



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2012

**JOANA TORRES DE
SOUSA**

**PSICOPATOLOGIA E A QUEIXA NA VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

O júri

Presidente

Prof. Doutor Sandra Cristina de Oliveira Soares
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Ana Paula Soares de Matos
Professora Associada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra

Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva
Professor Catedrático, Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Quero desta forma agradecer à Cáritas Diocesana de Aveiro que me recebeu como estagiária e me possibilitou a realização do estudo através do seu núcleo de ajuda às vítimas de violência doméstica.

Às técnicas do Núcleo de Atendimento à Vítima de Violência Doméstica pela ajuda e pelo apoio que me deram.

Às vítimas que, apesar de todos os problemas, aceitaram participar e demonstraram toda a disponibilidade necessária.

Ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Fernandes, pela disponibilidade, ajuda e incentivo.

E a todos aqueles que me apoiaram e motivaram para a conclusão deste trabalho.

Palavras-chave

Violência doméstica, ansiedade, perturbações psiquiátricas, queixa.

Resumo

Pretendemos com este estudo compreender se as vítimas de violência doméstica que apresentam queixa e as que não apresentam se distinguem entre si em relação a aspetos de natureza sociodemográfica (idades, estado civil, situação profissional, idades dos agressores, etc.), em relação ao tipo de violência e consequências, em relação a traços de ansiedade e ansiedade estado, bem como em relação a perturbações psicopatológicas.

Recorremos a uma amostra de 63 mulheres vítimas de violência doméstica com processos no Núcleo de Atendimento à Vítima de Violência Doméstica, da Cáritas Diocesana de Aveiro. Tinham idades entre 25 e 60 anos, com uma média de 44,1 anos.

Para o estudo utilizámos uma ficha para recolha de dados sociodemográficos, o STAI-Y1 e o STAI-Y2 para autoavaliação da ansiedade (traço e estado), bem como o MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), para despistar perturbações psiquiátricas, risco de suicídio e perturbações de personalidade. Os dados foram analisados com o programa SPSS 17.0.

Conseguimos perceber que relativamente a dados sociodemográficos e à ansiedade traço e estado, as vítimas que apresentaram queixa não se distinguem das que não apresentaram.

Constatámos que, na generalidade dos resultados encontrados relativamente à caracterização sociodemográfica dos agressores e vítimas, os nossos dados são semelhantes aos das estatísticas da APAV.

Relativamente ao teste das nossas hipóteses, nomeadamente às variáveis clínicas avaliadas pela entrevista estruturada com o guião do MINI, perturbação obsessivo-compulsiva, anorexia e bulimia, dependência e abuso de álcool e substâncias, não estão de acordo com os resultados encontrados na literatura.

Os nossos resultados relativamente à perturbação de pânico, risco de suicídio, stresse pós-traumático, depressão major, distímia e a ansiedade generalizada vão de encontro aos relatados na literatura.

Relativamente ao facto de todas as vítimas da nossa amostra com perturbação psicótica atual e com perturbação do humor com sintomas psicóticos terem apresentado queixa, alerta-nos para um problema sério. Efetivamente, os doentes psicóticos, pela sua atividade delirante podem apresentar queixas não fundamentadas. Por outro lado, podem, numa percentagem significativa, agredir, provocando um ciclo interpessoal de agressões mútuas.

Comparando as participantes em função de terem ou não apresentado queixa, na nossa amostra, das 35 vítimas com perturbação de ansiedade generalizada, 2/3 apresentaram queixa, e quanto ao suicídio, todas as vítimas com risco elevado de suicídio apresentaram queixa, e apenas cerca de 1/3 das vítimas com risco ligeiro apresentou queixa.

Como limitação a este estudo, temos o facto de as vítimas que participaram se terem voluntariado para tal. Isto é, sendo uma amostra intencional, não houve amostragem aleatória, pelo que estes nossos dados não são generalizáveis à população geral. A segunda limitação é relativa à distância temporal entre as agressões e a recolha de dados. Como foi utilizada toda a base de dados do Núcleo, foram contactadas vítimas com processo há três anos, que já passaram por separações e por terapias e tratamentos psiquiátricos, o que pode enviesar alguns dados.

keywords

Domestic violence, anxiety, psychiatric disorders, complaint.

abstract

This study intend to understand whether victims of domestic violence who report violence to the authorities and the ones who don't, could be distinguished in sociodemographic aspects (age, marital status, employment status, age of offenders, etc.), type of violence and consequences, or psychological disorders.

We used a sample of 63 women who reported domestic violence in the *Núcleo de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica*, at *Cáritas Diocesana de Aveiro*. Women have ages between 25 and 60 years, with an average of 44,1 years.

For this study we used a form to collect sociodemographic data, STAI-Y1 and STAI-Y2 to anxiety (state and trait) self-evaluation and MINI (Mini international Neuropsychiatric Interview), to screen psychiatric disorders, suicidal risk and personality disorders. Data were analyzed with using SPSS 17.0.

We realize that for sociodemographic and state and trait anxiety, victims who complained are indistinguishable from those who did not.

We found that, in most results regarding the sociodemographic characteristics of perpetrators and victims, our data are similar to the statistics of APAV.

For our hypotheses, particularly clinical variables assessed by structured interview with the script of MINI, obsessive compulsive disorder, anorexia and bulimia, addiction and abuse of alcohol and other substances, are not in agreement with the results found in the literature.

Our results regarding panic disorder, suicide risk, post-traumatic stress, major depression, dysthymia and generalized anxiety are similar to those reported in the literature.

Regarding the fact that all the victims with current psychotic disorder and mood disorder with psychotic symptoms have presented complaints, alerts us to a serious problem. Indeed, psychotic patients, because of their delusional activity may lodge unsubstantiated complaints. On the other hand, there is a high probable significant percentage which can cause a cycle of interpersonal mutual aggressions.

Comparing the participants according to whether or not report domestic violence, from 35 victims with generalized anxiety disorder, approximately two thirds has complained. With regard to suicide, all victims at high risk has complained, and only about 1/3 with slight risk has filed a complaint.

As a limitation to this study, we have the fact that the victims who participated are volunteers. This is, being a purposive sample, no random sampling, our data cannot be generalized to the general population. The second limitation is related to the temporal distance between the attacks and data collection. As was used the whole database of the center, victims with a three year process, who have gone through separations and psychiatric therapies and treatments, were contacted, which may bias some data.

Índice

Introdução	1
Método	10
Participantes	10
Instrumentos	12
Ficha de dados sociodemográficos	12
Escala de autoavaliação de ansiedade	12
Guião de entrevista estruturada para avaliação da personalidade	12
Procedimentos	13
Análise de dados	13
Resultados	14
Discussão	17
Referências	21

Índice de tabelas

Tabela 1 - Estado Civil	10
Tabela 2 - Números de filhos das vítimas	11
Tabela 3 - Tipo de violência	11
Tabela 4 - Testes de Qui Quadrado para as perturbações mentais	15
Tabela 5 - tabelas de contingência para as 4 perturbações em função de ter apresentado ou não “queixa”	16
Tabela 6 - Comparação da ansiedade estado e traço em função de ter apresentado ou não “queixa”	17

Introdução

Tal como o ser humano, também as relações sofreram uma evolução pelos tempos. O que era, inicialmente, uma forma de continuação da espécie transformou-se numa luta pela salvaguarda do património, tornando o casamento um ato completamente desprovido de sentimentos e improvável por escolha pessoal, resultando daí o chamado “negócio ou união conveniente”. Só mais tarde, por volta do século XVIII é que se começou a dar valor à felicidade e à realização pessoal, tornando a afetividade o centro da relação. Desta forma, o “amor romântico” foi ganhando força, e a partir do século XX, passou a ser a base das relações e o fundamento do casamento. (Dias, 2003)

