



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Perfil Psicopatológico de Agressores Conjugais e Fatores de Risco

Carina Tatiana Menchero Caldeira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Manuel Joaquim da Silva Loureiro

Covilhã, outubro de 2012

Dissertação de Mestrado realizada sob
Orientação do Prof. Doutor Manuel Loureiro
apresentado à Universidade da Beira Interior
para a obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia, registado na DGES sob o 9463.

Dedico este trabalho àqueles que já partiram,
mas que ainda assim me acompanham todos os dias da minha vida.

E ainda a ti, por modificares o caminho
que por muitos me estaria inegavelmente destinado.

Agradecimentos

Decorridos cinco anos desde que iniciei o meu percurso académico, está na altura de agradecer a todos aqueles que possibilitaram que este meu sonho se tornasse realidade, é pois tempo de agradecer a todos aqueles que depositaram a sua confiança e esperança em mim.

Agradecer, em primeiro lugar, ao meu orientador Prof. Dr. Manuel Loureiro pela paciência e disponibilidade prestada ao longo deste ano, pelas palavras de motivação e incentivo, pelo otimismo e pela fé e esperança que deposita em todas as situações da vida.

Em segundo lugar gostaria de agradecer a todos os técnicos da DGRS que possibilitaram a recolha da amostra e colaboraram em todo o processo, em especial aos técnicos com quem tive o prazer de trabalhar e à Dra. Maria Filomena Silva pela atenção e disponibilidade.

Um agradecimento especial à Dra. Filipa Carrola, colega de universidade, pela disponibilidade, simpatia, palavras de incentivo e força.

Como não poderia deixar de ser, gostaria de agradecer à minha família: ao meu pai, pelo seu esforço e dedicação, à minha mãe por me ensinar a relativizar os problemas, à minha irmã Marina pelas longas noites de conversa e por todas as partilhas e à minha irmã Sandrina, pelo amor incondicional, pelas saudades e por me perdoar as ausências.

O meu muito obrigado ao Ricardo Ponciano por todos os momentos partilhados, pela paciência, pelo amor demonstrado, pela força, pelos risos partilhados, por acreditar e confiar em mim e por me fazer sentir especial a cada dia que passa.

E como os amigos são a família que escolhemos um obrigada muito especial á Flávia Brito pela inspiração, pela fé e pela vontade de viver, pela compreensão e pela amizade, à Liliana Pilha porque apesar de longe o seu apoio e exemplo de determinação e força foram uma constante e à Susana Pinto pelas suas diferenças e pelos seus elevados valores morais que tantas vezes me fizeram assentar no chão. Muito obrigada às três por me ajudarem a encontrar o meu equilíbrio. Um muito obrigada também ao Hugo Rocha pelos infinitos debates e por me fazer crescer enquanto profissional todos os dias, através do seu rigor teórico e metodológico, pela sua teimosia e racionalidade, que me fazem crescer em criatividade para encontrar os argumentos certos para cada situação.

Por último, e como não poderia deixar de ser o meu muito obrigado às minhas colegas de curso e a todos aqueles que fizeram parte do meu percurso académico e que contribuíram para que recorde os tempos de universidade com tanta alegria e emoção.

Resumo

Esta investigação tem como objetivo caracterizar um grupo de agressores conjugais através da análise dos seus sintomas psicopatológicos e de alguns indicadores sociodemográficos, funcionando numa base descritiva, exploratória e correlacional. Surge de acordo com os modelos intrapessoais da violência doméstica cujo foco são os fatores internos do sujeito. Para tal recorreu-se a uma amostra de 30 sujeitos do sexo masculino, sinalizados pela DGRS por cumprirem pena por crime de violência doméstica contra cônjuge ou análogos, com uma média de idade de 49 anos e um desvio-padrão de 11,890, sendo que, 9 (30%) participantes se situam no estatuto socioeconómico médio e 10 (33,3%) têm o ensino básico. Aos participantes foi aplicado um protocolo de instrumentos que permitissem simultaneamente avaliar as crenças e atribuições associadas à violência doméstica nos agressores conjugais, caracterizar as dimensões psicopatológicas associadas aos seus comportamentos, determinar as dimensões de psicopatia, utilizando para tal os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Atribuições Causais (Henning, Joner & Holdford, 2005); versão portuguesa do SCL-90-R (Derogatis, 1977); I.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); E.C.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); PCL/P-Scan (Hare, 2003; Hare & Hervé, 1999; Gonçalves & Lobo, 2006 cit. in Lobo, 2007) e ODARA (Hilton, Harris & Rice, 2002). Os principais resultados apontam para que se classifiquem os agressores conjugais como indivíduos desconfiados, hostis, com uma grande necessidade de controlo e um grande medo de perda da autonomia, como sujeitos que fazem uso de um pensamento projetivo, de um centralismo autorreferencial e ideiação delirante, manifestando crenças de grandiosidade, hipersensibilidade à crítica, apresentando também alguns traços obsessivos. Tendem a adotar tanto comportamentos característicos de episódios de violência física, bem como violência emocional/psicológica, não havendo contudo associação entre a sintomatologia apresentada e os episódios violentos, à exceção de uma associação positiva entre a hostilidade e a violência emocional/psicológica, $r_{pb} = 0,391$, $p = 0,05$. Este estudo permitiu ainda perceber que a violência doméstica é um fenómeno independente da idade dos agressores, do seu nível económico e do seu nível de escolaridade.

Palavras-chave

Violência doméstica; agressores conjugais; perfil psicopatológico; fatores de risco;

Abstract

This research aims to characterize a group of violent husbands through the study of his psychopathological symptoms and some sociodemographic indicators, working with a descriptive, exploratory and correlational design. It's created in concordance with the intrapersonal models of domestic violence who are focused on internal factors of the subject. For this we used a sample of 30 male subjects, flagged by DGRS for doing sentence for the crime of domestic violence against a spouse or similar, with a mean age of 49 years and a standard deviation of 11.890, and, 9 (30%) participants are in the middle socioeconomic status and 10 (33.3%) have primary education. The participants were assigned a protocol who assess the beliefs and attributions related to domestic violence in violent husbands, characterize psychopathological dimensions associated with their behaviors and determine the dimensions of psychopathy. The protocol contains the following instruments: Sociodemographic Questionnaire; Assignments causal (Henning, Joner & Holdford, 2005), the portuguese version of the SCL-90-R (Derogatis, 1977); I.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); E.C.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); PCL/ P-Scan (Hare, 2003; Hare & Hervé, 1999; Gonçalves, & Wolf, 2006 cit. in Lobo, 2007) and ODARA (Hilton, Harris & Rice, 2002). The main results indicate that the violent husbands may be characterized as suspicious individuals, hostiles, who have a strong need for control and a great fear of loss of autonomy, as subjects who use projective thinking and a self-referential centralism and delusional ideation, who manifests beliefs of grandiosity, hypersensitivity to criticism, showing also some obsessive traits. They tend to adopt characteristic behaviors of both episodes of physical and emotional/psychological violence, but there was no association between symptoms reported and the violent episodes, with the exception of a positive association between hostility and emotional/psychological violence, $r_{pb} = 0.391$, $p = 0.05$. This study allowed us to realize that domestic violence is a phenomenon independent of the age of the perpetrators, their economic and educational level.

Keywords

Domestic violence; violent husband; psychopathological profile; risk factors;

Índice

Dedicatória	v
Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract	xi
Índice	
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas	xvii
Lista de Acrónimos	xix
Capítulo 1. Introdução	1
Capítulo 2. Violência doméstica, características dos agressores	3
2.1 Violência doméstica: conceptualizações, tipologias, evidências e contextos	3
2.1.1 Violência doméstica: do alheamento à construção científica	3
2.1.2 conceptualizações teóricas	6
2.1.3 Origem e manutenção da Violência Doméstica: modelos teóricos	8
2.1.3.1 Ciclo da violência (Walker, 1979/1989)	9
2.1.3.2 Modelo Interativo da Violência Doméstica (Stith & Rosen, 1992)	10
2.1.3.3 Modelo Biopsicossocial da Violência Doméstica (Rosembaum, Geffner & Sheldon, 1997)	12
2.1.3.4 Modelo dos mecanismos psicológicos da Violência Doméstica (Echeburua & Fernández-Montalvo, 1998)	13
2.1.3.5 Quadro Contextual da Violência Doméstica (Bell & Naugle, 2008)	15
2.1.4 Epidemiologia e o impacto da violência doméstica	17
2.2 Tipologias de agressores conjugais e as suas características	21
2.2.1 Características dos agressores conjugais	22
2.2.1.1 Psicopatia, Hostilidade e Raiva	23
2.2.1.2 Perturbações da Personalidade	26
2.2.1.3 Dependências	28
2.2.2 Tipologias dos agressores conjugais	29
2.2.2.1 Tipologia de Holtzworth-Munroe e Stuart (1994)	29
2.2.2.2 Tipologia de Dutton e Golland (1997)	31
2.2.2.3 Tipologia de Fernández-Montalvo e Echeburúa (1997)	32
Capítulo 3. Material e Métodos	35

3.1	Formulação do problema e objetivos do trabalho empírico	35
3.2	Participantes	37
3.3	Instrumentos	40
3.3.1	Questionário Sociodemográfico	40
3.3.2	Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.)	41
3.3.3	<i>Symptom Check-List Revised</i> (SCL-90-R)	41
3.3.4	P-Scan	44
3.4	Procedimentos	45
Capítulo 4.	Resultados	49
4.1	Caracterização da sintomatologia psicopatológica: Perfil Clínico do SCL-90-R	51
4.1.1.	Relação entre a idade e a sintomatologia psicopatológica apresentada	53
4.2	Psicopatia: análise descritiva do P-Scan	54
4.3	SCL-90-R vs P-Scan: cruzamento de informação	55
4.4	Caracterização dos comportamentos violentos adotados	57
4.4.1	Diferenças entre a idade e os comportamentos violentos adotados em qualquer relação	57
4.4.2	Relação entre o nível socioeconómico e os comportamentos violentos adotados na relação atual	57
4.4.3	Relação entre o nível de escolaridade e os comportamentos violentos adotados na relação atual	59
4.4.4	Relação entre os níveis de hostilidade e os comportamentos violentos adotados na relação atual	60
4.4.5	Relação entre os níveis de ideação paranoíde e os comportamentos violentos adotados na relação atual	60
4.4.6	Relação entre os níveis de sensibilidade interpessoal e os comportamentos violentos adotados na relação atual	60
Capítulo 5.	Discussão e Conclusão	61
5.1	Características sociodemográficas dos agressores conjugais	61
5.2	Perfil psicopatológico dos agressores conjugais	63
5.3.	Síntese integrativa: limitações e propostas futuras	67
	Referências Bibliográficas	71
	Anexos	81
	Anexo I - Questionário Sociodemográfico	83
	Anexo II - Projeto do trabalho	89
	Anexo III - Consentimento Informado	93

Lista de Figuras

Figura 1. - Modelo Interativo da Violência Doméstica	Pág. 12
Figura 2. - Modelos dos Mecanismos Psicológicos da Violência Doméstica	Pág. 14
Figura 3. - Quadro Contextual da Violência Doméstica	Pág. 15
Figura 4. - Distribuição dos valores médios obtidos nos índices sintomáticos e nos índices globais do SCL-90-R.	Pág. 52

Lista de Tabelas

Tabela 1. - Caracterização das dimensões somáticas do SCL-90-R	Pág. 42
Tabela 2. - Categorização dos itens pertencentes ao I.V.C.	Pág. 50
Tabela 3. - Estatística descritiva relativa aos índices globais do SCL-R90	Pág. 52
Tabela 4. - Estatística descritiva relativa às nove dimensões do SCL-90-R	Pág. 52
Tabela 5. - Resultados obtidos no Teste Mann-Whitney para os índices globais do SCL-90-R segundo a idade	Pág. 53
Tabela 6. - Resultados obtidos no Teste Mann-Whitney para as dimensões somáticas do SCL-90-R segundo a idade	Pág. 54
Tabela 7. - Estatística Descritiva relativa ao PCL-R/P-Scan	Pág. 55
Tabela 8. - Coeficiente de Correlação de Pearson entre os índices do SCL-90-R e as facetas do P-Scan	Pág. 56
Tabela 9. - Tabela de contingência da presença de violência física na relação atual segundo o estatuto socioeconómico	Pág. 58
Tabela 10. -Tabela de contingência da presença de violência emocional/psicológica na relação atual segundo o estatuto socioeconómico	Pág. 58
Tabela 11. - Tabela de contingência da presença de violência física na relação atual segundo o nível de escolaridade	Pág. 59
Tabela 12. - Tabela de contingência da presença de violência física na relação atual segundo o nível de escolaridade	Pág. 59

Lista de Acrónimos

ANS	Ansiedade
CPP	Código Penal Português
DEP	Depressão
DGRS	Direção-Geral de Reinserção Social
E.C.V.C.	Escala de Crenças da Violência Conjugal
EU	União Europeia
FOB	Ansiedade Fóbica
GSI	<i>Global Severity Index</i>
HOS	Hostilidade
I.V.C.	Inventário de Violência Conjugal
INT	Sensibilidade Interpessoal
OBS	Obsessão-Compulsiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAR	Ideação Paranoide
PCL-R	<i>Psychopathy Checklist-Revised</i>
PSDI	<i>Positive symptom distress index</i>
PSI	Psicocitismo
PST	<i>Positive Symptom Total</i>
SCL-90-R	<i>Symptom Check-List Revised</i>
SOM	Somatização

Capítulo 1. Introdução

O fenómeno que é a violência doméstica tem vindo a assumir progressivamente um lugar de destaque no discurso científico, político, judiciário, nos meios literários e nos *mass media* suscitando, ao longo dos últimos anos, o interesse de múltiplos públicos (Matos, 2006).

Efetivamente, a violência por parte de um parceiro íntimo, usualmente mais conhecida como violência doméstica, parece ser um fenómeno universal, um fenómeno que não é específico de determinada região, cultura, etnicidade ou de fatores como o nível económico do casal (Cook & Dickens, 2009). Mais do que um tipo de agressão em si mesma, esta tem sido conceptualizada como uma séria violação dos direitos humanos, e talvez uma das mais disseminadas, tanto pela sua universalidade como pela sua prevalência (Garcia-Moreno & Watts, 2011; Sev'er, Dawson & Johnson, 2004).

Nas últimas décadas, a violência contra a mulher passou a ser vista como um problema social, e não como um assunto individual sendo o reconhecimento enquanto objeto de estudo determinante para que a maioria dos governos se visse obrigado a criar e implementar diversas políticas públicas (Valdez-Santiago & Ruiz-Rodriguez, 2009). O impacto mais do que considerável que gera nos sistemas nacionais de saúde, bem como na saúde das vítimas tem sido foco especial de atenção nos últimos anos (Lipsky & Caetano, 2011), apontando-se como sendo este o tipo de violência mais exercido sobre as mulheres, reconhecendo-se como um problema social e de saúde pública (Abramsky, Watts, Garcia-Moreno, Devries, Kiss & Ellsberg, 2011; Balci & Ayranci, 2005; Johnson, Ollus, & Nevala, 2008; Lazenbatt, Taylor & Cree, 2009; Klap, Tang, Wells, Starks, & Rodriguez, 2007), surgindo também como um assunto de segurança e paz nacional (Garcia-Moreno & Watts, 2011).

Devido à sua transcendência qualitativa e quantitativa e tendo em conta os números traduzidos pelas estatísticas poderá dizer-se que este é um fenómeno em rápido crescimento e proliferação (Tijeras & Armenta, 2005). Desta feita, as investigações sobre esta temática têm vindo a aumentar, e desde 2005, data em que foram publicados os resultados da investigação *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence* realizada pela OMS, o número de estudos de prevalência deste tipo de violência aumentou quatro vezes mais passando de 80 para mais de 300 em 2008 e, de forma similar, tem sido desenvolvido um crescente corpo de evidências sobre a gama de consequências negativas proliferadas por este fenómeno (Garcia-Moreno & Watts, 2011).

A violência doméstica constitui, pela sua transversalidade e extensão de custos individuais e sociais que lhe estão associados, uma preocupação central da política nacional e das instâncias europeias, afirmando-se como um terreno de pesquisa fundamental, na tentativa

de quantificar a sua prevalência, os processos sociais subjacentes (Lisboa, Patrício & Leandro,2009), os processos psicológicos e os fatores de risco, que nos possam permitir identificar, caracterizar e perceber este fenómeno de forma a poder prevenir a sua ocorrência e proliferação.

Capítulo 2. Violência doméstica e características dos agressores

2.1 Violência doméstica: conceptualizações, tipologias, evidências e contextos

Ao longo dos anos, a questão da violência doméstica, a sua definição, as políticas e estratégias de intervenção, entre outros aspetos, sofreram progressivas evoluções e análises conceptuais. Estas diferentes formas de abordar esta temática subjazem em diversas construções da realidade e do mundo, quer científicas quer políticas, quer ao nível das ideologias e da cultura dominantes que caracterizam determinada sociedade em determinado momento histórico (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009).

Tendo em conta estes aspetos, nas subsecções seguintes será feita uma breve alusão à definição da violência doméstica, tendo em conta a sua evolução conceptual e histórica, bem como ao seu estabelecimento como fenómeno científico e, por outro lado, aos modelos teóricos que se pretendem explorar, definir e caracterizar esta temática. Será feita ainda uma alusão à epidemiologia e ao impacto da mesma na nossa sociedade e na perspectiva da vítima, ilustrando assim a importância e relevância da compreensão deste fenómeno.

2.1.1 Violência doméstica: do alheamento à construção científica

Censurado no quotidiano de muitas famílias o tema da violência doméstica permaneceu encoberto pela sociedade, ignorado pelos *mass media* e ausente dos discursos políticos durante muito mais tempo que o desejado (Matos, 2006). De facto, legitimada ora por dogmas religiosos e políticos, ora pela ideologia patriarcal, é um assunto de longa data, que faz parte integrante da história da humanidade (Dias, 2010).

Despertando gradualmente para esta realidade, a sociedade, foi exibindo uma maior consciencialização e uma nova sensibilidade, exemplificada muitas das vezes pela indignação face a casos publicitados (Matos, 2006). Efetivamente e como resposta a isto mesmo, a ciência foi prestando mais atenção aos possíveis alvos de violência familiar, cada um deles merecendo maior destaque em décadas distintas, resultado pois, de uma consciencialização evolutiva: nos anos sessenta, os maus tratos e a negligência das crianças; nos anos setenta, a violência contra as mulheres; nos anos oitenta, o abuso sexual de crianças e, nos anos noventa, os maus tratos aos idosos. No meio científico e académico regista-se, informalmente, a década 2000-2010 como a fase dedicada ao estudo dos homens maltratados (Dias, 2010; Matos, 2006).

De facto, é apenas na década de 60, e início dos anos 70 e através do grande investimento por parte de um grupo de advogados, que o despertar desta temática é alcançado. O objetivo destes era eliminar os mitos sobre a irrelevância e a raridade da violência doméstica enfatizando também o papel patriarcal nas normas sociais na etiologia e na manutenção da violência conjugal (Dobash & Dobash, 1979; Walker, 1989 cit. in Ehrensaft, 2008). Efetivamente, a identificação da síndrome “wife-battery”, a publicação em 1974, em Inglaterra, da obra de Erin Pizzey, *Scream quietly or the neighbors will hear*, a ação do movimento feminista, a par de tantas outras iniciativas, chamou a atenção para as inúmeras formas de violência e opressão vividas pelas mulheres nos seus próprios lares, abrindo assim debate para correntes futuras (Dias, 2010).

Inicialmente, era tida como um problema assimétrico onde, os elementos do sexo masculino do casal exerciam atos violentos sobre os elementos do sexo feminino, influenciados por normas de uma sociedade patriarcal e crenças que incentivam a dominação e a subordinação feminina. Desta forma, a violência doméstica era conceptualizada como um tipo de violência especial, uma violência exercida apenas contra as mulheres. Ora, se as mulheres, por sua vez, exibissem algum tipo de comportamento violento isso seria apenas uma consequência do excessivo control e violência por parte do seu marido constituindo assim um sintoma de violência por parte de um parceiro íntimo e não um problema em si mesmo (Dixon & Graham-Kevan, 2011). Estamos perante o modelo feminista, um dos mais antigos e disseminados modelos, que postula que para entender as relações violentas há que ter em conta o contexto onde essas mesmas relações se desenvolvem. Desta forma, o contexto familiar em si mesmo é visto como um grande fator de risco para a violência por parte de um parceiro íntimo, sempre que o marido adota os papéis sexuais tradicionais e sempre que exista uma grande discrepância entre a opinião do homem e da mulher acerca dos valores patriarcais (Leonard & Senchak, 1996).

Todavia, esta perspetiva de género foi deixada de lado, devido às falhas metodológicas subjacentes e à impossibilidade de se justificar corretamente o papel da mulher em toda a situação (Corvo & deLara, 2010). Efetivamente, e a um nível mais macro o tamanho do efeito das variáveis geradas por este modelo é frequentemente fraco quando comparado àqueles gerados por outras perspetivas teóricas (Corvo & Johnson, 2007). Contudo, as diversas críticas são aceites e o modelo feminista reconhece que o corpo de conhecimento que cria é situacional, sendo que o objetivo seria refletir o ponto de vista feminino. Hoje em dia, encarnações recentes desta mesma teoria são baseadas em pontos de vista interseccionais de raça, classe, género, sexualidade, deficiência e cultura (Harding, 2008; Dimond, Fiesler & Bruckman, 2011).

Por outro lado, a teoria do poder, indica que as raízes da violência não provêm apenas do sistema cultural, mas que emergem também da própria estrutura familiar. Assiste-se assim a

uma mudança do foco de análise, da cultura para a própria família em si, sendo o problema da VD conceptualizado mais situacionalmente.

De facto, quando uma criança testemunha, ou é vítima de abuso na infância vai acreditar que a violência é uma forma legítima para a resolução de conflitos, e ao aprender esse tipo de comportamento irá reproduzi-lo. Quando a própria família é levada ao limite por stressores psicossociais, como por exemplo, dificuldades económicas, o risco para de se optar por comportamentos violentos é mais elevado. Também o desequilíbrio de poder ente marido e mulher pode levar uma família a um estado tensional e aumentar assim a probabilidade de ocorrência de comportamentos agressivos (Straus, 1977 cit. in Bell & Naugle, 2008). Uma série de estudos tem encontrado uma maior incidência de violência por parte de um parceiro íntimo em famílias de alto conflito com maiores níveis de stress e de mais baixo estatuto socioeconómico (Cascardi & Vivian, 1995; Leonard & Senchak, 1996; Mihalic & Elliot, 1997).

Em concordância com a teoria do poder, surge também a perspectiva da aprendizagem social, defendida por Albert Bandura, onde se hipotetiza que os comportamentos violentos são aprendidos através do processo de modelação. Na infância ao observar comportamentos violentos por parte dos seus pais ou pares, apropriadamente reforçados, as crianças vão reproduzir esse mesmo tipo de comportamentos (Bell & Naugle, 2008; Riggs, Caultfield & Street, 2000). Na realidade, este tipo de conducta é mantido se servir um propósito devidamente reforçado (Mihalic & Elliott, 1997) apesar de que um reforço direto nem sempre é necessário para que isto aconteça, sendo necessário apenas que o sujeito observe as consequências positivas, ou negativas resultantes deste tipo de conducta para formular a sua decisão (Bell & Naugle, 2008). Vários estudos vêm confirmar esta hipótese, explicando que existe uma associação entre a observação de comportamentos violentos e a sua reprodução e manutenção (Shook, Gerrity, Jurich & Segrist, 2000). Stith e os seus colaboradores (2000), encontraram uma forte associação entre o facto de se crescer num ambiente pautado pela violência familiar e o facto de se tornar num agressor conjugal. Porém, o tamanho do efeito da aprendizagem social, derivada da transmissão intergeracional é muita das vezes pequeno, como demonstrado por alguns estudos. Holtzworth-Munroe, Bates, Smutzler & Sandin (1997), observaram que as correlações encontradas entre a família de origem e a violência entre parceiros atuais eram fracas, podendo ser mediadas por outras variáveis. Efetivamente, o estudo da influência da família de origem na proliferação da violência doméstica continua subdesenvolvido (Corvo & deLara, 2010).

Ora se de um foco cultural, se passou para um foco mais específico e estritamente familiar, o próximo alvo a focar, teria de ser, o do próprio indivíduo. Foram várias as tentativas realizadas para identificar patologias ou características de personalidade que pudessem ser cruciais para incrementar a suscetibilidade de um indivíduo para perpetuar atos de violência. De destacar as tentativas de Dutton em identificar um tipo de personalidade mais propenso à violência, a personalidade borderline, e as tentativas de Holtzworth e Stuart para desenvolver

subtipos de agressores conjugais. Ambas as teorias enfatizam o papel da vinculação, as primeiras experiências na infância e a impulsividade como fatores cruciais na perpetração da violência doméstica (Bell & Naugle, 2008).

Passamos de uma lógica cultural, para uma lógica familiar a uma lógica individual e, contudo, todas estas teorias e possíveis justificações não se têm mostrado suficientes para prevenir, predizer e explicar o complexo fenómeno que é a violência doméstica, sendo que os debates sobre este mesmo tema continuam a ser uma constante no nosso dia a dia. O desejado seria que as teorias se tornassem mais abrangentes na sua natureza, abarcassem tanto a perspectiva da vítima, como do agressor, integrando as perspectivas de múltiplas disciplinas como a psicologia, sociologia e a justiça criminal (Rhatigan, Moore & Street, 2005), mas muito já se avançou desde os tempos em que se dizia que, “*entre marido e mulher, ninguém mete a colher*”.

2.1.2 conceptualizações teóricas

Em primeiro lugar será importante realçar que a terminologia adotada, neste trabalho é a de *violência doméstica*, o que se torna de todo crucial, uma vez que, e como explicitado posteriormente, a delimitação conceptual deste problema padece de um carácter transitório pautado pela evolução da terminologia utilizada para denominar a violência contra a mulher. São vários os termos utilizados na literatura que parecem surgir como sinónimos de violência doméstica, todavia cada termo advém com a sua especificação e particularidade sendo a sua especificação relevante. Na década de 70, as primeiras definições de violência doméstica caracterizavam-se pela sua ambiguidade e dificuldades operacionais. Não existia consenso no que respeita à denominação e definição do problema, e como consequência, acumularam-se diversos termos como *battered wife syndrome*, *family violence*, *violence in the home*, *violence intrafamily*, *assault between spouses*, *intra spousal assault* e *intimate partner violence* (Corvo & deLara, 2010; Valdez-Santiago & Ruiz-Rodriguez, 2009).

O primeiro termo representa um dos primeiros esforços para definir e medir a violência contra a mulher no campo da saúde pública. Parker e Schumacher (1977) definem *battered wife syndrome*, como um complexo sintoma de violência no qual a mulher sofre lesões deliberadas, repetidas (mais de três vezes) e graves por parte do seu marido. Contudo, este termo foi abandonado por problemas de ambiguidade e operacionalização (Valdez-Santiago & Ruiz-Rodriguez, 2009).

Por sua vez, os termos *family violence*, *violence in the home* e *violence intrafamily*, dizem respeito a qualquer ato de violência que ocorra dentro do contexto familiar, ou seja, não é específico ao relacionamento do casal podendo incluir questões como o abuso de crianças, a rivalidade entre irmãos, ou até mesmo a violência contra idosos (Corvo & deLara, 2010).

Já a denominação *intimate partner violence* é uma denominação relativamente recente utilizada para se referir não apenas a contextos de violência por parte de um casal, marido e mulher, mas sim no contexto de qualquer relação de intimidade, independentemente do estado civil ou da orientação sexual do casal (namoro ou relacionamentos homossexuais), sendo este então um conceito mais amplo do que o conceito de VD em si mesmo, e permitindo também, simultaneamente, excluir outras formas de abuso, como o abuso infantil, de idosos, contra irmãos, ou colegas de quarto que não mantenham nenhum relacionamento íntimo, por exemplo (Corvo & deLara, 2010; McCue, 2008).

