

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Violência nas Relações de Intimidade: Estudo Piloto de
Aferição da Escala DVSA para a População Portuguesa

Rita Frederica Fernandes Oliveira, 33041

Dissertação de Mestrado em

Psicologia Clínica Forense – Intervenção com Agressores e Vítimas

Orientação:

Professora Doutora Marisalva Fernandes Fávero

Professora Doutora Valéria Gomes

Setembro, 2022 

Agradecimentos

Para mim, estes cinco anos foram uma longa viagem, e quem me conhece, sabe que viajar está no meu top 1 de coisas que me fazem feliz. Esta foi uma viagem de altos e baixos, com muitos obstáculos, sacrifícios, incertezas, mas acima de tudo com inúmeras alegrias.

Este último ano foi, sem dúvida alguma, o mais desafiante de todos. Para mim, este trabalho é uma prova de superação, de que consigo ser mais e melhor e de que consigo ser e fazer aquilo a que eu me propuser, mesmo quando duvido de mim mesma.

Depois de todas as dificuldades, enfrentadas com sucesso, chega a fase esperada. Não podia deixar que esta fase terminasse sem agradecer àqueles/as que tornaram esta viagem mais leve e me deram o combustível para a levar até ao fim, a quem dedico toda esta caminhada.

Começo por agradecer à Universidade da Maia, por me ter acolhido de forma tão especial durante estes 5 anos. A todos/as os/as docentes que se cruzaram nesta caminhada, por todo o profissionalismo, carinho, motivação e coragem que me proporcionaram. Ajudaram a fazer de mim a pessoa que sou hoje e a futura profissional que serei.

Um agradecimento especial à Professora Doutora Marisalva Fávero e à Professora Doutora Valéria Gomes, por me terem acolhido tão bem neste projeto, por todo o apoio, disponibilidade, orientação, aprendizagens e sobretudo, pela paciência. Para além de excelentes profissionais, são igualmente excelentes seres humanos. Levo-vos comigo como inspiração e referência a seguir. Agradeço igualmente ao Professor Doutor Amadeu Fernandes e à Professora Doutora Diana Moreira pelo apoio fornecido.

Aos meus pais, pelos valores que sempre me transmitiram, por todos os ensinamentos, por toda a força que me deram, pela motivação nos momentos de desespero, pelo afeto e por tudo o que fazem (e sempre fizeram) por mim. Obrigada pela força da natureza que vocês são, sem vocês nada disto teria sido possível.

Ao meu namorado, Bruno, o meu maior apoio nesta fase difícil. Agradeço por me teres dado força para me manter firme, por me ajudares a lutar pelos meus sonhos, por sempre acreditares em mim. Por toda a paciência, presença constante, amor, apoio incondicional, companheirismo e tranquilidade que trazes à minha vida. Aconchegas todos os meus desesperos e celebras comigo todas as minhas alegrias. Obrigada por me fazeres feliz.

Aos/às meus/minhas amigos/as, aqueles/as que sempre me apoiaram, estiveram ao meu lado e me deram suporte emocional para enfrentar toda esta viagem. Em especial à minha Inês, por ter estado sempre do meu lado, mesmo com toda esta distância. Por teres sempre acreditado em mim, por seres o meu colinho nos momentos mais vulneráveis e, acima de tudo, por estares sempre lá para mim, nos bons e maus momentos.

A todos/as os/as participantes que disponibilizaram o seu tempo e acreditaram no propósito desta investigação, agradeço-vos profundamente.

Por fim, um agradecimento muito especial à minha segunda mãe, a minha tia Bia. Por seres a minha maior inspiração, por me fazeres crescer de uma forma tão única, por todo o amor que me proporcionaste. Por todo o orgulho que sentias em mim, e por todo o orgulho que sempre sentirei em ti. Por seres o maior exemplo de força do mundo. Obrigada por estares sempre do meu lado, mesmo agora, de uma maneira diferente. Nunca ninguém imaginará a dificuldade que tenho em superar a falta do teu abraço e miminho. Sou-te eternamente grata.

Violência nas Relações de Intimidade: Estudo Piloto de Aferição da Escala DVSA para a População Portuguesa

Resumo

O fenómeno da violência nas relações de intimidade (VRI) é tido como uma das formas mais comuns de violência, sendo mantido por hábitos e costumes culturais, legitimados de geração em geração. A procura de ajuda constitui-se como um dos principais passos no processo de mudança. Os estágios de preparação para a mudança encontram-se diretamente relacionados com o sucesso das intervenções, pelo que a identificação dos estágios precocemente, proporciona uma escolha mais adequada e eficaz da intervenção. Face à necessidade de instrumentos que avaliem esses estágios, Dienemann e colaboradores (2002) desenvolveram a *Domestic Violence Survivor Assessment* (DVSA). A presente investigação, de metodologia quantitativa e carácter exploratório, objetivou realizar um estudo piloto que incluísse a tradução e adaptação da DVSA para a população portuguesa, bem como a avaliação das suas qualidades psicométricas, nomeadamente, a fiabilidade, a validade de conteúdo, a validade divergente e a sensibilidade. O instrumento foi aplicado, juntamente com um questionário sociodemográfico e uma escala que avalia a satisfação com o suporte social, a 91 vítimas de VRI, com idades compreendidas entre os 18 e 66 anos ($M=35,43$; $DP=12,90$), entre março e maio de 2022. Os resultados obtidos demonstraram que a escala é válida e sensível para a avaliação dos estágios de preparação para a mudança. Para além do mais, este estudo permitiu ainda uma melhor compreensão da influência do suporte social no processo de preparação para a mudança, sendo que foram encontrados dados de que quanto maior e mais eficaz for o suporte social recebido, maior será a preparação para a mudança na vítima.

Palavras-chave: Violência nas relações de intimidade, Vítimas, Estágios de preparação para a mudança, Suporte social, DVSA, Tradução e adaptação, Qualidades psicométricas

Intimate Partner Violence: a Pilot Study to Gauge the DVSA Scale for the Portuguese

Population

Abstract

The phenomenon of intimate partner violence (IPV) is considered one of the most common forms of violence, being maintained by cultural habits and customs, legitimized from generation to generation. The help-seeking is one of the main steps in the process of change. The stages of change are directly related to the success of the interventions, so the early identification of the stages, provides a more appropriate and effective choice of intervention. Faced with the need for instruments to evaluate these stages, Dienemann and collaborators (2002) developed the Domestic Violence Survivor Assessment (DVSA). This research, of quantitative methodology and exploratory character, aimed to carry out a pilot study that included the translation and adaptation of the DVSA for the portuguese population, as well as the evaluation of its psychometric properties, namely reliability, content validity, divergente validity and sensitivity. The instrument was applied, together with a sociodemographic questionnaire and a scale that assesses satisfaction with social support, to 91 victims of IPV, aged between 18 and 66 years ($M=35.43$; $SD=12.90$), between March and May 2022. The results showed that the scale is valid and sensitive for the evaluation of the stages of change. Furthermore, this study also allowed a better understanding of the influence of social support in the process of preparation for change and was found data explaining that the greater and more effective the social support received, the bigger preparation for change in the victim.

Keywords: Intimate partner violence, Victims, Stages of change, Social support, DVSA, Translation and adaptation, Psychometric properties

Índice

Agradecimentos.....	II
Resumo.....	IV
<i>Abstract</i>	V
Índice.....	VI
Índice de Tabelas.....	VIII
Índice de Anexos.....	VIII
Lista de Abreviaturas.....	IX
Introdução.....	1
O presente estudo.....	25
Metodologia.....	26
Participantes.....	26
Instrumentos.....	29
Procedimentos.....	32
Tradução e adaptação da DVSA.....	33
Construção do instrumento de recolha de dados.....	33
Recolha e análise de dados.....	34
Apresentação e discussão dos resultados.....	35
Fiabilidade.....	35
Validade de conteúdo.....	37
Validade divergente.....	41
Sensibilidade.....	41
Análise descritiva.....	42
Estágios de preparação para a mudança.....	43
Influência do suporte social na preparação para a mudança.....	44

Discussão.....	46
Referências Bibliográficas.....	51
Anexos.....	73

Índice de Tabelas

Tabela 1. Alfa de <i>Cronbach</i> para a dimensão global da DVSA-PT.....	35
Tabela 2. Contribuição dos itens para a fiabilidade da DVSA-PT.....	36
Tabela 3. Valor do teste de esfericidade de <i>Bartlett</i> da DVSA-PT.....	37
Tabela 4. Valor do KMO da DVSA-PT.....	37
Tabela 5. Variância explicada da DVSA-PT.....	38
Tabela 6. Cargas fatoriais da DVSA-PT.....	38
Tabela 7. Dimensão 1.....	40
Tabela 8. Dimensão 2.....	40
Tabela 9. Dimensão 3.....	41
Tabela 10. Valor do teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i>	42
Tabela 11. Análise descritiva dos itens da DVSA-PT.....	42
Tabela 12. Análise descritiva da DVSA-PT.....	43
Tabela 13. Estágios de preparação para a mudança.....	43

Índice de Anexos

Anexo A. Caraterísticas sociodemográficas dos/as participantes.....	73
Anexo B. Consentimento informado e formulário de respostas.....	76
Anexo C. Exemplo de <i>e-mail</i> enviado a organizações com pedido de colaboração.....	77

Lista de abreviaturas

AFE – Análise Fatorial Exploratória

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

DVSA – Domestic Violence Survivor Assessment

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

MTM – Modelo Transteórico para a Mudança

NCIPC – National Center for Injury Prevention and Control

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPC – Órgão de Polícia Criminal

RIVS – Rede de Intervenção na Área da Violência em Sintra

RPC – Roda do Poder e do Controlo

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UMAIA – Universidade da Maia

URICA – University Rhode Island Change Assessment

VC – Violência Conjugal

VD – Violência Doméstica

VRI – Violência nas Relações de Intimidade

Introdução

A violência trata-se de um fenômeno complexo onde quer a cultura quer a sociedade influenciam a forma como os atos são entendidos. Ou seja, se são considerados aceitáveis ou não, pelo que esta percepção será subjetiva mediante as normas culturais e sociais onde estamos integrados/as, estando em permanente processo de mutação (Ventura et al., 2013). A prática de atos violentos provoca, inevitavelmente, danos psicológicos e emocionais (Moleiro et al., 2016), podendo exprimir-se através de agressões físicas, que originam fortes indícios dessa prática, porém também se pode expressar de uma forma mais subtil, através de agressões verbais, psicológicas e/ou emocionais (Ventura et al., 2013), afetando a integridade e os direitos do indivíduo que é agredido (Moleiro et al., 2016).