Nesse mesmo século, os movimentos feministas começaram a dar os primeiros passos na promoção do melhoramento da situação da mulher na sociedade e na sua emancipação. Em Portugal, o primeiro grupo criado para este efeito apareceu em 1909, mas só em 1914 é que surgiu um grupo com grande impacto, o Conselho Nacional de Mulheres Portuguesas. Com o regime salazarista, estabeleceu-se pela primeira vez a igualdade dos cidadãos, na Constituição de 1933. No entanto, esta igualdade continuava a ser limitada relativamente às mulheres pelas “diferenças resultantes da sua natureza e do bem da sua família”. Os anos de ditadura e a aliança à religião, moldaram imenso a sociedade portuguesa, tornando-a muito conservadora, e mesmo quando o regime caiu, em 1974, os movimentos feministas existentes não lutaram o suficiente para mudar a ideia criada em torno do papel da mulher na sociedade. Após a revolução, a mulher começou a ter acesso a cargos de carreira administrativa, diplomática e de magistratura, e as restrições de voto baseadas no sexo foram abolidas. Foi alterada a legislação, foram dadas oportunidades de investigação e criados projetos para a educação e formação das mulheres. Ora, embora hoje em dia já existam padrões culturais, económicos e políticos muito semelhantes aos europeus, este atraso levou a que o papel da mulher na sociedade fosse reconhecido muito mais tarde e de forma muito mais lenta (Azambuja, Nogueira & Saavedra, 2007). Este conservadorismo faz com que, dentro das relações, ainda haja algum preconceito, o que cria uma certa tensão, que se manifesta de várias formas, tal como a formação diferencial entre sexos, as oportunidades de mobilidade social e as desiguais contribuições domésticas (Dias, 2003).

Surge então o conceito de violência doméstica, que se torna a maior contradição do conceito de família moderna. Tal como o amor, também a violência se tornou uma

componente de “normalidade” da vida familiar. Agressores e vítimas mantêm relações de intimidade, que se podem tornar um potenciador tanto de ódio como de amor (Dias, 2003). A própria estrutura familiar, pelo tempo passado em comum, pela privacidade, pela segurança que o agressor tem e a relutância da sociedade em interferir nos assuntos privados da família contribui para a agressividade. E embora estudos demonstrem que também as mulheres iniciem atos de agressividade para com os seus companheiros, os homens praticam atos mais violentos, que têm consequências muito mais graves (Stewart e Robinson, 1998).

Existem várias definições de violência doméstica. Stewart e Robinson (1998) consideram que violência doméstica é qualquer ato de força ou coerção que compromete gravemente a vida, o corpo, a integridade psicológica, ou a liberdade de uma pessoa numa família ou relação; Walker, Duros e Tome (2008) definem como o abuso físico, sexual e/ou psicológico por uma pessoa (maioritariamente homens) sobre outra (sobretudo mulheres) com quem tem uma relação íntima, no sentido de conseguir que essa pessoa faça o que o primeiro quer, sem ter em atenção os direitos desta. Já o nosso Código Penal, no artigo 152º, define violência doméstica como o infligir, de modo reiterado ou não, “maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais ao cônjuge ou ex-cônjuge, a pessoa de outro ou do mesmo sexo, com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação, a progenitor de descendente comum em primeiro grau ou a pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica com que ele (agressor) coabite”.

A violência doméstica é um problema que quebra qualquer barreira de raça, género, etnia, estrato social, educação, religião, ou qualquer outra esfera (Johnson, 2007). Os agressores utilizam a violência com o intuito de subordinar, de demonstrar poder e quem está no comando da relação ou família (Ludermir, Schraiber, D’Oliveira, França-Junior & Jansen, 2008). Cerca de 10% a 60% das mulheres (população mundial) sofrem ou irão sofrer de violência doméstica durante a sua vida (Ludermir et al. 2008; Adeodato, Carvalho, Siqueira & Souza, 2005; Ellsberg, Heise, Pena, Agurto & Winkvist, 2001; Stewart e Robinson, 1998).

Estatísticas recolhidas em diversos países revelam que os principais agressores são parceiros ou ex-parceiros, namorados ou ex-namorados (Stewart e Robinson, 1998, Ludermir et al. 2008).

Podemos ainda distinguir a violência doméstica em sentido estrito e em sentido lato, sendo que os primeiros são os atos criminais enquadráveis no artigo 152º do Código Penal – maus tratos físicos, maus tratos psíquicos, coação, difamação, ameaças, injúrias e crimes de natureza sexual – e os segundos são outros crimes que se podem enquadrar no contexto doméstico – perturbação e devassa da vida privada, violação do domicílio, de correspondência ou telecomunicações, subtração de menor, dano, furto, ou roubo (APAV, 2011).

A violência exercida pode ocorrer de diversas formas, sendo as mais prevalentes a violência psicológica, a violência física e a violência sexual. Tal como a forma como a violência pode ser exercida é diferente, também as consequências o são (Ludermir et al., 2008). Os estudos não são unânimes no tipo de violência mais frequente; por exemplo, enquanto Ellsberg et al. (2001) encontra resultados que demonstram que a violência física e sexual são as mais comuns, Ludermir et al. (2008) obtém resultados que indicam ser a violência psicológica a mais frequente. Stewart e Robinson (1998) justificam estas diferenças dizendo que, apesar da violência psicológica ser a mais fácil de ocorrer, devido à variedade de formas que esta pode adotar, esta é muito menos denunciada. A violência pode, também, ser um conjunto dos três tipos de violência. “Ellsberg, em 1997, descobriu que 94% de mulheres vítimas de violência física reportam também violência psicológica e que 30% queixa-se também de violência sexual” (Ludermir et al., 2008).

Quando se trata de violência física, esta pode ocorrer através de empurrões, bofetadas, arremesso e utilização de objetos, pontapés, murros, ameaça e/ou utilização de armas ou facas, asfixiamento, puxar/agarrar, imobilizar, torcer braços, puxar cabelos, provocar queimaduras, tentar afogar, morder (Johnson, 2007; Bradley, Smith, Long & O’Dowd, 2002; Ellsberg et al. 2001; Stewart e Robinson, 1998). A violência psicológica tem uma abrangência muito maior, podendo passar por ameaças, perseguições, destruição de bens, intimidação, piadas sexistas, insultos, humilhações, gritos (com a vítima e com os filhos), criticar, isolamento (privar da vida social), controlo, forçar a fazer algo, magoar os filhos (Bradley et al. 2002; Stewart e Robinson, 1998). No que toca a violência sexual, a

violação, o abuso e a exigência de sexo predominam (Bradley et al. 2002; Stewart e Robinson, 1998).

