

	Formação em VPI	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da média
História 1	Não	84	12.26	2.671	.291
	Sim	55	12.55	4.694	.633
História 2	Não	84	14.27	4.616	.504
	Sim	55	13.36	5.495	.741
História 3	Não	84	12.70	3.488	.381
	Sim	55	12.51	4.883	.658