Neste trabalho, contudo, e como já referido, o termo adotado será o de violência doméstica, para se referir ao comportamento violento que resulta em danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores no seio de um relacionamento, definição esta proposta pela OMS (cit. in Alazmy, Alotaibi, Atwan, Kamel & El-Shazly, 2011; Frank, Coelho & Boing, 2010; Ortega-Ceballos, Mudgal, Rivera-Rivera, Díaz-Montiel & Salmerón, 2007). Na *Declaração para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres*, a ONU (1993), refere-se à violência doméstica como toda e qualquer ação de violência, tendo em conta o gênero, que resulte, ou possa resultar, em danos ou sofrimento físicos, sexuais, ou psíquicos incluindo também ameaças de tais ações, coerção ou privação sumária de liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada (cit. in Monteiro, 2003). Já de acordo com *US Office on Violence against Women* (2007), a violência doméstica não é mais do que um padrão de comportamento abusivo que é utilizado por um parceiro para ganhar ou manter o poder e controle em detrimento de outro parceiro íntimo (cit. in Poelmans, Elzinga, Viaene & Dedene, 2011). Por último, segundo Hoff (1994), referido por Monteiro (2003) a violência doméstica é o “*exercício da força física e do poder sobre o outro, normalmente com o objetivo de controlar, retirar poder e/ou agredir, que ocorre nos relacionamentos de intimidade, parentesco, dependência ou confiança*”.

Trata-se de um complexo sistema de abuso físico, psicológico e sexual, e não apenas de um acontecimento único de violência onde perpetrador, pertence ao meio doméstico da vítima podendo ser um parceiro íntimo, o seu marido, ou um antigo parceiro íntimo (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010). Existe uma relação de proporcionalidade direta entre o incremento dos atos violentos e a sua severidade, sendo frequente que as situações evoluam temporalmente numa lógica de abuso verbal ao abuso físico e até mesmo à morte (McCue, 2008). Efetivamente, podem distinguir-se algumas formas ou subtipos diferentes de violência doméstica: a *violência física*, a *violência sexual* e a *violência psicológica e emocional* (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010).

Entende-se por abuso ou *violência física*, qualquer ato em que, intencionalmente, o corpo do agressor afeta o corpo da outra pessoa, para que haja o risco de este último ser fisicamente prejudicado, mesmo no caso de não ocorrerem lesões. Exemplos deste tipo de comportamento poderão ser, pontapear, morder, ameaçar com armas ou facas (Flury, Nyberg

& Riecher-Rössler, 2010). Outro tipo de abuso físico prende-se com a negligência, ou seja, o facto de deliberadamente ignorar e não cumprir as necessidades os desejos da vítima (McCue, 2008). O risco físico surge maioritariamente em situações de separação, quando o agressor se apercebe que a perda é inevitável (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005).

Já a violência, ou *abuso sexual* pode ser visto como um subtipo de violência física, sendo que, de um ponto de vista clínico, refere-se a qualquer tipo de atividade sexual indesejada (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010). Por sua vez, parece estar dividida em três categorias: o uso de violência física para compelir atos sexuais indesejados; tentativas ou atos sexuais completos envolvendo uma pessoa incapaz de dar o seu consentimento e contacto sexual abusivo (Lipsky & Caetano, 2009).

Por último, falta clarificar o termo, *violência emocional e psicológica*, noção esta que padece de uma clara definição e conceptualização. Efetivamente, o abuso psicológico não passa apenas por uma comunicação verbal negativa, é significativamente diferente, tanto em relação à sua intensidade como à sua frequência. A definição atualmente reconhecida é baseada no termo *tortura psicológica*, como indicado pela Amnistia Internacional, e inclui o isolamento da vítima, humilhação, incapacitação, ofensas, entre outro tipo de comportamentos (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010). Estamos perante atos de violência psicológica quando, são constantes as desvalorizações sob forma de críticas e humilhações, as posturas e gestos ameaçadores (como, por exemplo, uma ameaça de suicídio), comportamentos de restrição (controlo de amizades, de dinheiro, de qualquer atividade social), comportamentos destrutivos (maltrato de animais domésticos ou de objetos de valor) e a culpabilização (quando a vítima é culpabilizada pelos atos do agressor) (Kenney, 2006; Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005). Como se sabe, o abuso emocional ou psicológico geralmente precede e acompanha o abuso físico, contudo pode ser o único tipo de abuso presente numa relação. A maior parte das vítimas refere este abuso como o mais difícil de superar, afetando profundamente o seu sentido de realidade e de self (McCue, 2008).

Uma das características principais da violência doméstica é a sua cronicidade. Estima-se que as mulheres permanecem numa situação de violência por um período nunca inferior a 10 anos, antes de tomar algum tipo de atitude. Este fator pode ser explicado por razões económicas, sociais, familiares e psicológicas, entre outras (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005).

2.1.3 Origem e manutenção da Violência Doméstica: modelos teóricos

Depois de clarificados os conceitos e de se perceber de que forma a violência doméstica se tornou num objeto de estudo, de se perceber realmente de que se trata e quais as suas principais manifestações, será útil compreender como surge e como se mantêm as relações violentas, quais os seus mecanismos de base e o porquê de tais abusos. Em seguida irão ser

apresentados alguns modelos teóricos que se debruçaram sobre a temática procurando explicar a origem e manutenção deste problema.

O primeiro modelo, o ciclo da violência proposto por Walker, enfatiza a dinâmica das relações e como a violência se perpetua dentro destas. Por sua vez, modelos como o modelo interativo da violência doméstica (Stith & Rosen, 1992), o modelo biopsicossocial da violência doméstica (Rosembaum, Geffner & Sheldon, 1997) e o quadro contextual da violência doméstica (Bell e Naugle, 2008), debruçam-se sobre determinados fatores e causas que dentro de um ambiente e contexto específico se traduzem em comportamentos violentos. Efetivamente parece lógico pensar que se o objetivo é desenvolver um modelo explicativo que embarque o fenômeno complexo que é a violência doméstica, este deva incluir dados não só relativamente ao indivíduo, bem como ao seu contexto, ao estilo de vida do casal, às características das relações interpessoais que se estabelecem com os mais próximos e a quantidade de interação com os mesmos (Carrasco, 2004), servindo estes modelos como uma espécie de avaliação de possíveis fatores de risco contribuindo para a explicação e predição de comportamentos agressivos e violentos.

2.1.3.1 Ciclo da violência (Walker, 1979/1989)

Depois de entrevistar um grande número de casais acerca das dinâmicas do seu relacionamento, Walker (1979), descreveu um ciclo típico de violência doméstica composto por três fases distintas (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005).

Numa primeira fase a *fase de acumulação da tensão*, caracteriza-se por mudanças repentinas no estado de ânimo do agressor. Este, movido pela frustração começa a reagir negativamente provocando ou simplesmente incomodando a vítima. A irritabilidade do agressor vai aumentando sem razão compreensível e aparente para com a vítima e pequenos episódios de violência verbal podem escalar até um estado de tensão máxima. Esta primeira fase pode durar dias, ou simplesmente anos efetivamente, muitas das vezes, o ciclo não evoluiu e a relação é caracterizada por pequenos “atritos”, com pequenas flutuações impulsionadas por tréguas, mas onde a violência física nunca chega a ocorrer. A vítima tende a acalmar o agressor mostrando-se dócil e prestativa acreditando que pode conter a sua raiva (Borin, 2007; Rosmaninho, 2005). Estes pequenos incidentes são ainda considerados como se estivessem sob controle sendo aceites racionalmente.

Já a segunda fase a *fase da explosão*, caracteriza-se pela descarga física de violência. Esta é a fase mais curta onde prevalece a descarga incontrolada das tensões, acumuladas na primeira fase, onde os episódios de violência podem variar de intensidade e duração. Cessa quando o agressor se dá conta da gravidade dos seus atos, quando a vítima necessita de ajuda médica, ou porque existe a intervenção de alguém exterior ao casal, nesta fase o objetivo do agressor é demonstrar a sua total superioridade em relação à mulher/vítima. Neste momento, a vítima dá-se conta de que não tem qualquer tipo de controle sobre a situação e que os

episódios de violência irão ocorrer mesmo que ela aja de acordo com as expectativas de um agressor, totalmente imprevisível. Depois deste episódio é frequente que se siga um período de choque, pautado pela negação e pela justificação ou minimização dos atos do casal (Borin, 2007; Rosmaninho, 2005; Tavares, 2008).

Por último, a terceira fase a *fase da lua de mel*, é a fase do arrependimento e da reestruturação do relacionamento ou da relação conjugal, onde o agressor se dá conta dos malefícios que infringiu na vítima tentando compensá-la por isso mesmo. Apesar de ser uma fase desejada por ambas as partes, é a fase onde a vitimização é completa. Se, por um lado o agressor pede perdão, por outro lado temos uma vítima que perdoa, por acreditar que tal não vai voltar a acontecer sendo que, simultaneamente teme que aconteça de novo. Esta é uma fase pautada por uma grande ambivalência por parte da vítima. A tensão vai como seria de esperar, diminuindo gradualmente para que seguidamente se volte a acumular repetindo-se o ciclo novamente (Falcke, Oliveira, Rosa & Bentancur, 2009; Tavares, 2008).

É fácil perceber, que este ciclo é marcado por três características fundamentais: em primeiro lugar, quanta mais vezes se completa um ciclo, menos tempo será necessário para que este chegue ao fim, futuramente; em segundo lugar, a intensidade e severidade da violência vão aumentando progressivamente ao longo do tempo e em terceiro lugar, a última fase tende a tornar-se mais curta temporalmente, vindo mesmo a desaparecer. Este é um ciclo, que devido às suas características tende a perpetuar-se e a nunca se deter por si mesmo (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005).

2.1.3.2 Modelo Interativo da Violência Doméstica (Stith & Rosen, 1992)

Este modelo, desenvolvido por Stith e Rosen (1992), explora os fatores multicausais implicados na violência doméstica considerando vários fatores, entre os quais:

a) *fatores de vulnerabilidade da família e do indivíduo*: como as (1) experiências de socialização, (2) as características individuais e as (3) características da família nuclear. Efetivamente as (1) experiências de socialização envolvem a experiência e exposição à violência numa geração o que incrementa a probabilidade de que se evidenciem episódios violentos na geração seguinte. Por sua vez, existem certas (2) características individuais que ao interagir com stressores situacionais colocam certos indivíduos numa situação de maior risco de exercer violência, como por exemplo, o facto de que certas pessoas serem geralmente mais violentas, sentirem que de alguma forma possuem determinado poder, atuam de maneira possessiva e ciumenta, terem baixa autoestima, carecem de mecanismos de resolução de problemas ou se encontrarem dependentes de algum tipo de substância. Por último, as (3) características da família nuclear prendem-se com a qualidade da relação do casal entendendo-se que se a relação conjugal for de fraca qualidade, e quando submetidos a períodos de grande stress, a ocorrência de comportamentos violentos pode ser mais elevada (Bosch & Ferrer, 2002; González, 2003; Barto, 2010).

b) *fatores de stress situacional*: mudanças próprias no ciclo de vida das famílias, como por exemplo, o nascimento de um filho que levam a família a períodos de mais stress, e por isso mesmo, a uma maior probabilidade de que ocorram conductas disfuncionais, mudanças que não podem ser previstas, como o caso de uma morte, por exemplo, ou a ocorrência de acontecimentos desencadeantes (mau dia de trabalho) que surgem como uma desculpa para que o agressor engendre por comportamentos violentos (Bosch & Ferrer, 2002; González, 2003; Barto, 2010).

c) *recursos individuais, familiares e sociais para fazer frente às vulnerabilidades face ao stress*: como recursos individuais podem ser apontados, o bem-estar económico, o nível educativo, o estado de saúde e os recursos psicológicos ou características da personalidade; como recursos familiares, a coesão familiar, a adaptabilidade, a comunicação clara e aberta e o equilíbrio de poder entre os membros do casal parecem ser elementos cruciais que permitem aos elementos de uma família lidar com o stress e sobrepor-se a este sem utilizar para tal conductas disfuncionais; as redes de suporte social são também um fator importante face à violência visto que, um isolamento social favorece a existência de violência doméstica (Barto, 2010; Bosch & Ferrer, 2002; González, 2003; Ramírez, 2008).

d) *contexto sociocultural*: diz respeito ao conjunto de valores e normas compartilhados pelas famílias de uma mesma comunidade e cultura. De entre estes valores, os que têm uma implicação direta na prática de comportamentos violentos, são a aceitação da violência e o estatuto subordinado da mulher. Se a violência for vista como uma maneira adequada de castigar e resolver conflitos pela sociedade circundante e se essa mesma sociedade considerar que os homens têm mais valor que as mulheres, isso pode levar a que os homens acreditem que têm o direito de maltratar as suas mulheres e que as mulheres, ainda que vítimas de uma relação violenta, pensem que as suas necessidades e inclusivamente as suas vidas não são tão importantes como as necessidades do seu marido ou dos seus filhos (Barto, 2010; Bosch & Ferrer, 2002; González, 2003; Ramírez, 2008).

De acordo em este modelo, os valores socioculturais relacionados com a violência e com os papéis sexuais incidem sobre as vulnerabilidades, fatores de stress e recursos disponíveis, do indivíduo e da família, assim como sobre a definição e percepção da violência em si mesma, como ilustrado na Figura 1. Do mesmo modo, uma vez que a violência tenha sido empregue para satisfazer as necessidades, existe uma grande tendência para repetir a sua utilização (González, 2003).

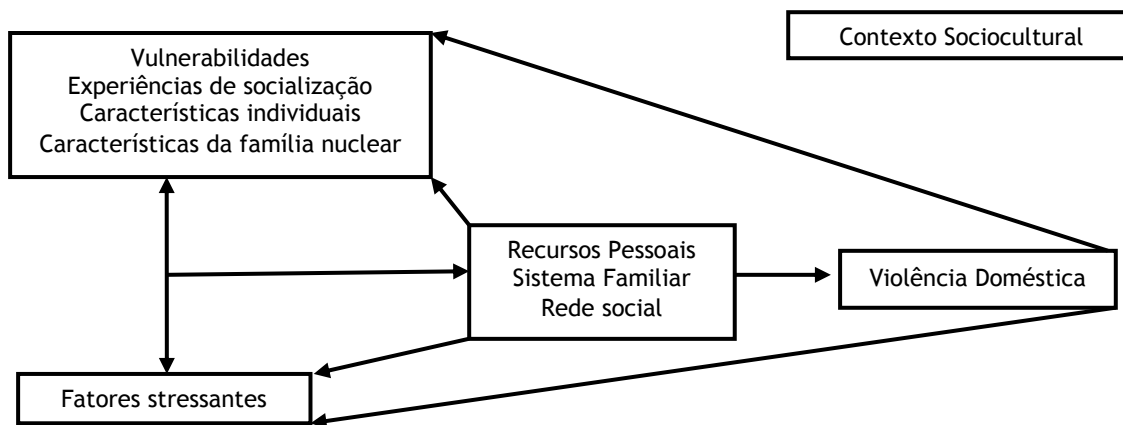


Fig 1. Modelo Interativo da Violência Doméstica

Fonte: Barto, S. B. *Hombres Maltratadores: historias de violencia masculina*. Zaragoza: Prensas Universitárias de Zaragoza, 2006.

2.1.3.3 Modelo Biopsicossocial da Violência Doméstica (Rosembaum, Geffner & Sheldon, 1997)

O modelo biopsicossocial, proposto por Rosembaum, Geffner e Sheldon (1997), é um modelo interativo que enfatiza vários aspetos, aspetos biológicos, psicológicos e sociais, como o próprio nome indica (Carrasco, 2007).

De acordo com este modelo existem dois tipos de determinantes que vão moldar as conductas do sujeito: os determinantes remotos e os determinantes imediatos. Os determinantes remotos dizem respeito às condições que admitem o uso da violência como forma de conseguir os seus objetivos, ou seja, há crença de que os fins justificam os meios, sejam eles quais forem. Por sua vez, os determinantes imediatos dizem respeito a situações mais próximas, temporalmente, da vida do sujeito e subgrupam-se em três fases distintas que implicam as seguintes assunções (Carrasco, 2009):

- a) *Fase 1, Ativação*: existe uma ativação fisiológica em função de diversas fontes de stress (laboral, marital, por exemplo);
- b) *Fase 2, Limiar de transbordamento do umbral de ativação*: a ativação é “contagiosa” entre os membros do casal produzindo entre eles uma verdadeira “assembleia fisiológica”. Ultrapassados certos níveis de ativação, todos os sujeitos passariam a funcionar de um modo automático. Contudo, as pessoas diferenciam-se entre si e os fatores que determinam a passagem para uma fase de “piloto automático” podem ser características mais ou menos estáveis (como fatores de personalidade) ou conjunturais (consumo de substâncias psicotrópicas, por exemplo), bem como a forma de atuar e de controlar os processos cognitivos.
- c) *Fase 3, Funcionamento automático*: após ultrapassar o limiar crítico de ativação, e entrar em “funcionamento automático”, os passos a seguir são pouco determinados pela razão, e a forma de atuar é determinada pelos modelos aprendidos ao longo da vida, especialmente na infância, referenciando-se sempre

aos ganhos obtidos através do uso de comportamentos violentos, sendo este fator o determinante para a perpetuação dos comportamentos violentos em si.

Baseando-se na interação de diversos fatores e de forma muito resumida, este modelo propõe que perante uma ativação fisiológica muito elevada a passagem para o funcionamento automático, ou seja, para a perpetração de comportamentos agressivos, vai ser determinada por fatores psicológicos como os fatores da personalidade (por exemplo) e por fatores sociais como as experiências vivenciadas na infância (por exemplo).

2.1.3.4 Modelo dos mecanismos psicológicos da Violência Doméstica (Echeburua & Fernández-Montalvo, 1998)

De acordo com o modelo dos mecanismos psicológicos da violência doméstica proposto por Echeburua e Fernández-Montalvo (1998), os maltratos domésticos são resultado de um estado emocional intenso, um estado de ira, que interage com atitudes de hostilidade, um repertório comportamental pobre (déficit de habilidades de comunicação e de resolução de problemas) e fatores precipitantes (situações de stress, consumo abusivo de álcool, ciúmes) bem como pela percepção de vulnerabilidade da vítima. Desta forma, uma conducta violenta é mediada pelos seguintes componentes (Echeburúa & Corral, 2006; González, 20003; Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005):

- a) *Atitude de hostilidade*: resultado de estereótipos sexuais machistas em relação com a necessidade de submissão da mulher, a percepção de indefesa por parte da vítima, a existência de ciúmes patológicos ou da legitimização subjetiva da violência como estratégia de resolução de problemas. Mais concretamente, a hostilidade deriva de atitudes e sentimentos negativos (maldade, vingança, cinismo) desenvolvidos através de uma avaliação negativa generalizada acerca das atitudes do companheiro, que geram um impulso destrutivo;
- b) *Estado emocional de ira*: esta emoção, que varia de intensidade desde a suave irritação, desconforto à raiva intensa, gera um impulso destrutivo, que se vê facilitado pela atitude de hostilidade face à mulher e por estímulos nocivos externos ao casal (dificuldades laborais, económicas, parentais, entre outras) bem como por pensamentos ativadores relacionados com recordações de situações negativas que ocorreram na relação;
- c) *Fatores Precipitantes Diretos*: consumo abusivo de álcool ou de drogas, principalmente quando interagindo com as pequenas frustrações do dia a dia, contribuí para que surjam comportamentos violentos;
- d) *Reportório Comportamental Pobre*: déficit de habilidades de comunicação e resolução de problemas que impedem a canalização dos conflitos de uma forma adequada. Este problema é agravado quando existem alterações da personalidade

relacionadas com a desconfiança, ciúmes, baixa autoestima, falta de empatia, necessidade extrema de estima, entre outros.

- e) *Percepção de vulnerabilidade da vítima*: um homem irritado pode descarregar a sua ira em outra pessoa (mecanismo frustração-ira-agressão) contudo, fá-lo apenas contra aquelas pessoas que percebe como mais vulnerável no seu contexto familiar em que é mais fácil esconder o ocorrido.
- f) *Consequências obtidas com as conductas violentas prévias*: é frequente que o agressor consiga os objetivos desejados através de comportamentos agressivos, sendo a violência vista como um método altamente eficaz e rápido de levar a sua avante, reforçando assim a prática deste tipo de conducta. Por sua vez, a submissão, por parte da mulher, pode também ser consolidada e reforçada, uma vez que, com este tipo de comportamento consegue evitar as consequências dos comportamentos violentos por parte do seu parceiro. Tudo isto explica, e tendo em conta outras variáveis (dependência emocional e econômica, existência de filhos, pressão social, medo pelo futuro, por exemplo) a perpetração no tempo deste tipo de relação completamente disfuncional;

Este modelo pode ser melhor compreendido e explicado através da observação da Figura 2.

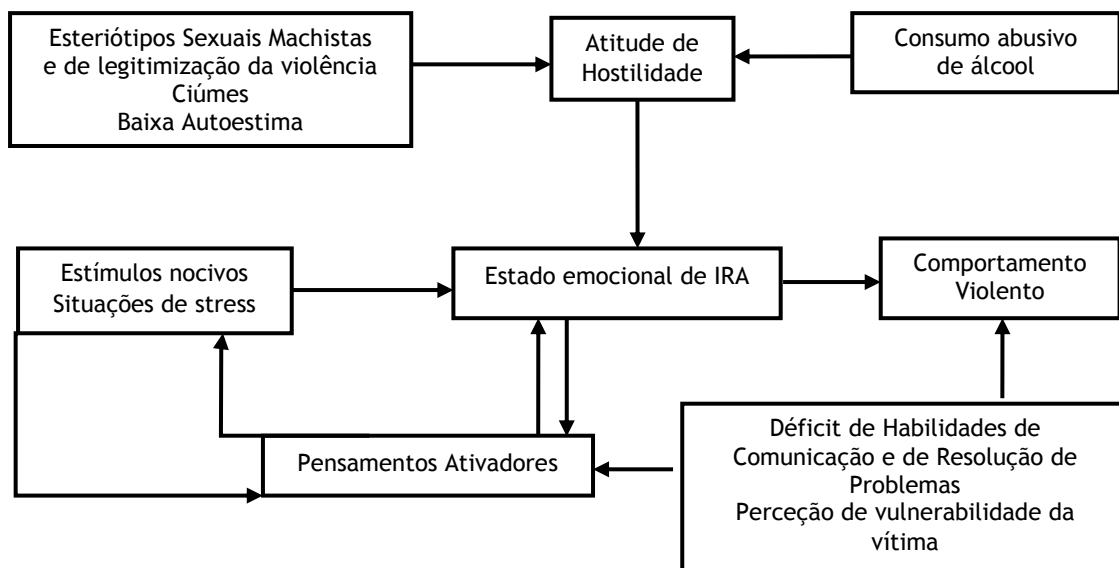


Fig. 2. Modelo dos mecanismos psicológicos da Violência Doméstica

Fonte: González, P. Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención. Tese de Doutoramento não publicada, Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2003.

A interação de todos estes fatores dá lugar a dois tipos de comportamentos violentos: a) violência expressiva, que se traduz num comportamento agressivo motivado por sentimentos de ira que refletem uma fraca capacidade de controlo de impulsos que posteriormente se segue de sentimentos de arrependimento e b) violência instrumental, mais grave que a anterior e que se expressa através de um comportamento agressivo planificado, expressando

um grau profundo de insatisfação não gerando sentimentos de culpa, negando sendo o seu comportamento (Echeburúa & Corral, 2006; González, 20003).

2.1.3.5 Quadro Contextual da Violência Doméstica (Bell & Naugle, 2008)

O quadro contextual da violência doméstica conceptualiza-se como uma abordagem vantajosa por diversas razões: em primeiro lugar, oferece uma perspectiva teórica orientada para a identificação e análise de inúmeras variáveis que poderão ter uma relação proximal na perpetração da violência doméstica; fornece uma maior flexibilidade para a integração de novas constantes aparentemente contraditórias; tem sempre em conta a heterogeneidade dos comportamentos violentos, o que permite, por sua vez, uma análise mais ideográfica; permite a identificação de variáveis úteis na criação de programas de tratamento e, por último, surge também como ponte e integração entre os vários modelos existentes, integrando assim vários contextos e resultados empíricos (Bell & Naugle, 2008).

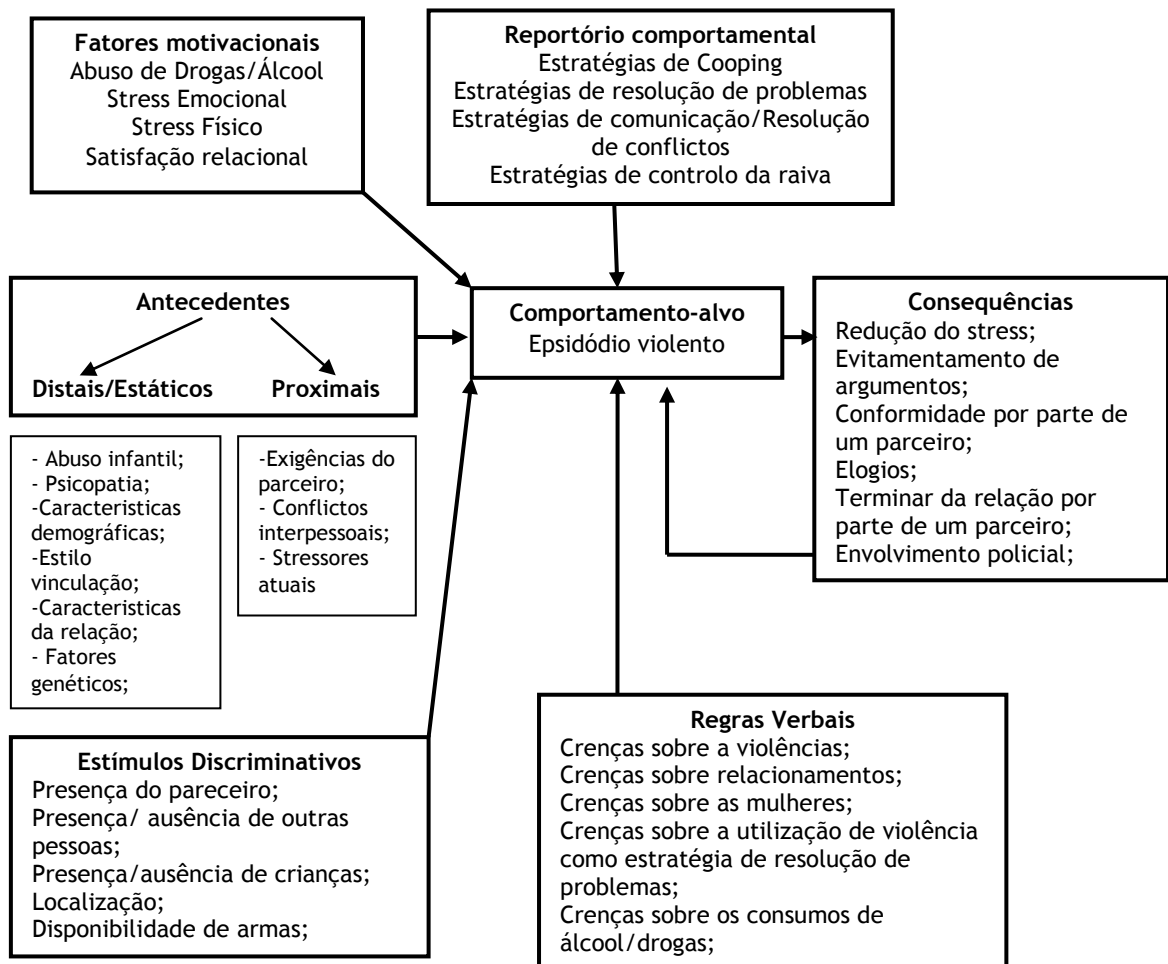


Fig. 3. Quadro Contextual da Violência Doméstica

Fonte: Bell, K. M. & Naugle, A. E. Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clinical Psychology Review*, 28, 1096-1107, 2008.