A violência nas relações de intimidade (VRI) surge como umas das formas mais comum de violência (Albanesi et al., 2021), afetando indivíduos independentemente do seu género, classe, etnia e orientação sexual (Wilcox et al., 2020). Ao longo dos anos, foram surgindo diferentes conceitos que começaram a ser empregues com vista à especificação de algumas particularidades subjacentes a cada tipologia de violência na intimidade (Manita et al., 2009) porém, frequentemente, este termo continua a ser substituído por conceitos similares como “violência doméstica” (VD) e “violência conjugal” (VC). Apesar de comumente se utilizar o termo VD, este é distinto do conceito de VRI, porém existe uma ligação entre ambos (Nicolson, 2010; 2019). A VD diz respeito a comportamentos violentos e/ou um padrão de manipulação coerciva, exercida de forma direta ou indireta, sobre qualquer indivíduo que coabite na mesma habitação (e.g., cônjuge, companheiro/a, filho/a, pai/mãe, avô/avó) ou que seja companheiro/a, ex-companheiro/a ou familiar (em caso de não coabitação) (Conselho da Europa, 2013). A VC trata-se de uma especificidade da VD (Moleiro et al., 2016) e corresponde a comportamentos violentos exercidos unicamente entre cônjuge/companheiro/a e ex-cônjuge/ex-companheiro/a (Manita et al., 2009).

Posto isto, a terminologia de VRI proveio da necessidade de ampliar as definições de VD e VC, objetivando englobar episódios de violência ocorridos entre companheiros/as que possuam outros tipos de relacionamentos íntimos (Rede de Intervenção na Área da Violência em Sintra [RIVS], 2011). Consequentemente, os/as investigadores/as iniciaram a expansão da população alvo dos seus estudos, contemplando tipos de relacionamentos íntimos, anteriormente não tão aprofundados (e.g., violência no namoro, violência em relações homossexuais) (Barter et al., 2021; Dicola & Spaar, 2016).

A VRI constitui-se como um grave problema mundial preservado ao longo de várias gerações, encontrando-se penetrada em hábitos e costumes que são legitimados por tradições e culturas, nomeadamente a ideologia patriarcal, bem como pelo silêncio das vítimas (Akter, 2020; Bonilla-Algovia & Rivas-Rivero, 2021; Dicola & Spaar, 2016). Tem vindo a suscitar o interesse de diversos/as investigadores/as, estruturas sociais, comunidade em geral (Capaldi et al., 2012; Miller & McCaw, 2019; Minas, 2014).

A inquietação com a VRI emergiu tardiamente em Portugal, sobretudo devido à conjuntura ditatorial opressora (Mendes et al., 2013), tendo começado a ser sentida como problema a partir da década de 90 (Machado et al., 2014). A consciencialização de que este fenómeno se trata de um problema no âmbito dos direitos humanos (Costa et al., 2015b; Wilcox et al., 2020) traduz a necessidade de reforma jurídica e social (Randall & Venkatesh, 2015), através da introdução de leis e políticas aptas para a proteção e defesa da integridade e dignidade das vítimas (Duarte, 2011; Miller & McCaw, 2019). A VRI tem vindo a ser enquadrada em políticas de prevenção, criminalização e de apoio às vítimas (Duarte, 2011), sendo que nos dias de hoje se encontra tipificada como crime em vários países (Sádio, 2021).

Trata-se de um fenómeno complexo existindo neste tipo de relacionamento uma intensa componente emocional e partilha de planos de vida e responsabilidades (Manita et al., 2009), pelo que o/a ofensor/a possui informações e estratégias que poderá utilizar como forma de

controlar a vítima e fazer com que esta dependa dele/a, tornando o processo de abandono da relação mais custoso (Moleiro et al., 2016).

Configura-se como um problema ao nível da saúde pública, assim como ao nível social e criminal (Breiding et al., 2015) e representa uma grave violação dos direitos humanos (Costa et al., 2015b; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012; Wilcox et al., 2020).

Trata-se de um fenómeno silencioso o que se traduz no facto de ser um dos crimes que possui o índice mais elevado de cifras negras (Esteves et al., 2015).

Concetualizando o termo, a VRI refere-se à prática de comportamentos abusivos entre indivíduos que se encontrem numa relação de intimidade (Fisher et al., 2010; OMS, 2012; Pereira et al., 2020), quer sejam atos pontuais ou contínuos (Carlos et al., 2018). Um/a companheiro/a íntimo/a define-se como um indivíduo com quem se mantém um relacionamento de proximidade/intimidade, marcado pela ligação emocional, carícias, convívio frequente, conhecimento da vida pessoal de cada um/a e identificação como casal (Breiding et al., 2015). Assim, considera-se relacionamento íntimo qualquer relação que seja de cariz físico, emocional e/ou exclusivamente sexual (Carlos et al., 2018). Posto isto, são apontados como companheiros/as íntimos/as os/as cônjuges, companheiros/as em união de facto, namorados/as e companheiros/as sexuais contínuos/as (Breiding et al., 2015). A VRI pode ser perpetrada por companheiros/as atuais ou passados (Costa et al., 2015b), que podem ou não coabitar (Breiding et al., 2015).

O relatório de crimes sexuais da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima ([APAV], 2019a) aponta que foram registados entre 2013 e 2018, 236 casos de ofensas sexuais em que o/a ofensor/a era cônjuge da vítima, 99 casos em que o/a ofensor/a era companheiro/a e 82 casos em que o/a ofensor/a era ex-companheiro/a. De acordo com dados obtidos, os/as praticantes de homicídios tentados e consumados tinham uma relação de intimidade com as vítimas (APAV, 2019a). Este tipo de violência verifica-se sobretudo a partir da adolescência

(Bonomi et al., 2012; Caridade et al., 2012; Fernández-Fuertes & Fuertes, 2010; Young et al., 2021), sendo bastante frequente em relações conjugais e/ou de coabitação (OMS, 2012). Segundo o estudo do *National Center for Injury Prevention and Control* [NCIPC] (2016), 22% das mulheres e 15% dos homens experienciaram pela primeira vez VRI quando tinham entre 11 e 17 anos.

As vítimas são maioritariamente mulheres (Laskey et al., 2019), o que se verifica nos dados constantes no Relatório Anual de Segurança Interna de 2021 (Sistema de Segurança Interna, 2022), onde 74.9% das vítimas foram mulheres. Não obstante a esta constatação, a VRI engloba igualmente a violência praticada contra homens (Ali et al., 2016). Vários estudos indicam a existência de níveis análogos ao impacto da vitimação em homens e mulheres (Costa et al., 2015b; Ferraresso, 2020).

A VRI é um fenómeno multifacetado que envolve várias formas de violência e que, ao longo do tempo, tem tendência a elevar a sua frequência, intensidade, gravidade e, consequentemente, o risco de perigosidade (Massena et al., 2016). Pode ser do tipo físico, psicológica, emocional, sexual, económica, social e perseguição/*stalking* (Breiding et al., 2015; Dicola & Spaar, 2016; Pagliaro et al., 2021; Park et al., 2020).

A violência física entende-se pelo uso de força, de forma intencional, com a finalidade de provocar danos físicos/orgânicos que podem, ou não, ter como resultado marcas visíveis (Massena et al., 2016; RIVS, 2011), incapacidade permanente da vítima ou morte (Breiding et al., 2015; Massena et al., 2016). Inclui estalos, murros, pontapés e/ou cabeçadas (Massena et al., 2016; Moleiro et al., 2016; NCIPC, 2016), empurrar (Breiding et al., 2015; Moleiro et al., 2016), sufocar/estrangular (Massena et al., 2016; Moleiro et al., 2016), queimar (Fisher et al., 2010), arranhar, morder (Breiding et al., 2015), uso de arma (branca e/ou de fogo) (Breiding et al., 2015; RIVS, 2011) e atropelamento (ou tentativa de) (Massena et al., 2016).

A violência psicológica/emocional, consiste no emprego de palavras e/ou

comportamentos que têm como objetivo prejudicar a vítima, perturbando-a psicologicamente e/ou emocionalmente (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020); Massena et al., 2016) e/ou possuir controlo sobre a mesma (Breiding et al., 2015). Estão incluídos o desprezo, crítica e/ou insultos (Massena et al., 2016; Moleiro et al., 2016), controlo coercivo (Breiding et al., 2015), ameaças, intimidação e/ou coação, acusar a vítima de infidelidade, humilhação, destruição de objetos de valor afetivo (Massena et al., 2016) e rejeição (RIVS, 2011). Esta tipologia apresenta-se como a mais predominantemente observada nos estudos (Albanesi et al., 2021; Cezario et al., 2015; Sandoval-Jurado et al., 2017).

A violência sexual traduz-se na tentativa ou cometimento de um ato sexual sem o consentimento da vítima (porque esta recusa ou porque não tem capacidade para o dar) (Breiding et al., 2015; CDC, 2020). Consiste na prática de atos de cariz sexual com recurso a ameaças, coação e/ou força física (Moleiro et al., 2016). Pode incluir o toque intencional direto ou indireto em zonas erógenas do corpo da vítima e/ou obrigá-la a tocar no corpo do/a ofensor/a (Sardinha et al., 2022). Ademais, inclui atos como a exposição forçada a pornografia, submissão a atos sexuais com outros indivíduos, forçar a vítima a manter relações sexuais sem proteção (Moleiro et al., 2016), assédio verbal e prostituição forçada (Massena et al., 2016).

No que diz respeito à violência económica, é um método de controlo (Massena et al., 2016) que traz consequências financeiras, mas também ansiedade (Breiding et al., 2017; Stylianou, 2018). O/a ofensor/a priva a vítima de ter acesso a dinheiro e bens de necessidades básicas (Massena et al., 2016), controla os movimentos bancários, rouba-a, efetua fraudes (RIVS, 2011), entre outros.

A violência social resulta de estratégias executadas de forma a privar o contacto com a rede social e familiar, promovendo o isolamento social (RIVS, 2011). Esta prática tem como propósito deixar a vítima num estado mais favorável à manipulação e controlo (Massena et

al., 2016). As estratégias incluem a restrição de visitas a amigos/as e/ou familiares, controle de chamadas telefônicas e mensagens, clausuramento da vítima em casa e/ou impedimento de saída sozinha ou sem o seu consentimento (Massena et al., 2016; Moleiro et al., 2016).

Por último, na perseguição, também reconhecida como *stalking*, o/a ofensor/a controla atentamente todos os movimentos da vítima (RIVS, 2011) e/ou contacta-a de forma constante, indesejadamente, o que gera medo (Backes et al., 2020; CDC, 2020). Inclui chamadas telefônicas, mensagens, e-mails, envio de presentes (Breiding et al., 2015; James & MacKenzie, 2017), cartas de amor (James & MacKenzie, 2017), invasão de propriedade, vigia e ida ao local de trabalho, casa ou escola da vítima (Breiding et al., 2015).