Percebeu-se que esta problemática girava em torno de um ciclo vicioso, o chamado “Ciclo da Violência Doméstica”. Apesar de existirem mais modelos, o mais relevante é o Ciclo da Violência de Walker (2000). Este é caracterizado por ter três fases. Numa primeira fase, chamada de Fase do Aumento da Tensão a severidade e frequência das agressões estão em crescimento, a vítima tende a tentar ser compreensiva, acalmar os ânimos ou simplesmente evitar o agressor. No entanto, com o passar do tempo, e com o aumento da tensão, estas estratégias deixam de ter efeito. É nesta altura que a vítima começa a sentir que a culpa daqueles comportamentos é sua, procurando razões que levem a tais comportamentos. Ao mesmo tempo que a vítima se culpa, passa a ideia de que aceita esta situação o que leva a que o agressor aumente a violência. É normalmente nesta fase que a vítima pede ajuda, tendo noção do perigo em que se encontra; a segunda fase, a Fase da Tempestade, que é o momento em que surge a agressão, há um descarregar da tensão, podendo a razão estar relacionada com algo que a vítima faça ou qualquer problema externo do agressor, como trabalho ou doença. Há uma descarga intensa de tensão, com uma maior amplitude de danos e uma descarga emocional negativa enorme. Este incidente não pode ser premeditado nem controlado, embora quem já tenha passado muitas vezes pelo ciclo possa atuar de forma propositada para que a descarga aconteça, mas sempre sem saber quando isso vai ocorrer; e uma terceira e última fase, denominada de Fase da Lua-de-mel, que acontece após o período de isolamento e recuperação do choque que tanto a vítima como o agressor sofreram após a agressão. Nesta altura, o agressor mostra-se arrependido e brinda a vítima com prendas, atenção e promessas de que a vida em casal vai mudar, de que vai deixar de beber ou pedir ajuda para controlar a agressividade. Pode também utilizar a família e os amigos para fazer pressão sobre a vítima, a fim de ser perdoado. Com o passar do tempo a vítima começa a acreditar que este é o verdadeiro lado do agressor, crendo que ele precisa verdadeiramente dela. Esta fase, no entanto, vai acabar e, com a repetição de ciclos, tornar-se-á cada vez mais curta (Walker, 2000). Muitas mulheres acabam por deixar o parceiro após a segunda fase, mas regressam aquando da terceira, criando um ciclo em que estas fases se repetem vezes e vezes sem conta e nos quais há constante abandono do lar por parte da vítima (Walker et al., 2008; Stewart e Robinson, 1998). Este ciclo gera ainda outro problema, a escalada da violência. Estudos indicam que

a maioria das agressões ocorrem nos mesmos contextos que as anteriores e, normalmente, de formas cada vez mais agressivas (Fraser, 2003).

Como não poderia deixar de ser, estas agressões trazem consigo consequências para a saúde das vítimas. A violência dentro das relações é considerada a maior causa de depressão nas mulheres, pela Organização Mundial de Saúde. É, também, causadora de aumento de ansiedade e uso de tranquilizantes e antidepressivos. Quanto mais grave for a agressão, pior é o impacto na saúde. Estas vítimas ficam fragilizadas, com danos no autoconceito, autoestima, menos seguras de si próprias, dos seus limites e menos capazes de se proteger. Teoricamente, as mulheres que se queixam mais frequentemente de problemas de saúde, têm uma maior probabilidade de serem vítimas de violência. O que é certo, é que não existe uma relação causa-efeito nas agressões, sendo que diferentes tipos de agressão podem gerar diferentes efeitos na saúde da mulher, dependendo do tipo de agressão, duração, em que ciclo da violência ocorre, das capacidades de *coping* da vítima e da sua rede social (Ludermir et al. 2008; Ellsberg et al. 2008; Adeodato et al. 2005, Stewart e Robinson, 1998).

Quando se trata de agressividade sexual, as consequências variam entre dor pélvica crónica, doenças sexualmente transmissíveis, gravidezes indesejadas e abortos involuntários. A agressão sexual tem ainda uma ligação com estereótipos de que o casamento dá o direito ao cônjuge de ter relações quando a este lhe apetecer. Ainda hoje, muitas mulheres receiam dizer que não querem, ou de pedir que haja algum método contraceptivo, com medo que os parceiros respondam de forma violenta. Na agressividade física e psicológica, podemos encontrar também efeitos ginecológicos, distúrbios gastrointestinais e vários síndromes de dor crónica. Relativamente a consequências psicológicas, para além das já referidas anteriormente (depressão, ansiedade, autoimagem muito deteriorada), são bastante associadas a distúrbios de personalidade e outros problemas psiquiátricos, fobias, stresse e desordem de stresse pós-traumático, pensamentos suicidas, dificuldades em depositar confiança em alguém ou de manter relações íntimas, sentimentos de raiva, desamparo, fadiga, distúrbios de sono e alimentação, e o abuso de álcool e drogas como fuga dos problemas. As primeiras reações após o primeiro episódio passam pelo estado de choque, apatia, negação e afastamento. Depois disso, podem ocorrer sonhos ou *flashbacks* durante várias semanas. As vítimas acabam por se isolar devido ao

medo, à vergonha e à desonra, sentindo falta de controlo e culpa (Ludermir et al. 2008; Ellsberg et al. 2008; Fraser, 2003; Fikree e Bhatti, 1999; Stewart e Robinson, 1998).

Ao longo dos anos tem-se apostado mais no estudo destas consequências, tendo sido demonstrado que as mais frequentes, no que respeita às consequências psicológicas, são a depressão, o stress pós-traumático e a ansiedade (Pico-Alfonso, Garcia-Linares & Celda-Navarro, 2006). No que é referente à ansiedade, sabe-se que as mulheres vítimas de violência doméstica têm uma maior probabilidade de apresentar níveis bastante elevados (Gerlock, 1999). Uma das possibilidades de responsabilidade por estes níveis são os medos da vítima relativamente ao agressor e a sensação de perda de segurança (Williams e Mickelson, 2004). Com a apresentação de queixa, é suposto que essas inseguranças diminuam, mas será que se dá, realmente, alguma modificação? Será que as vítimas se sentem mais seguras e se dá uma consequente diminuição de ansiedade? Ou será que o facto de exporem a sua situação à sociedade não vai implicar mais riscos e mais medos?

Tanto os agressores como as vítimas têm algo em comum: uma história familiar de violência. Mulheres que sofrem agressões por parceiros são pessoas em que o único marcador de risco comum é o facto de terem testemunhado violência parental na infância; homens que praticam atos de violência dentro das relações de intimidade frequentemente tiveram infâncias violentas. Estes homens são pessoas extremamente possessivas, dependentes, inseguras, impulsivas e com pouca autoestima. Usualmente consomem substâncias (álcool e/ou drogas), que os desinibem, e que utilizam como desculpa para a agressão (Stewart e Robinson, 1998).

A personalidade é uma das variáveis a ter em conta na concepção dos motivos para a agressão e para a vitimização, quer o perfil de personalidade, quer mesmo a eventual perturbação da personalidade, como por exemplo, a personalidade psicopática (Skeem, Polaschek, Patrick & Lilienfeld, 2011). Segundo estes autores, um dos perfis psicopáticos (ou eixos) é o do violento crónico, que se assemelha (pelos atos e circunstâncias em que os pratica) ao perfil de muitos agressores em contexto doméstico. Por outro lado, as vítimas expostas a comportamentos agressivos poderão desenvolver diversas perturbações comportamentais (ex., ansiedade, depressão, consumo de substâncias) ou mesmo desenvolver um perfil de personalidade agressiva (Schellenberg, 2000).

Estatisticamente falando, e olhando para os valores apresentados pelas autoridades policiais, vemos que existe uma oscilação no número de crimes registados. Quando nos

referimos à violência doméstica por cônjuge ou análogo, podemos ver que de 2008 até 2010 os números aumentaram (em 2008, 20394 crimes; em 2009, 23263 crimes; e em 2010, 25129 crimes) mas que no ano transato houve uma diminuição para cerca de 23742 crimes registados; no que concerne à violência doméstica sobre menores, apenas em 2010 houve aumento de queixas, tendo ocorrido nos restantes anos uma diminuição, embora leve; já no que é referente a outros tipos de violência doméstica (por exemplo, nos idosos, pessoas com deficiência, ...) nota-se um constante aumento de crimes registados (Direção Geral da Política da Justiça, 2012).

Sabemos, no entanto, que esta oscilação de valores poderá não corresponder à verdadeira realidade da violência doméstica. As vítimas, muitas vezes, não apresentam queixa por vergonha, por já não terem capacidade psicológica para isso ou porque têm medo, pois são ameaçadas e podem sofrer represálias se o fizerem. Sabemos também que nem todas as entidades com capacidade para receber uma queixa têm sensibilidade ou treino nesta área, desvalorizando o sofrimento por que a vítima está a passar, o que pode fazê-las recuar na apresentação da queixa (Stewart e Robinson, 1998). Outro problema relacionado com a queixa que pode influenciar estes números, ocorre quando certos processos são autuados como crimes de ofensas à integridade física, ameaças ou injúrias, em vez de violência doméstica (Fernandes, 2008).