Tal como ilustrado pela Figura 3 são múltiplas as unidades contextuais hipotetizadas como estando implicadas na perpetração da violência doméstica sendo que, dentro de cada unidade, se podem identificar potenciais variáveis proximais havendo sempre espaço para a identificação de novas constantes. Em seguida será então especificada cada variável e de que forma esta exerce a sua influência na perpetração de comportamentos violentos (Bell & Naugle, 2008):

- *Comportamento-alvo*: é a variável dependente, ou seja, o comportamento problemático de interesse. O episódio violento pode incluir as três formas de abuso (físico, verbal e sexual) e na sua definição deve ser incluída o grau de severidade e o papel desempenhado (vítima ou agressor).
- *Antecedentes*: estímulos ou eventos que precedem o comportamento-alvo e que têm um grande impacto sobre a sua ocorrência. Dividem-se em *estímulos discriminativos* (estímulos, eventos ou condições anteriores ao comportamento-alvo, cuja presença indica que este vai ser reforçado, aumentando assim a possibilidade da sua ocorrência, como a presença ou ausência de outras pessoas, por exemplo) e *fatores motivacionais* (estímulos, eventos ou condições que temporariamente podem alterar a probabilidade de reforços ou punições, aumentando momentaneamente a probabilidade de ocorrência do comportamento-alvo, por exemplo, existe uma maior probabilidade de que os comportamentos violentos se perpetuem quando o agressor está sob efeito de álcool ou drogas), conforme ilustrado na figura. É feita ainda uma outra distinção entre *antecedentes distais/estáticos* e *proximais*. Os antecedentes distais referem-se aos fatores remotos que influenciam o comportamento de forma indireta, pois através destes é estabelecida uma relação com outras variáveis que estão diretamente relacionadas com comportamentos violentos (exemplos: abuso infantil; estilos de vinculação; história de relacionamentos; registo criminal). Por sua vez, os antecedentes estáticos são variáveis estáveis ao longo do tempo, mais próximas temporalmente do comportamento-alvo e que podem estar presentes independentemente da presença do mesmo. À semelhança das variáveis distais, os antecedentes estáticos são associados indiretamente com os comportamentos violentos por meio de interação com outras variáveis contextuais. Dentro da análise contextual da violência doméstica os antecedentes estáticos podem incluir variáveis como a constituição genética, traços de personalidade, características demográficas e perturbações psiquiátricas, por exemplo. Por último, os antecedentes proximais referem-se às variáveis que estão temporalmente próximas ao comportamento-alvo, dependentes de um determinado contexto em si sendo variáveis ao longo do

tempo. Estas são as variáveis que têm um impacto direto na perpetração de comportamentos violentos, podendo incluir constantes como as exigências do parceiro, conflitos interpessoais, interações aversivas (ser ignorado pelo parceiro) e stressores situacionais, por exemplo.

- *Reportório comportamental*: refere-se às habilidades sociais adaptativas que um indivíduo leva a cabo sob determinadas condições obtendo através destas o reforço apropriado. Um déficit no reportório comportamental pode levar muitas das vezes à adoção de condutas desadequadas com o objetivo de obter as mesmas consequências. Em casos de episódios de violência, parecem existir déficits em áreas como a resolução de problemas, resolução de conflitos e a regulação emocional.
- *Regras Verbais*: são estímulos verbais que influenciam o comportamento-alvo, descrevendo os resultados potenciais de se adotar um tipo de comportamento específico. Um sujeito que se guia pela regra, “*é legítimo que eu expresse sentimentos de agressividade batendo no meu companheiro*” vai, provavelmente agir de forma agressiva para com o seu parceiro a fim de comunicar os seus sentimentos de raiva. As regras verbais influenciam diretamente o comportamento-alvo independentemente de já se terem ou não verificado os resultados pretendidos.

De realçar que embora este quadro teórico providencie um grande número de vantagens, tendo em conta outros modelos conceptuais, carece ainda de validação empírica sendo necessárias pesquisas futuras que determinem a extensão de cada unidade de análise, bem como do quadro contextual em si e de que forma o seu conjunto prediz adequadamente os episódios de violência doméstica salientando, se necessário algumas variáveis em detrimento de outras (Bell & Naugle, 2008).

2.1.4 Epidemiologia e o impacto da violência doméstica

A epidemiologia pode ser vista como uma ferramenta para demonstrar a magnitude de um problema, justificando assim a sua relevância no contexto científico. No que diz respeito à problemática da violência doméstica, é nas décadas de setenta e oitenta que se deu lugar a uma produção substancial de investigações que evidenciavam um corte epidemiológico clássico. Os primeiros estudos centraram-se na identificação da magnitude, caracterização e impacto da violência na saúde. Contudo, é só nos anos noventa que os estudos de prevalência atingem o auge, a nível mundial (Valdez-Santiago & Ruiz Rodriguez, 2009).

Após examinar uma série de investigações realizadas antes do ano de 1999, em 35 países, comprovou-se que entre 10 a 52% das mulheres tinham sofrido algum tipo de maltrato físico por parte do seu parceiro, em algum momento da sua vida, e que entre 10 a 30% haviam sido

vítimas de violência sexual, estimando-se também que entre 10 a 27% das mulheres foram vítimas de abuso sexual, enquanto adultas ou crianças (Krug *et al.*, 2002). Já no ano de 2000, Tjaden e Thoenes reportaram que mais de três quartos das mulheres, que desde os 18 anos de idade foram vítimas de violência, o foram por parte de parceiro, ou de um ex-parceiro íntimo sendo este um número com tendência a aumentar.

Uma pesquisa multicêntrica, conduzida em 10 países (Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Samoa, Sérvia e Montenegro, Tailândia e República Unida da Tanzânia), coordenada pela OMS, identificou elevadas taxas de prevalência de violência física (12,9 a 62,0%), sexual (6,2 a 58,6%) e psicológica (19,6 a 75,1%) perpetrada por parceiros íntimos contra as mulheres (Frank, Coelho & Boing, 2010). A coexistência de violência física, psicológica e sexual, como demonstrando em inúmeros estudos, é muito alta sendo este um fator significativo e algo a considerar (Ludermir, Schraiber, Oliveira, França-Junior & Jansen, 2008). A mesma pesquisa concluiu que entre 15 a 71% das mulheres foram atacadas física ou sexualmente por um parceiro íntimo e que aproximadamente metade dessa proporção é atualmente, vítima de violência doméstica (Garcia-Moreno, Jansen, Watts, Ellsberg & Heise, 2005).

Estima-se que, em algum momento de sua vida, entre 20 a 30% das mulheres e cerca de 7,5% dos homens são abusados psicologicamente ou fisicamente por um parceiro íntimo (Chang, Decker, Moracco, Martin, Petersen & Frasier, 2005; Kenney, 2006). Nos Estados Unidos da América, cerca de 1,3 milhões de mulheres foram abusadas fisicamente pelo seu parceiro (Sartin, Hansen & Huss, 2006), reportando-se cerca de 5,3 milhões de episódios violentos todos os anos (Klap, Tang, Wells, Starks & Rodriguez, 2007). Já entre todas as mulheres que se apresentam nos cuidados de saúde, estima-se que entre 4 a 23% sejam vítimas de violência doméstica sendo esta uma prevalência anual, contra uma prevalência vital de 33 a 39% (Campbell, 2002).

Por sua vez, na União Europeia, uma em cada cinco mulheres já sofreu alguma forma de violência por parte de um parceiro íntimo (Biezma & Guinea, 2006), apontando-se para uma prevalência de 10 a 36% (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010). Em 2004, na Alemanha, um estudo revelou que a maior parte da violência praticada contra as mulheres ocorre na sua própria casa, sendo que em mais de 75% dos casos de violência física, psicológica ou sexual a vítima conhecia o perpetrador. Ainda de acordo com este estudo, uma em quatro mulheres refere ter sido vítima de violência física ou sexual por parte de um parceiro íntimo (Müller & Lebenssituationen, 2004 cit. in Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010). Já na Suíça, e tendo em conta o primeiro estudo representativo, a prevalência de violência física e sexual é de 21% apontado-se valores de 40% para o abuso psicológico (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010). No Reino Unido, uma em cada quatro mulheres, experiencia em algum ponto da sua vida um episódio de violência doméstica (Lazenbatt, Taylor & Cree, 2007).

Em Portugal, e tendo em conta as estatísticas levadas a cabo pela APAV (2011), o crime de violência doméstica foi sinalizado em 82% das situações, apresentadas pelos utentes da mesma instituição no ano de 2010, o que corresponde a 13 866 casos. Registou-se cerca de 30% de abusos físicos e 36,8% de abusos psicológicos. De acordo com o Relatório Anual de Segurança interna (2010), foram registadas 31 235 participações de violência doméstica, tendo em conta os valores reportados pela GNR (12 742) e pela PSP (18 493). Os distritos onde se verificaram mais participações foram os distritos de Lisboa (7 314), Porto (6 355), Setúbal (2 506), Aveiro (2 085) e Braga (1 838). No que diz respeito ao grau de parentesco/relação entre as vítimas/denunciados pode dizer-se que em 63% dos casos a vítima era conjuge ou companheira do denunciado, em 15% dos casos era ex-conjuge ou ex-companheira em 12% filha/o ou enteada/o, quase 7% era pai/mãe/padrasto/madrasta e 3% dos casos correspondem a outras situações. Já no primeiro semestre de 2011 foram documentadas 14508 participações, 5596 (38,6%) pela GNR e 8912 (61,4%) pela PSP, o que corresponde em média a 2418 participações por mês e 80 participações por dia. Apesar de se verificarem menos 700 participações no período homólogo do ano anterior, os distritos onde se registaram mais participações continuam a ser os mesmos, Lisboa (3488), Porto (3070), Setúbal (1124), Aveiro (933) e Braga (847), representando no seu conjunto 65% das participações. Em termos gerais, no primeiro semestre de 2011, manteve-se a tendência para uma maior proporção de participações à 2ª feira (17,3%) e uma maior proporção de ocorrências ao fim de semana (35%) registando-se mais participações durante a noite (34%), seguindo-se a tarde (33%) sendo que a maioria das ocorrências sucedeu-se à noite ou de madrugada (55%) (Núcleo de Estudos e Análise Prospetiva em Segurança Interna, 2011).

Embora haja alguma discrepância no que se refere a alguns valores relativos às taxas de violência doméstica é geralmente aceite que existem diversas consequências negativas para a saúde das suas vítimas (Sartin, Hansen & Huss, 2006). Estas consequências manifestam-se tanto física, como psicologicamente alterando o bem-estar das vítimas (Campbell, Baty, Laughon & Woods, 2002). Os seus efeitos podem ser diretos ou indiretos surgindo tanto a curto, como a médio, como a longo prazo, variando entre lesões físicas, queixas (psico) somáticas, perturbações psicológicas (mentais e emocionais) a desfechos fatais (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010). Na realidade os efeitos diretos na saúde de uma vítima de violência doméstica podem resultar da lesão física e da sua resposta psicológica ao trauma bem como do aumento dos seus comportamentos de risco, como o consumo de álcool ou de substâncias psicoativas (Ford-Gilboe, Wuest, Varcoe, Davies, Merritt-Gray, Campbell & Wilk, 2009).

De entre as consequências físicas diretas destacam-se as feridas, os ferimentos por arma branca, o espancamento, lesões e fraturas, traumatismos cranianos bem como os danos na espinhal medula. As queixas psicossomáticas mais frequentes envolvem dores no peito, costas e abdômen, bem como doenças gastrointestinais e distúrbios na menstruação e saúde reprodutiva (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010; Nelson, Nygren, McInerney & Klein, 2004;

Thompson, Rivara, Thompson, Barlow, Sugg, Maiuro & Rubanowice, 2000). Poderão ser também apontados distúrbios de sono e algumas lesões físicas mais específicas tais como trauma dental, ferimentos de qualquer tipo, e sem uma explicação adequada no pescoço, lesões de defesa nos antebraços, presença de múltiplas lesões locais a nível bilateral e a existência de vários hematomas em diversos estágios de cura (Kenny, 2006). Contudo, a consequência física negativa mais grave é o homicídio, sendo que entre 30 a 40% de mulheres são mortas nos Estados Unidos por um parceiro ou ex-companheiro (Campbell, Baty, Laughon & Woods, 2009). Em Portugal, no primeiro semestre de 2011 foram registados quatro casos de morte da vítima (Núcleo de Estudos e Análise Prospetiva em Segurança Interna, 2011).

Já as consequências físicas a longo-prazo podem incluir problemas neurológicos como convulsões e desmaios, decorrentes de possíveis traumatismos cranianos não diagnosticados e de dores crónicas (Campbell, Baty, Laughon & Woods, 2009). Uma das lesões físicas menos estudadas surge dos episódios de estrangulamento e asfixia, o que resulta, a curto-prazo numa anoxia cerebral e a longo-prazo pode resultar em graves problemas neurológicos (Glass, Laughon, Campbell, Chair, Block, Hanson, Sharps & Taliaferro 2007). Coker e os seus colaboradores (2002), descobriram, através da sua investigação levada a cabo nos Estados Unidos da América, que as mulheres que experienciaram violência doméstica têm 60% de probabilidades de vir a desenvolver uma doença crónica (Coker, Davis, Arias, Desai, Sanderson, Brandt & Smith, 2002). Efetivamente, as condições crónicas de saúde, a longo termo, podem manifestar-se através de problemas musculoesqueléticos (artrites ou dores de costas crónicas), problemas ginecológicos (infecções sexualmente transmissíveis, sangramentos vaginais, infeções vaginais, dor pélvica crónica, dispareunia, infeções urinárias), problemas associados ao stress crónico (dores de cabeça, hipertensão, problemas cardíacos, perda de apetite, dor abdominal ou problemas digestivos), alterações no sistema imunitário (asma, alergias, erupções cutâneas, diabetes, infeções respiratórias) e alterações no sistema nervoso central (Campbell, 2002; Campbell, Baty, Laughon & Woods, 2009; Chang, Decker, Moracco, Martin, Petersen & Frasier, 2005).

Por sua vez, as consequências psicológicas e mentais da violência doméstica são também variadas. Em particular poderão salientar-se a depressão, ansiedade, ataques de pânico, insónia, problemas de concentração, perturbações nos sentimentos e perceções sexuais, medo da intimidade, baixa autoestima e autorrespeito (Campbell, 2002; Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010; O'Campo, Woods, Jones, Dienemann & Campbell, 2006). Alguns estudos demonstram que 37% das mulheres que sofreram alguma forma de violência doméstica sofrem de depressão, 46% de ansiedade e ataques de pânico e 45% sofrem de stress pós-traumático (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010). Efetivamente, a violência repetida e intermitente, intercalada com períodos de arrependimento e ternura, suscitam nas vítimas extrema ansiedade, resposta de alerta e uma vigilância permanente (Tijeras, Rodríguez & Armenta). Para Ruiz-Pérez e Plazaola-Castaño (2005), diferentes tipos de abuso podem ter

diferentes efeitos na saúde mental das vítimas. Através do seu estudo concretizado em Espanha, as mulheres que reportaram abuso psicológico e sexual apresentam maiores probabilidades de aumentar os consumos de álcool. Por sua vez, vítimas que reportaram abusos físicos e psicológicos relatam uma pior autopercepção da sua saúde do que mulheres que nunca foram vítimas de qualquer tipo de abuso. Para além disto, indicam também que quando mais intensa, grave e com maior duração for a agressão, maior impacto terá sobre a saúde mental das mulheres sendo que estes efeitos podem ficar remanescentes durante muitos anos após a agressão.

Sabe-se também que as mulheres se apresentam mais vulneráveis a episódios violentos quando estão grávidas. Na Irlanda, 12,9% de 481 mulheres na avaliação pré-natal revela ter sido vítima de abuso por parte de um parceiro íntimo, na Índia, 18% de 2199 mulheres referem ter sido vítimas de violência durante a sua última gravidez, no Uganda a prevalência é de 27,7% em 612 mulheres, no norte de Inglaterra de 17% em 475 mulheres grávidas, 5,4% em 279 mulheres no Japão e 9,7% de 217 mulheres na Turquia (Cook & Bewley, 2008).

De salientar também que existem outros impactos nas vítimas de violência doméstica, impactos esse que não estão relacionados com a saúde mas sim com fatores sociais. São impactos imediatos no trabalho o absentismo, os atrasos, a queda de produtividade e os distúrbios provocados pelo agressor no local de trabalho o que se traduz a longo prazo em instabilidade laboral, subemprego e empobrecimento da mulher vitimizada (Swanberg, Logan & Macke, 2005). Já em contexto familiar, as consequências mais prováveis passam pelo divórcio e pela observação de comportamentos violentos por parte dos filhos do casal. Efetivamente, filhos que testemunham violência entre os pais têm maior risco de apresentar problemas de adaptação social, delinquência e perturbações mentais, tanto na infância quanto posteriormente na vida adulta, além de futuramente poderem vir a tornar-se perpetradores ou vítimas de violência conjugal (Miranda & Bordin, 2010).

Efetivamente, o impacto da violência doméstica nas suas vitimas é nefasto e bem sistematizado, valendo por si só e, aliado às estatísticas de prevalência tornam este um assunto de interesse e relevância global.

2.2 Tipologias de agressores conjugais e as suas características

Na realidade, e tendo em conta todos os dados apresentados até então torna-se dramático observar que a família é o foco de violência mais destacado na nossa sociedade. Um espaço que deveria ser destinado ao afeto, carinho e satisfação das necessidades básicas tornou-se num terreno propício para situações violentas prolongadas, tornou-se numa espécie de cativo. A família, como instituição fechada favorece o surgir de comportamentos violentos,

uma vez que, as vítimas apresentam muitas dificuldades em escapar ao controlo dos seus agressores (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005).

São vários os estudos e as investigações que se propõem a identificar patologias ou características da personalidade que possam ser cruciais na determinação do envolvimento dos sujeitos em comportamentos violentos (Bell & Naugle, 2008). Muito já se avançou desde os tempos em que se considerava que certas pessoas nasciam com “má índole”, “maus instintos” onde se bastava procurar por certas características particulares como narizes torcidos, prognatismo do maxilar, olhar estrábico ou orelhas sem lóbulo para se identificar um criminoso (Gonçalves, 2002). Efetivamente, as teorias psicológicas da violência doméstica examinam fatores individuais, tanto a nível psicológico, como psiquiátrico, comportamental e neurológico (Corvo & deLara 2010).

O fenómeno que é a violência doméstica pode ser investigado tendo em conta três categorias gerais de modelos etiológicos: os *modelos intrapessoais*, cujo foco são fatores internos como perturbações da personalidade, problemas no controlo de impulsos ou controlo emocional, baixa autoestima e distorções cognitivas, por exemplo; *modelos interpessoais*, cujo foco são as dinâmicas relacionais, e as escaladas emocionais e comportamentais que ocorrem no seio destas e os *modelos socioculturais*, que avaliam os fatores sociais, culturais e as crenças que podem aumentar a probabilidade de abuso (Eckhardt & Dye, 2000). Nas secções anteriores foram explicados e sistematizados alguns modelos interpessoais e socioculturais, sendo que o foco deste capítulo vão ser os modelos interpessoais, com o intuito de se conseguir identificar características, tipologias e fatores de risco dos agressores conjugais.

As discrepâncias e dúvidas que parecem ainda existir, na explicação da perpetração de comportamentos violentos no contexto familiar, e a necessidade de desenhar programas de prevenção e intervenção mais adequados revelam a extrema importância que o reconhecimento do perfil psicológico dos agressores conjugais tem dentro da temática. Nos últimos anos produziu-se um número considerável de investigações relacionadas com os agressores conjugais, conseguindo-se estabelecer um conhecimento um pouco mais preciso acerca do seu perfil psicológico (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2008).

2.2.1 Características dos agressores conjugais

A violência doméstica tem sido conceptualizada de muitas formas e a sua etiologia, estudada de muitas maneiras. As tentativas para compreender as suas causas e correlações têm-se focado cada vez mais no papel dos fatores individuais do agressor.

Efetivamente, assistiu-se a um incremento de investigações levadas a cabo para conhecer o perfil psicológico dos agressores conjugais e deste modo compreender o porquê dos seus atos violentos, podendo também implementar-se medidas específicas de prevenção e intervenção psicológicas claras. Podem distinguir-se vários tipos de estudos, como os centrados nas

características sociodemográficas e psicopatológicas que agressores que vivem com as suas vítimas, estudos sobre o perfil criminológico de agressores que cumprem pena de prisão por um crime de violência doméstica, bem como comparações entre homicidas e não homicidas, estudos sobre a prevalência de psicopatia e estudos sobre a presença de perturbações de personalidade específicas nesta população (Echeburúa, Fernández-Montalvo & Corral, 2008).

Desde uma perspectiva psicopatológica são vários os estudos que pretendem identificar a presença de alterações psiquiátricas em homens violentos, analisando variáveis tão dispares como o consumo de substâncias, a presença de ciúmes patológicos, características de personalidade, perturbações de personalidade, perturbações do pensamento e alterações neurológicas (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005).

Quando comparados agressores e sujeitos normativos, encontrou-se que os agressores são indivíduos mais ansiosos e depressivos, mais frios emocionalmente, dominantes e hostis, com pouco controlo da sua expressão externa da raiva e dos impulsos em geral (Bersani, Chen, Pendleton y Denton, 1992). Parece existir uma certa combinação de determinadas características, mais ou menos constantes que permitem definir um agressor conjugal, homens que tenham sido testemunhas de maus-tratos enquanto crianças, que apresentem determinados tipos de traços de personalidade, como a antissocial e que abusem nos consumos de drogas ou álcool, parecem ter uma maior probabilidade de exercer comportamentos violentos contra as suas parceiras (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005). Alguns estudos indicam que para além dos indícios presentes na infância, das influências sociais e dos contextos interpessoais, os agressores conjugais apresentam problemas psicopatológicos (Kessler, Molnar, Feurer, & Appelbaum, 2001), distorções cognitivas (Eckhardt & Dye, 2000) e déficits nas habilidades sociais (Norlander & Eckhardt, 2005).

Contudo, algumas dúvidas permanecem por esclarecer pois embora estes fatores desempenhem um papel inevitável no desenrolar da violência doméstica alguns estudos apontam que 76% dos agressores cometem atos violentos sem estarem sob efeito de álcool e em cerca de 40% dos casos não houve exposição à violência na infância (George, Hibbeln, Ragan, Umhau, Phillips, Doty, Hommer & Rawlings, 2006).

Alguns fatores como a psicopatia, a hostilidade, a raiva, as perturbações de personalidade e as dependências em relação ao álcool e às drogas parecem ter uma relação muito próxima com a perpetuação de comportamentos violentos. Dada a sua relevância e especificidades, em seguida serão descritos estes fatores de uma forma mais detalhada e complexa.

2.2.1.1 Psicopatia, Hostilidade e Raiva

Desde sempre aparecem referidos, nos estudos criminológicos, indivíduos que dispõem de uma grande capacidade para a agressão, tanto no sentido físico como no psicológico, e que adotam comportamentos de hostilidade e manipulação de forma continuada. Na realidade, a

identificação destes sujeitos responsáveis por agressões sistemáticas e que se caracterizam por serem cruéis, irresponsáveis, e por não terem vida emocional real, nem sintomas característicos de enfermidade mental, possuem todos os indicadores para se inserirem num diagnóstico de psicopatia (Soeiro & Gonçalves, 2010).

A psicopatia é uma das perturbações da personalidade mais estudada, atendendo ao impacto negativo que os comportamentos associados a esta perturbação possuem na comunidade onde o psicopata vive (Gonçalves, 2002; Soeiro & Gonçalves, 2010). Existe mesmo um conjunto de características emocionais e interpessoais que circunscrevem clinicamente o síndrome de personalidade psicopática: uma aptidão fluente e volúvel para mentir, manipular e dissimular; ausência de empatia ou de preocupação com os outros; afeto superficial e ausência de remorso, além de uma notória grandiosidade egocêntrica (Russel & Stanley, 2003 cit. in Lobo, 2007).

De um modo geral, os estudos indicam que se manifesta numa série de condutas que são resultado de fatores biológicos e da personalidade, relacionados com uma série de antecedentes familiares e outros fatores ambientais. O conceito clínico de psicopatia repousa na presunção de que existem certos indivíduos que partilham um conjunto de traços de personalidade associados a certos sintomas. Cleckley apresentou um perfil de psicopatia, indicando que os traços mais significativos da perturbação são: (1) encanto superficial e boa inteligência; (2) inexistência de alucinações ou de outras manifestações de pensamento irracional; (3) ausência de nervosismo ou de manifestações neuróticas; (4) ser indigno de confiança; (5) ser mentiroso e insincero; (6) egocentrismo patológico e incapacidade para amar; (7) pobreza geral nas principais relações afetivas; (8) vida sexual impessoal, trivial e pouco integrada; (9) ausência de sentimentos de culpa ou de vergonha; (10) perda específica do insight; (11) incapacidade para seguir qualquer plano de vida; (12) ameaças de suicídio raramente cumpridas; (13) raciocínio pobre e incapacidade para aprender com a experiência; (14) comportamento fantasioso e pouco recomendável com ou sem ingestão de bebidas alcoólicas; (15) incapacidade para responder na generalidade das relações interpessoais; (16) exibição de comportamentos antissociais sem escrúpulos aparentes. Para este autor a principal característica do psicopata é a deficiente resposta afetiva face aos outros, o que explicaria a forte relação com condutas antissociais. É no trabalho de Cleckley (1941/1976) que se baseiam as definições mais recentes de psicopatia, principalmente as que se inserem numa vertente clínica do conceito (Gonçalves, 2002; Soeiro & Gonçalves, 2010).

Conhece-se, e está bem documentada, a relação existente entre a presença de conductas violentas e a sintomatologia psicopática, iniciando-se recentemente, o estudo de características psicopáticas em alguns grupos de agressores. Contudo, a importância da psicopatia na violência doméstica ainda não está bem explicitada e são poucos os dados disponíveis na atualidade (Femández-Montalvo & Echeburúa, 2008).

Num estudo efetuado por Fernández-Montalvo e Echeburúa (2008) com uma amostra de agressores conjugais, encontrou-se uma taxa de 14,4% de sujeitos com claras tendências psicopáticas. Já Goldolf e White (2001), com uma amostra de 580 agressores conjugais, 11% dos mesmos apresentavam um perfil claramente psicopático. De referir também a tipologia de Dutton (1995) que aponta um tipo de agressor como sendo psicopático, fator este descrito mais à frente neste capítulo.

A raiva e a hostilidade são também construtos geralmente relacionados com a perpetração de comportamentos violentos e parece quase óbvio considerar que as pessoas violentas tendem a apresentar também maiores níveis de raiva. Efetivamente, e de acordo com os relatos que se obtém de episódios de violência doméstica parece que o agressor tende a “explodir” e a optar por comportamentos violentos, sendo que, os dados acumulados sugerem que os problemas respeitantes à ativação fisiológica (raiva), são pelo menos moderadamente consistentes na discriminação entre sujeitos violentos e não violentos (Norlander & Eckhardt, 2005).

Historicamente, a hostilidade tem sido conceptualizada como um constructo atitudinal que envolve a antipatia e a avaliação negativa dos outros, podendo também ser conceptualizada como um traço cognitivo de desvalorização do património e dos motivos dos outros, uma expectativa de que os demais são prováveis fontes de transgressão, uma visão relacional de estar em oposição em relação aos outros, e um desejo de infligir dano ou ver os demais prejudicados. A hostilidade pode também ser vista como uma conceção multifacetada que envolve o afeto e o comportamento expressivo, para além de atitudes negativas. Envolve principalmente as variáveis cognitivas de cinismo, desconfiança e difamação. A maioria dos investigadores assume que esta pode ser um predisponente para episódios frequentes de raiva motivando muitas das vezes comportamentos agressivos e vingativos (Norlander & Eckhardt, 2005).

Por sua vez, as tentativas para definir o conceito de raiva, baseiam-se em alguns índices como a ativação fisiológica, a fenomenologia subjetiva ou o construtivismo social. Contudo, estas definições não abrangem de forma suficiente a constelação de experiências que ocorrem durante um episódio de raiva. Efetivamente, um episódio de raiva envolve uma miríade de respostas fisiológicas de alarme, comportamento de fuga/ataque, etiquetas subjetivas de estados emocionais internos e cognições relacionadas com a transgressão. Por isso mesmo, as definições mais atuais deste constructo consideram-no como multidimensional, consistindo em respostas fisiológicas (ativação geral do sistema simpático; função de certos neurotransmissores), cognitivas (crenças irracionais, pensamentos automáticos negativos, imagens inflamatórias), fenomenológicas (consciência subjetiva e

rotulagem dos sentimentos de raiva) e comportamentais (expressões faciais, expressão verbal de raiva, estratégias comportamentais) (Norlander & Eckhardt, 2005).