No estudo de Sá (2020), com uma amostra de 71 participantes, verificou-se predominância da violência psicológica (76.5%), seguida da física (65.7%), social (13.2%), económica (6.8%) e sexual (1.9%), não existindo qualquer referência à perseguição/*stalking*. Segundo a investigação da *European Union Agency for Fundamental Rights* (2014), 22% das mulheres foram vítimas de violência física e/ou sexual pelo companheiro/ex-companheiro. Em 2019, segundo o relatório da APAV (2020), a maioria das vítimas de *stalking* tinham até 29 anos e mantinham uma relação de intimidade com o/a autor/a, tendo 32% das vítimas sofrido *stalking* por parte de ex-companheiros/as.

Assim, torna-se ainda relevante referir que, na maioria dos casos de VRI, coexistem vários tipos de violência, denominando-se este fenómeno de polivitimização (Backes et al., 2020; Bonilla-Agovia & Rivas-Rivero, 2021; Dziewa & Glowacz, 2022).

Os fatores de risco dizem respeito a especificidades a que os indivíduos podem estar expostos e que ampliam a probabilidade de surgirem episódios de VRI ou destes perdurarem (RIVS, 2011). As perspetivas individuais apontam que a VRI tem por base as características individuais do/a ofensor/a e da vítima. Além destes fatores, existem ainda os associados ao relacionamento íntimo (Martins et al., 2013). Nenhum dos fatores de risco apresentados de

seguida são, intrinsecamente, preditores assegurados da existência de VRI, porém a junção de vários poderá ser um indicador de propensão para a ocorrência deste fenómeno (RIVS, 2011).

Relativamente aos fatores individuais relativos ao/à ofensor/a são identificados o diagnóstico de perturbações do foro psíquico (Brendlin & Sheridan, 2019) – depressão, ansiedade (Martins et al., 2013), perturbação de personalidade (RIVS, 2011), perturbação de *stress* pós-traumático (Maldonado & Murphy, 2020) e/ou sintomatologia *borderline* (APAV, 2010) –, o desemprego e/ou baixo rendimento económico (Akter, 2020; Both et al., 2019), o jogo patológico (Akter, 2020) e o consumo excessivo de álcool e/ou substâncias ilícitas (Akter, 2020; Both et al., 2019; Brendlin & Sheridan, 2019; Morais-Gonçalves et al., 2018; Sandoval-Jurado et al., 2017; Vieira-Pinto et al., 2022).

Ademais, o facto de o indivíduo ser jovem e do sexo masculino também são vistos como fatores de risco (APAV, 2010). Algumas características psicológicas também se encontram associadas a uma maior propensão para um indivíduo se tornar ofensor/a, nomeadamente, agressividade, possessividade (RIVS, 2011), expetativas utópicas, imaturidade, baixa autoestima, fraco autocontrolo, baixo limiar a frustrações (APAV, 2010), possessividade e ciúmes excessivos (Brendlin & Sheridan, 2019). A exposição a episódios de violência na infância (Akter, 2020; Barter et al., 2021; Both et al., 2019; Martins et al., 2013; Moreira et al., 2021), historial de crimes e presença de episódios de violência em relacionamentos anteriores (Brendlin & Sheridan, 2019; Cervantes & Sherman, 2019; Martins et al., 2013; Vieira-Pinto et al., 2022), são igualmente fatores de risco. Indivíduos que tenham utilizado armas em episódios de violência anteriores e/ou que tenham acesso às mesmas, apresentam uma maior probabilidade de praticarem e manterem este tipo de comportamentos violentos (Martins et al., 2013).

No que concerne a fatores relativos à vítima, são maioritariamente associados a características biológicas, educacionais e de personalidade, como ser do género feminino

(Barter et al., 2021; Yakubovich et al., 2018), ser jovem (Boughima et al., 2018; Yakubovich et al., 2018), apresentar vulnerabilidades (RIVS, 2011), dependência emocional (APAV, 2010), insegurança, submissão e sentimentos de inferioridade (Pereira et al., 2020), diagnóstico de perturbação mental (Moraes-Gonçalves et al., 2018) e baixo nível educacional (Boughima et al., 2018; RIVS, 2011). Pereira e colaboradores (2020) referem que indivíduos que tenham experienciado violência na sua infância tendem a tornar-se vítimas enquanto adolescentes e/ou adultos/as, assim como indivíduos que se encontrem economicamente e/ou socialmente carentes. Ademais, a dependência de substâncias e tentativa de suicídio encontram-se igualmente identificadas como fatores de risco (Martins et al., 2013).

Os fatores de risco relativos ao relacionamento íntimo estão associados a fenómenos como a evolução da severidade e frequência da violência, assim como episódios de término do relacionamento (Martins et al., 2013). Acrescem ainda as dificuldades económicas e/ou situações de desemprego, uma vez que estes aspetos criam barreiras com o/a companheiro/a (Akter, 2020; APAV, 2010; Both et al., 2019; Yakubovich et al., 2018). Gravidezes indesejadas e/ou famílias constituídas com filhos/as fruto de relacionamentos prévios também se tornam fatores de risco (Martins et al., 2013; Yakubovich et al., 2018).

Os fatores de proteção continuam a ser uma temática pouco investigada, contudo alguns estudos revelam que a presença de uma boa rede de suporte familiar e social e aspetos característicos da própria vítima, particularmente, independência financeira e um alto nível de intelectualidade e escolaridade, são fatores que auxiliam a vítima neste processo (Mahaprato & Prasad, 2021; Sabri et al., 2018). Estes fatores auxiliam na intervenção com as vítimas, uma vez que podem influenciar de forma positiva a mudança (Alvarez-Lizotte et al., 2020).

Os episódios de VRI geram diversas consequências na vítima a curto, médio e longo prazo (Backes et al., 2020; Massena et al., 2016; Miller & McCaw, 2019), nomeadamente, danos físicos, relacionais (Backes et al., 2020; Both et al., 2019; Esteves et al., 2015; Gregory

et al., 2017; Miller & McCaw, 2019; Silva et al., 2015), psicológicos/emocionais (Both et al., 2019; Gregory et al., 2017; Miller & McCaw, 2019; Silva et al., 2015), económicos (Backes et al., 2020; CDC, 2020; Esteves et al., 2015), comportamentais (Both et al., 2019) e sexuais (OMS, 2012). A gravidade das consequências deriva do grau de proximidade com o/a ofensor/a, tipo e duração da vitimação e idade da vítima (cronológica e desenvolvimental) (APAV, 2019b). Nos casos mais significativos, poderão existir consequências mais graves como a incapacitação temporária ou permanente e/ou morte (Dicola & Spaar, 2016; Miller & McCaw, 2019; Pagliaro et al., 2021).

A vítima pode apresentar danos físicos tais como fraturas, lesões oftálmicas e auditivas (Massena et al., 2016), cefaleias (Massena et al., 2016; Silva et al., 2015), hematomas, lacerações (Pagliaro et al., 2021), equimoses e escoriações (APAV, 2010). No estudo de Carvalho (2010) verificou-se que mais de 20% das idas às urgências seriam devido às agressões por parte dos/as companheiros/as e cerca de 13% seriam devido a ingestões medicamentosas como tentativa de suicídio. Neste sentido, a ideação suicida também é apontada como uma consequência da VRI, sendo que no mesmo estudo aproximadamente 45% dos/as participantes já teriam cometido tentativas de suicídio. A vítima pode ainda desenvolver perturbações do foro mental (Costa et al., 2015a; Orrego et al., 2020), nomeadamente, perturbação de *stress* pós-traumático (Miller & McCaw, 2019; OMS, 2012; Pagliaro et al., 2021), ansiedade (Bailey & Morris, 2018; Massena et al., 2016) e depressão (APAV, 2010; Bailey & Morris, 2018; Barter et al., 2021; Gregory et al., 2017; Pagliaro et al., 2021; Silva et al., 2015). No estudo de Orrego e colaboradores (2020), constatou-se que a maioria das participantes demonstrou sintomatologia psicopatológica.

Poderão ocorrer problemas ao nível sexual e na esfera reprodutiva (APAV, 2010; Morais-Gonçalves et al., 2018), podendo a vítima abortar espontaneamente (Pagliaro et al., 2021), ser contaminada por infeções sexualmente transmissíveis e/ou engravidar

indesejadamente (OMS, 2012; Pagliaro et al., 2021). É comum surgirem sintomas como a modificação dos padrões de sono (APAV, 2010; Bailey & Morris, 2018; Gregory et al., 2017; Silva et al., 2015) e alimentação (APAV, 2010; Barter et al., 2021), hipervigilância (Massena et al., 2016) e distúrbios cognitivos (Silva & Santos, 2016). A estas consequências acresce a propensão para comportamentos de alto risco como o consumo excessivo de álcool e substâncias ilícitas (Pagliaro et al., 2021; Silva & Santos, 2016; Silva et al., 2015).

A nível emocional, as vítimas tendem a possuir sentimentos de vergonha e culpabilização, elevada dependência emocional, evitamento social (Both et al., 2019; Gregory et al., 2017; Massena et al., 2016), baixos níveis de autoestima (Guzzon, 2011), insegurança (Silva et al., 2015), raiva, frustração e angústia (Gregory et al., 2017).

Sabe-se que existe um conjunto de dinâmicas que sustentam a manutenção do relacionamento abusivo (APAV, 2019b). O entendimento sobre estas dinâmicas torna-se essencial para proporcionar um apoio mais adequado às vítimas (Manita et al., 2009).

O ciclo da violência, criado por Walker (1979), fornece os aspetos comuns nas dinâmicas deste fenómeno e auxilia a compreensão de como um indivíduo se pode tornar vítima e a razão pela qual não consegue abandonar o relacionamento abusivo (APAV, 2010). Os episódios abusivos não acontecem constantemente, nem surgem de modo repentino pelo que, de acordo com este modelo, a evolução da VRI dá-se através de três fases que se repetem de forma cíclica: fase do aumento da tensão, fase do ataque violento e fase de apaziguamento/“lua de mel” (Fife & Schragar, 2012; Manita et al., 2009). A sua intensidade, frequência e perigosidade aumentam com o decorrer do tempo (Sangeetha et al., 2022).

A fase do aumento de tensão é caracterizada pelo aumento gradual da impulsividade e irritabilidade do/a ofensor/a. Nesta fase, qualquer acontecimento pode despoletar um conflito (RIVS, 2011), sendo que a tensão começa de forma despercebida (Manita et al., 2009). As tensões e ameaças geram uma sensação de perigo iminente na vítima (APAV, 2019b). Nesta

primeira fase, a vítima tem tendência a ser passiva e apática, procurando pacificar o ambiente, acreditando que se fizer tudo do agrado do/a companheiro/a não existirá conflitos e/ou tendendo a negar ser vítima (Walker, 2009). Em geral, na circunstância de resistência ou reação agressiva aos comportamentos do/a ofensor/a, existe uma maior propensão para que a violência escale (Massena et al., 2016). As tensões vão gradualmente acumulando-se, o que dá origem à fase do ataque violento (APAV, 2012).