Dados da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) demonstram outra realidade. 2009 foi um ano em que os números apresentaram uma queda, enquanto antes disso existe uma constante subida. Em 2011 a APAV recebeu cerca de 15724 factos criminosos, sendo 6737 (ou seja, cerca de 43%) relativos a casos de violência doméstica.

No que concerne ao sexo da vítima, embora se encontre um aumento dos pedidos de ajuda e das queixas realizadas por homens (em cerca de 56%), a vítima feminina continua a ser a predominante. No contexto etário, as idades compreendidas entre os 35 e os 40 anos são as mais afetadas, seguidas pelos 65 ou mais anos. O agressor é maioritariamente (83%) do sexo masculino, entre os 35 e os 40 anos, e pratica violência sobre o cônjuge ou companheiro.

Nos tipos de atos criminosos, a violência doméstica no sentido estrito é, sem dúvida, a “preferida” pelos agressores, com uma percentagem de 83% de incidência. Na violência doméstica no sentido lato, os atos criminosos mais praticados são a violação de domicílio e a violação de correspondência (com percentagens de 4,5% e 3,5%,

respetivamente), enquanto no sentido estrito, os maus tratos psíquicos e os maus tratos físicos destacam-se com percentagens de incidência de 33,3% e 28,1% (APAV, 2005-2011).

Estudos realizados em Portugal pela Comissão para a Igualdade de Género dão a conhecer os valores de prevalência da violência sobre as mulheres, demonstrando uma diminuição de 48% (em 1995) para 38% (em 2007) (IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, 2010).

Inicialmente havia a tendência para culpar a vítima pelos abusos sofridos. As mulheres eram acusadas de agir de forma provocante, de argumentarem aquando de uma discussão e de, inconscientemente desejarem que lhes batessem (Stewart e Robinson, 1998). Era considerado um problema a resolver dentro do seio familiar e, principalmente para as mulheres, para além de culpa, um motivo de vergonha. Mais recentemente, tornou-se um problema de saúde pública e uma reconhecida ameaça aos direitos humanos, em que os governos ganham obrigatoriedade de intervir (Fikree e Bhatti, 1999).

Para a União Europeia, a violência doméstica e a sua erradicação constitui uma das seis áreas prioritárias de intervenção. O Conselho da Europa tem como objetivos centrais o respeito e reconhecimento pela dignidade e integridade das vítimas e o combate à violência doméstica. Assim nasceu a necessidade de legislar este problema, no sentido de proteger as vítimas. No entanto, até 2007, a legislação portuguesa não abrangia totalmente o problema. Após a revisão penal, através da lei 59/2007, de 4 de Setembro, maus-tratos, violência doméstica e as infrações de regras de segurança passaram a ser tipos de crimes distintos. O crime de violência doméstica passa a ter natureza pública, isto é, não há necessidade que a vítima apresente queixa, basta a notícia do crime. Quer isto dizer que qualquer pessoa pode denunciar a violência doméstica. Esta alteração tem como intuito fomentar o aumento das denúncias por parte da sociedade civil e fazer com que a vítima não seja a responsável pelo processo criminal. Relativamente aos agressores, ficaram incluídos os ex-cônjuges, as pessoas do mesmo sexo, pessoas com quem seja mantida uma relação de intimidade análoga às dos cônjuges, mesmo que sem coabitação, e mera coabitação (ou seja, não há necessidade de relação afetiva) quando se trata de vítima indefesa, como idosos, pessoas com deficiências e crianças. A moldura penal teve um agravamento do limite mínimo e foram acrescentadas medidas acessórias: proibição de uso e porte de armas, obrigação de frequência de programas contra a violência doméstica e inibição do exercício do poder

paternal, da tutela ou da curatela (apenas existia a proibição de contacto com a vítima). Continua a haver necessidade de maus-tratos físicos ou psíquicos, em que as agressões são constantes e com proximidade temporal entre si. Os maus-tratos podem incluir castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais (Fernandes, 2008; Duarte, 2002).

Passou então, este crime, a ser prioritário na intervenção devido ao bem jurídico tutelado e à necessidade de proteção das vítimas. Foram criadas várias medidas para que a revitimização fosse mínima, como por exemplo, o acompanhamento técnico social e psicológico, a inquirição mais breve possível, as declarações para memória futura, a ausência do arguido na audiência e a utilização de teleconferência. Passaram também a existir medidas para a tutela e proteção da vítima como a possibilidade de qualquer testemunha ser acompanhada por um advogado, a possibilidade das notificações do tribunal serem realizadas para um qualquer domicílio à escolha ou o direito a ser notificada aquando da libertação do indivíduo (tudo isto num momento muito mais adiante àquele que está a ser tratado aqui) (Fernandes, 2008).

Desta forma, têm vindo a ser criados Planos Contra a Violência Doméstica, que são “instrumentos de políticas públicas de combate à violência doméstica e do género”, pois é esperado por parte do Estado uma estratégia que crie uma cooperação entre os tribunais, as autarquias, a sociedade civil e as instituições no sentido de garantir a segurança das vítimas, controlar os agressores, conhecer e prevenir o fenómeno e qualificar profissionais que possam estruturar meios de apoio e atendimento. Neste momento, está em vigência o IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, que luta por uma sociedade mais justa e equitativa, e que tem 50 medidas que transitam em torno de 5 pontos essenciais: “informar, sensibilizar e educar; proteger as vítimas e promover a integração social; prevenir a reincidência; qualificar profissionais; investigar e monitorizar” (IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, 2010; Fernandes, 2008). Contudo, os planos de combate à violência doméstica deveriam ter em conta os fatores associados com a personalidade, como já referimos acima (Schellenberg, 2000).

Assim, tendo em conta os dados da literatura a que tivemos acesso, admitimos como hipótese geral que haverá diferenças entre as vítimas que apresentaram queixa e as que não o fizeram, relativamente a diversos fatores preditores, de contexto, consequências e atitudes face aos atos violentos, incluindo fatores de ordem psicopatológica.

Será que a vítima que apresenta queixa sofre menos de ansiedade, ou será que acontece o contrário? Será que existe alguma diferença em relação a perturbações de personalidade? Será que a apresentação de queixa é realizada por algum tipo de vítima mais concreto, isto é, será que há alguma perturbação que influencie mais nessa tomada de decisão? Será que os contextos em que as vítimas vivem as distinguem relativamente ao facto de apresentar ou não queixa?

Método

Participantes

A nossa amostra é constituída por 63 mulheres, com processo no Núcleo de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica, da Cárita de Aveiro, e com residência no distrito de Aveiro.

A amostragem é de conveniência, na medida em que foi escolhido um local específico de muito provável acesso, apesar de terem sido contactadas todas as vítimas do Núcleo.

As participantes têm idades compreendidas entre os 25 e os 60 anos, com uma média de 44,1 anos e um desvio-padrão de 10,247. A distribuição das idades é aproximadamente normal, na medida em que o z-score para a assimetria é de $-0,685$ e o z-score para o achatamento é de $-1,557$ (ambos: $-1,96 < x < +1,96$).

Relativamente ao Estado Civil, a maioria é casada ou em união de facto, com divorciadas/separadas em segundo lugar (tabela 1).