Holtzworth-Munroe e os seus colaboradores (1997b), sugerem que altos níveis de agressividade estão relacionados, ainda que de forma inconsistente, como a perpetração da violência doméstica. Eckhardt, Barbour e Stuart (1997), encontraram resultados similares sugerindo que o problema das inconsistências encontradas seria um problema metodológico e não tanto um problema ao nível da relação do constructo. Hanson e os seus colaboradores (1997), bem como Margolin e os seus colaboradores (1998), ambos os estudos referidos por Stith e McMonigle (2009), descobriram que sujeitos severamente mais abusivos apresentavam níveis significativamente mais elevados de raiva ou hostilidade do que indivíduos não violentos ou menos abusivos. Por outro lado, Dye e Eckhardt (2000), referidos por Stith e McMonigle (2009), indicam que estudantes universitários que foram violentos para com o seu parceiro, exibem mais comportamentos relacionados com a expressão de raiva e menos controlo sobre a sua raiva do que estudantes não violentos.

Já na meta-análise realizada por Schumacher e seus colaboradores (2001), referida por Norlander e Eckhardt (2005), onde a raiva foi examinada como uma característica discriminante da violência doméstica, e após rever cinco estudos, pode concluir-se que a raiva e a hostilidade são preditores consistentes da mesma, sendo que estes valores variam de relativamente pequenos a grandes consoante a metodologia adotada. De realçar que apenas um dos estudos analisados refere que a raiva/hostilidade é maior em perpetradores de violência doméstica. Na meta-análise levada a cabo por Norlander e Eckhardt (2005), os resultados sugerem que, relativamente a indivíduos não violentos, os perpetradores de violência doméstica apresentam consistentemente maiores níveis de raiva e hostilidade, tendo em conta medidas obtidas através de várias formas. Também parece existir uma relação linear entre os níveis de hostilidade e raiva e a severidade do episódio de violência doméstica, pois, altos níveis de hostilidade e raiva podem ser utilizados para diferenciar entre perpetradores moderado-severos e perpetradores de violência doméstica baixo-moderados.

De uma forma geral, e de maneira mais ou menos exaustiva, vários estudos demonstram que um alto nível de hostilidade/raiva num dos membros do casal, é um fator de risco para a presença de violência doméstica (Stith & McMonigle, 2009).

2.2.1.2 Perturbações da Personalidade

Para a psiquiatria, o comportamento agressivo é usualmente visto como um sintoma, ao invés de um problema em si mesmo. Como sintoma, a agressividade está fortemente dependente da perturbação ao qual está associada (Haller & Kruk, 2006).

Efetivamente, de entre as perturbações da personalidade, as que consistentemente foram mais associadas a comportamentos violentos, apesar de estes não se verificarem em todos os pacientes, são a perturbação antissocial da personalidade e a perturbação borderline da personalidade. Considera-se que metade dos pacientes diagnosticados com perturbação antissocial da personalidade são pacientes agressivos, o *odds ratio* da violência e agressividade é em torno de 7 nos homens, enquanto que as probabilidades de proporção de homicídio é superior a 10, demonstrando o alto perigo que estes indivíduos representam para a sociedade (Haller & Kruk, 2006).

Relativamente aos agressores conjugais, as investigações levadas a cabo mostram uma grande heterogeneidade de características de personalidade presentes nestes sujeitos, identificando-se alguns tipos de perturbações de personalidade nesta população, sobretudo naqueles que se encontram na prisão (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2008). As perturbações mais frequentemente descritas dentro desta amostra têm sido, a perturbação antissocial da personalidade, a perturbação borderline da personalidade e a perturbação narcísica da personalidade (Huss & Langhinrichsen-Rohling, 2000). Estima-se que em concreto que os agressores antissociais constituem aproximadamente 25% da amostra, sendo este número maior para aqueles agressores que recebem tratamento por ordem judicial. Este tipo de agressor apresenta uma violência mais generalizada (ou seja, vai mais para lá da sua companheira) e tem um maior historial de antecedentes criminais e é mais provável que se veja afetado por perturbações mentais (abuso ou dependência de substâncias, impulsividade, etc.). Para além disto, é usual que apresentem atitudes *hostis face* às mulheres e uma baixa capacidade empática para com estas (Huss & Langhinrichsen-Rohling, 2000; Tijeras, Fernández-Montalvo, Sarasa & Seminario, 2011).

Tijeras e os seus colaboradores (2011) encontraram uma prevalência de 79.3% de perturbações de personalidade na amostra de agressores por si estudada (ou seja, quase 8 em cada 10 sujeitos apresenta uma perturbação da personalidade). Apesar de ser um valor bastante elevado, é coincidente com outros estudos como o de Fernández-Montalvo e Echeburúa (2008), que numa amostra de 76 homens condenados a uma pena de prisão por um crime grave contra a sua companheira, 86,8% apresentava pelo menos uma perturbação da personalidade. Todavia, esta elevada prevalência está associada ao instrumento utilizado por estes estudos. Relativamente aos tipos de perturbações de personalidade encontrados neste estudos destacam-se, respetivamente, a perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade, a perturbação dependente e a paranoíde. Neste sentido, a excessiva dependência emocional, a obsessão e a atribuição sistemática dos males próprios a outras pessoas tornam mais provável a adoção de comportamentos agressivos para com o companheiro (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2008). Já George e os seus colaboradores (2006), numa amostra de 71 agressores conjugais encontram uma prevalência de 22,5% de sujeitos com perturbação paranoíde da personalidade, 2,8% com perturbação esquizoíde, 32,4% com perturbação

antissocial, 70,4% com perturbação borderline, 9,9% com perturbação histriónica, 32,4% com perturbação narcísica, 29,6% com evitante valor igual à dependente e 46,5% com perturbação obsessivo-compulsiva.

2.2.1.3 Dependências

São numerosos os estudos que indicam que indivíduos com elevados consumos de drogas ou álcool parecem ter uma maior probabilidade de exercer comportamentos violentos contra as suas parceiras (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005). Efetivamente, estes consumos aparecem relacionados com o incremento da agressividade e da ocorrência de homicídio (Kyriacou et. al, 1999).

Brown, Werk, Caplan, Shields e Seraganian (1998), verificaram que, numa amostra de pacientes internados por abuso de substâncias, a prevalência de episódios de violência doméstica, no ano anterior, variava de 58 a 84%. Gondolf (1999) constatou que 26% da totalidade da sua amostra de agressores, tinham já recebido algum tipo de tratamento para o alcoolismo ou consumo de drogas. Por sua vez, Grann e Wedin (2002), avaliaram 88 reclusos cumprindo pena por homicídio ou agressão contra o seu cônjuge e observaram que 51% destes apresentava um problema de álcool ou drogas, sendo que 31% destes sujeitos apresentava um consumo de álcool exclusivamente, 5% de álcool e outra droga e 16% de diversas substâncias. Já Stuart e seus colaboradores (2003), referidos por Stith e McMonigle (2009), indicam uma prevalência de 54 a 66% de ocorrência de episódios de violência doméstica, em paciente de ambulatório por tratamento etílico.

Ao que parece, o consumo de álcool e drogas parece estar diretamente relacionado com comportamentos violentos. Sharps e os seus colaboradores, referidos por Calvete (2008), indicam que dois terços dos agressores acusados de homicídio ou de tentativa de homicídio tinham feito um consumo abusivo, antes ou durante o episódio violento. Já Fals-Stewart (2003), referido pelo mesmo autor, examinou registos diários de casais com historial de violência doméstica durante 15 meses e apercebeu-se que a probabilidade de ocorrência de um episódio severo de violência era mais de 11 vezes maior nos dias em que o homem havia consumido muito álcool sendo que 60% destes episódios tiveram lugar duas horas depois deste consumo.

Logan, Walker, Staton e Lenkefeld (2001), constataram que no grupo de sujeitos onde a violência era praticada de forma mais extrema havia um consumo mais regular de cocaína (4,5 anos) quando comparado com o grupo que exercia violência mais moderada (2,9 anos) ou de violência mais leve (2,6 anos). A cocaína pode mesmo potenciar episódios de violência através dos seus efeitos farmacológicos, podendo agravar também um temperamento hostil e agressivo. De acordo com Moore, Stuart, Meehan, Rhatigan, Hellmuth e Kenn (2008), diferentes tipos de drogas podem levar a um maior risco de adoção de comportamentos violentos, sendo que, a cocaína é o tipo de droga que produz maior risco. Estes autores

indicam também que a utilização de marijuana em pequenas doses, incrementa também o risco de comportamentos violentos no casal.

O abuso de substâncias está ainda associado a formas mais severas de violência, sendo que Kyriacou e os seus colaboradores (1999), sugerem mesmo que o abuso de álcool e drogas está associado a um risco aumentado de traumas como resultado da violência por parceiro íntimo.

2.2.2 Tipologias dos agressores conjugais

“Violent husbands evidence more psychological distress, more tendencies to personality disorders, more attachment/dependency problems, more anger/hostility, and more alcohol problems than nonviolent men” (Holtzworth-Munroe et al., 1997, p. 94).

Não é só em importantes variáveis psicológicas que os sujeitos violentos diferem dos não violentos, existem mesmo diferenças substanciais entre eles. Efetivamente, com o reconhecimento de que os perpetradores de violência doméstica diferem grandemente em um certo número de características importantes, esforços têm sido feitos para classificar os subtipos de agressores conjugais (Corvo & deLara 2010).

Estes subtipos diferem essencialmente em medidas como perturbações de personalidade, em características psicopatológicas, hostilidade, estilos de vinculação, uso de drogas e álcool e na gravidade dos episódios violentos (Lohr, Bonge, Witte, Hamberger & Langhinrichsen-Rohlin, 2005). Em seguida serão descritas algumas tipologias de agressores conjugais tendo em conta visões específicas de alguns autores.

2.2.2.1 Tipologia de Holtzworth-Munroe e Stuart (1994)

Holtzworth-Munroe e Stuart (1994), estipularam uma tipologias de agressores conjugais onde distinguem três tipos básicos de agressores.

Para estes autores, o comportamento agressivo, pode ser visto através de um continuum que varia entre a violência expressiva e a violência instrumental e uma das suas tipologias é então conceptualizada tendo em conta este continuum. Assim, por um lado encontra-se a *violência expressiva*, que se trata de uma conducta agressiva motivada por sentimentos de ira e raiva e que reflete uma grande dificuldade no controlo de impulsos e na expressão dos afetos. Do outro lado encontra-se a *violência instrumental* que por sua vez expressa um grau profundo de insatisfação não gerando sentimentos de culpa (Biezma & Guinea, 2006).

Tendo em conta esta classificação, estes autores descreveram três tipos básicos de agressores conjugais: *agressores impulsivos* (apresentam um estado de ânimo predominantemente disfórico, ou seja, são instáveis e irascíveis emocionalmente, sendo frequentemente

hipersensíveis à crítica apresentando rápidas alterações de controle, encaixando com a perturbação borderline da personalidade), *agressores instrumentais* (utilizam a violência de forma instrumental, apresentando níveis mais baixos de raiva e depressão, apresentando níveis mais altos de narcisismo e manipulação psicopática, ameaçando e agredindo a seu cônjuge quando este não satisfaz as suas exigências) e por último temos os *agressores sobrecontrolados* (são sujeitos menos violentos que os anteriores, optando por comportamentos violentos como um reflexo das suas carências pessoais, são pessoas mais passivas, dependentes e com alguns traços obsessivos) (Biezma & Guinea, 2006).

Por outro lado, e tendo em conta três fatores distais (fatores genéticos/pré-natais; experiências familiares precoces e experiências com os pais) e cinco proximais (estilo de vinculação, impulsividade, habilidades sociais, atitudes para com as mulheres, violência) (Bell & Naugle, 2008) bem como o funcionamento psicológico, a severidade e gravidade dos comportamentos violentos, estes autores desenvolveram uma outra tipologia. A partir destes constructos, indicaram a existência de três tipos de agressores: *os limitados ao âmbito familiar/sobrecontrolados*; *os borderline/disfóricos* e *os agressores violentos no geral/antissociais* (Amor, Echeburúa & Loinaz, 2009; Calvete, 2008).

Os primeiros dizem respeito a sujeitos que são fundamentalmente violentos no âmbito familiar (contra o seu cônjuge e filhos) sendo os seus comportamentos violentos de menor frequência e gravidade que os restantes grupos. Este grupo representa cerca de 50% dos agressores da tipologia teórica e cerca de 36% no estudo empírico. Não é frequente que se encontre neste grupo sujeitos com perturbações da personalidade, embora se possam encontrar traços de personalidade passiva, dependente e obsessiva. Os fatores de risco apresentados são também menores, sendo que estes indivíduos podem ter sofrido de níveis baixos ou moderados de agressão na sua família de origem e geralmente são sujeitos que se arrependem depois de um episódio violento e condenam o uso da violência. Estes são os agressores de baixo risco, tendo geralmente menos problemas legais. Apresentam algumas dificuldades no que se refere às habilidades sociais e de comunicação e altos níveis de dependência em relação ao seu par sendo os seus relacionamentos mais estáveis que nos outros grupos (Amor, Echeburúa & Loinaz, 2009; Calvete, 2008).

Já os agressores borderline/disfóricos representam cerca de 25% dos agressores, limitando-se a apenas 15% no controlo empírico. São indivíduos violentos física, psicológica e sexualmente, revelando uma violência de intensidade média ou alta dirigida ao seu cônjuge ou a outros membros da família. São os que apresentam maiores problemas psicológicos como a impulsividade, instabilidade emocional e irascível, apresentando características de paciente com perturbação borderline da personalidade. Caracterizam-se por uma história de rejeição familiar, abuso infantil, alta dependência, pobres habilidades sociais e de comunicação, hostilidade face às mulheres e baixo nível de arrependimento (Amor, Echeburúa & Loinaz, 2009; Calvete, 2008).

Por último, os agressores violentos em geral/antissociais representam 25% dos agressores no estudo teórico e 16% nas constatações empíricas. Estes sujeitos utilizam a violência física e psicológica de forma instrumental e generalizada (ou seja, não específica ao contexto familiar), como estratégia de resolução de problemas para conseguir alcançar os seus objetivos e superar as suas frustrações. Os seus comportamentos violentos são de maior frequência e intensidade que nos grupos anteriores, sendo estes os sujeitos que apresentam menores níveis de raiva e depressão mas maiores níveis de narcisismo e manipulação psicopática. Muitos destes sujeitos sofreram maltratos graves durante a infância, ou foram testemunhas de episódios violentos, sendo também mais provável que mantenham consumos de álcool ou drogas e que tenham tido problemas legais considerando-se este grupo de alto risco (Amor, Echeburúa & Loinaz, 2009).

2.2.2.2 Tipologia de Dutton e Golland (1997)

Dutton e Golland (1997) estabeleceram a sua tipologia de agressores conjugais tendo como base a teoria da vinculação. Para estes autores, a propensão para a violência doméstica decorre de um estilo vinculativo inseguro e de um sentimento crescente de vergonha que surge na infância/adolescência. Decorrente deste estilo de vinculação existe a necessidade e desejo de um contacto íntimo, ao mesmo tempo que se vivenciam sentimentos de rejeição, desconfiança e insatisfação nos relacionamentos íntimos. Este estilo de vinculação bem como a tendência que estes indivíduos mostram para experimentar aumentos intensos de raiva pode conduzir aos episódios de violência doméstica, nomeadamente quando os sujeitos se sentem ameaçados pelo seu parceiro ou quando acreditam que o relacionamento falhou de alguma maneira (Dutton, 1995 cit. in Bell & Naugle, 2008).

Efetivamente, estes autores analisaram a personalidade de diversos agressores conjugais e chegando à conclusão de que existem três tipos básicos: o *agressor psicopático*; o *agressor hipercontrolado* e o *agressor cíclico* (Martinez, 2005).

Os agressores psicopáticos são sujeitos que geralmente sofreram maltratos durante a infância, são indivíduos que tentam agradar os outros apesar de carecem de empatia, sendo incapazes de imaginar as consequências dos seus comportamentos violentos. O tipo psicopático é o mais raro sendo que os seus maus-tratos sempre têm algum objetivo. Na verdade, este tipo de comportamentos estende-se mais para lá do contexto familiar, e estes sujeitos podem mesmo envolver-se em vários crimes como fraudes ou falsificações, por exemplo. Têm uma visão pouco realista acerca do seu futuro, não conseguem realizar qualquer tipo de aprendizagem com as suas experiências negativas e carecem de consciência moral não tendo remorsos pelas suas ações, chegando a assumi-las como se fossem um comportamento natural do homem (Martinez, 2005; Carvalho-Barreto, Bucher-Maluschke, Almeida & DeSousa, 2009).

Por sua vez, o agressor hipercontrolado, é aquele perpetrador que tende a acumular estados de tensão e raiva, resultando a agressão do acúmulo progressivo de frustrações. São sujeitos

usualmente bem-vistos social e profissionalmente, surpreendendo as pessoas próximas quando descobrem os seus abusos. Os seus esquemas mentais são marcados por estereótipos de género sentindo-se profundamente incomodado se a mulher não realiza todos os afazeres de casa. Estes sujeitos distanciam-se emocionalmente do seu cônjuge ao mesmo tempo que o controlam e o proibem de realizar atividades fora de casa, desenvolvendo assim obsessões de controlo. Tendem também a ridicularizar a sua vítima em público, culpabilizando-a por todos os erros do passado (Carvalho-Barreto, Bucher-Maluschke, Almeida & DeSousa, 2009; Martinez, 2005).

Por último, o agressor cíclico é aquele que vivência um verdadeiro terror por medo ao abandono, mas também por medo de estabelecer relações íntimas. São sujeitos frequentemente assaltados por ciúmes intensos, que se tornam demasiado “pegajosos” com os seus parceiros. As suas distorções cognitivas levam-nos a interpretar erroneamente os atos da vítima, acreditando que têm o direito de castigá-la quando ela não cumpre com as suas expectativas. Os seus estados de ânimo são cíclicos, comportando-se de maneira diferente em casa ou em público utilizando muitas vezes o abuso verbal para humilhar o seu cônjuge. Frequentemente, ao iniciarem um relacionamento amoroso, escolhem aquela pessoa sobre a qual terão mais possibilidade de estabelecer controle e domínio psicológico ou físico, como mulheres com baixa autoestima, carentes afetivamente, com algum déficit cognitivo, donas de casa em tempo integral ou com timidez excessiva (Carvalho-Barreto, Bucher-Maluschke, Almeida & DeSousa, 2009; Martinez, 2005).

Os dois primeiros tipos são mais controlados nos seus ataques violentos, controlando e planeando a agressão, atacando a vítima em sítios escondidos, enquanto que o terceiro manifesta um crescente de violência que vai “estourar” descontroladamente devido ao facto de que estes sujeitos possuem pouco controlo sendo os ciclos de violência imprevistos, atacando a vítima em locais visíveis. Esta conceção é pois apoiada por diversas pesquisas sobre a autoestima do agressor, onde os atos violentos fazem parte de um mecanismo de proteção psicológica. Devido ao mesmo motivo, Dutton (1995) assinala que normalmente o agressor utiliza mecanismos de defesa na argumentação dos eventos, tais como a racionalização, negação, projeção, repressão e minimização (Soria, Armadans, Viñas & Yepes, 2009).

2.2.2.3 Tipologia de Fernández-Montalvo e Echeburúa (1997)

Baseando-se numa amostra de 42 pacientes de um programa de intervenção psicológica para agressores conjugais, Fernández-Montalvo e Echeburúa (1997), diferenciaram quatro tipos de agressores.

Assim, e tendo em conta a extensão dos episódios violentos temos os *agressores somente violentos no contexto familiar* e os *agressores violentos no geral*. A primeira tipologia abarca cerca de 74% da amostra ilustrando indivíduos que engendram por um comportamento

altamente violento em casa, mas que exibem habitualmente um comportamento social adequado. As suas frustrações diárias, um consumo exagerado de álcool ou drogas, bem como os ciúmes patológicos são fatores desencadeadores de episódios violentos para estes sujeitos. Já a segunda tipologia abarca cerca de 26% da amostra sendo que é comum que estes sujeitos tenham sofrido de episódios violentos na infância, sendo pessoas agressivas no geral e cujas crenças acerca da violência são usualmente distorcidas, acreditando que esta é uma forma fidedigna de lidar com os seus problemas (Biezma & Guinea, 2006).

Por outro lado, e considerando o perfil psicopatológico dos agressores podem distinguir-se entre *agressores com déficit nas habilidades interpessoais* e os *agressores sem controlo de impulsos*. Os primeiros representam cerca de 55% da amostra e padecem de habilidades sociais para lidar com as relações interpessoais, devido a carências no processo de socialização. Utilizam por isso a violência como recurso, uma vez que, não possuem mais nenhum. Já os agressores sem controlo de impulsos representam cerca de 45% da amostra sendo sujeitos que se caracterizam por episódios bruscos e inesperados de descontrolo da violência. Apresentam habilidades sociais mais adequadas e têm consciência de que a violência não pode ser utilizada como forma de resolução de problemas, contudo mostram-se incapazes de controlar os seus impulsos (Biezma & Guinea, 2006).

Capítulo 3. Material e Métodos

Este capítulo tem como principal objetivo ilustrar o desenvolvimento e execução da parte empírica deste trabalho, fazendo para isso alusão à metodologia adotada nesta investigação. Posto isto, em primeiro lugar será abordada a formulação do problema, os principais objetivos deste trabalho e a sua pertinência, bem como a caracterização dos participantes, instrumentos e procedimentos.

3.1. Formulação do problema e objetivos do trabalho empírico

O estado de arte sobre o conhecimento da violência doméstica, tanto a nível internacional como a nível nacional, ainda que insuficiente em diversas esferas, permite-nos partir para a pesquisa, formar novas hipóteses, construir novas variáveis e indicadores (Lisboa, Patrício & Leandro, 2009).

Trata-se de um problema generalizado que afeta para além das vítimas, as suas famílias e comunidades, potenciando outras formas de violência tanto na esfera privada como na esfera pública (UN, 2006). De facto, e de acordo com o Código Penal Português (com a entrada em vigor da Lei nº 59/2007, de 4 de setembro) a violência doméstica constitui um crime (tipificado no artigo 152º) e, mais do que isso, um crime público (Manita, 2009).

As condições para que comportamentos violentos sejam adotados são produzidas socialmente pelo que, os processos pelos quais esta violência é concretizada podem ser alterados, através de uma intervenção multisectorial, informada, consequente e eticamente responsável (UN, 2006).

Desta forma, torna-se crucial que se desenvolvam estudos no sentido de caracterizar, compreender, descrever, analisar, explicar e tipificar esta temática. Em traços gerais, a criminalização da violência doméstica no Código Penal Português processou-se no sentido da ampliação do conceito, tanto ao nível dos contextos como das pessoas envolvidas (vítimas e agressores), assim como ao nível do agravamento das penas relacionadas com os crimes associados à violência doméstica (Lisboa, Patrício & Leandro, 2009), tudo isto relacionado com os diversos focos de análise empírica que este fenómeno tem sofrido nas últimas décadas.

Efetivamente, o primeiro estudo de âmbito nacional sobre a violência doméstica foi realizado em 1995, *Inquérito Nacional “Violência contra as mulheres”*, promovido pela Comissão para a Igualdade e Direitos das Mulheres, o que permitiu ter a primeira visão global da prevalência

deste fenómeno a nível nacional. Deste estudo surgiu a necessidade de reformular alguns pressupostos básicos teóricos subjacentes à primeira investigação, tornando-se necessário explicitar de forma mais rigorosa o conceito de violência e aperfeiçoar a sua operacionalização empírica. Os estudos posteriores, de âmbito nacional, privilegiaram o conceito de violência enquanto representação social, nomeadamente na visão da vítima. Para além da análise de prevalência da violência contra as mulheres e do contexto sociocultural que a produz e reproduz, foi possível obter resultados importantes sobre os custos sociais e económicos do fenómeno, bem como das suas implicações ao nível profissional e familiar, da saúde física e psicológica e da educação. Efetivamente, a análise das dinâmicas e processos socioculturais que estão associados à violência junto da vítima, e do meio social mais próximo, permitiu aceder a um novo quadro de interrogações e hipóteses sobre as causas da violência e do modo como é produzida e reproduzida através da interação entre atores sociais diversos (Lisboa, Patrício & Leandro, 2009).

Posto isto, é fácil perceber que a próxima direção a tomar, e no contexto nacional, é a da compreensão dos agressores, a forma como estes englobam os comportamentos agressivos no seu repertório comportamental, a forma como os utilizam, para que os utilizam e mais importante que isso, o porquê de alguns sujeitos recorrerem a este tipo de comportamento, enquanto outros escolhem vias comportamentais mais adaptativas. Notoriamente, uma parte substancial da vitimização no contexto da violência doméstica poderá ser evitada através de uma melhor compreensão do comportamento do agressor e das variáveis que poderão, de alguma forma, ajudar a antecipar e prevenir este tipo de comportamento.

De facto, a sinalização de fatores de risco constituiu um recurso importante para os esforços de intervenção e prevenção (Stith & McMonigle, 2009), podendo contar-se desde já com modelos suscetíveis de orientar a avaliação clínica do risco (Tardiff, 2008). No que diz respeito à identificação de fatores de risco associados à prática da violência, têm sido considerados elementos individuais das vítimas e dos agressores, nomeadamente, o sexo, a idade, o nível de instrução, o estatuto socioprofissional, a autonomia financeira e a identidade religiosa e política, o consumo de álcool e drogas, bem como aspetos associados a uma vivência anterior de violência no contexto do processo de socialização primário, no seio da família de origem (Lisboa, Patrício & Leandro, 2009). Por outro lado, têm sido também considerados outros fatores, na perspetiva somente do agressor, como a presença de episódios violentos (verbais e físicos) em relações anteriores, a presença de elevados níveis de raiva e hostilidade, a utilização de variadas formas de poder e controlo, e a presença de algumas condições de saúde como a depressão, perturbações de personalidade, estilos de vinculação e níveis elevados de stress (Stith & McMonigle, 2009). Efetivamente, as investigações relacionadas com a violência doméstica, na maior parte dos casos, têm como objetivo prioritário identificar todos os fatores que estão presentes em situações de agressão

e que são suscetíveis de mudança terapêutica (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa & Coral, 2009).

Surge assim, neste sentido, a questão de investigação do presente trabalho “*Como será o perfil psicopatológico dos agressores conjugais?*” pretendendo trazer algumas explicações sobre este fenómeno, tipificar e caracterizar um grupo de agressores conjugais portugueses procurando o estabelecimento de um “protótipo” de agressor, caso tal seja viável. De realçar que com este trabalho não se pretende adotar uma posição em conforme existe ou não, um perfil de agressores conjugais sendo que o principal objetivo do mesmo assenta na efetivação de uma descrição da sua saúde mental, incidindo sobre a caracterização da psicopatologia, adquirindo a vertente de perfil devido aos instrumentos de avaliação administrados cuja conceção metodologia permite a construção de um perfil gráfico e interpretativo (Carrola, 2011). Desta maneira, pensou-se em analisar algumas características individuais de um grupo de agressores, com o objetivo de tentar verificar a presença ou não de alguns fatores, funcionando este estudo numa base descritiva, exploratória e correlacional, caracterizando um perfil psicopatológico de agressores conjugais tendo em conta apenas dimensões psicopatológicas, percebendo também qual a relação entre as mesmas e os comportamentos violentos exercidos. De um modo geral podem enumerar-se os seguintes objetivos para este estudo empírico:

- ◆ Avaliar a presença de sintomas psicopatológicos em agressores conjugais;
- ◆ Verificar se os agressores conjugais apresentam elevados índices de hostilidade, ideação paranoide e sensibilidade interpessoal;
- ◆ Verificar se existem diferenças relativamente à idade e aos sintomas psicopatológicos apresentados;
- ◆ Verificar se os agressores conjugais apresentam elevados índices de psicopatia;
- ◆ Averiguar quais os comportamentos violentos mais adotados pelos agressores conjugais;
- ◆ Analisar a relação entre a idade, o nível socioeconómico e o nível de escolaridade dos participantes e o tipo de comportamentos violentos adotados na relação atual;
- ◆ Analisar a relação entre o tipo de comportamentos violentos adotado e os níveis de hostilidade, ideação paranoide e sensibilidade interpessoal;

3.2. Participantes

Para a realização deste estudo utilizou-se uma amostra de conveniência composta por 30 participantes do sexo masculino sinalizados pela DGRS por cumprirem pena por crime de violência doméstica contra cônjuge ou análogos. Contataram-se quatro equipas da DRGS, nomeadamente a equipa do Baixo Mondego (Coimbra) onde foram administrados os instrumentos a 12 participantes, a equipa da Beira Norte (Guarda e Covilhã) 8 participantes, a

equipa da Beira Sul (Castelo Branco) 4 participantes, e a equipa Dão Lafões onde foram administrados os instrumentos a 6 participantes.