Esta segunda fase é marcada inicialmente pela violência verbal, transpondo-se para outras tipologias (Fife & Schrager, 2012). As vítimas tendem a não reagir aos comportamentos agressivos pois entendem que isso poderia exacerbar a violência. Os/as ofensores/as tendem a atribuir a culpa à vítima e a fatores externos (e.g., consumo de substâncias, entre outros), na tentativa de legitimar os atos abusivos (Manita et al., 2009).

Após a prática do(s) ato(s) violento(s), o/a ofensor/a procura demonstrar que está arrependido/a e assegura que não voltará a ser agressivo/a (Massena et al., 2016), dando-se assim origem à última fase do ciclo da violência, a fase de apaziguamento/“lua de mel”. Assim, o/a ofensor/a modifica a sua conduta, tornando-se afetivo/a e atencioso/a (APAV, 2019b), pedindo perdão pelos atos (APAV, 2012; Sangeetha et al., 2022). Face a esta mudança, a vítima adquire a esperança de que ele/a mudará permanentemente e que não voltará a ser agressivo/a (Massena et al., 2016; Sangeetha et al., 2022). Esta inconstância comportamental surge como um dos fatores que mais complexifica o abandono do relacionamento abusivo por parte da vítima, pois acredita que existe amor no relacionamento e tem esperança na mudança de comportamento do/a ofensor/a (Massena et al., 2016). Contudo, este estágio tende a ser breve e a desvanecer-se com o passar do tempo, pelo que os episódios de VRI voltam a surgir (Sangeetha et al., 2022).

Com a repetição destes ciclos, a vítima tende a perder o controlo e poder sobre a sua própria identidade, a sua autoconfiança e autoestima, bem como mantém sentimentos de

impotência (Massena et al., 2016), traduzindo-se na incapacidade de quebrar o ciclo da violência (Both et al., 2019). Park e colaboradores (2020) constataram que as vítimas em alguma fase dos seus relacionamentos se apercebiam da existência de um ciclo repetitivo e que, após um período de tensão no qual a vítima manifestasse vontade de abandonar a relação, os/as companheiros/as pediam desculpa e prometiam a mudança. No entanto, o/a ofensor/a tende a não modificar os seus comportamentos (Morais-Gonçalves et al., 2018).

As crenças e normas sociais são igualmente fatores de manutenção e legitimação da VRI, verificando-se que a estrutura hierárquica familiar e ideologia patriarcal continuam a estar presentes na sociedade (Alves et al., 2016; Bonilla-Algovia & Rivas-Rivero, 2021; Both et al., 2019; Cervantes & Sherman, 2019; Cezario et al., 2015; Ferraresso, 2020; Hines & Douglas, 2016). Ademais, algumas vítimas têm receio de se separar em consequência de valores culturais enraizados (Both et al., 2019; Guzzon, 2011; Hines & Douglas, 2016; Rai & Choi, 2018; Sylaska & Edwards, 2014). Ventura e colaboradores (2013) verificaram na sua investigação, no qual participaram 682 estudantes, que 11.8% deles/as tendem a desculpabilizar o/a ofensor/a, atribuindo a culpa a fatores externos.

Apesar da aceitação de crenças legitimadoras da VRI se constituir como um fator de manutenção da vítima no relacionamento abusivo, não existe uma causa única para que a vítima não cesse o relacionamento (APAV, 2019b). São várias as razões apontadas pelas vítimas como justificação para a manutenção da relação, porém as mais referidas dizem respeito à não identificação do comportamento abusivo como tal, medo de represálias, esperança de que o/a companheiro/a modifique o seu comportamento (Alves et al., 2016; APAV, 2012; Deeke et al., 2009; Ferrante et al., 2009; Hines & Douglas, 2016), medo de perder os/as filhos/as e/ou preocupação com os/as mesmos/as (Deeke et al., 2009; Ferrante et al., 2009; Hines & Douglas, 2016; Park et al., 2020) e ainda, normalização da violência (Bonilla-Algovia & Rivas-Rivero, 2021; Both et al., 2019; Cervantes & Sherman, 2019;

Ferraresso, 2020). Na investigação de Guzzon (2011) detetou-se que o medo e a insegurança também se constituem como fatores de manutenção, assim como também foram identificados sentimentos de vergonha no estudo de Hines e Douglas (2016). São ainda identificados como fatores de manutenção, a dependência emocional e/ou económica (Albanesi et al., 2021; Alves et al., 2016; APAV, 2012; Deeke et al., 2009; Ferrante et al., 2009; World Health Organization, 2012; Rai & Choi, 2018), ausência de rede de suporte social (Deeke et al., 2009; Ferrante et al., 2009; Rai & Choi, 2018), características de passividade e submissão da vítima, existência de ameaças de morte e pressão por parte da família (Feiteira, 2011).

Face ao processo de vitimação, a vítima vivencia vários estágios (APAV, 2010): negação – entra em estado de choque e nega quaisquer tipos de episódios abusivos –, cólera – reage de forma reativa aos comportamentos abusivos do/a companheiro/a –, negociação – prevê os futuros comportamentos abusivos –, depressão – adota comportamentos de autodestruição e/ou ideação suicida –, transição – ganha a perceção de que corre risco – e aceitação – ganha controlo sobre a sua própria vida.

Cada um destes estágios implica passos ao nível da perceção, reconhecimento e consciencialização da situação abusiva sendo que, tendencialmente, a decisão de rutura do relacionamento não ocorre logo após um único episódio de violência, podendo ocorrer em diferentes momentos de vítima para vítima (Dziewa & Glowacz, 2022). No estudo de Park e colaboradores (2020) verificou-se que o processo de decisão de término da relação abusiva foi duradouro, envolvendo ciclos de separação e reconciliação.

Destaca-se que, mesmo que a vítima decida romper a relação, este processo não assegura o término da violência. Aquando do rompimento do relacionamento abusivo, existe um risco acrescido de aumento de violência física e/ou tentativa de homicídio (RIVS, 2011). Além disso, existem vítimas que encontram formas de obter segurança e interromper a violência, mesmo sem cessar o relacionamento com o/a companheiro/a (Matos, 2006).

A Roda do Poder e do Controlo (RPC) elucida as estratégias que o/a ofensor/a pode utilizar de forma a manter poder e controlo (Chavis & Hill, 2009; Dutton & Starzomski, 1997), representando um padrão de violência e de comportamentos coercivos (Scott, 2018). Este modelo foi desenvolvido por Pence e Paymar, em meados da década de 80 (Pence & Paymar, 1993), no decorrer do *Domestic Abuse Intervention Programs* (Brown, 2018), tendo sido concebido a partir de experiências de mais de 200 vítimas residentes em casas abrigo em Duluth (Chavis & Hill, 2009). Preliminarmente, este modelo foi traçado com vista a intervir em processos de VRI (Pence & Paymar, 1993), sendo neste momento utilizado como um recurso terapêutico de forma que as vítimas possam identificar e denominar as estratégias utilizadas pelo/a ofensor/a. Através desta identificação, a vítima pode consciencializar-se da existência desses comportamentos e procurar a mudança (Scott, 2018).

A RPC é constituída por oito subdivisões onde cada uma retrata um tipo de comportamento abusivo, sendo eles a coerção e ameaças, intimidação, abuso emocional, isolamento, negação, minimização, culpabilização, uso das crianças, uso do privilégio de ser do sexo masculino e violência económica (Brown, 2018; Dutton & Starzomski, 1997). É ainda composta por um anel externo que representa a função da violência física e violência sexual como um facilitador das estratégias de poder e de controlo (Chavis & Hill, 2009). A seleção destas subdivisões foi elaborada através dos discursos das vítimas que explicavam o que queriam que os membros do tribunal soubessem sobre os episódios abusivos (Scott, 2018), tendo sido este processo realizado em conjunto pelos/as investigadores/as e participantes (Pence & Paymar, 1993). Este modelo foi concetualizado em forma circular de modo a ilustrar a equidade de cada tipologia (Brown, 2018).

Em contraposição, surgiu a Roda da Igualdade a qual traduz os comportamentos opostos aos refletidos na RPC (Brown, 2018): respeito, confiança, suporte, honestidade, responsabilidade, paternidade responsável, responsabilidade partilhada, cooperação

económica, negociação, justiça e comportamentos não ameaçadores. Esta roda possibilita a intervenção com a vítima no que diz respeito aos papéis e normas sociais e possibilita o encontro de novas perspetivas e visões sobre o relacionamento (Massena et al., 2016).

A intervenção na VRI é extremamente dificultada pelo facto de que, tendencialmente, as vítimas apenas pedem ajuda quando os episódios já estão numa fase extrema, quando já não conseguem suportar mais a violência (Park et al., 2020). Apesar das vítimas terem consciência do problema, acreditam que não existe uma solução e que ninguém as pode auxiliar (Guzzon, 2011). Muitas vítimas recusam pedir ajuda devido ao medo, vergonha e isolamento social (Alves et al., 2016; Both et al., 2019; Evans & Feder, 2014; Rai & Choi, 2018), bem como o temor da humilhação e/ou desacreditação por parte dos/as amigos/as, familiares, organizações policiais e jurídicas, entre outros (APAV, 2012; Shin & Park, 2020). Vários estudos indicam que as vítimas relatam não pedir apoio de forma a não perturbarem a família e amigos/as e ainda, pelo receio de represálias e responsabilização pela violência (Both et al., 2019; Pagliaro et al., 2021; Shin & Park, 2020).

A prática de violência infligida pelos/as companheiros/as sobre as vítimas inviabiliza a preservação e criação de relacionamentos sociais, isolando-as e fragilizando-as (Dutra et al., 2013; Machisa et al., 2018). Neste sentido, a procura de ajuda é vista como um passo marcante no término dos relacionamentos abusivos, sendo que a revelação da violência sofrida tem um impacto significativo nas vítimas (Alves et al., 2016; Park & Ko, 2020). Maioritariamente, as vítimas apenas revelam a situação abusiva quando reconhecem o perigo em que se encontram, quando reconhecem que o comportamento do/a companheiro/a não é normal e/ou quando percebem que não têm capacidade para enfrentar a situação sozinhas (Park & Ko, 2020; Santoniccolo et al., 2021). Porém, o pedido de ajuda tende a ser maioritariamente realizado por vítimas do género feminino (Barrett et al., 2020; Cezario et al., 2015), optando os indivíduos do género masculino pela ocultação da situação vivenciada,

essencialmente devido às dificuldades que apresentam em falar sobre os episódios abusivos, vergonha e/ou não reconhecimento dos mesmos como violência (Cezario et al., 2015).