Tabela 1 – Estado Civil

Estado civil	N	%	% acumulada
Solteiro	4	6,3	6,3
Casado/União de Facto	48	76,2	82,5
Divorciado/Separado	10	15,9	98,4
Viúvo	1	1,6	100,0
Total	63	100,0	

No que respeita à nacionalidade das vítimas da nossa amostra, a esmagadora maioria possui nacionalidade portuguesa ($n= 59$; 93,7%). Quanto às habilitações académicas, 24 (38,1%) possuem o 3º Ciclo do Ensino Básico, 14 (22,2%) possuem o 1º

Ciclo do E.B., 12 (19%) possuem o 2º Ciclo, 7 (11,1%) possuem o ensino superior e 6 (9,5%) possuem o ensino secundário.

No que respeita à situação profissional, 29 (46%) estão desempregadas, 26 (41,3%) estão empregadas e 8 (12,7%) estão noutra situação (ex., reformas por invalidez).

A maioria das mulheres tem 1 a 2 filhos (Tabela 2).

Tabela 2 – Números de filhos das vítimas

	N	%	% acumulada
0	6	9,5	9,5
1	23	36,5	46,0
2	21	33,3	79,4
3	11	17,5	96,8
4	2	3,2	100,0
Total	63	100,0	

Quanto ao tipo de violência referida pelas participantes, metade da amostra refere violência psicológica e física em simultâneo, com cerca de 22% das mulheres a relatarem todos os tipos de violência constantes da tabela 3.

Tabela 3 – Tipo de violência

	N	%	% acumulada
Psicológica	7	11,1	11,1
Psicológica e Física	32	50,8	61,9
Psicológica e Sexual	4	6,3	68,3
Psicológica e Económica	1	1,6	69,8
Psicológica, Física e Sexual	5	7,9	77,8
Todas	14	22,2	100,0
Total	63	100,0	

A violência relatada ocorre diariamente em 49 mulheres da amostra (77,8%), semanalmente em 7 mulheres (11,1%), mensalmente num caso (1,6%) e ocasionalmente em 6 mulheres (9,5%).

Das 63 mulheres, 33 apresentaram queixa (52,4%) e as outras 30 (47,6%) não o fizeram.

Instrumentos

Usámos como instrumentos a ficha de dados sociodemográficos, escalas de autoavaliação de ansiedade e um Guião de entrevista estruturada para avaliação da personalidade.

Ficha de dados sociodemográficos

A ficha de dados sociodemográficos é constituída por duas partes. A primeira parte é relativa à identificação da vítima, onde foram recolhidos, por exemplo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e número de filhos. A segunda parte é sobre a história da violência e está subdividida em três partes: a primeira relacionada com o agressor, onde recolhemos a idade, género, estado civil, situação profissional e a relação com a vítima; a segunda sobre a violência, onde é clarificado o tipo de violência praticado e a frequência; e por fim uma parte dedicada à queixa, onde se distinguem as vítimas pela apresentação ou não da mesma.

Escalas de autoavaliação de ansiedade

Para este estudo foram escolhidos o STAI-Y1 e o STAI-Y2.

O STAI-Y é um instrumento de autoavaliação que permite estudar simultaneamente a ansiedade traço (20 itens) e a ansiedade estado (20 itens), sendo uma escala de tipo Likert de 1 a 4 pontos (Rodrigues, 2009). Nas diversas línguas em que foi traduzido, o STAI tem revelado adequada consistência interna, fidelidade, validade convergente, concorrente, de constructo e discriminante (Santos & Silva, 1997). No estudo de Santos e Silva (1997) o alfa de Cronbach foi de .85, enquanto num estudo mais recente de Marques (2010) foi de .91.

Guião de entrevista estruturada para avaliação da personalidade

O MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) é um questionário breve (15-30 minutos) que contém 19 módulos, que exploram 17 perturbações do eixo I do DSM-IV-TR e da CID-10, o risco de suicídio e a perturbação de personalidade antissocial

(Amorim, 2000). De acordo com Amorim (2000), “o MINI e o MINI Plus mostraram qualidades psicométricas similares às de outras entrevistas diagnósticas padronizadas mais complexas, permitindo uma redução de 50% ou mais no tempo de avaliação”.

Na sua utilização recomenda-se que se dê prioridade à exploração de perturbações atuais. A cotação das respostas às questões é dicotómica (SIM/NÃO).

O coeficiente de kappa para a avaliação da concordância inter-avaliadores e as correlações do teste-reteste foram todas superiores a 0,75, exceto para a episódio maníaco atual (0,35). O MINI revelou no mesmo estudo de Amorim (2000) uma sensibilidade superior a 0,70 e uma especificidade superior a 0,70.

No mesmo artigo lê-se, relativamente à utilização em investigação, que “O MINI pode ser utilizado para a seleção rápida de populações homogêneas em ensaios clínicos e estudos epidemiológicos ou ainda para a avaliação breve de critérios diagnósticos em estudos longitudinais” (Amorim, 2000; pp. 114).

O MINI foi aplicado depois de um treino e sob supervisão.

Procedimentos

A pesquisa foi realizada na Cáritas Diocesana de Aveiro, mais especificamente no Núcleo de Atendimento à Vítima de Violência Doméstica. Para tal foi elaborado um Termo de Consentimento, dirigido ao Presidente da mesma.

Após a autorização, foram contactadas via telefone todas as vítimas com processo no Núcleo, tendo sido explicado a todas elas o objetivo do estudo, a confidencialidade do mesmo e a possibilidade de desistência a qualquer altura. Às vítimas que aceitaram participar no estudo, depois de lerem e assinarem o Consentimento Informado e preencherem um pequeno Questionário Sociodemográfico, foram aplicadas as escalas de autoavaliação STAI-Y1 e STAI-Y2 e foram feitas as entrevistas estruturadas com o guião do MINI, na Cáritas, em local reservado.

A aplicação de todo o protocolo teve uma duração média de 30 minutos. Esta fase de recolha de dados realizou-se entre Junho e Setembro de 2012.

Análise de dados

Após a recolha, os dados foram colocados numa base de dados criada para o efeito, no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17.0.

As variáveis foram analisadas em termos de distribuição, recorrendo ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Nos casos em que o desvio da normalidade era altamente significativo utilizámos testes não paramétricos.

Determinámos médias, desvios-padrão, frequências absolutas, percentagens e, para testar as hipóteses, utilizámos testes não paramétricos: o teste do qui-quadrado para análise da distribuição dos participantes em função de diversas variáveis, e o teste U de Mann-Whitney para comparação de dois grupos independentes (Oliveira, 2009; Christensen, 2004).

Para a decisão estatística, usámos 3 intervalos de confiança: IC (95%), IC (99%) e IC (99,9%), a que correspondem os níveis de significância de 5%, 1% e 0,1%, respetivamente (Oliveira, 2009; Aguiar, 2007; Martinez & Ferreira, 2007).

Resultados

Para a análise dos dados, decidimos saber como se distribuem os agressores em função do sexo e da situação profissional, as idades e as frequências relativas das perturbações mentais nas vítimas (avaliadas pela entrevista estruturada com o guião do MINI).

Relativamente às idades dos agressores, variam entre os 18 e os 75 anos, com uma média de idades de 45,5 anos e um desvio-padrão de 11,861.

No que respeita ao sexo, 62 dos agressores (98,4%) são do sexo masculino. Dos 63 agressores, 46 (73%) estão empregados, 9 (14,3%) estão desempregados e 8 (12,7%) estão noutras situações (ex., reforma).

Comparando a distribuição das vítimas e dos agressores em função da situação profissional, verificamos que não se distinguem entre si ($\chi^2 = 4,185$; gl= 4; p =.382).