O processo de seleção dos mesmos foi realizado pelos técnicos, tendo em conta o número de indivíduos a cumprir por crime de violência doméstica contra cônjuge ou análogos presente em cada uma das equipas, e a disponibilidade dos mesmos em participar neste projeto de investigação sendo os únicos critérios de exclusão o facto de não cumprir pena por crime de violência doméstica contra cônjuge ou análogos e ser do sexo feminino (devido a questões de representatividade, visto que a maior parte dos sujeitos a cumprir pena por este tipo de crime é do sexo masculino). No que se refere à pena e medida adotada pelo tribunal, dos 30 participantes, 28 encontram-se em suspensão provisória do processo e apenas dois deles em suspensão da execução da pena de prisão. De realçar que a suspensão provisória do processo tem especial indicação nos casos em que a vítima procura apenas a cessação da violência e a reposição da dinâmica conjugal. Efetivamente, a aplicação da suspensão provisória do processo supõe a concordância por parte do arguido e da vítima [artigo 281º, nº1, al. a) do Código do Processo Penal (CPP)] bem como a ausência de condenação e de aplicação anterior desta medida por crime da mesma natureza. No que concerne às injunções e regras de conduta imposta ao arguido, por esta medida, estas podem caracterizar-se pelo carácter retributivo, obrigacional ou impeditivo. Com carácter retributivo, o indivíduo pode ser obrigado a indemnizar e/ou dar uma satisfação moral ao lesado, prestar serviços de interesse público ou entregar ao Estado uma certa quantia). Por outro lado, o Ministério Público pode acreditar ser mais apropriado e essencial que o indivíduo resida em determinado local e/ou frequente programas/atividades com determinados objetivos implícitos. No âmbito da imposição de regras de conduta, as injunções podem passar por não exercer determinadas profissões, não frequentar certos meios ou lugares, não residir em determinado local, não contactar com certas pessoas, não participar em determinadas associações/reuniões nem ter em seu poder certos objetos capazes de facilitar a prática de crimes. A suspensão provisória do processo pode, como refere o art. 282º do CPP, ter o prazo máximo de dois anos [nº1], excetuando crimes de violência doméstica ou crimes sexuais de menores que pode ir até aos cinco anos de duração [nº5] (Dias & Alarcão, 2012).

Como já foi referido, a amostra é composta por 30 participantes exclusivamente do sexo masculino. No que se refere à idade, a faixa etária da amostra varia entre os 23 e os 70 anos, com uma média de idade de 49 anos e um desvio-padrão de 11,890. A variável idade segue uma distribuição normal.

Já em relação ao estado civil, 2 (6,7%) dos participantes são solteiros, 15 (50%) são casados, 3 (10%) vivem em união de facto e 10 (33,3%) são divorciados ($M_o=2$). Por outro lado, 6 (20%) vive sozinho, 9 (30%) vive com a esposa, 13 (43,3%) com a esposa e os filhos, 1 (3,3%) vive com os pais e 1(3,3%) reside atualmente com a sua ex-mulher ($M_o=2$). A maior parte dos

inquiridos, 17 (56,7%), vive ainda em meio urbano, sendo que 13 (43,3%) vivem em meio rural ($Mo=1$).

Relativamente ao grau de escolaridade verifica-se que 19 (63,3%) dos participantes têm o ensino básico, 10 (33,3%) o ensino secundário e 1 (3,3%) o ensino superior ($Mdn=0$, $IQQ= 1$).

No que diz respeito ao estatuto socioeconómico, 6 (20%) situam-se no estatuto baixo, 5 (16,7%) médio-baixo, 9 (30%) médio, 5 (16,7%) médio-alto e 5 (16,7%) no estatuto alto ($Mdn=2$, $IQQ= 2$). De referir ainda que 9 (30%) dos participantes se encontra desempregado, 14 (46,7%) empregado e 7 (23,3%) destes são reformados ($Mo=1$). Dos participantes atualmente empregados 2 (6,7%) exercem as suas funções no setor primário, 10 (33,3%) no setor secundário e 18 (60%) no setor terciário ($Mo= 2$). Dos desempregados, 4 (13,3%) estão nesta situação à menos de um ano e 6 (20%) á mais de um ano ($Mo= 1$).

Por outro lado, 22 (73,3%) dos participantes refere ter problemas significativos na sua vida, sendo que, 8 (26,7%) dos sujeitos refere não ter qualquer problema ($Mo=1$). Desses problemas, 15 (50%) dos participantes indica ser de nível familiar ($Mo=1$), 6 (20%) de nível judicial ($Mo=0$), 2 (6,7%) a nível laboral ($Mo=0$), 12 (40%) de nível económico ($Mo=1$) e 1 (3,3%) de nível social ($Mo=0$). Como consequência destes problemas 11 (36,7%) dos participantes diz sentir stress, 8 (26,7%) ansiedade ($Mo=0$), 2 (6,7%) desmotivação ($Mo=0$), 3 (10%) isolamento ($Mo=0$), 7 (23,3%) diz sentir-se deprimido ($Mo=0$), 6 (20%) diz ter problemas familiares ($Mo=0$), 3 (10%) diz ter problemas de comunicação ($Mo=0$), 8 (26,7%) problemas económicos ($Mo=0$), 6 (20%) problemas de saúde ($Mo=0$) e 2 (6,7%) referem ainda ter problemas de outros tipos ($Mo=0$).

De referir que 18 (60%) dos participantes não assistiu a qualquer cena de violência na sua infância e adolescência, e 12 (40%) dizem ter assistido ($Mo=0$) a este tipo de comportamento por parte do seus pais várias vezes. Destes episódios de violência 4 (13,3%) dos participantes refere ter assistido a cenas de violência verbal/emocional/psicológica e 7 (23,3%) a cenas de violência física ($Mo=1$).

Resta dizer que, 1 (3,3%) participante diz ser atualmente violento para com a sua namorada, 27 (90%) para com a sua esposa e 4 (13,3%) para com os seus filhos. Nenhum dos participantes apresenta comportamentos violentos para com os seus pais, avós, sobrinhos ou outros. Quando inquiridos acerca da frequência dos episódios violentos, 10 (33,3%) dos inquiridos indica que este comportamento é “nada frequente”, 10 (33,3%) indica ser “pouco frequente”, 5 (16,7%) “algo frequente”, 3 (10%) “frequente”, 2 (6,7%) “muito frequente” ($Mdn= 1$, $IQQ= 2$). Daqui se consegue verificar que, apesar de sinalizados e a cumprir pena por crime de violência doméstica 66,7% dos participantes indica que a adoção de um comportamento violento é “pouco frequente”.

3.3. Instrumentos

O presente trabalho faz parte de um projeto de investigação cujo objetivo último é determinar o perfil de risco em agressores conjugais. Para isso, elaborou-se um protocolo de instrumentos que permitissem simultaneamente avaliar as crenças e atribuições associadas à violência doméstica nos agressores conjugais, caracterizar as dimensões psicopatológicas associadas aos seus comportamentos, determinar as dimensões de psicopatia, o que por sua vez, e conjugando os objetivos anteriores, irá permitir determinar o desejado perfil de risco.

Desta forma, foi aplicado este protocolo aos participantes do qual se podem enumerar as seguintes provas de avaliação: Questionário Sociodemográfico; Atribuições Causais (Henning, Joner & Holdford, 2005); versão portuguesa do SCL-90-R (Derogatis, 1977); I.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); E.C.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); PCL/P-Scan (Hare, 2003; Hare & Hervé, 1999; Gonçalves & Lobo, 2006 cit. in Lobo, 2007;) e ODARA (Hilton, Harris & Rice, 2002).

Contudo, como o objetivo do presente trabalho se prende apenas com caracterizar as dimensões psicopatológicas associadas ao comportamento de agressores conjugais, a análise aqui efetuada irá recair apenas sobre os resultados obtidos tendo em conta a utilização dos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; versão portuguesa do SCL-90-R (Derogatis, 1977); I.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000) e PCL/P-Scan (Hare, 2003; Hare & Hervé, 1999; Gonçalves & Lobo, 2006 cit. in Lobo, 2007).

Estes instrumentos serão descritos pormenorizadamente de seguida.

3.3.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (ver anexo I) foi concebido pela equipa de investigação tendo como principal objetivo aceder a algumas características específicas da amostra que permitissem realizar uma análise global e descritiva tendo em conta variáveis sociodemográficas.

Assim, engloba aspetos tais como: idade, género, estatuto socioeconómico, estado civil, composição do agregado familiar, grau de escolaridade, atividade profissional e meio de residência.

Por outro lado, e tendo em conta a população a que este estudo se dirige, englobaram-se perguntas mais direcionadas com a perceção da qualidade de vida por parte dos sujeitos e a presença de alguns stressores, como a presença ou não de “problemas significativos de vida”, as principais consequências dos mesmos, a perceção pessoal acerca da concretização ou não do seu projeto de vida pessoal, bem como breves perguntas alusivas à presença ou não de uma rede social de suporte.

Já incidindo especificamente sobre os comportamentos violentos em si, inquiriram-se os sujeitos acerca do testemunho de episódios violentos aquando a sua infância ou adolescência, tentando perceber também a que tipo de conductas violentas assistiram e quais os comportamentos adotados perante esta situação. Por fim o foco de análise recaí nos alvos do comportamento violento por parte do inquirido, e qual a frequência da adoção deste tipo de comportamento por sua parte.

Este questionário foi construído com base na revisão da literatura efetuada, pretendo de forma rápida e simples aceder a algumas características essenciais que poderão conduzir a um perfil de risco, como a presença de alguns stressores, fraca rede de suporte e o testemunho de episódios violentos por parte dos seus pais, quando os próprios sujeitos eram adolescentes ou crianças.

3.3.2. Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.)

O Inventário de Violência Conjugal, I.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000) tem como objetivo identificar a vitimização e/ou a perpetração de comportamentos abusivos em relações do tipo conjugal.

Trata-se de um inventário de autorresposta, podendo ser respondido oralmente, composto por 21 itens que envolvem comportamentos fisicamente abusivos (*“dar um muro”*; *“dar uma bofetada”*, e.g.), comportamentos emocionalmente abusivos (*“insultar, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou ferir”*, e.g.) e comportamentos de coerção/intimidação (*“impedir o contacto com outras pessoas”*; *“partir ou danificar coisas intencionalmente ou deitar a comida para o chão, para meter medo”*, e.g.) (Machado, Matos & Gonçalves, 2000).

Para cada um destes tipos de comportamento pede-se ao participante que, na parte A do inventário, refiram se, durante o último ano, a) se os adotaram no contexto da sua atual relação afetiva ou b) o seu atual parceiro os adotou no contexto da sua atual relação afetiva. Caso a resposta a qualquer uma destas questões seja afirmativa, pergunta-se se esse comportamento ocorreu uma única vez ou mais do que uma vez. Já na parte B do inventário este procedimento é repetido, desta vez tendo como referência as relações afetivas anteriores dos participantes (Machado, Matos & Gonçalves, 2000).

Por último resta dizer, que estamos perante um inventário comportamental onde não existe uma cotação da escala, sendo que a sua leitura deverá ser formulada item a item, analisando a regularidade do uso de cada prática abusiva identificada (Machado, Matos & Gonçalves, 2000).

3.3.3. Symptom Check-List Revised (SCL-90-R)

O SCL-90-R (*Symptom Check-List Revised*) (Derogatis, 1983) é um inventário composto por 90 itens de autoavaliação dirigido às manifestações somáticas de desajustamento emocional.

Pretende avaliar nove dimensões sintomáticas e três índices globais de mal-estar, ainda que este instrumento não tenha sido desenhado como medida de diagnóstico, podendo ser aplicado a sujeitos a partir dos 13 anos de idade (Canavarro, 2007).

Efetivamente, dada a sua facilidade de aplicação (15 minutos em média) e correção pode ser utilizado em estudos epidemiológicos com amplos grupos populacionais, mas também como instrumento de screening para a deteção de áreas de dificuldade, sendo ainda útil para utilização periódica para avaliação da eficácia de uma determinada intervenção. É dado ao sujeito a instrução de que deve assinalar a sua resposta, tendo em conta a forma em como a informação contida em cada item o afetou nos últimos sete dias. As suas respostas devem obedecer a uma correspondência com uma escala de tipo Likert de cinco pontos, que pode variar de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes) (Derogatis, 1983).

Os seus noventa sintomas distribuem-se, segundo as suas afinidades, em dez grupos, ou “dimensões somáticas” e cada um dos quais mede um aspeto diferente da psicopatologia. Estas dimensões são as seguintes: a somatização, a obsessão-compulsiva, a depressão, a ansiedade, a hostilidade, a ansiedade fóbica, a idealização paranoide, o psicoticismo e uma dimensão que não corresponde a uma sintomatologia específica (Derogatis, 1983) (cf. Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização das dimensões somáticas do SCL-90-R

Dimensão	Caracterização
Somatização	compreende doze sintomas relacionados com a vivência de disfunção corporal; inclui sintomas relacionados com alterações neurovegetativas que ocorrem sobretudo nos sistemas cardiovasculares, respiratório, gastrointestinal e muscular. Constitui o grosso das manifestações psicossomáticas ou funcionais podendo refletir uma sintomatologia média subjacente;
Obsessão-compulsiva	composta por 10 itens que descrevem conductas, pensamentos e impulsos que o sujeito considera absurdos e indesejáveis, que geram uma intensa angústia e que são difíceis de resistir, evitar ou eliminar, além de outras vivências e fenómenos cognitivos característicos das perturbações de personalidades obsessivas;
Sensibilidade Interpessoal	os nove sintomas desta dimensão reconhecem sentimentos de timidez e vergonha, a tendência para se sentir inferior ao outro, a hiper sensibilidade a opiniões alheias e atitudes alheias e, em geral, o incómodo e inibição nas relações interpessoais;
Depressão	constituída por 13 itens que reconhecem sinais e sintomas clínicos próprios de perturbações psíquicas, incluindo vivências disfóbicas, impotência e falta de energia, bem como, ideias autodestrutivas e outras manifestações cognitivas e somáticas características dos estados depressivos;
Ansiedade	os 10 itens desta dimensão são os que classicamente são referidos nas manifestações clínicas da ansiedade, tanto generalizada como aguda, incluindo também sinais gerais de tensão emocional e as suas manifestações psicossomáticas;
Ansiedade Fóbica	os 7 itens desta dimensão pretendem avaliar as distintas variantes da fobia, entendida como um medo persistente, irracional e desproporcionado relativamente a um animal ou a uma pessoa, lugar,

	objeto ou situação, geralmente complicado por conductas relacionadas com a fuga, embora tenham mais peso nesta dimensão os sintomas relacionados com a agorafobia e fobia social do que os com sintomas típicos da fobia simples;
Ideação Paranoide	constituída por 6 itens que reconhecem aspetos distintos da conducta paranoide, considerada fundamentalmente como uma resposta a uma perturbação de ideação incluindo características próprias do pensamento projetivo, como a desconfiança, centralismo auto referencial e ideação delirante, hostilidade, grandiosidade, medo da perda de autonomia e necessidade de controlo;
Psicocitismo	os dez sintomas que compõem esta dimensão configuram um espectro psicótico que se estende desde a esquizofrenia leve até uma psicose mais complicada, sendo que, na população em geral esta dimensão está mais relacionada com sentimentos de alienação social do que com a psicose clinicamente manifesta;
Escala Adicional	os 7 itens considerados como adicionais, sintomas misturados, são-no porque o seu peso fatorial em diferentes escalas não permite inseri-los em nenhuma escala em particular.

Nota. Fonte: Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual II for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Permite ainda que se calculem três índices globais, como já foi referido: o índice global de severidade (*GSI, Global Severity Index*), o total de sintomas positivos (*PST, Positive Symptom Total*) também chamado total de respostas positivas e o índice de severidade dos sintomas presentes (*PSDI, Positive symptom distress index*). Estas são medidas sumárias da perturbação que, apesar de correlacionadas, representam aspetos diferentes da psicopatologia, sendo indicativo de diferentes aspetos do sofrimento psicopatológico em geral. O *GSI* é o indicador numérico simples mais sensível do sofrimento psicológico do indivíduo, uma vez que combina informação sobre o número de sintomas e a intensidade do distúrbio. O *PSDI* representa uma medida pura de intensidade sintomática pois relativiza o distúrbio global em referência ao número total de sintomas, indicando o estilo característico do indivíduo para experimentar o sofrimento psíquico. O *PST* traduz o número de sintomas que ele averiguou ou relatou experimentar com alguma intensidade e contribui para a interpretação do padrão global informado sobre a “amplitude” sintomática do distúrbio do indivíduo (Derogatis, 1983).

Uma das principais vantagens associadas à aplicação deste instrumento é que, embora a mesma requeira apenas entre 12 a 15 minutos, aponta para um perfil multidimensional de sintomas, incidindo sobre um contexto sindrómico que permite interpretar as tendências concretas da expressão psicopatológica de cada sujeito (Derogatis, 1983).

Não menos importante ainda são as características psicométricas deste instrumento, apontando para um Alpha de Cronbach que varia entre os 0,84 (obtido no índice de Sensibilidade Interpessoal), e os 0,90 (aferido no índice de Depressão), na versão original (Derogatis, 1983). No caso deste estudo em questão, o valor de Alpha de Cronbach obtido para a totalidade dos itens foi de 0,93 o que indica uma consistência interna muito elevada, tendo-se obtido também valores de consistência interna muito elevados (Freitas & Rodrigues, 2005) para as dimensões somáticas (todas apresentam um valor de alpha de cronbach de 0,93)

e para os índices globais (os valores de alpha de cronbach variam entre 0,93 e 0,97, este último em referência ao PST).

3.3.4. *Psychopathy Checklist-Revised (PLC-R) e P-Scan*

Foi aplicado igualmente a P-Scan, um dos instrumentos mais recentes de Robert Hare com vista à identificação e avaliação das características psicopáticas uma *checklist* concebida para ser utilizada em situações não clínicas, usada por pessoal não clínico através da consulta de ficheiros (Hare, 2003; Lobo, 2007).

Este instrumento é uma derivação do PCL-R (*Psychopathy Checklist-Revised*), formulada por Robert Hare para uma avaliação válida e fidedigna da psicopatia. É um instrumento não clínico desenhado para criar impressões gerais, tendo em conta a hipótese de que uma pessoa possa ser psicopata, o que poderá ter implicações na forma como lidar com o risco de comportamento violento ou antissocial (Ramsland, 2007 cit. in Lobo, 2007). Efetivamente, uma pontuação elevada neste instrumento serve como sinalização (Hare & Hervé, 1999), não sendo este um teste psicológico, não resultando num diagnóstico clínico ou numa avaliação. O relatório obtido a partir dos dados do P-Scan proporciona o estabelecimento de uma hipótese acerca do grau em que uma pessoa poderá ter em termos de características psicopáticas no âmbito interpessoal, afetivo, antissocial e até no estilo de vida (Ramsland, 2007 cit. in Lobo, 2007).

Os seus 90 itens descrevem comportamentos específicos no âmbito da psicopatia, enquadrando-se em três dimensões organizativas (cada uma com 30 itens) que, por sua vez, correspondem às três facetas chave da psicopatia: interpessoal, afetiva e estilo de vida. Cada item é cotado numa escala de likert de 3 pontos, consoante a extensão em que se aplique ao sujeito (Hare e Hervé, 1999), esta escala varia de 0 a 2 podendo ainda haver pontuações interrogadas “?” que surgem quando não se tem a certeza se aquela característica se enquadra ou não a um determinado sujeito.

A P-Scan consiste em 120 características pessoais, 30 para impressões sobre traços interpessoais (como a grandiosidade e a tendência para a mentira), 30 para impressões sobre traços afetivos (como a ausência de remorso e emoções superficiais), 30 sobre o estilo de vida do sujeito (como a impulsividade e a busca de sensações) e 30 sobre comportamentos antissociais (Hare, 1999). Em termos de consistência interna, este instrumento tem-se mostrado alvo de confiabilidade. No seu estudo, Lobo (2007) aponta para um valor de Alpha de Cronbach de 0,95, o que se traduz num alto índice de homogeneidade interna. Neste estudo, o valor de Alpha de Cronbach obtido foi de 0,89, um valor não tão elevado como no estudo supracitado no entanto não deixa de indicar um nível de consistência interna elevado.

Esta poderá ser de facto uma ferramenta extremamente valiosa para o despiste, sobretudo porque um psicopata pode ser uma pessoa simpática e de expressões sensatas que, não

obstante, não vacila ao cometer um crime quando lhe convém e fá-lo sem sentir culpa pela sua ação (Lobo, 2007).

3.4. Procedimentos

Como já referido anteriormente, o presente trabalho está inserido num outro estudo de maior porte que tem como objetivo final construir um perfil de risco de agressores conjugais. Desta maneira, e tal como indicado, a fase metodológica foi conceptualizada tendo em conta este fator.

O primeiro passo foi então elaborar um protocolo que permitisse avaliar e caracterizar todas as variáveis em estudo. Pensou-se que seria mais útil a aplicação de um protocolo de instrumentos por diversas razões, nomeadamente pelo facto de se conseguir recolher dados a um maior número de participantes, num menor espaço-tempo, funcionando assim numa lógica de economia de esforços através de um processo de colaboração entre as várias partes interessadas no projeto final e nos vários estudos em particular, bem como permitiria uma maior contribuição para o conhecimento científico da temática em questão pela abordagem multidirecionada.

O passo seguinte foi o contacto com as instituições, nomeadamente com o subdiretor dos Serviços Centrais da DGRS. Pensou-se em pedir a colaboração da DGRS, devido à população que sabemos se enquadra no seu leque de ação, sendo que se pensou inclusivamente que seria mais fácil sinalizar agressores conjugais desta forma, do que em estabelecimentos prisionais, devido por lado ao facto de que são poucos os agressores conjugais que chegam a receber pena de prisão por este crime, e por outro lado, pareceu-nos que o processo de obtenção da recolha de dados seria facilitada junto da DGRS ao nível das autorizações para tal. Posto isto, aquando o contacto com a DGRS, foi facultado o projeto do trabalho em causa (ver anexo II), a descrição detalhada dos instrumentos de trabalho, bem como a declaração do estabelecimento de ensino superior, com a declaração do orientador da dissertação e o parecer do mesmo face ao projeto de investigação.

Depois deste contacto inicial, cada aluna de mestrado entrou diretamente em contacto com as diversas equipas da DRGS, nomeadamente com as equipas do Baixo Mondego (Coimbra), Beira Sul (Castelo Branco) e Beira Norte (Guarda e Covilhã) devido à proximidade geográfica. O objetivo era administrar o protocolo a um mínimo de trinta participantes, e por isto mesmo, foi contactada também a equipa Dão Lafões (Viseu), como último recurso caso o mínimo de participantes ainda não tivesse sido alcançado, situação essa que acabou por se verificar. Este contacto foi realizado com o intuito de agendar um contacto presencial para esclarecimento dos objetivos da investigação, delinear e programar as entrevistas, conhecer os espaços indicados para tal e selecionar os potenciais participantes. Inicialmente, e devido à extensão do protocolo, acordou-se que o mesmo seria dividido em duas sessões, contudo, e

devido à fraca disponibilidade e vontade de colaborar dos participantes esta abordagem foi abandonada procurando aplicar-se o protocolo em apenas uma sessão. Neste contacto foi reforçada mais uma vez a ideia de que os instrumentos ODARA e P-Scan deveriam ser preenchidos pelos técnicos com recurso à informação presente nos processos de cada sujeito.

Posto isto, o processo de recolha dos dados decorreu entre os meses de março e junho de 2012. Durante este período de tempo, foi efetuado um contacto com os participantes, informando-os do objetivo e finalidade do estudo, garantindo sempre o seu anonimato e confidencialidade das respostas. Devido à fraca aderência dos participantes e às suas reticências em se deslocar às sedes da DGRS, a fim de colaborarem com este projeto de investigação, foram agendadas algumas entrevistas jogando com as apresentações obrigatórias que estes indivíduos têm de fazer regularmente na DGRS, sendo que outros participantes foram convocados com datas específicas, reforçando sempre o facto de que a colaboração neste estudo poderia trazer alguns benefícios ao seu processo crime. Desta forma, a aplicação do protocolo foi realizada consoante a disponibilidade em colaborar dos participantes e a logística da instituição, podendo realizar-se em qualquer altura do dia. Usualmente a aplicação do protocolo era realizada numa sala, nas instalações de cada equipa, onde se encontrava apenas o investigador e o participante, salvo duas exceções onde o protocolo foi administrado nas instalações de um tribunal, com a presença do técnico da DGRS e outras duas exceções em que o protocolo foi aplicado por uma das técnicas da DGRS (psicóloga) depois de instruída sobre o mesmo.

O preenchimento dos vários instrumentos demorou em média hora e meia, sendo que a alguns participantes foi realizada a leitura das questões consoante a indicação dos técnicos e a própria solicitação do mesmo, enquanto outros participantes adotaram uma postura de autorresposta. Num primeiro momento, esclareciam-se junto ao indivíduo os objetivos da investigação, garantido mais uma vez o anonimato e a confidencialidade e solicitando o preenchimento do consentimento informado (ver Anexo III). De realçar que a aplicação destes instrumentos foi interpolada com o intuito de minimizar qualquer efeito decorrente ou interferência causada pela aplicação sequencial de vários instrumentos. Relativamente ao ODARA e ao P-Scan, instrumentos que requeriam o preenchimento pelo técnico da instituição como base nos relatórios e registos sobre cada participante, a dificuldade de aplicação dos mesmos viu-se acrescida, pois alguns técnicos alertaram desde logo para o facto de não possuírem conhecimento suficiente sobre o sujeito, nomeadamente no que diz respeito ao P-Scan. Assim sendo, o ODARA foi preenchido pelos técnicos com ajuda do investigador, na maior parte das vezes sendo que em alguns sujeitos foi o próprio investigador que preencheu o instrumentos tendo em conta os registos. Já em relação ao P-Scan, ficou acordado que este instrumento seria englobado com os restantes instrumentos do protocolo no sentido de serem os próprios participantes a responder ao mesmo.

Por fim, os dados recolhidos foram traduzidos para uma linguagem passível de utilização pelo programa SPSS[®] - Versão 19.0 com o intuito de se proceder a análise estatística dos mesmos.

Capítulo 4. Resultados

Este capítulo surge no sentido de se apresentarem e ilustrarem o conjunto de resultados obtidos tendo em conta os objetivos deste trabalho através da análise estatística dos dados. O conjunto de informações aqui referido foi analisado tendo em conta o auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS®)*, versão 19 para Windows.

O processo de tratamento e análise estatística dos dados teve o seu início com a elaboração da estatística descritiva relativa à caracterização dos participantes recorrendo-se à metodologia descritiva usual (medidas de tendência central e dispersão).

Posteriormente, prosseguiu-se com o tratamento dos dados no que respeita ao SCL-90-R e ao P-Scan. Em primeiro lugar procedeu-se a uma análise descritiva dos mesmos baseando-se, novamente, em medidas de tendência central e de dispersão, tendo também em conta a contabilização dos resultados obtidos nas escalas clínicas e nos índices somáticos e globais, classificados em notas T, no caso do SCL-90-R, bem como do ponto de corte e dos valores nas diversas facetas do PCL-R/P-Scan.