As redes de suporte social são um recurso que auxilia a minimização das repercussões da VRI, onde as vítimas podem obter apoio de forma a suprimirem as suas carências (Pedro et al., 2008). O suporte social é definido pela presença e/ou disponibilidade de recursos aos quais a vítima pode aceder de forma a buscar auxílio (Dunst & Trivette, 1990).

Estudos indicam que a presença de uma rede de suporte social adequada propicia um risco decrescido de desenvolvimento de perturbações do foro psíquico (e.g., ansiedade, depressão, *stress* pós-traumático) (Coker et al., 2002; Ferrari et al., 2016; Harandi et al., 2017; Mahapatro et al., 2021; Panaghi et al., 2013) e providencia a redução de consequências ao nível de saúde física e bem-estar emocional (Gregory et al., 2017; Panaghi et al., 2013; Sylaska & Edwards, 2014). Ademais, diminui a propensão para ideação suicida (Coker et al., 2002; Siqueira, 2008). A presença da rede de suporte social propicia ainda a aquisição de estratégias de enfrentamento que contribuem para o aumento da capacidade de a vítima encontrar uma forma de resolver a situação de crise (Coker et al., 2002; Mahapatro & Singh, 2020; Mahapatro et al., 2021; Sylaska & Edwards, 2014). Machisa e colaboradores (2018) concluíram que a presença da rede de suporte social promove a resiliência nas vítimas. Vameghi e colaboradores (2018) demonstraram que o fenómeno da VRI tende a ser menos frequente quando existe uma rede de suporte social ativa.

A experiência de VRI e a sua revelação podem ser influenciadas por fatores como a qualidade, o tipo e a fonte do suporte social recebido (Dunst & Trivette, 1990). A rede de suporte social é constituída por indivíduos que possam auxiliar a vítima, em quem a vítima pode confiar (Sarason et al., 1983), mobilizando recursos físicos, informativos, sociais, psicológicos e/ou emocionais (Macedo et al., 2018; Rausa, 2008; Siqueira, 2008). Diversos/as autores/as dividem o suporte social em duas dimensões: formal e informal (Dunst & Trivette,

1990; Quaresma, 2012; Santoniccolo et al., 2021).

Relativamente à rede de suporte formal, é constituída por órgãos de polícia criminal (OPC's), serviços jurídicos, serviços de saúde, serviços de psicologia, assistentes sociais, estruturas de atendimento à vítima, casas abrigo, linhas telefónicas de apoio à vítima, entre outros serviços, que possuem respostas organizadas no sentido de prover assistência à vítima (Coker et al., 2002; Dunst & Trivette, 1990; Dutra et al., 2013; Liang et al., 2005; Mach et al., 2017; Park & Ko, 2020; Quaresma, 2012; Santoniccolo et al., 2021). As estruturas de atendimento a vítimas são compostas por profissionais dotados/as de diversas áreas, o que enriquece a compreensão do fenómeno e consequente intervenção mais adequada (Both et al., 2019; Pereira-Gomes et al., 2015). Este tipo de apoio pode desempenhar uma função fundamental no processo de mudança das vítimas, sempre que a rede esteja organizada e estruturada com os restantes recursos (Battista et al., 2020; Dutra et al., 2013; Johnson & Johnson, 2014; Sylaska & Edwards, 2014). As vítimas tendem a recorrer à rede de suporte formal mediante fatores como a gravidade e periodicidade dos episódios de violência, perceção do apoio recebido, entre outros, o que auxilia no processo de preparação para a mudança (Battista et al., 2020; Johnson & Johnson, 2014; Sylaska & Edwards, 2014). Alguns autores indicam que as vítimas tendem a não recorrer à rede de suporte formal, essencialmente devido à negação do fenómeno e/ou por não reconhecerem a sua gravidade (Sylaska & Edwards, 2015; Zapor et al., 2018). Algumas investigações apontam que, por vezes, existe revitimização por parte dos serviços de apoio especializado (Coker et al., 2002; Dutra et al., 2013; Freeland et al., 2018; Machisa et al., 2018; Mahapatro & Singh, 2020; Sylaska & Edwards, 2014). Freeland e colaboradores (2018) indicam que, em algumas situações, os OPC's tendem a minimizar a experiência abusiva, ou até mesmo a dissuadir apresentação de denúncia. Este fenómeno foi igualmente identificado em alguns serviços de aconselhamento e instituições de apoio. Por outro lado, a rede de suporte formal foi igualmente considerada útil,

sendo tida como um recurso fundamental na procura de ajuda.

A rede de suporte informal é constituída por familiares, amigos/as, vizinhos/as, colegas de trabalho, grupos organizacionais (e.g., igreja, clubes desportivos, política, recreativas) (Dutra et al., 2013; Goodman & Smyth, 2011; Park & Ko, 2020; Pinho et al., 2017; Santoniccolo et al., 2021; Sylaska & Edwards, 2014) que poderão dar resposta a nível material e emocional (e.g., afeto, preocupação, disponibilização de bens, suporte financeiro), sendo essencial para o bem-estar da vítima (Goodman & Smyth, 2011). Trata-se de um recurso que deve ser instigado na medida em que, para além de fornecer respostas quase imediatas, contribui para que a vítima se sinta apoiada e o/a ofensor/a sinta que a vítima não está isolada (Vieira et al., 2020). A existência de uma rede adequada facilita o processo de rutura da relação, auxiliando o encontro de estratégias e consciente tomada de decisão (Baragatti et al., 2019). Sylaska e Edwards (2014) revelaram que a generalidade das vítimas confia a situação de VRI a pelo menos um membro desta rede como forma de atenuação do *stress* vivenciado e por se sentirem ouvidas (Park & Ko, 2020). No estudo de Mahapatro e Singh (2020) as vítimas revelaram que as instituições às quais recorreram apenas concediam a atenuação de sintomas ansiógenos e depressivos de forma momentânea e provisória, enquanto o suporte fornecido pela rede informal foi visto como duradouro. Apesar do apoio prestado pela rede de suporte informal ser o mais procurado pelas vítimas, tende a ser mencionado como inapropriado por diversos/as autores/as (Goodman & Smyth, 2011; Santoniccolo et al., 2021). Em diversas investigações, dos/as participantes que realizaram um pedido de ajuda, o mesmo foi procurado de forma informal (Battista et al., 2020; Freeland et al., 2018; Machado et al., 2016; Shin & Park, 2020; Sylaska & Edwards, 2014; 2015).

É importante realçar que, frequentemente, as vítimas apenas revelam a situação abusiva após o término do relacionamento (Evans & Feder, 2014) ou quando a violência se torna recorrente e/ou severa (Barrett et al., 2020). É possível verificar-se em estudos como o de

Machado e colaboradores (2016) que a maioria das vítimas não pede qualquer tipo de ajuda.

O pedido de ajuda implica um passo no processo de mudança, processo que segundo Prochaska (1995) engloba os comportamentos implícitos e/ou explícitos que os indivíduos adotam com vista à modificação de pensamentos, comportamentos e/ou relacionamentos. O nível de preparação para a mudança está diretamente relacionado com o sucesso da intervenção terapêutica na VRI dado que, a vítima que esteja comprometida com a mudança é mais propensa a envolver-se positivamente na intervenção e, conseqüentemente, surgirão resultados mais eficazes (Soleymani et al., 2018). Assim, existem vários estágios de mudança que auxiliam a identificação do grau de consciência da vítima face ao seu problema e o quanto se esforça para defrontá-lo (Santos et al., 2012).

O Modelo Transteórico para a Mudança (MTM), igualmente designado de *Duluth Model*, define-se como um modelo explicativo do processo de mudança, baseado na perspetiva feminista (Pence & Paymar, 1993), sendo constituído por vários estágios (Fonte & Cruzado, 2021; Siddharthan et al., 2021). Desenvolvido por Prochaska e DiClemente na década de 70 (Prochaska & DiClemente, 1982), pretende auxiliar na compreensão, medição e intervenção na alteração de comportamentos (Imeri et al., 2022; Ludwig et al., 2021). Através da identificação do estágio, consegue perceber-se o grau de motivação para a mudança, o que leva a uma escolha mais customizada, conseqüentemente mais adequada e eficaz, das estratégias de intervenção terapêutica (Bittencourt et al., 2012; González, 2012). O MTM centra-se sobretudo na mudança que ocorre de forma intencional, através da tomada de decisão do indivíduo (Prochaska & DiClemente, 1982; Siddharthan et al., 2021). Estes estágios dividem-se em: Pré-Contemplanção, Contemplanção, Preparação, Ação e Manutenção.

No primeiro estágio, Pré-Contemplanção, a vítima não tem intenção de mudar num futuro próximo (Ludwig, 2012; Prochaska & DiClemente, 1992; Prochaska & Norcross, 2013; Reis & Nakata, 2010; Santos et al., 2012), não reconhecendo a existência de um

problema e os riscos adjacentes à mesma (Junior & Calheiros, 2017; Ludwig et al., 2021; Prochaska & DiClemente, 1992), sendo que esta fase pode perdurar por longos períodos de tempo (Dienemann et al., 2007).

No estágio de Contemplação ocorre uma consciencialização do problema (Ludwig et al., 2021; Patten et al., 2000; Prochaska & Norcross, 2013; Reis & Nakata, 2010; Santos et al., 2012), porém a vítima não está comprometida e/ou empenhada em resolvê-lo (Ludwig, 2012; Prochaska & DiClemente, 1992), não delimitando prazos para o início do processo de mudança (Prochaska & Velicer, 1997). É caracterizado por um estado de ambivalência entre a mudança e a manutenção do comportamento (Junior et al., 2018).

Na Preparação o indivíduo faz alguns esforços para modificar o comportamento (Ludwig, 2012), comprometendo-se a cumprir o seu objetivo (Junior et al., 2018) através do estabelecimento de um plano (Ludwig et al., 2021; Prochaska & DiClemente, 1992). O indivíduo começa a procurar informações e recursos para a resolução do problema, tendo como objetivo a mudança no prazo de um mês (Dienemann et al., 2007). Dá-se então uma estipulação de metas e objetivos a serem cumpridos (Prochaska & Norcross, 2013).

No estágio de Ação a vítima começa efetivamente a agir, alterando comportamentos e/ou o ambiente, objetivando a resolução do problema (Ludwig, 2012; Ludwig et al., 2021; Mach et al., 2017; Norcross et al., 2011; Patten et al., 2000). Nesta fase há um esforço visível e ações com evidências concretas e observáveis de que a vítima procura cumprir o seu objetivo (Reis & Nakata, 2010). Devido à possibilidade de recaídas, este estágio requer uma enorme dedicação, empenho e um compromisso significativo (Siddhant et al., 2021).