Relativamente às variáveis clínicas avaliadas pela entrevista estruturada com o Guião do MINI, encontrámos as seguintes distribuições das vítimas por cada variável:

Das 63 vítimas, e por ordem decrescente de frequência relativa, 40 (63,5%) apresentam risco ligeiro de suicídio, 35 (55,6%) apresentam ansiedade generalizada atual, 32 (50,8%) apresentam episódio depressivo major, 28 (44,4%) apresentam perturbação psicótica na vida inteira, 25 (39,7%) já sofreram de episódio depressivo major, 20 (31,7%) apresentam episódio maníaco passado, 18 (28,6%) apresentam agorafobia atual sem história de pânico, 17 (27%) apresentam episódio depressivo major com melancolia atual,

13 (20,8%) apresentam distímia, 11 (17,5%) apresentam perturbação de stress pós-traumático atual, 10 (15,9%) apresentam perturbação psicótica atual, 10 (15,9%) apresentam perturbação do humor com sintomas psicóticos, 6 (9,5%) apresentam risco elevado de suicídio, 5 (7,9%) apresentam perturbação de pânico atual com agorafobia, 4 (6,3%) apresentam perturbação obsessivo-compulsiva atual, 4 (6,3%) apresentam episódio hipomaníaco atual, 3 (4,8%) apresentam risco médio de suicídio. Apenas 2 (3,2%) apresentaram episódio hipomaníaco no passado, 2 (3,2%) apresentam episódio maníaco atual, 2 (3,2%) apresentam perturbação de pânico atual sem agorafobia, 2 (3,2%) apresentam fobia social atual e 2 (3,2%) apresentam dependência de álcool atual.

De acordo com a hipótese geral do nosso estudo, a saber, se as vítimas que apresentaram “queixa” se distinguem das que não apresentaram nas variáveis em estudo.

Assim, comparando os dois grupos relativamente às variáveis racionais (idades e há quanto tempo sofrem de violência) e intervalares (totais das escalas de autoavaliação de ansiedade), constatamos que não se distinguem quanto à idade da vítima ($U = 465,500$; $p = .684$), quanto à idade do agressor ($U = 411,000$; $p = .247$), à duração da violência ($U = 474,000$; $p = .932$), à ansiedade estado ($U = 492,500$; $p = .973$) e à ansiedade traço ($U = 375,500$; $p = .100$). No que diz respeito à situação profissional do agressor, também não há diferenças na distribuição dos mesmos em função dos 2 grupos de vítimas que apresentaram “queixa” e que não apresentaram ($\chi^2 = 0,556$; $gl = 2$; $p = .757$).

Os dois grupos também não se distinguem relativamente ao tipo de violência sofrida ($\chi^2 = 1,489$; $gl = 5$; $p = .914$).

Tabela 4 – Testes de Qui Quadrado para as perturbações mentais

Perturbação	χ^2	gl	p
Episódio Depressivo Major Atual	2,670	1	.102
Episódio Depressivo Major Passado	0.002	1	.961
Episódio Depressivo com Melancolia Major Atual	1.418	1	.234
Distímia Atual	0.255	1	.614
Risco de Suicídio	8,954	3	.030
Episódio Hipomaníaco	3,883	2	.143
Episódio Maníaco	2,282	2	.320
Perturbação de Pânico Atual Sem Agorafobia	0,005	1	.945

Perturbação de Pânico Atual Com Agorafobia	1,661	1	.197
Agorafobia Atual sem história de Pânico	0,636	1	.425
Fobia Social Atual	1.878	1	.171
Perturbação Obsessivo-Compulsiva Atual	0,010	1	.922
Estado de Stress Pós-Traumático Atual	0,256	1	.613
Dependência de Álcool Atual	1.878	1	.171
Perturbação Psicótica Atual	10,806	1	.001
Perturbação Psicótica Vida Inteira	0,458	1	.498
Perturbação do Humor com Sintomas Psicóticos	10,806	1	.001
Ansiedade Generalizada Atual	5,613	1	.018

Comparando os dois grupos de vítimas (em função de terem ou não apresentado “queixa”) relativamente a cada variável clínica identificada na amostra (Tabela 4), constatamos que os dois grupos só se distinguem quanto ao risco de suicídio, perturbação psicótica atual, perturbação do humor com sintomas psicóticos e ansiedade generalizada atual.

Tabela 5 – tabelas de contingência para as 4 perturbações em função de ter apresentado ou não “queixa”

Perturbações		Apresentou queixa?	
		Não	Sim
Risco de Suicídio	Não	5 (35,7%)	9 (64,3%)
	Ligeiro	24 (60%)	16 (40%)
	Médio	1 (33,3%)	2 (66,7%)
	Elevado	0 (0%)	6 (100%)
Perturbação Psicótica Atual	Não	30 (56,6%)	23 (43,4%)
	Sim	0 (0%)	10 (100%)
Perturbação do Humor com Sintomas Psicóticos	Não	30 (56,6%)	23 (43,4%)
	Sim	0 (0%)	10 (100%)
Perturbação de Ansiedade Generalizada	Não	18 (64,3%)	10 (35,7%)
	Sim	12 (34,3%)	23 (65,7%)

Nota: Percentagens nas linhas.

De acordo com a Tabela 5, todas as vítimas com risco elevado de suicídio apresentaram queixa, apenas cerca de 1/3 das vítimas com risco ligeiro apresentou queixa e cerca de 2/3 das vítimas sem risco de suicídio apresentaram queixa.

Todas as vítimas com perturbação psicótica atual e com perturbação do humor com sintomas psicóticos apresentaram queixa.

Das 35 vítimas com perturbação de ansiedade generalizada, cerca de 2/3 apresentaram queixa.

Tendo em conta que “cl clinicamente” os grupos se distinguem relativamente à perturbação de ansiedade generalizada, procurámos saber em que medida se distinguem na ansiedade traço e na ansiedade estado autoavaliadas.

Pelos testes U de Mann-Whitney (Tabela 6), verificamos que os dois grupos não se distinguem em ambos os fatores do STAI.

Tabela 6 – Comparação da ansiedade estado e traço em função de ter apresentado ou não “queixa”

	Ansiedade Estado	Ansiedade Traço
U de Mann-Whitney	492,500	375,500
W de Wilcoxon	957,500	840,500
Z	-,034	-1,646
p (2-caudas)	,973	,100

Variável Grupo: Apresentação ou não de queixa

Discussão

Antes de mais, conseguimos perceber que relativamente a dados sociodemográficos (como idade, situação profissional ou estado civil – das vítimas e dos agressores), as vítimas que apresentaram queixa não se distinguem das que não apresentaram. Também não se distinguem quanto à ansiedade estado e ansiedade traço.

No que respeita ao sexo, 98,4% dos agressores são do sexo masculino, estando dentro das estatísticas da APAV (2005-2011). Quanto à idade dos agressores, considerando a média e o desvio-padrão na nossa amostra, cerca de 68% (M±1DP) terão idades entre os

33,6 e os 57,3 anos, o que se afasta um pouco dos dados das estatísticas da APAV (2005-2011). Acontece o mesmo em relação às idades das vítimas.

Tendo em conta que 76,2% das vítimas da nossa amostra são casadas e vivem com o agressor, este dado da nossa amostra está de acordo com os da já referida fonte. Por outro lado, as vítimas e os agressores também não se distinguem em função da situação profissional. Na nossa amostra, 50% dos casos relataram violência física e psicológica em simultâneo.

Em suma, no que diz respeito à caracterização sociodemográfica dos agressores e vítimas da nossa amostra, os nossos dados são semelhantes aos das estatísticas da APAV.

Relativamente ao teste das nossas hipóteses, nomeadamente às variáveis clínicas avaliadas pela entrevista estruturada com o Guião do MINI, do ponto de vista teórico podemos, através da análise prévia de trabalhos de diversos autores, perceber que a violência é, efetivamente, um fator de risco no que concerne ao desenvolvimento de perturbações mentais (Morgan, Zolse, McNulty & Gebhardt, 2010; Golding, 1999). Reportando à nossa amostra, e começando pelos resultados menos observados, encontramos a perturbação obsessivo-compulsiva, episódio hipomaníaco, episódio maníaco, perturbação de pânico, fobia social e a dependência de álcool com percentagens diminutas, entre os 8% e os 3%.