O passo seguinte seria calcular a normalidade das distribuições mas, devido ao facto da amostra ser de pequena dimensão, optou-se pela utilização à partida de testes não paramétricos. O objetivo da utilização dos testes não paramétricos é, por um lado, verificar se existem diferenças em relação à idade dos participantes e os sintomas apresentados no SCL-90-R e, por outro lado, analisar a relação entre os tipos de comportamentos violentos adotados e os mesmos índices de hostilidade, ideação paranoíde e sensibilidade interpessoal. Para isto, recorreu-se a uma análise estatística inferencial, utilizando-se um teste de diferenças em contexto de design intersujeitos, Teste de Mann-Whitney, para averiguar se as ordens médias de dois grupos independentes ao nível de uma variável dependente ordinal, diferem (Martins, 2011). Utilizaram-se também medidas de associação, como o Coeficiente Ponto-Bisserial, que se trata de um teste de associação adequado para analisar a relação entre uma variável intervalar e uma variável nominal dicotómica, variando o grau de correlação entre +1 e -1 (Martins, 2011).

Por outro lado, pretendia-se obter também a um cruzamento da informação, relativa aos dados obtidos através do SCL-90-R ao P-Scan analisando a relação entre estes dois instrumentos utilizando-se para isso o Coeficiente de Correlação de Pearson, um teste que pretende averiguar se duas (ou mais) variáveis intervalares estão associadas, permitindo avaliar a direção (positiva ou negativa) e magnitude (variando entre +1 e -1) dessa mesma associação (Martins, 2011).

Procedeu-se também a uma análise qualitativa do IVC. Este instrumento permite detetar se ocorreu ou não algum tipo de comportamento violento tanto na relação atual, como em relações anteriores. Desta forma, pareceu mais indicada uma análise qualitativa do mesmo com o intuito de tipificar, analisar e descrever qual/quais o/os tipo/s de comportamentos violentos mais adotados pelos agressores conjugais. Assim sendo, dividiram-se os 20 itens deste teste em duas categorias gerais: “*violência física e sexual*” e “*violência emocional/psicológica*”. Esta categorização foi elaborada tendo em conta a revisão teórica elaborada anteriormente, nomeadamente no que diz respeito à definição de violência física e violência emocional, pretendendo agrupar cada item na categoria correspondente. A Tabela 2 ilustra a distribuição dos itens por cada categoria.

Tabela 2: Categorização dos itens pertencentes ao I.V.C.

Violência Física e Sexual	Violência emocional/psicológica
“puxar os cabelos com força”, item 1	“insultar, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou “ferir””, item 2
“dar uma bofetada”, item 3	“partir ou danificar coisas intencionalmente ou deitar a comida para o chão, para meter medo”, item 6
“apertar o pescoço”, item 4	“acordar a meio da noite, para causar medo”, item 7
“ameaçar com armas ou usando de força física”, item 5	“impedir o contacto com outras pessoas”, item 9
“dar um murro”, item 8	“perseguir na rua, no emprego ou no local de estudo, para causar medo”, item 14
“atirar com objetos à outra pessoa”, item 10	“ficar com o salário da outra pessoa ou não lhe dar o dinheiro necessário para as despesas quotidianas”, item 19
“dar uma sova”, item 11	“gritar ou ameaçar para meter medo”
“dar pontapés ou cabeçadas”, item 12	
“dar empurrões violentos”, item 13	
“bater com a cabeça contra a parede ou o chão”, item 15	
“causar ferimentos que não necessitam de assistência médica”, item 16	
“causar ferimentos que necessitam de assistência médica”, item 17	
“forçar a pessoa a manter atos sexuais contra a sua vontade”, item 18	

Dizer também que esta categorização, foi feita à semelhança da realizada por Machado, Gonçalves, Matos e Dias (2007), no seu artigo intitulado, *Child and partner abuse: Self-reported prevalence and attitudes in the north of Portugal*. Inicialmente procedeu-se a uma análise descritiva das categorias, utilizando para isso medidas de tendência central e de dispersão.

Seguidamente, deveria calcular-se a normalidade das distribuições, passo este descartado tendo-se optado mais uma vez pela utilização de testes não paramétricos pelas razões já descritas. O objetivo da utilização de testes não paramétricos seria analisar a relação entre a idade, o nível socioeconómico e o nível de escolaridade dos participantes com o tipo de

comportamentos violentos adotados na relação atual tendo em conta que a maioria dos participantes está em regime de suspensão provisória do processo por violência doméstica e permanece na relação onde esse episódio violento ocorreu, reportando-se também esta pergunta aos comportamentos que ocorrem no último ano, dando assim uma perspetiva temporal mais válida e atual. Assim sendo, procedeu-se à utilização do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial, que se trata de um teste de associação adequado para analisar a relação entre uma variável intervalar e uma variável nominal dicotómica, variando o grau de correlação entre +1 e -1 (Martins, 2011), no que respeita à associação entre variável idade e a variável comportamento violento adotado em qualquer relação. Procedeu-se também à utilização do Teste do Qui-Quadrado, para verificar a associação entre as restantes variáveis.

Por último referir que em todas as análises, a significância estatística foi aceite para um valor de $p < 0,05$.

Em seguida serão descritos os resultados obtidos através da utilização dos testes acima descritos, estando este capítulo organizado de acordo com os objetivos do estudo descritos anteriormente.

4.1 Caracterização da sintomatologia psicopatológica: Perfil Clínico do SCL-90-R

O SCL-90-R é um teste psicológico desenhado para ser interpretado relativamente a três níveis diferentes de informação: informação global; informação dimensional e informação acerca de sintomas discretos (Derogatis, 1983). O presente trabalho focaliza-se apenas nos dois primeiros níveis de informação, pois pretende criar uma visão geral de um grupo de agressores conjugais, ao invés de uma informação mais discreta, de cada um deles individualmente.

Entre as *medidas globais* encontram-se o GSI, o PSDI e o PST. De acordo com os dados obtidos a pontuação obtida no índice *GSI* varia entre os 63 e os 37 de nota T, tendo uma média de 47,23 de nota T e um desvio-padrão de 5,137. De realçar que os valores foram obtidos tendo em conta as tabela de conversão do SCL-90-R que traduzem a pontuação bruta/direta obtida pelos sujeitos em notas T o que permite uma comparação com o seu grupo normativo (tendo-se cumprido todos os requisitos para a conversão das notas brutas em notas T sugeridos pelo autor do SCL-90-R). Já o índice *PSDI* varia entre 67 e 34 de nota T, tendo uma média de 49,23 de nota T e um desvio-padrão de 9,828. Por último no índice *PST*, os valores variam entre 75 e 37, tendo-se obtido uma média de 47,73 de nota T com um desvio-padrão de 7,268. De realçar o valor obtido no índice *PSDI*, como sendo em média o mais alto, sendo este indicador relativo da intensidade somática média (cf. Tabela 3).

Tabela 3: Estatística descritiva relativa aos índices globais do SCL-R90

	N	Média	Moda	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
GSI	30	47,23	46	46	5,137	37	63
PST	30	47,73	45	45	7,268	37	75
PSDI	30	49,23	37	52	9,828	34	67

A *informação dimensional* deste teste é obtida através da valorização das dimensões somáticas, conseguindo-se obter uma clara representação da expressão psicopatológica de um indivíduo. De acordo com os resultados obtidos na amostra, poderá dizer-se que a dimensão somática em que se verifica uma pontuação total mais elevada é a dimensão hostilidade com um valor máximo de nota T de 70, seguida das dimensões ideação paranoide e sensibilidade interpessoal, ambas com um valor máximo de nota T de 67 (cf. tabela 4).

Tabela 4: Estatística descritiva relativa às nove dimensões do SCL-90-R

	N	Média	Moda	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Somatização (SOM)	30	47,83	46	47,50	7,479	34	63
Obsessão-Compulsiva (OBS)	30	50,93	45 ^a	51	5,265	37	63
Sensibilidade Interpessoal (INT)	30	47,10	42 ^a	48	7,063	34	67
Depressão (DEP)	30	47,23	46	46	5,894	34	60
Ansiedade (ANS)	30	45,97	45	45	7,490	34	63
Hostilidade (HOS)	30	46,13	46	46	9,077	34	70
Ansiedade Fóbica (FOB)	30	44,43	34	46	8,328	34	63
Ideação paranoide (PAR)	30	51,40	53	52	7,628	34	67
Psicocitismo (PSI)	30	45,37	34	46,50	8,075	34	63

^averifica-se a existência de mais do que um valor para a moda

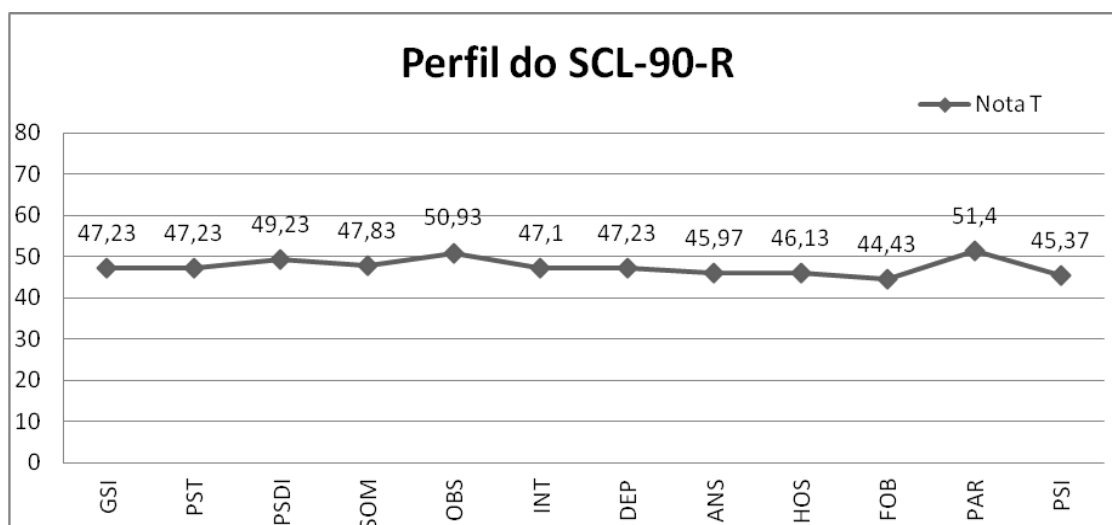


Figura 4. Distribuição dos valores médios obtidos nos índices sintomáticos e nos índices globais do SCL-90-R.

Quando analisados os valores médios, é a dimensão ideação paranoide que surge com um valor de nota T mais elevado, sendo a média alcançada de 51,40, seguida da dimensão obsessão-compulsiva onde se verifica uma média de nota T de 50, 93. Da mesma forma, se consegue vislumbrar que em média os valores da nota T variam entre 51,40 e 44,43, estando todos os valores muito próximos de pontuações de nota T entre os 40 e os 50 pontos (cf. Figura 4).

4.1.1. Diferenças entre a idade e a sintomatologia psicopatológica apresentada

Um dos objetivos deste estudo é verificar se existem diferenças ao nível da idade e da sintomatologia psicopatológica apresentada pelos participantes. Para tal, dividiu-se a amostra em dois grupos, procurando que ambos fossem mais ou menos homogêneos, tendo em conta as características dos mesmos em relação à variável idade. Assim, obtiveram-se dois grupos: participantes com menos de 50 anos e participantes com mais de 50 anos.

Para verificar se existem diferenças em relação a esta variável tendo em conta a sintomatologia psicopatológica apresentada realizou-se o cálculo do Teste de Mann-Whitney.

Em primeiro lugar, e tendo em conta os dados obtidos para os dois grupos nos três índices do SCL-90-R, poderá dizer-se, em termos descritivos, que a ordenação das médias no GSI é superior no grupo onde os participantes têm menos de 50 anos contudo, não há diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos com menos de 50 anos e os com mais de 50 anos, ao nível da pontuação T obtida no índice GSI, $U = 101,5$, $p = 0,704$. No PST, a ordenação das médias é superior no grupo onde os participantes têm menos de 50 anos mas não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de participantes, $U = 76$, $p = 0,145$. Por último no PSDI, a ordenação das médias é superior no grupo onde os participantes têm mais de 50 anos não se verificando contudo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de participantes ao nível da nota T neste índice, $U = 86,5$, $p = 0,312$. Desta forma, pode dizer-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para afirmar que as pontuações dos índices globais do SCL-90-R diferem consoante a idade (cf. Tabela 5).

Tabela 5: Resultados obtidos no Teste Mann-Whitney para os índices globais do SCL-90-R segundo a idade

	Idade		U
	Menos de 50 anos (n= 17) Ordem Média	Mais de 50 anos (n=13) Ordem média	
GSI	16,03	14,81	101,5*
PST	17,53	12,85	76**
PSDI	14,09	17,35	86,5***

* valor de significância 0,704; ** valor de significância 0,145; ***valor de significância 0,321

Já relativamente às dimensões somáticas pode dizer-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para afirmar que as pontuações diferem consoante a idade. Em termos descritivos, que a ordenação das médias na dimensão somatização é superior no grupo onde os participantes têm mais de 50 anos contudo, não há diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos com menos de 50 anos e os com mais de 50 anos, ao nível da pontuação T obtida, $U = 99,5$, $p = 0,644$. Já na dimensão obsessão-compulsiva, a ordenação das médias é superior nos participantes com menos de 50 anos de idade não havendo também diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação T obtida nesta dimensão e a idade, $U = 108$, $p = 0,916$. Na dimensão sensibilidade interpessoal a ordenação das médias é superior no grupo de participantes com menos de 50 anos, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação obtida e a idade, $U = 102$, $p = 0,721$. Na dimensão depressão, a ordenação das médias é superior no grupo de participantes com menos de 50 anos, não havendo também diferenças estatisticamente significativas, $U = 98$, $p = 0,597$. Mais uma vez, na dimensão ansiedade a ordenação das médias é superior no grupo de participantes com menos de 50 anos, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações obtidas e a idade, $U = 103$, $p = 0,751$. Na dimensão hostilidade, ansiedade fóbica e psicocitismo verifica-se a mesma situação relativamente aos valores obtidos na ordenação das médias e no nível de significância estatística, $U = 103,5$, $p = 0,766$; $U = 99$, $p = 0,624$; $U = 108,5$, $p = 0,933$ respetivamente. Por outro lado, na dimensão ideação paranoide a ordenação das médias é superior no grupo de participantes com mais de 50 anos, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre as notas T obtidas nesta dimensão e a idade, $U = 103$, $p = 0,751$ (cf. Tabela 6).

Tabela 6: Resultados obtidos no Teste Mann-Whitney para as dimensões somáticas do SCL-90-R segundo a idade

	Idade		U
	Menos de 50 anos (n= 17) Ordem Média	Mais de 50 anos (n=13) Ordem média	
Somatização	14,85	16,35	99,5*
Obsessão-Compulsiva	15,65	15,31	108**
Sensibilidade Interpesoal	16	14,85	102***
Depressão	16,24	14,54	98****
Ansiedade	15,94	14,92	103*****
Hostilidade	15,91	14,96	103,5*****
Ansiedade Fóbica	16,18	14,62	99*****
Ideação Paranoide	15,21	15,88	105,5*****
Psicocitismo	15,62	15,35	108,5*****

* valor de significância 0,644; ** valor de significância 0,915; ***valor de significância 0,721; **** valor de significância 0,597; ***** valor de significância 0,751; ***** valor de significância 0,766; ***** valor de significância 0,624; ***** valor de significância 0, 833; ***** valor de significância 0,933

4.2 Psicopatia: Análise descritiva do P-Scan

Como foi referido anteriormente, o P-Scan é um instrumento não clínico desenhado para criar impressões gerais, não sendo utilizado para criar um diagnóstico mas sim uma hipótese

interpretativa acerca do grau em que uma pessoa poderá ter características psicopáticas no âmbito interpessoal, afetivo, antissocial e até no estilo de vida (Lobo, 2007).

Efetivamente, uma pontuação alta neste instrumento serve como sinalização: um resultado total igual ou próximo de 60 deverá ser de preocupação muito elevada; um resultado superior ou igual a 30 deverá ser um caso de séria preocupação; já um resultado total que se situa entre os 20 e os 30 pontos sugere que a pessoa tem características psicopáticas prováveis e um resultado total entre os 0 e os 10 sugere não ser provável que a pessoa se enquadre na descrição de psicopata (Lobo, 2007).

De acordo com os dados obtidos na amostra, os participantes em geral não se enquadram na descrição de psicopata. A pontuação total varia entre 32,67 pontos e 1,67 pontos, tendo-se obtido uma média de 9,80 pontos e um desvio-padrão de 6,76 pontos (cf. Tabela 4).

Já na faceta interpessoal, a pontuação dos participantes varia entre os 31 e os 2 pontos, tendo-se obtido uma média de 11,73 pontos e um desvio-padrão de 7,47, o que sugere um nível de preocupação baixo. Na faceta afetiva a pontuação varia entre 26 pontos e 1 ponto, com uma média de 9,83 pontos e um desvio padrão de 6,53, o que indica um nível de preocupação muito baixo. Por último na faceta estilo de vida a pontuação varia entre 45 e 7,83 pontos, com uma média de 7,83 pontos e um desvio-padrão de 10,11 o que sugere um nível de preocupação muito baixo (cf. Tabela 7).

Tabela 7: Estatística Descritiva relativa ao PCL-R/P-Scan

	N	Média	Moda	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Pontuação Total	30	9,80	8	6,78	1,67	32,67
Faceta interpessoal	30	11,73	6	7,47	2	31
Faceta afetiva	30	9,83	10	6,53	1	26
Faceta estilo de vida	30	7,83	2 ^a	10,11	7,83	45

Desta forma, poderá dizer-se que estes sujeitos não apresentam, em média características tipicamente associadas à psicopatia.

4.3 SCL-90-R vs P-Scan: cruzamento de informação

Com o intuito de verificar se existe uma associação entre os índices somáticos e globais do SCL-90-R e as facetas e a pontuação total do P-Scan procedeu-se à realização do cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson. Os resultados obtidos encontram-se explicitados na Tabela 8.

Tabela 8: Coeficiente de Correlação de Pearson entre os índices do SCL-90-R e as facetas do P-Scan

	Faceta Interpessoal	Faceta afetiva	Faceta Estilo de Vida	Pontuação Total
SOM	0,796	0,022	0,876	0,376
OBS	0,977	0,237	0,676	0,858
INT	0,557	0,963	0,106	0,304
DEP	0,767	0,184	0,414	0,346
ANS	0,779	0,482	0,487	0,499
HOS	0,84	0,264	0,542	0,461
FOB	0,291	0,621	0,746	0,479
PAR	0,227	0,04	0,012	0,018
PSI	0,855	0,385	0,542	0,606
GSI	0,803	0,182	0,453	0,371
PST	0,901	0,315	0,498	0,480
PDSI	0,429	0,032	0,349	0,149

Como se pode verificar, através da análise da Tabela 8, existe uma associação ente a dimensão somatização e a faceta afetiva, uma associação entre a dimensão ideação paranoide e a faceta afetiva, bem como com a faceta estilo de vida e com a pontuação total, existindo ainda uma associação entre o PSDI e a faceta afetiva.

Efetivamente a análise dos dados permite afirmar que a dimensão somatização está positivamente correlacionada com a faceta afetiva, $r = 0,417$, $p = 0,022$. Desta forma, uma maior pontuação na dimensão somatização está associada a uma maior pontuação na faceta afetiva.

Já a dimensão ideação paranoide está positivamente correlacionada com a faceta afetiva, $r = 0,370$, $p = 0,04$. Por outro lado, a dimensão ideação paranoide está também positivamente correlacionada com a faceta estilo de vida, $r = 0,451$, $p = 0,012$. Maior pontuação na dimensão ideação paranoide está associada a uma maior pontuação na faceta afetiva e a uma maior pontuação na faceta estilo de vida. Parece ainda que a dimensão ideação paranoide está positivamente correlacionada com a pontuação total obtida no P-Scan, $r = 0,428$, $p = 0,018$. Desta forma, uma maior pontuação na dimensão ideação paranoide está associada a uma maior pontuação na pontuação total do P-Scan.

Por último, o índice PSDI está positivamente correlacionado com a faceta afetiva, $r = 0,392$, $p = 0,005$. Assim, uma maior pontuação no índice PSDI está associada a uma maior pontuação na faceta afetiva.

4.4 Caracterização dos comportamentos violentos adotados

Para a caracterização dos comportamentos violentos adotados, procedeu-se a uma análise estatística descritiva dos resultados obtidos através do teste I.V.C. realizada tendo em conta a categorização descrita anteriormente.

De realçar que dos 30 participantes, apenas 25 estão atualmente num relacionamento. Destes 25, 16 (53,3%), admitem ter recorrido ao uso de violência física pelo menos uma vez e 9 (30%) dos participantes diz nunca ter recorrido a este tipo de violência ($Mo= 1$). Já relativamente à violência emocional/psicológica, dos 25 participantes, 13 (43,3%) admite que recorreu pelo menos ao seu uso uma vez na relação atual e 12 (40%) dos participantes indica que nunca recorreu ao uso de violência emocional/psicológica ($Mo= 1$). Pode verificar-se então que o tipo de violência mais adotada pelos participantes, na sua relação atual, é a violência física.

Por outro lado, apenas 22 participantes tiveram alguma relação amorosa para além da atual. Destes 22, 12 (40%) indica nunca ter recorrido à violência física e 10 (33,3%) indica ter recorrido mais do que uma vez a este tipo de solução ($Mo= 0$). Relativamente à violência emocional/psicológica, 11 (36,7%) dos participantes indica nunca ter recorrido a este tipo de comportamento e 11 (36,7%) dos participantes diz ter recorrido ao mesmo pelo menos uma vez em qualquer relação amorosa para além da atual.

4.3.1 Relação entre a idade e os comportamentos violentos adotados na relação atual

Procurou-se verificar se existe alguma associação entre os comportamentos violentos adotado na relação atual e a idade. Para verificar esta mesma associação utilizou-se o Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial. Contudo, verificou-se que não existe qualquer relação entre a idade e a violência física na relação atual, $r_{pb}= 0,385$, $p= 0,058$ na amostra estudada, não existindo também nenhuma associação entre a idade e a violência emocional/psicológica na relação atual, $r_{pb}= 0,192$, $p= 0,358$.

Com isto poderá concluir-se que os comportamentos violentos, tanto físicos como emocionais/psicológicos, ocorrem na relação atual independentemente da idade dos agressores.

4.3.2 Relação entre o nível socioeconómico e os comportamentos violentos adotados na relação atual

Um dos objetivos do presente trabalho é verificar se existe alguma associação entre os comportamentos violentos adotado na relação atual e o nível socioeconómico do agressor, utilizando-se para isso o Teste do Qui-Quadrado.

Constatou-se que não existe uma associação entre o nível socioeconômico e a violência física manifestada na relação atual, $\chi^2(4) = 0,932$ $p = 0,941$. A tabela 6 ilustra a relação entre a presença de violência física na relação atual e o estatuto socioeconômico mostrando a frequência observada por cada estatuto socioeconômico. Como se pode verificar, os participantes dos estatutos socioeconômico médio-baixo e médio parecem adotar mais este tipo de comportamento.

Tabela 9: Tabela de contingência da presença de violência física na relação atual segundo o estatuto socioeconômico

		Estatuto Socioeconômico					Total	
		Baixo	Médio-Baixo	Médio	Médio-Alto	Alto		
Presença de Violência Física na relação atual	Nunca fiz	Frequência Observada	3	1	2	1	2	9
		%	50	25	28,6	33,3	40	36,6
	Já fiz pelo menos uma vez	Frequência Observada	3	3	5	2	3	16
		%	50	75	71,4	66,7	60	64
Total		Frequência Observada	6	4	7	3	5	25
		%	100	100	100	100	100	100

Tabela 10: Tabela de contingência da presença de violência emocional/psicológica na relação atual segundo o estatuto socioeconômico

		Estatuto Socioeconômico					Total	
		Baixo	Médio-Baixo	Médio	Médio-Alto	Alto		
Presença de Violência Emocional/psicológica na relação atual	Nunca fiz	Frequência Observada	4	1	3	2	2	12
		%	66,7	25	42,9	66,7	40	48
	Já fiz pelo menos uma vez	Frequência Observada	2	3	4	1	3	13
		%	33,3	75	57,1	33,3	60	52
Total		Frequência Observada	6	4	7	3	5	25
		%	100	100	100	100	100	100

Da mesma forma, parece não existir uma associação entre o nível socioeconômico dos agressores e a violência emocional/psicológica manifestada na relação atual, $\chi^2(4) = 2,307$ $p = 0,763$. Todavia parece que os perpetradores de nível socioeconômico médio-baixo adotam este tipo de comportamento com mais frequência (cf. Tabela 10).

4.3.3 Relação entre o nível de escolaridade e os comportamentos violentos adotados na relação atual

Com o intuito de verificar se existe alguma relação entre o nível de escolaridade deste grupo de agressores e os comportamentos violentos adotados na relação atual, procedeu-se ao cálculo do teste estatístico do Qui-Quadrado.

Constatou-se que não existe uma associação entre o nível de escolaridade e a violência física manifestada na relação atual, $\chi^2(2) = 1,4$ $p = 0,78$. Como se pode verificar, a maior parte dos participantes têm um nível de escolaridade básico, sendo que destes, 68,8% admite ter realizado este tipo de conducta pelo menos uma vez. De realçar um único indivíduo com nível de escolaridade de ensino superior, que refere também utilizar este tipo de comportamento pelo menos uma vez (cf. Tabela 11).

Tabela 11: Tabela de contingência da presença de violência física na relação atual segundo o nível de escolaridade

			Nível de Escolaridade			Total
			Básico	Secundário	Ensino Superior	
Presença de Violência Física na relação atual	Nunca fiz	Frequência Observada	5	4	0	9
		%	31,3	50	0	36
	Já fiz pelo menos uma vez	Frequência Observada	11	4	1	16
		%	68,6	50	100	64
Total	Frequência Observada	16	8	1	25	
	%	100	100	100	100	

Tabela 12: Tabela de contingência da presença de violência física na relação atual segundo o nível de escolaridade

			Nível de Escolaridade			Total
			Básico	Secundário	Ensino Superior	
Presença de Violência Física na relação atual	Nunca fiz	Frequência Observada	8	4	0	12
		%	50	50	0	48
	Já fiz pelo menos uma vez	Frequência Observada	8	4	1	13
		%	50	50	100	52
Total	Frequência Observada	16	8	1	25	
	%	100	100	100	100	

Da mesma forma, não existe uma associação entre o nível de escolaridade dos agressores e a violência emocional/psicológica manifestada na relação atual, $\chi^2(2) = 0,962$, $p = 1$, sendo as frequências observadas bastante equivalentes nas duas categorias mais representativas (cf. Tabela 12).

4.3.4 Relação entre os níveis de hostilidade e os comportamentos violentos adotados na relação atual

Procurou-se verificar se existe alguma associação entre os comportamentos violentos adotado na relação atual e os níveis de hostilidade apresentados nesta mesma dimensão do SCL-90-R, utilizando-se para tal o Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial.

Verificou-se que não existe qualquer relação entre a dimensão hostilidade e a violência física na relação atual, $r_{pb} = 0,018$, $p = 0,931$.

Contudo, encontrou-se uma correlação positiva significativa entre os níveis de hostilidade e a violência emocional/psicológica na relação atual, $r_{pb} = 0,391$, $p = 0,05$. Assim, uma maior pontuação na dimensão hostilidade está associada a uma maior perpretação de violência emocional/psicológica.

4.3.5 Relação entre os níveis de ideação paranoide e os comportamentos violentos adotados na relação atual

Com o intuito de verificar se existe alguma associação entre os comportamentos violentos adotado na relação atual e os níveis de ideação paranoide apresentados nesta mesma dimensão do SCL-90-R, utilizou-se o Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial.

Verificou-se que não existe qualquer relação entre a ideação paranoide e a violência física na relação atual, $r_{pb} = 0,121$, $p = 0,564$. Da mesma forma não existe qualquer relação entre a ideação paranoide e a violência emocional/psicológica na relação atual, $r_{pb} = 0,020$, $p = 0,888$.