Por último, a Manutenção engloba a consolidação dos resultados alcançados na Ação e efetuam-se esforços no sentido de prevenir potenciais recaídas (Junior et al., 2018; Mach et al., 2017; Prochaska & Norcross, 2013; Prochaska & Velicer, 1997). Para se afirmar que a vítima está neste estágio, é necessário que as mudanças no seu comportamento se mantenham

por mais de seis meses (Ludwig et al., 2021).

Anos mais tarde, foi adicionado o estágio de Término onde as mudanças obtidas são sólidas o suficiente para que a vítima se sinta confiante de que os comportamentos anteriores não retornarão, apresentando possibilidade reduzida de recaída (Norcross et al., 2011).

O processo de mudança não possui uma estrutura linear (Dienemann et al., 2007), sendo descrito como um processo ativo (Junior & Calheiros, 2017) que engloba interrupções, sobreposição de estágios (Reis & Nakata, 2010) e recaídas (Yoshida, 2002). Estes fenômenos podem ser evitados através da identificação adequada do estágio de mudança em que a vítima se insere (Junior & Calheiros, 2017).

No decorrer dos estágios são englobados processos que se dividem em duas categorias: cognitivos e comportamentais (Fonte & Cruzado, 2021). Os processos cognitivos são mais utilizados nos estágios iniciais (Pré-Contemplação, Contemplação e Preparação), dada a sua alusão às emoções e processos de compreensão, enquanto os processos comportamentais são mais usados nos estágios finais (Ação e Manutenção), visto que são marcados pelas ações e estratégias com vista à mudança do comportamento e sua manutenção (Ludwig et al., 2021).

Nos processos cognitivos são incluídos a consciencialização do problema – a tomada de consciência dá-se aquando do aumento de conhecimento sobre si mesma, sobre o seu comportamento e a sua responsabilidade face à tomada de decisões (Prochaska et al., 1994) –, autorreavaliação – a vítima avalia a forma como o comportamento afeta os seus valores e objetivos pessoais, idealizando o futuro após as mudanças comportamentais positivas (DiClemente, 2003) –, alívio dramático (*dramatic relief*) – promove a experienciação e expressão dos vários sentimentos que a vítima possui acerca do problema e da sua solução (Prochaska et al., 1994) –, reavaliação contextual – a vítima avalia de que forma o problema afeta o contexto ao seu redor (Velásquez et al., 2001) – e desbloqueio social – identificação e conceção de estratégias alternativas no contexto social que apoiem a mudança

comportamental da vítima (Velásquez et al., 2001).

No que concerne aos processos comportamentais são incluídos (DiClemente, 2003):
contracondicionamento – a vítima encontra alternativas para os comportamentos de forma a solucionar o problema –, controlo de estímulos – evitamento ou combate dos estímulos que sustentam os comportamentos problemáticos –, desbloqueio individual – a vítima estipula um compromisso para com a ação e acredita na sua capacidade de resolução do problema –, manutenção do reforço – engloba atos como a vítima recompensar-se ou ser recompensada quando existem mudanças – e suporte – as relações interpessoais oferecem ajuda e aceitação, permitindo à vítima que esta confie e partilhe os seus pensamentos, emoções e problemas.

Recorrendo ao MTM foram desenvolvidos instrumentos de medida dos estágios de mudança, nomeadamente a *University Rhode Island Change Assessment* (URICA; McConaughy et al., 1983) (Rossi-Barbosa et al., 2015). Este instrumento é aplicado em diversas áreas relacionadas à saúde e comportamentos aditivos, bem como na área da VRI (Bittencourt et al., 2012) e tem como objetivo determinar o estágio de preparação para a mudança de vítimas em processo terapêutico (Aguiar et al., 2018; Sant’Anna et al., 2020).

Alicerçado no MTM, inclui quatro estágios de mudança: Pré-Contemplanção – o indivíduo não está consciente de que existe um problema que deve ser solucionado –, Contemplanção – considera a possibilidade de mudança –, Ação – compromete-se a mudar o seu comportamento e faz tentativas observáveis – e Manutenção – inteira-se do comportamento problemático e altera o seu comportamento (Aguiar et al., 2018; Bittencourt et al., 2012; Sant’Anna et al., 2020). É um instrumento de autorrelato composto por 32 itens avaliados numa escala de *Likert* onde, para cada item, existem cinco opções de resposta que variam desde discordo totalmente até concordo totalmente (Bittencourt et al., 2012).

Vários estudos e programas de prevenção foram realizados com recurso ao MTM, nomeadamente, estudos relacionados com distúrbios fonoaudiológicos, adesão a medicação,

consumo de tabaco, consumo de substâncias psicoativas, consumo de álcool, prática de *coaching*, ansiedade, delinquência, entre outros (Ávila et al., 2016; Fonte & Cruzado, 2021; Imeri et al., 2022; Patten et al., 2000; Prochaska & DiClemente, 1992; Reis & Nakata, 2010; Rossi-Barbosa et al., 2015; Yoshida, 2002; Zamora et al., 2012).

Já existem investigações que aplicam os contributos do MTM em vítimas de VRI, apesar de existirem poucas investigações nesse sentido (Burke et al., 2009). Reisenhofer e Taft (2013) desenvolveram um estudo que visava a análise da aplicabilidade do MTM no contexto da VRI, de forma a cederem instruções e orientações a profissionais que trabalham com vítimas. Este estudo concluiu que, efetivamente, os/as profissionais devem utilizar os estágios de mudança que o MTM fornece, como forma de avaliarem o processo de mudança (Reisenhofer & Taft, 2013). Zamora e colaboradores (2012) realizaram uma investigação na qual o objetivo passaria por analisar os relatos de 35 mulheres que vivenciaram episódios de VRI, com recurso ao MTM. Concluiu-se que os estágios descritos no MTM poderão ser aplicados na VRI na medida em que, a manutenção de relacionamentos abusivos pode ser vista como um vício, existindo dificuldades em abandonar esse comportamento viciante que foi mantido durante longos períodos de tempo (Zamora et al., 2012). Também Catallo e colaboradores (2012) analisaram a sequência de acontecimentos que levaram à revelação dos episódios de VRI em 19 vítimas, com recurso ao MTM. Neste estudo, descobriu-se que a revelação ocorre tendencialmente após um acontecimento significativo que se tornou decisivo, após um acumular de acontecimentos considerados menos graves, acontecimento esse que acarretava uma ponderação entre os riscos que são percecionados e os benefícios potenciais da revelação. Concluiu-se que profissionais de saúde deveriam utilizar uma avaliação com base nos estágios de mudança, com vista à compreensão do processo de mudança e do fenómeno de revelação da VRI (Catallo et al., 2012).

No que respeita às características de cada estágio de mudança, o estágio de Pré-

Contemplação é pautado por sofrimento e sentimentos antagónicos perante a violência, existindo minimização/normalização ou negação da violência e desculpabilização do comportamento do/a ofensor/a, apresentando baixos níveis de raiva para com o/a ofensor/a (Eckstein, 2011; Mach et al., 2017; Shurman & Rodriguez, 2006). No estágio de Contemplação foram observados elevados níveis de raiva, sendo que é neste momento que existe a atribuição do sofrimento sentido aos episódios de violência (Shurman & Rodriguez, 2006). As vítimas percecionam o problema e começam a ponderar cessar o relacionamento, porém pendem a expressar emoções positivas relativamente ao/à ofensor/a (e.g., discursos de que não devem abandonar a relação devido aos compromissos que o casamento acarreta). No estágio de Preparação as vítimas tendem a desenvolver uma estratégia para cessar o relacionamento (Eckstein, 2011) apresentando, no entanto, dificuldades na forma como devem proceder, podendo atingir altos níveis de *stress* (Prochaska & DiClemente, 1992). O término dos relacionamentos dá-se no estágio de Ação, sendo que no estágio de Manutenção dá-se a internalização de emoções, existindo a propensão para elevada sintomatologia depressiva e ansiógena, assim como sentimentos de desalento em relação ao futuro, existindo, no entanto, uma ampliação de relacionamentos sociais (Shurman & Rodriguez, 2006).

A *Domestic Violence Survivor Assessment* (DVSA; Dienemann et al., 2002) encontra-se a ser aferida para Portugal por Fávero e colaboradores do Observatório da Sexualidade da Universidade da Maia (UMAIA) e é um instrumento que, através do MTM, pretende avaliar o processo de mudança intencional de vítimas de VRI (Dienemann et al., 2009). Este instrumento foi desenvolvido por investigadores/as, com a colaboração de psicólogos/as e técnicos/as de apoio à vítima, de forma a obter uma melhor compreensão sobre os estados cognitivos das vítimas com a finalidade de as apoiar no decorrer do processo de acompanhamento, auxiliando-as na resolução dos seus dilemas (Dienemann et al., 2002). As questões elaboradas assentam no processo de mudança subjetivo de cada vítima, verificando

as percepções das mesmas sobre o relacionamento violento com os/as companheiros/as e de que forma interrompem ou travam a perpetração da violência (Dienemann et al., 2009).

No processo de avaliação da eficácia da DVSA foi reconhecida a sua utilidade para a revisão sistemática das dificuldades com as quais grande parte das vítimas se defrontam, auxiliando no início do acompanhamento (Dienemann et al., 2002). A DVSA foi aplicada no *Montgomery County Maryland Abused Persons Programme* de forma a avaliar os resultados do acompanhamento psicoterapêutico individual de 355 mulheres vítimas de VRI. Este programa mantém o uso da DVSA, relatando ser um recurso bastante útil na medição do impacto do acompanhamento (Dienemann et al., 2007).

No processo de validação da escala original, os/as profissionais que a aplicaram referem que se demonstra relevante tanto para vítimas que se encontram em relacionamentos abusivos, como para vítimas que já abandonaram o relacionamento mas que continuam em acompanhamento. Relataram que é útil para a identificação das áreas que necessitam de maior atenção na intervenção, validação de que as experiências no processo de mudança são comuns e de que a mudança é um processo prolongado e duradouro (Dienemann et al., 2009).

O presente Estudo

O presente estudo é parte integrante de uma investigação para o processo de aferição da DVSA para a versão portuguesa no âmbito do Observatório da Sexualidade – UNIDEP da UMAIA, contando com a colaboração de diversos docentes da UMAIA e investigadores/as exteriores à instituição, sob coordenação executiva da Professora Doutora Marisalva Fávero.