Perturbações como abuso de álcool atual, dependência e abuso de substâncias atual, anorexia nervosa, bulimia nervosa atual, anorexia nervosa do tipo ingestão compulsiva/purgativa atual e a perturbação antissocial da personalidade na vida inteira não pontuaram. Estes valores contrariam alguns estudos realizados sobre a violência doméstica e as perturbações mentais. Relativamente à dependência e abuso de álcool e outras substâncias, os estudos relacionam o consumo com a violência doméstica e antecedentes de alcoolismo na família, privação afetiva durante a infância, o que leva a valores de 11% a 49% em relação ao álcool, e de 7% a 61% em relação às drogas, ou valores entre 9,3% e 46,4%, quando falamos nos dois consumos em conjunto (Saliou, Fichelle, McLoughlin, Thauvin & Lejoyeux, 2005; Valdez & Juárez, 1998), enquanto neste estudo, apenas duas vítimas pontuaram na dependência do álcool. Tal aconteceu também com Duran et al. (Duran, Oetzel, Parker, Malcoe, Lucero & Jiang, 2009), sendo esta variação, considerada normal, devido à diversidade de populações e culturas estudadas (Golding, 1999). A perturbação obsessivo-compulsiva é, igualmente, retratada como uma perturbação bastante

corrente (Morgan et al. 2010; Diniz e Angelim, 2003; Fischbach & Herbert, 1997), aqui presente num pequeno número de participantes, indo portanto contra os estudos realizados. Na revisão de literatura deparamo-nos também com o facto de a violência levar a atos de autodestruição, entre os quais distúrbios alimentares – anorexia e a bulimia (Diniz e Angelim, 2003; Roberts, Williams, Lawrence & Raphael, 1999; Doyle, Frank, Saltzman, McMahon & Fielding, 1999), perturbações que não pontuaram neste estudo. Quanto à perturbação antissocial, não obtivemos valores positivos (no sentido de a vítima pontuar) talvez porque esta perturbação, pelas suas características, é mais comum nos agressores (Dutton & Hart, 1992; Hamberger & Hastings, 1986). No que é relativo à perturbação de pânico, os valores apresentados por outros estudos situam-se nos 13% (Coolidge & Anderson, 2002; Golding, 1999), o que não é muito diferente dos valores que conseguimos. Em relação às fobias, apenas um artigo da revisão de literatura nos deu valores concretos, neste caso, 63%, enquanto os outros dizem apenas que as fobias têm elevada prevalência (Roberts et al., 1999; Coolidge & Anderson, 2002; Jordan, Campbell & Follingstad., 2009), o que não está de acordo com os nossos dados, em que temos uma prevalência de apenas 3,2% na fobia social e de 28,6% na agorafobia atual sem história de pânico.

Quanto às perturbações que obtiveram valores mais altos, encontramos no topo o risco de suicídio ligeiro, com 63,5% (ao qual podemos somar o risco elevado - 9,5% - e o risco médio - 4,8%). Outras investigações demonstram que o risco de suicídio afeta entre 17,9% e 44% (Jordan et al., 2009; Golding, 1999; Thompson, Kaslow, Kingree, Puett; Thompson & Meadows., 1999; Valdez e Juárez, 1998; West, Fernandez, Randolph, Schoof, & Parks, 1990), sendo os nossos valores um pouco mais altos. Este maior valor pode dever-se a fatores de ordem cultural. Nos valores da ansiedade generalizada, os valores apresentados em outros estudos variam entre os 6% e os 49% (Ragheb, Ismail, Attia, Wahab, El Missiry & Husein, 2009; Jordan et al., 2009; Saliou et al., 2005; Coolidge & Anderson, 2002), enquanto os nossos estão nos 55,6%, não sendo uma diferença muito grande. Já no que é relativo à depressão major, encontramos valores relativamente altos nas outras pesquisas, variando entre os 21,8% e os 83% de prevalência da perturbação nas vítimas de violência doméstica (Ragheb et al., 2009; Pineles, Mineka & Zinbarg, 2008; Saliou et al., 2005; Waldrop & Resick, 2004; Coolidge & Anderson, 2002; Valdez e Juárez, 1998; West et al., 1990). Tanto no episódio depressivo major atual, como no

passado e ainda no episódio depressivo major com características melancólicas os valores estão dentro desse intervalo. Quanto à distímia, o intervalo apresentado noutros estudos está entre os 15,3% e os 34% (Ragheb et al., 2009; Waldrop & Resick, 2004), o que coloca os resultados deste estudo dentro dos normais para estes casos. Na perturbação de stresse pós traumático, os valores que outros autores mencionam têm uma variedade muito grande, podendo ir de 13% a 81%. Tendo em atenção que o nosso resultado se encontra nos 17,5%, podemos dizer que também está dentro dos valores supostos, embora, neste caso o valor apresentado pudesse vir a ser mais alto, pois uma grande parte das vítimas, quando questionadas sobre a vivência de um episódio traumático, em que elas ou outros tivessem ficado feridos, não associava os episódios de vitimação como episódios traumáticos.

Relativamente ao facto de todas as vítimas da nossa amostra com perturbação psicótica atual e com perturbação do humor com sintomas psicóticos terem apresentado queixa, alerta-nos para um problema sério. Efetivamente, os doentes psicóticos, pela sua atividade delirante (Fernandes, 1994), podem apresentar queixas não fundamentadas. Por outro lado, podem, numa percentagem significativa (47%), agredir, provocando um ciclo interpessoal de agressões mútuas (Howitt, 2009; pp. 372). Contudo, "... schizophrenia ... manic depression/bipolar disorders ... [these] mental disorders can be the consequence of traumatic injuries ... head injuries ..." (Howitt, 2009; pp. 375). Aliás, a violência doméstica sobre as mulheres desencadeia diversas perturbações psiquiátricas (Roberts et al. 1999; Valdez & Juarez, 1998).

Na nossa amostra, das 35 vítimas com perturbação de ansiedade generalizada, cerca de 2/3 apresentaram queixa. Este resultado pode explicar-se pelo facto de nesta situação clínica (que não se relaciona obrigatoriamente com a ansiedade estado e traço avaliados pelo STAI), o medo ser a emoção central e, neste quadro clínico, ser um medo generalizado. O medo, como emoção, provoca comportamentos de fuga, evitamento ou procura de proteção (Leyens, 1979).

Finalmente, quanto ao suicídio, na nossa amostra, todas as vítimas com risco elevado de suicídio apresentaram queixa, e apenas cerca de 1/3 das vítimas com risco ligeiro apresentou queixa. Uma das explicações possíveis estará relacionada com os modelos de frustração, na medida em que quando as pessoas são confrontadas com uma suposta impossibilidade de fugir ou evitar as agressões, podem optar pela autoagressão (Fernandes, 1994; Leyens, 1979).

Como limitação a este estudo, temos o facto de as vítimas que participaram se terem voluntariado para tal. Isto é, sendo uma amostra intencional, não houve amostragem aleatória, pelo que estes nossos dados não são generalizáveis à população geral (Martinez & Ferreira, 2007). A segunda limitação é relativa à distância temporal entre as agressões e a recolha de dados. Como foi utilizada toda a base de dados do Núcleo, foram contactadas vítimas com processo há três anos, que já passaram por separações e por terapias e tratamentos psiquiátricos, o que pode enviesar alguns dados. Alguns autores defendem que o passar do tempo após o afastamento do agressor pode levar a que a psicopatologia melhore ou fazer com que a problemática da tese apresente valores mais baixos (Waldrop & Resick, 2004; Coolidge & Anderson, 2002).

Referências

Adeodato, V., Carvalho, R., Siqueira, V. & Souza, F. (2005). Quality of life and depression in women abused by their partners. *Revista de Saúde Pública*, 39, 108-113.