4.3.6 Relação entre os níveis de sensibilidade interpessoal e os comportamentos violentos adotados na relação atual

Para verificar se existe alguma associação entre os comportamentos violentos adotado na relação atual e os níveis de sensibilidade interpessoal do SCL-90-R utilizou-se o Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial.

Verificou-se que não existe qualquer relação entre a sensibilidade interpessoal e a violência física na relação atual, $r_{pb} = -0,294$, $p = 0,154$. Da mesma forma não existe qualquer relação entre a sensibilidade interpessoal e a violência emocional/psicológica na relação atual, $r_{pb} = 0,002$, $p = 0,993$.

Capítulo 5. Discussão e Conclusão

Este capítulo surge como síntese integrativa dos resultados obtidos na parte empírica desta dissertação tendo em conta a revisão bibliográfica feita inicialmente e o estado de arte da problemática em si.

Para melhor compreensão do leitor será elaborada tendo em conta as diferentes variáveis em estudo e os diferentes objetivos do mesmo funcionando como uma reflexão que pretende contrapor e salientar os resultados obtidos. Assim sendo, começa-se por explorar os dados sociodemográficos da amostra em questão, passando para uma reflexão sobre a sintomatologia psicopatológica e psicopatia apresentada pelos participantes, fazendo uma ligação destas mesmas características com os comportamentos violentos adotados, culminando com uma tipificação teórica deste grupo de agressores conjugais.

Por outro lado, será também apresentada uma breve conclusão tendo em conta igualmente as limitações desta investigação e as propostas futuras funcionando como uma breve reflexão sobre a realização e materialização deste trabalho.

5.1 Características sociodemográficas dos agressores conjugais

Apesar de os agressores conjugais não constituírem um grupo homogêneo de sujeitos (Dixon & Graham-Kevan, 2011) poderá estabelecer-se teoricamente uma combinação de características sociodemográficas comuns que parecem estar associadas de forma mais ou menos constante com o perpetrar da violência doméstica (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005).

Ao analisar descritivamente a amostra deste estudo, percebe-se que a maioria destes agressores conjugais são indivíduos de meia idade, empregados, casados, a viver com a sua esposa e os filhos em meio urbano, fazendo parte de um estatuto socioeconómico médio, tendo apenas a escolaridade básica (4.º ano de escolaridade). A maior parte dos participantes não assistiu a qualquer tipo de cena de violência por parte dos seus pais enquanto criança/adolescente, contudo a maior parte admite manter comportamentos violentos para com a sua esposa.

Reportando-se ao relacionamento atual, a maioria dos indivíduos indica ter recorrido tanto à violência física como à violência emocional/psicológica, pelo menos uma vez, registando-se uma prevalência da incidência de violência física. Reportando-se a qualquer relação amorosa, a maior parte dos sujeitos diz apenas ter recorrido à violência emocional/psicológica pelo menos uma vez. Os resultados obtidos nesta questão chegam a ser mesmo superiores aos

obtidos por Machado, Gonçalves, Matos e Dias (2007), no Norte de Portugal. Enquanto no seu estudo as taxas de prevalência para a relação atual seriam de 12,2% para a violência física e 23,7% para a violência emocional/psicológica, na presente investigação verificou-se que 53,3% admite o uso de violência física e 43,3% de violência emocional/psicológica constatando-se, igualmente nos dois estudos, que a maior parte dos participantes faz uso dos dois tipos de violência.

Verificou-se que não existe uma associação entre a idade dos sujeitos e os comportamentos violentos adotados, ou seja, os comportamentos violentos, tanto físicos, como emocionais/psicológicos, ocorrem independentemente da idade dos sujeitos. O mesmo sucede com o grau de escolaridade, não havendo associação entre o mesmo e os comportamentos violentos. Já com o estatuto socioeconómico o quadro mantém-se semelhante, sendo que os comportamentos violentos ocorrem independentemente do nível socioeconómicos dos participantes, havendo porém uma prevalência de episódios de violência física em indivíduos do estatuto socioeconómico médio-baixo e médio e de episódios de violência emocional/psicológica em indivíduos do estatuto médio-baixo.

Efetivamente, encontram-se resultados disparem em relação a esta temática. Se por um lado a literatura indica que a violência doméstica é frequente em jovens adultos com nível socioeconómico mais baixo (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa & Corral, 1994), por outro lado existe a crença de que os comportamentos violentos se tornam mais graves e intensos com o decorrer do tempo (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005). Se se acredita que os indivíduos que tenham testemunhado experiências de maus-tratos na infância, que abusem constantemente de álcool/drogas e que tenham um estatuto profissional baixo têm mais propensão de adotar comportamentos violentos (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005), por outro lado acredita-se que os agressores conjugais são sujeitos de todas as idades e dos mais variados estatutos socioeconómicos.

Os resultados desta investigação sugerem que os agressores conjugais podem efetivamente ser indivíduos de qualquer idade, de qualquer estatuto económico e de qualquer grau de escolaridade, são indivíduos que tanto vivem em áreas rurais como urbanas e que recorrem maioritariamente à violência física para exercer o seu domínio e poder, apesar de recorrerem também à violência emocional/psicológica suportando-se assim a premissa de que a violência doméstica é um fenómeno universal que não é específico de determinada região, etnicidade ou de fatores como o nível económico ou de instrução do casal (Cook & Dickens, 2009).

Outro dos aspetos a salientar é o facto de que a maior parte dos participantes inquiridos não ter assistido a episódios de violência doméstica enquanto jovens/adolescentes (60%). Existe algum suporte empírico que indica que o testemunhar de violência doméstica na família de origem pode ser visto como um fator de risco para o perpetrar de violência doméstica. Também a teoria da aprendizagem social vem suportar esta premissa, através da

aprendizagem por modelação. Seria de esperar que nesta amostra os indivíduos reportassem um maior número de testemunhos de violência na família de origem. Talvez este resultado se deva à desajustabilidade social presente no momento das entrevistas ou ao tamanho reduzido da amostra que não permite retirar conclusões generalizáveis e representativas ou verificar o efeito desta variável.

5.2 Perfil psicopatológico dos agressores conjugais

Alguns estudos indicam os agressores conjugais apresentam problemas psicopatológicos (Kessler, Molnar, Feurer, & Appelbaum, 2001), distorções cognitivas (Eckhardt & Dye, 2000) e déficits nas habilidades sociais (Norlander & Eckhardt, 2005). Efetivamente, indivíduos violentos diferem de indivíduos não violentos em importantes variáveis psicológicas (Corvo & deLara, 2010).

Através da análise dos resultados conseguidos pela aplicação do SCL-90-R, e tendo em conta a informação global obtida, terá de se salientar o facto que os valores mais elevados surgem no índice PSDI. Este índice relaciona o sofrimento da perturbação global com o número de sintomas sendo um indicador da intensidade somática média. Os resultados obtidos, em média, neste indicador, sugerem que os participantes apresentam uma sintomatologia somática com uma intensidade superior a 50% da amostra psiquiátrica, indicando o estilo característico do indivíduo para experimentar o sofrimento psíquico.

Relativamente aos resultados obtidos através da recolha da informação dimensional, os agressores conjugais poderão classificar-se como indivíduos que apresentam, em média, elevados índices de ideação paranoide e obsessões-compulsivas. Efetivamente, estes indivíduos apresentem pontuações médias nestas dimensões indicativas de uma sintomatologia somática com uma intensidade superior a 55% da amostra psiquiátrica.

Isto poderá indicar que estes, e no que diz respeito à dimensão ideação paranoide, considerada fundamentalmente como uma resposta a uma perturbação de ideação, apresentam características próprias de um pensamento projetivo, como desconfiança, centralismo autorreferencial e ideação delirante, hostilidade, grandiosidade, medo da perda de autonomia e necessidade de controlo, ilustrada, por exemplo, através dos itens, *“a impressão de que a maioria dos seus problemas são culpa dos outros”*; *“a ideia de que não se pode confiar em ninguém”*; *“os outros não o recompensam adequadamente pelos seus méritos”*. Já no que diz respeito à dimensão obsessão-compulsiva, os participantes admitem ter condutas, pensamentos e impulsos que consideram absurdos e indesejáveis, que geram uma intensa angústia sendo difíceis de resistir, evitar ou eliminar, para além de outras vivências ou fenómenos cognitivos característicos das perturbações de personalidade obsessivas, ilustrados, por exemplo, através dos itens *“pensamentos ou ideias não desejáveis*

que não saem da sua mente”; “ficar com a mente em branco”; “ter dificuldades para concentrar-se”.

Por outro lado, este grupo de participantes apresenta de igual forma, pontuações máximas elevadas nas dimensões hostilidade, ideação paranoide e sensibilidade interpessoal. Na dimensão hostilidade, o resultado máximo obtido em pontuação T foi 70, o que indica que os participantes com esta pontuação apresentam uma sintomatologia somática com uma intensidade superior a 97% da amostra psiquiátrica. Este é de facto um valor a considerar, que permite classificar estes indivíduos como irritáveis, aludindo a pensamentos, sentimentos e comportamentos próprios de estados de agressividade, ira, raiva e ressentimento, *“sentir-se facilmente molestado, irritado ou enfadado”; “ataques de cólera ou ataques de fúria que não consegue controlar”; “sentir o impulso de bater, golpear ou fazer mal a alguém”.* Mais uma vez, resultados elevados surgem também na dimensão ideação paranoide, com um valor máximo de nota T de 67, o que indica que os participantes com esta pontuação apresentam uma sintomatologia somática com uma intensidade superior a 95% da amostra psiquiátrica, evidenciando as características descritas anteriormente. Por último, e no que diz respeito às dimensões somáticas, referir também que apresentam elevados valores de pontuação máxima na dimensão sensibilidade interpessoal, que permitem dizer que os participantes com a pontuação T de 67, apresentam uma sintomatologia somática com uma intensidade superior a 95% da amostra psiquiátrica. Desta forma poderá dizer-se que os participantes apresentam uma hipersensibilidade em relação a opiniões e atitudes alheias, *“ver as pessoas de maneira negativa, e encontrar sempre defeitos nelas”; “ser demasiado sensível ou sentir-se ferido com facilidade”; “ter a sensação que os outros não o compreendem ou não fazem caso de si”.*

A presença deste tipo de sintomatologia aparece independentemente da idade dos sujeitos, sendo estes resultados coincidentes com todo um corpo teórico que indica que usualmente os agressores conjugais optam por utilizar um comportamento projetivo, culpando a vítima pelos seus atos, dizendo que foi o comportamento desta que gerou tal abuso, não assumindo qualquer tipo de responsabilidade (Shannon, 2009). São vistos também como indivíduos com baixa tolerância à frustração, e daí a hipersensibilidade evidenciada, bastante rígidos e como uma certa dificuldade em procurar soluções alternativas, o que os predispões a obsessões, sendo esta outra das dimensões que pontuou bastante alto. São geralmente possessivos, daí o centralismo autorreferencial, ciumentos e desconfiados, pensado quase sempre que a sua parceira lhes é infiel numa ideação delirante que os leva a uma grande necessidade de controlo (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005; White & Kowalski, 1998). Para além disto, poderão ser também classificados como indivíduos agressivos, hostis, irritáveis e ressentidos com grandes níveis de raiva como demonstrado por vários estudos que encontram relações consistentes entre altos níveis de agressividade e a perpetração de violência doméstica (Eckhardt, Barbour & Stuart, 1997; Holtzworth-Munroe et al., 1997b; Margolin et al., 1998 cit. in Stith & McMonigle, 2009; Norlander & Eckhardt, 2005; Stith & McMonigle, 2009).

Contudo, quando testada a relação entre os níveis de hostilidade, ideação paranoide e sensibilidade interpessoal com os episódios de violência física, não se encontrou nenhuma associação estatisticamente significativa entre os mesmos. Já quando se procurou testar a mesma associação, mas com os episódios de violência emocional/psicológica descritos, apenas se encontrou uma relação linear entre a hostilidade e a violência emocional/psicológica, ou seja, quando mais alto um participante pontua na dimensão hostilidade, mais comportamentos associados à violência emocional/psicológica apresenta. Norlander e Eckhardt (2005) reportaram por sua vez, uma relação linear entre os níveis de hostilidade e raiva e a severidade do episódio de violência doméstica, onde altos níveis de hostilidade e raiva podem ser utilizados para diferenciar entre perpetradores moderado-severos e perpetradores de violência doméstica baixo-moderados.

Seria de esperar que houvesse portanto uma associação entre a sintomatologia apresentada e os comportamentos violentos adotados contudo esta associação não se verifica. Talvez este fator se deva à desajustabilidade social presente no momento da entrevista, tendo-se verificado inclusivamente que apesar de todos os sujeitos estarem atualmente a cumprir pena por violência doméstica contra a conjuge ou análogos, alguns deles não admitem cometer este tipo de atos, verificando-se uma maior facilidade em admitir o recurso a *“insultar, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou “ferir”*”, do que a aspetos mais físicos, por exemplo, *“causar ferimentos que necessitam de assistência médica”*. Por outro lado e tal como afirmam, Eckhardt, Barbour e Stuart (1997), este problema de inconsistência pode ser devido a problemas metodológicos e não tanto a um problema ao nível da relação do constructo.

Contudo é inegável que este grupo de agressores conjugais apresenta sintomas psicopatológicos, ora se estes são a causa deste tipo de comportamento ou uma mera consequência do mesmo é algo que não se poderá desvendar com este trabalho, lembrando que estabelecer uma relação de causa-efeito não é nem nunca poderia ser um dos objetivos do mesmo, funcionando apenas como uma base descritiva e correlacional, procurando descrever algumas características de um grupo de agressores conjugais e verificar algumas associação entre as mesmas.

Convém salientar também que a maior parte dos estudos que têm como objetivo a identificação de variáveis psicopatológicas relacionadas com a violência doméstica, utilizam como medida de avaliação, testes de personalidade (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa & Corral, 1994). Este estudo centrou-se mais em aspetos personalísticos como a psicopatia. De facto, Fernández-Montalvo e Echeburúa (2008) encontraram no seu estudo uma taxa de prevalência de 14,4% de participantes com tendências psicopáticas, já Goldolf e White (2001) verificaram uma prevalência de 11% de psicopatas no seu estudo. Como os resultados sugerem, esta amostra de participantes revela ter um nível muito baixo de preocupação no

que toca a características de psicopatia. Analisando os resultados anteriores, e verificando que a prevalência do mesmo não é assim tão elevada, ainda que significativa, e tendo em conta que Goldolf e White (2001) verificaram uma prevalência de 11% com uma amostra de 580 participantes, estes resultados seriam de esperar.

Por outro lado, e analisando a correlação entre os dados obtidos com a aplicação do SCL-90-R e com o P-Scan, verifica-se uma associação positiva entre a dimensão somatização do SCL-90-R e a faceta afetiva do P-Scan, ou seja, maiores valores obtidos na dimensão somatização estão associados a uma maior pontuação na faceta afetiva do P-Scan. Isto coligado a valores mais elevados no índice Global PSDI, associados também positivamente à faceta afetiva, poderá indicar um estilo para o exagero e a mentira ao escrever os seus sintomas somáticos, por parte dos participantes visto que, a faceta afetiva se caracteriza pela grandiosidade e tendência à mentira. Mais uma vez, se denota uma certa deseabilidade social que vem confirmar de certa forma, a inferência feita quando analisados os dados obtidos relativamente às associações do I.V.C. com as dimensões somáticas do SCL-90-R.

Verificou-se também uma associação positiva entre a dimensão ideação paranoide e a faceta afetiva, a faceta estilo de vida e a pontuação total. Esta associação pode ser explicada, por algumas características em semelhantes que ambas a escalas têm no que diz respeito a este domínio, como a grandiosidade, impulsividade e tendência para a mentira. Desta forma, quanto mais elevada for a tendência para o pensamento projetivo por parte do sujeito, a desconfiança, o centralismo autorreferencial e ideação delirante, a hostilidade, a grandiosidade, o medo de autonomia e a perda de controlo (dimensão ideação paranoide) maior será a ausência de remorso e a tendência para a mentira (faceta afetiva), a impulsividade e a busca de novas sensações (faceta estilo de vida) e o risco de preocupação sobre as características psicopáticas (pontuação total do P-Scan). Estes resultados poderão sugerir a presença de uma perturbação da personalidade paranoide, ou até mesmo antissocial, contudo são necessárias medidas de avaliação da personalidade para se poder afirmar tal facto com clareza, apesar de a literatura descrever a perturbação antissocial da personalidade, e a perturbação paranoide da personalidade como presentes em amostras de agressores conjugais (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2008; George et al., 2006; Haller & Kruk, 2006).

Ora, se os resultados encontrados poderão sugerir uma perturbação da personalidade, por outro lado, e tendo em conta os elevados valores de consistência interna de ambos os instrumentos, o facto de os indivíduos apresentarem níveis de preocupação muito baixo em relação à variável psicopatia, pode ser encarado como um bom prognóstico e um aspeto motivacional a considerar quando se tentar implementar a mudança através de programas terapêuticos estruturados, sendo este também um fator a ter em conta na altura de elaborar e desenhar esses mesmos programas.

5.3 Síntese Integrativa: limitações e propostas futuras

A presente investigação nasce no sentido de tentar tipificar e descrever um grupo de agressores conjugais através da caracterização da sua saúde mental e de alguns indicadores sociodemográficos funcionando numa base descritiva, exploratória e correlacional. Surge de acordo com os modelos intrapessoais da violência doméstica cujo foco são os fatores internos do sujeito, como as perturbações da personalidade, problemas de controlo de impulsos ou controlo emocional, por exemplo.

Desta forma encontrou-se que a violência doméstica ocorre no seio dos casais independentemente da idade dos mesmos do seu nível económico e do nível de escolaridade do agressor. Os agressores conjugais podem classificar-se como indivíduos desconfiados hostis, com uma grande necessidade de controlo e um grande medo de perda da autonomia, como sujeitos que fazem uso do pensamento projetivo, de um centralismo autorreferencial e ideação delirante, manifestando crenças de grandiosidade, hipersensibilidade à crítica, apresentando também alguns traços obsessivos. Tendem a adotar tanto comportamentos característicos de episódios de violência física, bem como de violência emocional/psicológica, não havendo contudo associação entre a sintomatologia apresentada e os episódios violentos, à exceção de uma associação positiva entre a hostilidade e a violência emocional/psicológica.

Assim sendo, e tendo em conta as tipologias de agressores descritas na revisão teórica, poderá dizer-se que os agressores conjugais desta amostra classificam-se como, e de acordo com a tipologia de Holtzworth-Munroe e Stuart (1994), em *agressores impulsivos*, uma vez que, são instáveis, irascíveis emocionalmente sendo hipersensíveis à crítica, e em *agressores sobrecontrolados*, apresentando comportamentos violentos como um reflexo das suas carências pessoais, manifestando alguns traços obsessivos (Biezma & Guinea, 2006). Ainda tendo em conta a outra tipologia efetuada por estes mesmos autores, poderão classificar-se os participantes como agressores conjugais *limitados ao âmbito familiar/sobrecontrolados* como sujeitos com menos problemas legais, menos perturbações da personalidade (encontrando-se, todavia traços de personalidade passiva, dependente e obsessiva), menos fatores de risco e com relacionamentos mais estáveis. Estes indivíduos podem ter sofrido de níveis baixos ou moderados de agressão na sua família de origem sendo usualmente sujeitos que se arrependem depois de um episódio violento e condenam o uso da violência, evidenciando ainda algumas dificuldades no que se refere às habilidades sociais e de comunicação e altos níveis de dependência em relação ao seu par (Amor, Echeburúa & Loinaz, 2009; Calvete, 2008).

Porém há que ter em conta que foi avaliada somente a sintomatologia psicopatológica de um grupo de agressores conjugais, não contemplando fatores como o contexto social, cultural e situacional. Na realidade, investigações em outras áreas de agressão têm mostrado as vantagens da utilização de modelos multifatoriais para compreender a etiologia do

comportamento violento, em oposição a simples explicações teóricas (Dixon & Graham-Kevan, 2011). Esta pode ser apontada efetivamente como uma das principais limitações deste estudo, que se focaliza apenas na dimensão intrapessoal da abordagem da violência doméstica. Todavia, há que salientar que mesmos os modelos mais dinâmicos e situacionais como o ciclo da violência (Walker, 1979/1989), o modelo interativo da violência doméstica (Stith & Rosen, 1992) e o modelo dos mecanismos psicológicos da violência doméstica (Echeburua & Fernández-Montalvo, 1998) têm em conta estes fatores individuais, sendo que o modelo dos mecanismos psicológicos da violência doméstica (Echeburua & Fernández-Montalvo, 1998) fala mesmo de uma atitude de hostilidade e um estado emocional de ira por parte do agressor, facto este coincidente com os resultados desta investigação. Esta limitação poderia ser ultrapassada se se tivesse recorrido a uma metodologia mais integrativa, se para além dos agressores se tivesse entrevistado as vítimas, por exemplo, ou se tivesse sido realizada uma observação direta da dinâmica do casal, tentando assim apurar dados mais livres de influências como a desejabilidade social, por exemplo.

Contudo os dados obtidos, e apesar da desejabilidade presente, são nos úteis na medida em que nos permitem concluir que os agressores conjugais tendem a minimizar ou a desvalorizar os seus atos. Esta atitude pode ser explicada tanto cultural como socialmente, pois apesar de Portugal ser um país pertencente à União Europeia (UE), viveu sobre um regime fascista entre 1928 e 1974, onde prevaleceram valores como “*Deus, Pátria, Família*”, sendo que, atualmente, e apesar de Portugal ter a terceira maior taxa de mulheres empregadas na EU para a faixa etária dos 25-49 anos (75,1%) e 63,3% destas com menos de 30 anos com um grau académico superior, a média do salário das mulheres é consideravelmente inferior à dos homens, sendo as mulheres pouco ativas na esfera política (12% no Parlamento). Esta situação coincide com a baixa participação dos homens em atividades domésticas, podendo considerar-se a sociedade e a cultura portuguesa como ainda marcadamente dominadas por valores patriarcais orientados exclusivamente para benefícios e privilégios masculinos, ainda que em permanente mudança espelhada inclusivamente pelas inúmeras políticas e reestruturações penais feitas nos últimos anos (Machado, Gonçalves, Matos & Dias, 2007).

Outra das limitações a apontar prende-se com a falta de dados comparativos para a população portuguesa, tanto no que diz respeito a instrumentos discriminativos de violência doméstica, que permitissem classificar e tipificar de forma mais consistentes este fenómeno, como no que se concerne à comparação obtida através do SCL-90-R sendo que apenas se dispõe de dados estandardizados para a população espanhola, bem como estudos que nos indiquem características de agressores conjugais portugueses. Por último e apesar de se ter descrito algumas características psicopatológicas de agressores conjugais estas não podem ser considerados como possíveis fatores de risco devido à não associação com os episódios de violência doméstica em si. Talvez este facto se deva mais ao tamanho da amostra obtida do

que a fatores metodológicos em si, contudo não deixa de constituir outra das limitações deste estudo.

Ora se de uma ótica quase exclusiva da vítima se tem evoluído para a ótica do agressor, o caminho a seguir será integrar estas duas perspetivas, aludindo assim à dinâmica relacional de um casal violento, se o objetivo foi tentar ajudar as vitimas a restituir a sua vida apesar do abuso e requalificá-las com as ferramentas necessárias para usufruir de uma boa qualidade de vida, o objetivo agora prende-se também como o elaborar programas terapêuticos que atuem como agentes de mudança perante os agressores conjugais, restituindo assim uma relação conflictuosa. Para isso, e além de se utilizar uma perspetiva mais integradora, tendo em conta variáveis situacionais, relacionais, culturais, pessoais e sociais, deverá também ser adotada futuramente uma abordagem comparativa, tentando perceber-se quais as diferenças entre casais saudáveis e casais violentos, permitindo construir efetivamente uma lista de fatores de risco que permitem mudar o foco de atuação para uma lógica mais preventiva e não remediativa, poupando-se inúmeros recursos, tanto económicos como pessoais.

Este estudo funciona como um esforço para dar visibilidade a esta temática, especialmente num país tão pequeno como Portugal, onde têm sido inúmeros os esforços para se lidar com esta problemática, surgindo também como uma reflexão sobre o que ainda nos falta alcançar num domínio tão vasto e letal como a violência doméstica.

Referências Bibliográficas

- Abramsky, T., Watts, C., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L. & Ellsberg, M. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*, 11, 2-17.
- Alazmy, S. F., Alotaibi, D. M., Atwan, A. A., Kamel, M. I. & El-Shazly, M. K. (2011). Gender difference of knowledge and attitude of primary health care staff towards domestic violence. *Alexandria Journal of Medicine*, 47, 337-341.
- Amor, P., Echeburúa, E. & Loinaz, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (9), 519-539.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). *Estatísticas APAV 2010 retificadas*. Lisboa: APAV.
- Balci, Y. & Ayranci, U. (2005). Physical violence against women: Evaluation of women assaulted by spouses *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 12, 258-263.
- Barto, S. B. (2010). *Hombres Maltratadores: historias de violencia masculina*. Zaragoza: Prensas Universitárias de Zaragoza.
- Bell, K. M. & Naugle, A. E. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clinical Psychology Review*, 28, 1096-1107.
- Bersani, C., Chen, H., Pendleton, B. & Denton, R. (1992). Personality traits of convicted male batterers. *Journal of Family Violence*, 7, 123-134.
- Biezma, M. & Guinea, S. (2006). Disfunción neuropsicológica en maltratadores. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 6, 83-101.
- Borin, T. (2007). *Violência doméstica contra a mulher: percepções sobre violência em mulheres agredidas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Bosch, E. & Ferrer, V. (2002). *La voz de las invisibles: Las víctimas de un mal de amor que mata*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Brown, T., Werk, A., Caplan, T., Shields, N. & Seraganian, P. (1998). The incidence and characteristics of violent men in substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 5 (23), 573-586.
- Cáceres, J. (2002). Análisis cuantitativo y cualitativo de la violencia doméstica en la pareja. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 60/61, 57-67.
- Cáceres, J. (2009). La violencia en el seno de las relaciones íntimas, analizadas por un psicólogo clínico. *Pensamiento Psicológico*, 13 (6), 13-26.
- Calvete, E. (2008). Características de salud mental de los hombres que maltratan a su pareja. *Rev Esp Sanid Peniti*, 10, 49-56.

- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-1336.
- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, (pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carrasco, C. (2007). Violencia doméstica: lo que revela la investigación básica con parejas. *Papeles del Psicólogo*, 1 (28), 57-62.
- Carrasco, J. (2009). La violencia en el seno de las relaciones íntimas, analizadas por un psicólogo clínico. *Pensamiento Psicológico*, 13 (6), 13-26.
- Carrasco, J. C. (2004). Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: papel del contexto. *Clínica y Salud*, 1 (15), 33-54.
- Carrola, F. (2011). *Perfil personalístico e de saúde mental de abusadores sexuais de crianças : abordagem clínica do profiling*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde não publicada. Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Carvalho-Barreto, A., Bucher-Maluschke, J., Almeida, P. & DeSousa, E. (2009). Desenvolvimento Humano e Violência de Gênero: Uma Integração Bioecológica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (1), 86-92.
- Cascardi, M., & Vivian, D. (1995). Context for specific episodes of marital violence: Gender and severity of violence differences. *Journal of Family Violence*, 10, 265-293.
- Chang, J., Decker, M., Moracco, K., Martin, S., Petersen, R. & Frasier, P. (2005). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counseling*, 59, 141-147.
- Coker, A., Davis, K., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. & Smith, P. (2002). Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 260-268.
- Cook, J. & Bewley, S. (2008). Acknowledging a persistent truth: domestic violence in pregnancy. *J R Soc Med*, 101, 358-63.
- Cook, R. & Dickens, B. (2009). Dilemmas in intimate partner violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 106, 72-75.
- Corvo, K. & deLara, E. (2010). Towards an integrated theory of relational violence: Is bullying a risk factor for domestic violence?. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 181-190.
- Corvo, K., & Johnson, P. (2007). Does patriarchy explain intimate partner violence?: State-level correlates of violence toward women and female homicide. In K. Kendall-Tackett & S. Giacomoni (eds.), *Intimate partner violence* (pp. 5-1-5-10). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual II for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Dias, I. (2010). Violência doméstica e justiça: respostas e desafios. *Sociologia: Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, 20, 245-262.