Como exposto anteriormente, quer a VRI, quer a compreensão dos processos de permanência e rutura nas relações de intimidade onde ocorre violência, bem como a compreensão e análise dos processos de mudança em vítimas deste fenómeno, têm sido alvo de diversos estudos nacionais e internacionais, tendo estas temáticas sido alvo de interesse da equipa de investigação onde este projeto se insere (e.g., realização de cinco dissertações de

mestrado). No entanto, estudos anteriores que visavam a análise da preparação para a mudança recorriam à URICA, escala não específica para vítimas de VRI. Como evidenciado anteriormente, e tal como Yoshida (2002) indica, a DVSA apresenta-se como um instrumento de fácil aplicação e demonstrou ser uma alternativa promissora para a investigação e uso clínico, na medida em que auxilia na avaliação diagnóstica e avaliação ao longo de todo o processo de acompanhamento, auxiliando a compreensão do processo de mudança na vítima e orientando a intervenção do/a técnico/a. Assim, e dado que, na realidade portuguesa não se constata a existência de um instrumento que vá de encontro às especificidades da VRI, esta investigação, de carácter exploratório, passará por um estudo piloto que recorrerá à DVSA para a análise do processo de preparação para a mudança em vítimas de VRI, servindo de mote para uma futura aferição deste instrumento para a população portuguesa. Esta investigação objetiva a tradução e adaptação da DVSA para a população portuguesa e demonstração da sua validade no que respeita à população de vítimas de VRI em Portugal, explorando as suas qualidades psicométricas.

Adicionalmente, e como a abordagem de redes de suporte social se demonstra útil na compreensão do processo de mudança, este estudo objetiva ainda a verificação da existência de relação entre o suporte social e a preparação para a mudança.

No decorrer da investigação, desde o planeamento à implementação, foram salvaguardados os direitos dos/as participantes no que diz respeito à privacidade, (não) participação, anonimato e confidencialidade, considerando os princípios éticos e deontológicos associados à Psicologia. De forma a cumprir com os pressupostos inerentes à investigação, o referido projeto foi aprovado pelo Conselho de Ética e Deontologia da UMAIA (n.º 88/200). Ademais, garante-se a não generalização dos resultados.

Metodologia

Participantes

A amostra foi constituída por 91 participantes cujos critérios de inclusão foram: ter passado/encontrar-se a passar por uma situação de VRI, residir em Portugal (Continental e Regiões Autónomas) e idade igual ou superior a 18 anos. Desses/as 91 participantes, 75 (82.4%) eram do género feminino e 16 (17.6%) do género masculino. No que concerne à idade dos/as participantes, as idades encontram-se compreendidas entre os 18 e os 66 anos ($M=35.43$, $DP=12.90$). A grande maioria dos/as participantes era de nacionalidade portuguesa (91.2%, $n=83$), sendo que três participantes eram de nacionalidade brasileira (3.3%), dois/duas de nacionalidade espanhola (2.2%), um/a de nacionalidade indiana (1.1%), um/a de nacionalidade zimbabweana (1.1%) e outro/a de nacionalidade ucraniana (1.1%).

A região do Norte foi a mais predominante (61.5%, $n=56$), seguida pelas regiões de Lisboa (15.4%, $n=14$), Centro (7.7%, $n=7$), Algarve (6.6%, $n=6$), Madeira (4.4%, $n=4$), Alentejo (3.3%, $n=3$) e Açores (1.1%, $n=1$). A nível das habilitações literárias e da situação profissional, verifica-se a existência de alguma diversidade, sendo que a grande maioria se encontra empregado/a (47.3%, $n=43$) e/ou é estudante (33%, $n=30$) e possui grau superior de habilitações literárias (licenciatura e/ou mestrado) (51.7%, $n=47$).

Relativamente à situação afetiva/amorosa atual, os/as participantes dividem-se em 28 numa relação afetiva (30.8%), 18 solteiros/as (19.8%), 16 divorciados/as (17.6%), 12 casados/as (13.2%), sete em união de facto (7.7%), cinco em relação casual/relações casuais sem compromisso (5.5%), três separados/as (3.3%) e dois/duas viúvos/as (2.2%). Dos/as participantes que assinalaram estar “numa relação afetiva (namoro)”, “casado/a” ou em “união de facto”, a duração da relação oscilava entre um ano e 41 anos.

Relativamente à tipologia de violência sofrida, a violência emocional foi a mais apontada pelos/as participantes (85.7%, $n=78$), seguida da violência social (61.5%, $n=56$), violência física (45.1%, $n=41$), violência sexual (38.5%, $n=35$), perseguição (38.5%, $n=35$) e violência financeira (36.3%, $n=33$), tendo esses episódios ocorrido maioritariamente numa

relação na qual o/a participante já não se encontra (81.3%, $n=74$).

A maioria dos/as participantes revela já ter frequentado acompanhamento, sendo que 40 participaram em acompanhamento psicológico (44%), 24 em acompanhamento psiquiátrico (26.4%) e 13 em acompanhamento por médico/a de clínica geral (14.3%). Destes/as participantes, 28 ainda se encontram em processo de intervenção devido à(s) experiência(s) de violência na(s) sua(s) relação/relações amorosa(s) (30.8%). A maioria dos/as participantes referiu nunca ter participado em sessões de aconselhamento (80.2%, $n=73$).

Genericamente, os/as participantes revelam ainda que, nos últimos 12 meses, os/as seus/suas companheiros/as não os/as forçaram a ter qualquer atividade de teor sexual que os/as participantes não o quisessem (89%, $n=81$), sendo que apenas dez participantes (11%) relataram ter sido forçados/as a essa prática, nesse período.

Relativamente à frequência da violência, a maioria dos/as participantes revela que os episódios de violência ocorrem/ocorriam “diariamente ou quase diariamente” (44%, $n=40$).

A rede de suporte social informal, constituída por amigos/as, familiares próximos/as, família alargada e colegas de trabalho, foi apontada como a fonte às quais os/as participantes mais recorreram para revelar os episódios de VRI. Dos/as 91 participantes, apenas 19 referiram que não tinham revelado a experiência de violência a ninguém (20.9%). Os/as participantes referiram que o(s) indivíduo(s) a quem revelaram as experiências, reagiram de forma útil, tendo acreditado no/a participante ($n=51$), ajudando-o/a ($n=47$), denunciando a OPC's, tribunal, entre outros ($n=10$) e/ou levando-o/a a um/a profissional de saúde ($n=6$), sendo que apenas 25 participantes referiram que não obtiveram ajuda, quer porque não revelaram a ninguém ($n=18$), quer porque a rede de suporte não fez nada ($n=8$), ou os/as julgou ($n=2$). Relativamente à ajuda recebida, na grande maioria é vista como “algo eficaz” (29.7%, $n=27$). No que concerne à existência de denúncia, e consequente avanço do processo, a maioria dos/as participantes refere não ter existido denúncia (63.7%, $n=58$), tendo apenas

33 participantes (36.3%) referido a sua existência.

Os dados referentes às questões sociodemográficas estão presentes no Anexo A.

Instrumentos

O formulário era constituído pelo consentimento informado, questionário sociodemográfico, DVSA já traduzida e adaptada para a população portuguesa e Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

No âmbito desta investigação foi desenvolvido um questionário que visava a recolha de informação sociodemográfica dos/as participantes e recolha de dados inerentes à seleção da amostra, tendo por base os critérios de inclusão definidos. O questionário sociodemográfico construído incluía questões de resposta aberta e fechada, relativas a dados pessoais dos/as participantes (e.g., género, idade, nacionalidade, situação profissional) e dados relativos à situação de VRI atual e/ou passada.

A *Domestic Violence Survivor Assessment* (DVSA) é um questionário desenvolvido por Dienemann e colaboradores (2002) cuja versão final utilizada é referente ao ano de 2009, que pretende avaliar o processo de mudança intencional de vítimas de VRI, com recurso ao MTM (Dienemann et al., 2009). Foi desenvolvido por investigadores/as, com a colaboração de psicólogos/as e/ou técnicos/as de apoio à vítima, de forma a obter uma melhor compreensão sobre os estados cognitivos das vítimas com a finalidade de as apoiar no decorrer do processo de acompanhamento, resolvendo eficazmente os seus dilemas face ao relacionamento abusivo (Dienemann et al., 2002). As questões elaboradas neste instrumento assentam no processo de mudança subjetivo de cada vítima, verificando as perceções das mesmas sobre o relacionamento violento e de que forma interrompem ou travam a perpetração da violência (Dienemann et al., 2009).

A DVSA altera a terminologia utilizada no MTM, nomeando os seus estágios de preparação para mudança como: Comprometido, Dúvidas sobre o comprometimento,

Considera opções de mudança, Separa-se ou Mudança do/a companheiro/a e Estabelece um novo estilo de vida (Dienemann et al., 2007).

O instrumento é composto por duas versões, uma para profissionais e outra para vítimas. A versão apropriada para vítimas (DVSA-WF), versão utilizada nesta investigação, foi desenvolvida com vista à obtenção da percepção da vítima face ao seu estágio de mudança, auxiliando na avaliação do processo de acompanhamento e do estágio de mudança em que a vítima se encontra. Ambas as versões englobam tópicos-chave do processo de mudança como os estímulos desencadeadores de episódios abusivos, comportamentos adotados para os gerir, sensibilização para procura de apoio jurídico, apego ao relacionamento, ponto de vista em relação ao relacionamento abusivo, lealdade ao relacionamento, crenças legitimadoras, acesso a ajuda social, autoidentidade, autoconfiança, sentimentos e respostas emocionais face ao relacionamento abusivo, saúde mental e controlo do dinheiro (Dienemann et al., 2009).

A versão final da DVSA-WF contempla 12 questões que reportam aspetos do processo de mudança à medida que as vítimas alteram as suas opiniões sobre o seu relacionamento e a forma como agem para sair dele. As 12 questões encontram-se subdivididas em três dimensões (Dienemann et al., 2009): questões relacionadas ao relacionamento – relativas a alterações no relacionamento abusivo –, questões individuais – relativas a mudanças na própria vítima – e questões de saúde mental.

O preenchimento é feito através da seleção de uma frase entre cinco possíveis, frase essa que deve ser identificativa da situação que a vítima está a vivenciar com o/a companheiro/a/ex-companheiro/a e/ou a sua visão de si mesmo/a aquando do preenchimento do instrumento (Dienemann et al., 2007). As frases correspondem a comportamentos tipicamente associados a cada estágio de mudança (Dienemann et al., 2007), sendo a classificação feita através de uma escala de um a cinco pontos para cada questão (Dienemann et al., 2009). As cinco possibilidades de resposta para cada tópico representam as cinco fases

do MTM (Pré-Contemplação – comprometido com a relação –, Contemplação – comprometido mas com dúvidas –, Preparação – considera a mudança –, Ação – corromper a relação – e Manutenção – estabelecer novas condutas) (Dienemann et al., 2009).

A classificação de um ponto refere-se à fase de Pré-Contemplação e a de cinco pontos à fase de Manutenção e, por isso, quanto mais alta for a classificação, mais próxima a vítima se encontra da mudança. Se a vítima parecer estar entre duas fases, a classificação será intermédia. Caso não existam informações suficientes sobre determinada questão, não se deverá pontuar a mesma (Dienemann et al., 2009).