Aguiar, P. (2007). *Guia prático de estatística em investigação epidemiológica: SPSS*. Lisboa: Climepsi.

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 3, 106-15.

Azambuja, M., Nogueira, C. & Saavedra, L. (2007). Feminismo(s) e psicologia em Portugal. *Psico*, 38 (3), 207-215

Bradley, F., Smith, M., Long, J. & O'Dowd, T. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *British Medical Journal*, 324, 271-274

Christensen, L. (2004). *Experimental methodology* (9th Edition). Boston: Pearson.

Código Penal Português, disponível em <http://www.homepagejuridica.net/attachments/article/694/C%C3%B3digo%20Penal%20agosto%202011.pdf>, acedido em 05/04/2012

Coolidge, L., & Anderson, W. (2002). Personality profiles of women in multiple abusive relationships, *Journal of Family Violence*, 17, 117-131.

Dias, I. (2003). Amor e guerra entre os sexos. *Noites de Sociologia*, 3(2), 255-258.

Diniz, G. & Angelim, F. (2003). Violência doméstica - Por que é tão difícil lidar com ela?. *Revista de Psicologia da UNESP*, 2(1), 20-35.

Direcção-Geral da Política da Justiça (2012), disponível em http://www.siej.dgpj.mj.pt/webeis/index.jsp?username=Publico&pgmWindowName=pgmWindow_634868550954687500, acessado em 17/02/2012

Doyle P., Frank E., Saltzman E., McMahon M. & Fielding D. (1999). Domestic violence and sexual abuse in women physicians: associated medical, psychiatric and professional difficulties. *Journal of Women Health Gender-Based Medicine*. 8 (7), 955-965.

Duarte, V. (2004). Uma reflexão sociológica sobre o impacto da legislação penal portuguesa no crime de violência conjugal. Disponível em http://artigocientifico.uol.com.br/uploads/artc_1154094288_60.pdf, acessado em 06/03/2012

Duran, B., Oetzel, J., Parker, T., Malcoe, L. H., Lucero, J., & Jiang, Y. (2009). Intimate partner violence and alcohol, drug, and mental disorders among American Indian women from Southwest tribes in primary care. *American Indian and Alaska Native Mental Research*, 16(2), 11-27

Dutton, G., & Hart, D. (1992). Risk markers for family violence in a federally incarcerated population. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 101-112.

Ellsberg, M., Heise, L., Pena, R., Agurto, S. & Winkvist, A. (2001). Researching Domestic Violence Against Women: Methodological and Ethical Considerations. *Studies in Family Planning*, 32 (1), 1-16.

Estatísticas APAV (2005-2010), disponível em http://apav.pt/apav_v2/index.php/pt/estatisticas/estatisticas, acessado em 17/02/2012

Estatísticas APAV (2012). Violência Doméstica 2011, disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_VD_2011.pdf, acessado em 17/02/2012

Fernandes, J. (1994). *Mini-DSM-IV: critérios de diagnóstico*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fernandes, P. (2008). Violência Doméstica – Novo quadro penal e processual penal. *Revista CEJ*, 8 (especial) (1), 293-340.

- Fischbach L, Herbert B. (1997). Domestic violence and mental health: Correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science & Medicine*;45:1161
- Fikree, F. & Bhatti, L. (1999), Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 65, 195-201.
- Fraser, K. (2003), Domestic Violence and Women's Physical Health. *Australian Domestic & Family Violence, Clearinghouse*
- IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2010), in Diário da República, 1ª série, n.º 243, 5763-5773
- Gerlock, A. (1999), Health impact of domestic violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 20(4), 373–385.
- Golding M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99–132.
- Hamberger, L. K., & Hastings, J. E. (1986). Personality correlates of men who abuse their partners: A cross validation study. *Journal of Family Violence*, 1, 323-341.
- Howitt, D. (2009). *Introduction to forensic & criminal psychology* (3rd Edition). Harlow: Pearson Education.
- Johnson, I. (2007). Victims' perceptions of police response to domestic violence incidents. *Journal of Criminal Justice*, 35, 498-510.
- Jordan, C. E., Campbell, R., & Follingstad, D. (2010). Violence and Women's Mental Health: The Impact of Physical, Sexual, and Psychological Aggression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 607-628.
- Leyens, J.-Ph. (1979). *Psicologia social*. Lisboa: Edições 70.
- Ludermir, A., Schraiber, L., D'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.
- Marques, A. (2010). *Esquemas mal-adaptativos precoces, ansiedade, depressão e psicopatologia em reclusas*. Universidade do Porto: Tese de Mestrado em Temas de Psicologia, Área de especialização Psicologia da Saúde.
- Martinez, L. & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPS – primeiros passos*. Escolar Editora
- Morgan J., Zolese G., McNulty J., Gebhardt S. (2010). Domestic violence among female psychiatric patients: cross-sectional survey. *Psychiatrist*, 34, 461-4.

Oliveira, A. (2009). *Bioestatística, epidemiologia e investigação: teoria e aplicações*. Lisboa: LIDEL.

Pico-Alfonso, M., Garcia-Linares, M., & Celda-Navarro, N. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health, 15*, 599–611.

Pineless, L., Mineka, S. & Zinbarg, R. (2008). Feedback-seeking and depression in survivors of domestic violence. *Depression and Anxiety, 27*(3), 166-172

Ragheb, K., Ismail, R., Attia, H., Wahab, M., El Missiry, A. & Husein R. (2009). Violence Against Women: Prevalence and Psychiatric Consequences. *Egypt. Journal of Psychiatry, 29*(1), 15-25

Roberts, G., Williams, G., Lawrence, J. & Raphael, B. (1999). How Does Domestic Violence Affect Women's Mental Health? *Women & Health, 28* (1), 117-129.

Rodrigues, C. (2009). Validação do Teste TSAI-Y de Spielberger: Avaliação da Ansiedade face aos Testes. *Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0167.pdf>, acedido em 11/04/2012.

Saliou, V., Fichelle, A., McLoughlin, M., Thauvin, I. & Lejoyeux, M. (2005). Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service. *General Hospital Psychiatry, 27*, 263–268.

Santos, S. & Silva D. (1997) Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a população Portuguesa: Primeiros Dados. *Revista Portuguesa de Psicologia, 32*, 85-98.

Schellenberg, R. (2000). *Aggressive Personality: When Does it Develop and Why?*. Faculty Publications and Presentations. Paper 156. http://digitalcommons.liberty.edu/educ_fac_pubs/156, acedido em 05/10/2012.

Skeem, J., Polaschek, D., Patrick, C. & Lilienfeld, S. (2011). Psychopathic Personality: Bridging the Gap Between Scientific Evidence and Public Policy". *Psychological Science in the Public Interest, 12*(3): 95–162.

Stewart, D. & Robinson, G. (1998). A review of domestic violence and women's mental health. *Archives of Women's Mental Health, Springer-Verlag, 1*, 83-89.

Thompson, P., Kaslow, J., Kingree, B., Puett, R., Thompson, J. & Meadows, L. (1999). Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Trauma Stress* 12,59-72.

Valdez, R., Juarez, C. (1998). Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental*, 21(6),1-10.

Waldrop, E. & Resick, A. (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 19, 291–302.

Walker, L. (2000). *The Battered Woman Syndrome* (2ª edição), New York: Springer Publishing Company.

Walker, L., Duros, R., & Tome, A. (2008). Battered woman syndrome. In B. Cutler (Ed.), *Encyclopedia of psychology and law* (pp. 40-44). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781412959537.n17

West, G., Fernandez, A., Hillard, R., Schoof, M. & Parks, J. (1990). Psychiatric disorders of abused women at a shelter. *Psychiatric Quarterly*;61(4), 295-301.