- Dias, S. & Alarcão, M. (2012). A suspensão provisória do processo em casos de violência conjugal: um estudo exploratório. *Ousar Integrar - Revista de reinserção social e prova*, 11, 9-21.
- Dimond, J., Fiesler, C. & Bruckman, A. (2011). Domestic violence and information communication technologies. *Interacting with Computers*, 23, 413-421.
- Dixon, L. & Graham-Kevan, N. (2011). Understanding the nature and etiology of intimate partner violence and implications for practice and policy. *Clinical Psychology Review*, 31, 1145-1155.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2006). La violencia en la pareja. *Publicação apresentada no 7º Congresso Virtual de Psiquiatria*. País Vasco: Universidad del País Vasco.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. & Corral, P. (2008). ¿Hay diferencias entre la violencia grave y La violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (8), 355-382.
- Eckhardt, C. & Dye, M. (2000). The Cognitive Characteristics of Maritally Violent Men: Theory and Evidence. *Cognitive Therapy and Research*, 2 (24), 139-158.
- Eckhardt, C., Barbour, K. & Stuart, G. (1997). Anger and hostility in maritally violent men: conceptual distinctions, measurement issues, and literature review. *Clinical Psychology Review*, 4 (17), 333-358.
- Ehrensaft, M. (2008). Intimate partner violence: Persistence of myths and implications for intervention. *Children and Youth Services Review*, 30, 276-286.
- Falcke, D., Oliveira, D., Rosa, L. & Bentancur, M. (2009). Violência conjugal: um fenómeno interacional. *Contextos Clínicos*, 2(2), 81-90.
- Fernández-Montalvo, J. & Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 2 (20), 193-198.
- Flury, M., Nyberg, E. & Riecher-Rössler, A. (2010). Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly*, 140, 1-6.
- Ford-Gilboe, M., Wuest, J., Varcoe, C., Davies, L., Merritt-Gray, M., Campbell, J. & Wilk, P. (2009). Modelling the effects of intimate partner violence and access to resources on women's health in the early years after leaving an abusive partner. *Social Science & Medicine*, 68, 1021-1029.
- Frank, S., Coelho, E. & Boing, A. (2010). Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. *Rev Panam Salud Publica*, 27 (5), 376-381.
- Gabinete do Secretário-Geral do Sistema de Segurança Interna (2011). *Relatório Anual de Segurança Interna Ano 2010*. Lisboa: Ministério da Administração Interna.
- Garcia-Moreno, C. & Watts, C. (2011). Violence against women: an urgent public health priority. *Bull World Health Organization*, 89, 2.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H., Watts, C., Ellsberg, M. & Heise, L. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia domestica: : primeros resultados sobre*

- prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia : resumen del informe.* Ginebra: OMS.
- George, D., Phillips, M., Doty, L., Umhau, J. & Rawlings, R. (2006). A model linking biology, behavior and psychiatric diagnoses in perpetrators of domestic violence. *Medical Hypotheses*, 67, 345-353.
- Glass, N., Laughon, K., Campbell, J., Chair, A., Block, C., Hanson, G., Sharps, P., & Taliaferro, E. (2007). Non-fatal strangulation is an important risk factor for homicide of women. *The Journal of Emergency Medicine*, 35, 329-335.
- Gonçalves, R. (2002). *Delinquência, crime e adaptação à prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Gondolf, E. & White, R. (2001). Batterer program participants who repeatedly reassault - Psychopathic tendencies and other disorders. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 361-380.
- Gondolf, E. (1999). MCMI-III results for batterer program participants in four cities: Less “pathological” than expected. *Journal of Family Violence*, 1 (14), 1-17.
- González, P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia não publicada. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Grann, M. & Wedin, I. (2002): Risk factors for recidivism among spousal assault and spousal homicide offenders. *Psychology, Crime & Law*, 8 (1), 5-23.
- Haller, J. & Kruk, M. (2006). Normal and abnormal aggression: human disorders and novel laboratory models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 292-303.
- Harding, S. (2008). *Sciences from below: Feminisms, Postcolonialities, and Modernities*. USA: Duke University Press.
- Hare, R. D. & Hervé, H. (1999). *The Hare P-Scan: Research Version*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2nd ed.). Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Heide, K. M. & Solomon, E. P. (2006). Biology, childhood trauma, and murder: Rethinking justice. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 220- 233.
- Henning, K., Jones, A. R. & Holdford, R. (2005). “I didn’t do it, but if I did I had a good reason”: Minimization, Denial, and Attributions of Blame Among Male and Female Domestic Violence Offenders. *Journal of Family Violence*, 20 (3), 131-139.
- Hilton, N. Z., Harris, G. T. & Rice, M. E. (2010). *Risk Assessment for Domestically Violent Man. Tools for Criminal Justice, Offender Intervention and Victim Services*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Holtzworth-Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N., & Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence part I: Maritally violent versus nonviolent men. *Aggression and Violent Behavior*, 2 (1), 65–99.
- Holtzworth-Munroe, A., Smutzler, N., & Bates, L. (1997b). A brief review of the research on husband violence: Part III. Sociodemographic factors, relationship factors, and

- differing consequences of husband and wife violence. *Aggression and Violent Behaviour*, 3 (2), 285-307.
- Huss, M. & Langhinrichsen-Rohling, J. (2000). Identification of the psychopathic batterer: The clinical, legal, and policy implications. *Aggression and Violent Behavior*, 4 (5), 403-422.
- Johnson, H., Ollus, N. & Nevala, S. (2008). *Violence Against Women: An International Perspective*. New York: Springer.
- Kenney, J. P. (2006). Domestic violence: A complex health care issue for dentistry today. *Forensic Science International*, 159, 121-125.
- Klap, R. Tang, L., Wells, K., Starks, S. & Rodriguez, M. (2007). Screening for Domestic Violence Among Adult Women in the United States. *Society of General Internal Medicine*, 22, 579-584.
- Krämer, U. M., Kopyciok, R. P. J., Richter S. & Münte T. F. (2009). Oscillatory brain activity related to control mechanisms during laboratory-induced reative aggression. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 3, 1-10.
- Krug, E. G. et al. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Genebra: OMS.
- Kyriacou, D., Anglin, A., Taliaferro, E., Stone, S., et. al (1999). Risk factors for injury to women from domestic violence. *The New England Journal of Medicine*, 25 (34), 1892-1898.
- Laureano, R. M. S. (2011). *Testes de Hipóteses com o SPSS. O meu Manual de Consulta Rápida*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lazenbatt, A., Taylor, J. & Cree, L. (2007). A healthy settings framework: an evaluation and comparison of midwives' responses to addressing domestic violence. *Midwifery*, 25, 622-636.
- Leonard, K. E., & Senchak, M. (1996). Prospective prediction of husband marital aggression within newlywed couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 369-380.
- Lipsky, S. & Caetano, R. (2009). Definitions, surveillance systems, and the prevalence and incidence of intimate partner violence in the United States. In, D. J. Whitaker & J. R. Lutzker, *Preventing Partner Violence: Research and evidence-based intervention strategies* (pp. 17-40). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lipsky, S. & Caetano, R. (2011). Intimate partner violence perpetration among men and Emergency department use. *The Journal of Emergency Medicine*, 6 (40), 696-703.
- Lisboa, M., Patrício, J. & Leandro, A. (2009). Considerações teóricas e conceptuais relevantes para o estudo. In, M. Lisboa (coord.), *Violência e Género: Inquérito Nacional sobre a violência exercida contra as mulheres e homens*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Lobo, C. F. (2007). *A P-Scan de Robert Hare na avaliação da Psicopatia. Estudo exploratório numa amostra de reclusos portugueses*. Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.

- Logan, T., Walker, R., Staton, M. & Leukefel, C. (2001). Substance Use and Intimate Violence Among Incarcerated Males. *Journal of Family Violence*, 2 (16), 93-114.
- Lohr, J., Bonge, D., Witte, T., Hamberger, K., & Langhinrichsen-Rohling, J. (2005). Consistency and accuracy of batterer typology identification. *Journal of Family Violence*, 4(20), 253-258.
- Loseke, D. R., Gelles, R. J., & Cavanaugh, M. M. (2005). Section I: Controversies in conceptualisation. In D. R. Loseke, R. J. Gelles, & M. M. Cavanaugh (eds.), *Current controversies on family violence* (pp. 1-4). Sage: Thousand Oaks.
- Ludermir, A., Schraiber, L., Oliveira, A., França-Junior, I. & Jansen, H. (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 66, 1008-1018.
- Machado, C., Gonçalves, M., Matos, M. & Dias, A. (2007). Child and partner abuse: Self-reported prevalence and attitudes in the north of Portugal. *Child Abuse & Neglect*, 31, 657-670.
- Machado, C., Matos, M. & Gonçalves, M. (2000). *Escala de Crenças sobre Violência Conjugal (E.C.V.C.) e Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.)*. Escalas de Avaliação e Manual. Braga: Psiquilíbrios.
- Manita, C. (2009). *Violência Doméstica: compreender para intervir, guia de boas práticas para profissionais de saúde*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Martinez, A. (2005). *Violencia doméstica: Modelo multidimensional y programa de Intervención*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia não publicada. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos, com Recurso ao IBM SPSS*. Braga: Psiquilíbrios.
- Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudos sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Justiça não publicada. Universidade do Minho, Minho.
- McCue, M. (2008). *Domestic Violence: A Reference Handbook*. Santa Barbara: Library of Congress.
- Mihalic, S. W., & Elliott, D. (1997). A social learning theory model of marital violence. *Journal of Family Violence*, 1 (12), 21-47.
- Miranda, M., Paula, C. & Bordin, I. (2010). Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Rev Panam Salud Publica*, 27 (4), 300-308.
- Monteiro, M. F. (2003). A violência doméstica como problema social e político. In T. Joaquim & A. Galhardo, *Novos olhares: passado e presente nos estudos sobre as mulheres em Portugal* (pp. 89-97). Oeiras: Celta Editora.

- Moore, T., Stuart, G., Meehan, J., Rhatigan, J., Hellmuth, J. & Keen, S. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28, 247-274.
- Nelson, H., Nygren, P., McInerney, Y. & Klein, J. (março, 2004). Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 5 (140), 387-404.
- Núcleo de Estudos e Análise Prospetiva em Segurança Interna (agosto, 2011). *Relatório de monitorização da Violência Doméstica - 1º Semestre de 2011*. Lisboa: Ministério da Administração Interna.
- O'Campo, P., Woods, A., Jones, S., Dienemann, J. & Campbell, J. (2006). Depression, PTSD, and Comorbidity Related to Intimate Partner Violence in Civilian and Military Women. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 99-110.
- Ortega-Ceballos, P., Mudgal, J., Flores, Y., Rivera-Rivera, L., Díaz-Montiel, J. & Salmerón, J. (2007). Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS Morelos. *Salud pública de méxico*, 5 (49), 357-366.
- Parker, B. & Schumacher D. (1977). The battered wife syndrome and violence in the nuclear family of origin: a controlled pilot study. *Am J Public Health*, 8 (67), 760-761.
- Poelmans, J., Elzinga, P., Viaene, S. & Dedene, G. (2011). Formally analysing the concepts of domestic violence. *Expert Systems with Applications*, 38, 3116-3130.
- Ramírez, L. (2008). Modelos ecológicos de la violencia familiar. Los sistemas autoritarios y de género como posibles referentes explicativos a su interior. *Perpectivas en Psicología*, 1 (5), 128-134.
- Rhatigan, D. L., Moore, T. M., & Street, A. E. (2005). Reflections on partner violence: 20 years of research and beyond. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 82-88.
- Ribeiro, M. & Sani, A. (2009). Modelos explicativos da agressão: revisão teórica. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6, 96-104.
- Riggs, D. S., Caulfield, M. B., & Street, A. E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 10 (56), 1289-1316.
- Rosmaninho, T. (cord.) (2005). *Violência doméstica manual para os media: informar para mudar*. Porto: Soroptimist Internacional Clube Porto Invicta.
- Ruiz-Pérez, I. & Plazaola-Castaño, J. (2005). Intimate Partner Violence and Mental Health Consequences in Women Attending Family Practice in Spain. *Psychosomatic Medicine*, 67, 791-797.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. & Corral, P. (1994). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. In, E. Echeburúa, Personalidades violentas (7.th ed.) (pp. 111-128). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sartin, R. M., Hansen, D. J. & Huss, M. T. (2006). Domestic violence treatment response and recidivism: A review and implications for the study of family violence. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 425-440.

- Sev'er, A., Dawson, M. & Johnson, H. (2004). Lethal and nonlethal violence against women by intimate partners: Trends and prospects in the United States, the United Kingdom and Canada. *Violence Against Women, 10*, 6, 563-576.
- Shannon, J. (2009). *Domestic violence sourcebook* (3.th ed.). USA: Omnigraphics.
- Shook, N. J., Gerrity, D. A., Jurich, J., & Segrist, A. E. (2000). Courtship violence among college students: A comparison of verbally and physically abusive couples. *Journal of Family Violence, 1* (15), 1-22.
- Soeiro, C. & Gonçalves, R. (2010). O estado de arte do conceito de psicopatia. *Análise Psicológica, 18*, 227-240.
- Soria, M., Armadans, I., Viñas, M. & Yepes, M. (2009). Homicide and domestic violence. Are there different psychological profiles mediated by previous violence exerted on the victim?. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 1* (2), 205-220.
- Stith, S. & McMonigle, C. (2009). Risk Factors Associated with intimate partner violence. In D. J. Whitaker & J. R. Lutzker, *Preventing Partner Violence: Research and evidence-based intervention strategies* (pp. 67-92). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stith, S., Rosen, K., Middleton, K., Busch, A., Lunderberg, K. & Carlson, R. (2000). The intergeracional transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *The Journal of Marriage and the Family, 62*, 640-654.
- Swanberg, J., Logan T. & Macke, C. (2005). Intimate partner violence, employment, and the workplace: consequences and future directions. *Trauma Violence Abuse, 6* (4), 286-312.
- Tardiff, K. (2008). Clinical Assessment of Violence. In R. I. Simon & K. Tariff (Eds) *Violence Assessment and Management* (p. 3-16). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Tavares, F. (2008). Das lágrimas à esperança: O Processo de Fortalecimento das Mulheres em Situação de Violência Doméstica. *Tese de Mestrado não publicada*, Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Thompson, R., Rivara, F., Thompson, D., Barlow, W., Sugg, N., Maiuro, R. & Rubanowice, D. (2000). Identification and Management of Domestic Violence: A Randomized Trial. *Am J Prev Med, 19* (4), 253-263.
- Tijeras, J., Fernández-Montalvo, J., Sarasa, M. & Seminario, A. (2011). Trastornos de Personalidad en Hombres Maltratadores a la Pareja: Perfil Diferencial entre Agresores en Prisión y Agresores con Suspensión de Condena. *Anuario de Psicología Jurídica, 21*, 97-105.
- Tijeras, J., Rodríguez, J. & Armenta, M. (2005). Teoría y descripción de la violencia Doméstica. Programa terapéutico para Maltratadores del ámbito familiar en el Centro penitenciario de Pamplona. *Anuario de Psicología Jurídica, 15*, 67-95.

- Tjaden, P. & Thoennes, N. (2000). *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women*. Washington D. C.: U. S. Department of Justice.
- UN (2006). In-depth study of all forms of violence against women. Report of the secretary-general. New York: United Nations General Assembly.
- Valdez-Santiago, R. & Ruiz-Rodriguez, M. (2009). Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública?. *Salud pública de México*, 6 (51), 505-511.
- White, J. & Kowalski, R. (1998). Male violence toward women: Integrated perspective. In, R. Geen & E. Onnersten (eds.), *Human aggression theories: Research, and implications for social policy* (pp. 205-222). San Diego: Academic Press.

Anexos

Anexo I - Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. **Idade:** _____

2. **Género:** Homem Mulher

3. **Estatuto Sócio-económico (Autoestimado):**

- Alto

- Médio-Alto

- Médio

- Médio-Baixo

- Baixo

4- **Estado Civil:**

- Solteira(o)

- Casada(o)

- Viúva(o)

- Unida(o) de facto

- Divorciada(o)

- No caso de ser solteiro, namora? Sim Não

5- **Agregado Familiar:**

- Indique como é constituído o seu agregado familiar: _____

6- **Escolaridade:**

- Básico (discriminar o ano de escolaridade concluído) _____

- Secundário (discriminar o ano de escolaridade concluído)_____

- Ensino Superior (discriminar o ano de escolaridade concluído)_____

- Se concluiu outra categoria/grau de escolaridade que não se encontrava discriminado anteriormente, indique por favor:_____

7- Atividade Profissional:

Atualmente encontra-se: Empregado Desempregado

- Se assinalou a opção **Empregado**, indique a atividade profissional que exerce e há quanto tempo:_____

- Se assinalou a opção **Desempregado**, indique há quanto tempo se encontra nesta condição laboral atual:_____

- E qual foi a última atividade profissional que exerceu?_____

8- Meio de Residência:

- Indique o meio em que reside: Rural Urbano

9- Problemas Significativos de vida:

- Neste momento considera que existem problemas significativos na sua vida?

Sim Não

- Se respondeu SIM, pode-se dizer-se que o(s) seu(s) problema(s) é(são) de que natureza?

- Familiares

Exemplifique: _____

- Judiciais

Exemplifique: _____

- Laborais/Profissionais

Exemplifique: _____

- Económicos

Exemplifique: _____

- Sociais/Relacionamento Interpessoal

Exemplifique: _____

- Do(s) problema(s) que assinalou anteriormente, qual(ais) considera ser(em) o(s) mais significativo(s)?; e Porquê?

- Tendo em conta o(s) problema(s) assinalados pode afirmar-me qual(ais) das seguintes consequências é que o(s) mesmo(s) implicaram e/ou surgiram na sua vida?

- Stress;
- Ansiedade;
- Desmotivação;
- Isolamento;
- Depressão;
- Problemas Familiares;
- Problemas de comunicação;
- Problemas económicos;
- Problemas de saúde;

- Se surgiram outro tipo de consequências distintas das que se encontram listadas, indique qual(ais)?

10- Projeto de vida:

- Relativamente ao seu projeto de vida atual considera que:

- Não consegue atingir os objetivos
- Tem dificuldade em atingir os seus objetivos
- É relativamente fácil atingir os seus objetivos
- Consegue atingir plenamente os seus objetivos

- Tendo em conta a afirmação assinalada, solicito-lhe que tente justificar a mesma:

11- Relacionamentos Familiares e Interpessoais

- Tem amigos e/ou familiares em quem possa confiar? Sim Não
- Temo amigos e/ou familiares com quem possa contar? Sim Não

12 – Comportamento Agressivo/Violento e Atribuições Causais

- Na sua infância e/ou adolescência assistiu a cenas de violência entre os seus pais?

Sim Não

- Essas cenas de violências ocorreram apenas uma vez ou várias cenas e/ou episódios aos quais assistiu? _____

- Se respondeu SIM, (e independentemente da resposta assinalada à questão anterior), indique que tipo(s) de violência assistiu durante a sua infância e/ou adolescência?

- Abandono;
- Negligência;
- Verbal/ Psicológica/ Emocional;
- Física
- Sexual;

- Que comportamentos adotou?

- Fugiu para algum local
- Escondeu-se em algum local;
- Tentou parar a situação;
- Ignorou;
- Apoiou a posição do agressor;
- Apoiou a posição da vítima;

- O que fez depois de assistir a cena única ou aos diversos episódios de violência?

- Falou com alguém;
- Não pensou mais sobre isso;
- Atribuiu a culpa a si próprio;
- Atribuiu a culpa à vítima;
- Atribuiu a culpa ao agressor;

- Quem é(são) o(s) alvo(s) do seu comportamento agressivo/violento?

- Namorada(o);
- Esposa(o);
- Mãe;
- Pai;
- Filho(a)/Filho(s)(as);
- Avô;
- Avó;
- Sobrinho(s)(as)
- Se é(são) outro(os) alvo(s) do seu comportamento agressivo/violento, indique qual(uais) (e.g. amigos; colegas de trabalho; etc.)? _____

- A frequência da adoção do seu comportamento agressivo para com a(s) pessoa(s) que indicou anteriormente é:

- Muito Frequente;
- Frequente;
- Algo Frequente;
- Pouco Frequente;
- Nada Frequente

Anexo II - Projeto do trabalho

PROJETO PERFIL DE RISCO EM AGRESSORES CONJUGAIS

1. Contexto teórico e objetivos

Uma parte substancial da vitimização no contexto da violência doméstica poderá ser no futuro evitada através de uma melhor compreensão do comportamento do agressor e das variáveis suscetíveis de ajudar a antecipar esse comportamento. Incluímos entre elas as crenças acerca dos papéis de gênero e processos atributivos que desenvolveu ao longo do processo de socialização, variáveis personalísticas, a sua saúde mental e a história previa de agressão. A determinação de fatores de risco constitui um recurso importante para os esforços preventivos e para a intervenção (Stith & McMonigle, 2009), sendo possível contar já com modelos suscetíveis de orientar a avaliação clínica do risco (Tardiff, 2008).

Podemos almejar mesmo a determinação de perfis de risco, com base na identificação de fatores preditores. Temos contudo, a noção de que a investigação disponível, sobretudo pela carência de estudos longitudinais, não permite falar com propriedade em fatores. Com base em resultados já alcançados e largamente promissores (Hilton, Harris & Rice, 2010), queremos através deste estudo, com o contributo de três das nossas alunas de mestrado, esclarecer a importância de algumas variáveis na sua relação com o comportamento violento no contexto da violência doméstica e assim, verificar em que medida podem constituir indicadores adequados na avaliação do risco. São nossos objetivos, portanto:

Objetivo 1. Avaliar as crenças e atribuições associadas à violência doméstica nos agressores conjugais. A concretização deste objetivo dará lugar à dissertação de Mestrado de Mariana Pinto Fernandes.

Objetivo 2. Caracterizar as dimensões psicopatológicas associadas ao comportamento dos agressores conjugais. A concretização deste objetivo dará lugar à dissertação de Mestrado de Ana Isabel Cardoso Costa.

Objetivo 3. Determinar as dimensões de psicopatia associadas ao comportamento dos agressores conjugais. A concretização deste objetivo dará lugar à dissertação de Mestrado de Carina Tatiana Menchero Caldeira.

Objetivo 4. Em função da concretização dos objetivos anteriores determinar um perfil de risco para os agressores conjugais.

2. Identificação dos membros da equipa do projeto

- Manuel Joaquim Loureiro - Professor Catedrático no Departamento de Psicologia e Educação da UBI. Coordenador do Projeto e orientador das mestrandas.
- Ana Isabel Cardoso da Costa, Mestranda, Aluna 2º Ciclo Psicologia (M3990) - Dissertação.
- Carina Tatiana Menchero Caldeira, Mestranda Aluna 2º Ciclo Psicologia (M3858) - Dissertação.
- Mariana Pinto Fernandes, Mestranda, Aluna 2º Ciclo Psicologia (M4254) - Dissertação.

Outros investigadores:

- Luís Alberto Coelho Rebelo Maia - Professor Auxiliar no Departamento de Psicologia e Educação da UBI.
- Filipa Carrola - Aluna de doutoramento.

3. Distribuição de tarefas em função dos objetivos

Objetivo 1: Mestranda Mariana Pinto Fernandes: Pesquisa documental, recolha e tratamento de dados e elaboração de dissertação.

Objetivo 2: Mestranda Ana Isabel Cardoso da Costa: Pesquisa documental, recolha e tratamento de dados e elaboração de dissertação.

Objetivo 3: Mestranda Carina Tatiana Menchero Caldeira: Pesquisa documental, recolha e tratamento de dados e elaboração de dissertação.

Objetivo 4: Todos os membros da equipa do projeto: Pesquisa documental, tratamento de dados e participação na elaboração de documentos de divulgação científica.

4. Dados Metodológicos

4.1 Participantes

Agressores conjugais sinalizados. A viabilização do estudo exige pelo menos 30 sujeitos.

4.2 Instrumentos

Questionário Sociodemográfico, Atribuições causais (Henning, Jones & Holdford, 2005); I.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); E. C. V. C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000); SCL-90-R, versão portuguesa (Derogatis, 1983); PCL / P-Scan, (Hare, 2003; Gonçalves & Lobo, 2006 em Lobo, 2007; Hare & Hervé, 1999); ODARA (Hilton, Harris & Rice, 2002).

4.3 Procedimento

Na realização deste trabalho serão asseguradas todas as garantias de natureza ética e deontológica, inerentes à investigação e exercício da psicologia, nomeadamente de confidencialidade, de privacidade e consentimento informado.

A aplicação dos instrumentos e a recolha de dados será efetuada pelas alunas finalistas do 2º Ciclo de Psicologia em data a determinar pelos serviços. O ODARA, instrumento que consiste numa lista de verificação deverá ser preenchido com a colaboração dos técnicos da DGRS, tendo em conta os registos que permitiram sinalizar o sujeito como agressor conjugal.

5. Resultados esperados

5.1 A descrição das crenças e processos atributivos do grupo de sujeitos de acordo com I.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000), E. C. V. C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2000) e as atribuições segundo Henning, Jones & Holdford, 2005.

5.2 A caracterização das dimensões psicopatológicas associadas ao comportamento do grupo de participantes tendo por referência as nove dimensões sintomáticas e três índices globais de mal-estar proporcionados pela versão portuguesa do SCL-90-R (Derogatis, 1977).

5.3 A caracterização das dimensões de psicopatia associadas ao comportamento do grupo de participantes tendo por referência, tendo por referência as três dimensões asseguradas pelo PCL/P-Scan (Hare, 2003; Gonçalves & Lobo, 2006 em Lobo, 2007; Hare & Hervé (1999).

5.4 Um perfil de risco para agressores conjugais a partir do valor preditivo encontrado para as variáveis associadas aos resultados esperados anteriores (Hilton, Harris & Rice, 2002).

6. Cronograma

Aprofundamento da revisão teórica até 30 de março de março

Recolha de dados até 30 de abril

Entrega das dissertações até 25 de junho.

7. Referências

Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual II for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2nd ed.). Toronto, ON: Multi-Health Systems.

Hare, R. D. & Hervé, H. (1999). *The Hare P-Scan: Research Version*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.

Lobo, C. F. (2007). *A P-Scan de Robert Hare na avaliação da Psicopatia. Estudo exploratório numa amostra de reclusos portugueses*. Dissertação de Mestrado em

Psicologia não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.

- Henning, K., Jones, A. R. & Holdford, R. (2005). "I didn't do it, but if I did I had a good reason": Minimization, Denial, and Attributions of Blame Among Male and Female Domestic Violence Offenders. *Journal of Family Violence*, 20 (3), 131-139. DOI: 10.1007/s10896-005-3647-8
- Hilton, N. Z., Harris, G. T. & Rice, M. E. (2010). *Risk Assessment for Domestically Violent Man. Tools for Criminal Justice, Offender Intervention and Victim Services*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Machado, C., Matos, M. & Gonçalves, M. (2000). Escala de Crenças sobre Violência Conjugal (E.C.V.C.) e Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.). Escalas de Avaliação e Manual. Braga: Psiquilibrios.
- Stith, S. M. & McMonigle, C. L. (2009). Risk Factors Associated With Intimate Partner Violence. In D. J. Witaker & Lutzker (Eds), *Preventing Partner Violence. Research and Evidence-based Intervention Strategies*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tardiff, K. (2008). Clinical Assessment of Violence. In R. I. Simon & K. Tariff (Eds) *Violence Assessment and Management* (p. 3-16). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Anexo III - Consentimento Informado

Consentimento Informado

No âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, pretende-se levar a cabo uma investigação cujo objetivo é determinar o perfil de risco de agressores conjugais. A sua participação é voluntária, podendo pedir acerca da mesma todos os esclarecimentos que considerar oportunos, antes do seu início. Assim, a sua colaboração é muito importante e, para tal, solicita-se o preenchimento do presente questionário. Por favor, responda do modo como realmente sente e pensa, pois os dados obtidos são confidenciais destinando-se apenas para fins de análise estatística. Desde já muito obrigado pela sua colaboração.

Compreendo o objetivo deste estudo e consinto que estes dados sejam utilizados no âmbito desta investigação,

Data ___/___/___