A classificação final resulta do somatório de todas as repostas dividido pelo número de questões, sendo o número resultante utilizado como indicador da fase de mudança, verificando-se que: valores compreendidos entre 1.0 e 1.5 – Pré-Contemplação –, 1.6 a 2.5 – Contemplação –, 2.6 a 3.5 – Preparação –, 3.6 a 4.5 – Ação – e 4.6 a 5.0 – Manutenção (Dienemann et al., 2009).

A nível dos estudos psicométricos da DVSA foram contabilizados dados de 134 mulheres vítimas de VD que tinham frequentado uma ou mais sessões de acompanhamento individual, tendo os dados sido recolhidos entre 2001 e 2004. Verificou-se um desvio-padrão entre .937 e 1.59 em todos os 12 itens, o que indica que o instrumento avalia todos os cinco estágios de mudança referidos no MTM. O valor do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) foi de .862. O teste de esfericidade de *Bartlett* apresentou um valor significativo de $p < .001$. A validade da DVSA foi avaliada através da análise fatorial exploratória (AFE) com rotação oblíqua onde se verificou que todos os itens formam três fatores cuja variância é de 65.06%. O primeiro fator (47.11%) foi denominado de “Mudanças no relacionamento abusivo”, o segundo (9.38%) de “Mudanças individuais” e o terceiro (8.57%) de “Saúde mental”. A consistência interna foi calculada através do índice de alfa de *Cronbach* cujo valor foi de .89 o que indica um bom nível de consistência entre os itens da escala. Todos os 12 itens da

escala apresentaram fortes valores (iguais ou superiores a .70) no fator, o que indica que a escala é válida (Dienemann et al., 2009).

A ESSS foi desenvolvida por Ribeiro (1999) e tem como objetivo avaliar a satisfação do indivíduo com o suporte social existente (Pinho et al., 2017; Ribeiro, 1999). Este instrumento é constituído por 15 itens que se subdividem em quatro dimensões: família, amigos/as, intimidade e atividades sociais (Pinho et al., 2017).

Estes itens são apresentados em forma de afirmação à qual o indivíduo deve assinalar o seu grau de concordância com cada afirmação (Ribeiro, 1999) numa escala de *Likert* que varia entre 1 – “Discordo Totalmente” e 5 – “Concordo Totalmente” (Pinho et al., 2017). É de autopreenchimento; porém, o seu preenchimento poderá ser assistido, nomeadamente a pessoas com dificuldades de compreensão e/ou com capacidades reduzidas, sem que exista influência nas respostas (Ribeiro, 2011).

A primeira dimensão, “satisfação com amigos/as”, avalia a satisfação do indivíduo com as amizades que possui, incluindo cinco dos quinze itens da escala. A segunda dimensão, “intimidade”, avalia a perceção da existência de suporte social íntimo, incluindo quatro itens. A terceira dimensão, “satisfação com a família”, avalia a satisfação do indivíduo com o suporte social familiar existente, incluindo três itens. Por último, a dimensão “atividades sociais” avalia a satisfação do indivíduo com as atividades sociais que realiza, incluindo igualmente três itens (Ribeiro, 2011).

A pontuação de cada dimensão resulta da soma dos itens. A pontuação total é calculada através da soma da totalidade sendo que, quanto maior for o valor, maior será a satisfação do indivíduo com o suporte social (Ribeiro, 2011).

Procedimentos

Após a autorização, obtida via correio eletrónico, da autora da escala original, Jacqueline Dienemann, para a utilização da DVSA neste projeto e delimitando as várias

cláusulas desta utilização, deu-se início a esta investigação. No decorrer da investigação, manteve-se o contacto com a autora, com vista à partilha e discussão da tradução, adaptação e resultados do presente estudo.

A investigação dividiu-se em quatro fases: tradução e adaptação da DVSA para a população portuguesa, construção do instrumento de recolha de dados, recolha dos dados e análise dos dados.

Tradução e adaptação da DVSA

A DVSA encontra-se originalmente escrita em inglês, o que motivou a que a tradução e adaptação da DVSA para a língua portuguesa fosse o primeiro procedimento a ser realizado, mantendo o seu formato e instruções. A tradução foi elaborada com recurso ao método de tradução-retroversão, considerando que este seria o método mais adequado e com uma menor probabilidade de despontar enviesamentos, assegurando desta forma a equidade entre as duas versões (Hill & Hill, 2008). Inicialmente, foram realizadas duas traduções independentes da versão original da escala, tendo estas sido elaboradas por duas portuguesas, fluentes no idioma inglês e conhecedoras da finalidade da investigação, sendo uma delas a autora do presente estudo. Após esse processo, as duas traduções foram comparadas pelas duas orientadoras deste estudo, também elas fluentes no idioma inglês, obtendo-se uma tradução consensual. Esta última versão passou pelo processo de retroversão, sendo traduzida novamente para o inglês por uma tradutora bilingue, tendo-se demonstrado gramatical e semanticamente similar ao instrumento original, sendo realizadas apenas algumas alterações sintáticas, sugeridas pela autora, Jacqueline Dienemann.

Construção do instrumento de recolha de dados

Posteriormente, procedeu-se à construção de um termo de consentimento informado, o qual refere o objetivo do estudo, tendo sido desde logo garantido o anonimato e

confidencialidade dos dados obtidos, ficando o mesmo posicionado na primeira página do formulário, sendo que os/as participantes apenas tinham acesso ao questionário caso existisse a confirmação do mesmo (cf. Anexo B).

Após a recolha do consentimento informado, os/as participantes teriam acesso ao questionário constituído por questões sociodemográficas, seguido da ESSS e da Escala de Avaliação da Preparação para a Mudança em Vítimas de Violência em Relações de Intimidade (DVSA-PT), escala que resultou do processo prévio de tradução e adaptação para a língua portuguesa.

Findo o processo de construção do instrumento de recolha de dados e com a finalidade de avaliar a objetividade, compreensão/interpretação e clareza das questões, o questionário foi aplicado a dois indivíduos que se enquadram nos critérios de inclusão da amostra. Após a recolha deste pré-teste, verificou-se que não existia necessidade de serem realizadas alterações quer na tradução, quer no delineamento geral do questionário de recolha de dados, alcançando assim a versão final do mesmo.

Recolha e análise de dados

A recolha de dados ocorreu entre os meses de março e maio de 2022, através de um questionário disponibilizado na plataforma *online* “*Google Forms*”.

Os/as participantes tiveram acesso ao questionário através de diversas estratégias que procuraram recolher dados junto do maior número possível de indivíduos. A recolha de dados ocorreu através: (1) da divulgação nas redes sociais (e.g., *Facebook*, *Instagram*, *WhatsApp*, *LinkedIn*); (2) via correio eletrónico e contacto telefónico junto de pessoas-chave, organizações, com acesso privilegiado à população alvo deste estudo (e.g., estruturas de apoio à vítima), apresentando a presente investigação e solicitando a colaboração na mesma (cf. Anexo C); (3) de contactos das redes interpessoais dos/as investigadores/as, prosseguindo-se através de uma estratégia de bola de neve.

Recebeu-se resposta positiva de duas estruturas de apoio à vítima que se mostraram recetivas e interessadas no estudo, disponibilizando auxílio na divulgação junto dos/as seus/suas utentes.

Concluída a fase de recolha dos dados, procedeu-se à inserção dos mesmos numa folha *Excel*, sendo posteriormente efetuada a importação para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS; versão 28.0) onde foram realizados os procedimentos descritivos e inferenciais essenciais.

Apresentação e discussão dos resultados

Numa fase inicial, procedeu-se à análise das qualidades psicométricas do instrumento, de forma a obterem-se os valores referentes à fiabilidade, validade e sensibilidade.

Fiabilidade

A fiabilidade representa a confiança que se poderá ter na medida, isto é, o grau de consistência com que os itens da escala medem o proposto (Mokkink et al., 2012), tendo sido avaliada através da análise da consistência interna. Procedeu-se ao cálculo do alfa de *Cronbach* onde os resultados demonstraram que, a nível global, a escala apresenta um valor de alfa de *Cronbach* elevado (.940), indicando uma excelente consistência interna (cf. Tabela 1). No estudo original da escala, o valor obtido foi semelhante (.89) (Dienemann et al., 2009) sendo, no entanto, superior no presente estudo.

Tabela 1

Alfa de Cronbach para a dimensão global da DVSA-PT

Escala	Alfa de Cronbach	N de itens
DVSA-PT	.940	12

De seguida, procedeu-se à análise das correlações inter-item, como forma de verificar a correlação existente entre os 12 itens que constituem o instrumento. Através da análise das correlações, verifica-se que a maioria dos valores obtidos são superiores a .30, o que indica

que a escala revela efetivamente uma boa consistência interna, o que é corroborado pelo supramencionado alfa de *Cronbach* da escala. No entanto, são visíveis alguns valores inferiores a .30, nomeadamente, na correlação entre os itens 14.3 e 14.4 e entre os itens 14.3 e 14.12, o que revela inconsistência entre estes itens.

O facto de não existirem valores negativos dá a indicação de que, possivelmente, nenhum dos itens da escala mede de forma imprecisa aquilo a que se propõe.

Por fim, procedeu-se à avaliação dos itens da escala, como forma de se verificar a significância de cada item, concluindo-se que praticamente todos os itens devem ser mantidos, dado que apenas um aumentaria significativamente o valor do Alfa de *Cronbach* caso fosse excluído. Refere-se assim o item 14.3 (“Alguma vez solicitou ajuda à polícia e/ou tribunal contra o/a seu/sua companheiro/a?”), como se verifica na Tabela 2.

Tabela 2

Contribuição dos itens para a fiabilidade da DVSA-PT

Itens	Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for excluído
DVSA_14.1	.935
DVSA_14.2	.932
DVSA_14.3	.952
DVSA_14.4	.934
DVSA_14.5	.931
DVSA_14.6	.933
DVSA_14.7	.932
DVSA_14.8	.932
DVSA_14.9	.931
DVSA_14.10	.935
DVSA_14.11	.937
DVSA_14.12	.936

Relativamente aos itens 14.5 (“Como descreveria a sua relação com o/a seu/sua

companheiro/a?”) e 14.9 (“Vê-se a si próprio/a com capacidade de cuidar de si e viver sem o/a seu/sua companheiro/a?”) verifica-se que ao serem excluídos diminuem o alfa de *Cronbach*, o que indica que estes itens são possivelmente os mais importantes para a fiabilidade da escala. É de realçar que os restantes itens (com exceção do item 14.3) parecem diminuir igualmente o alfa de *Cronbach* quando são removidos, pelo que parecem ser igualmente importantes para a consistência interna da escala.

Validade de conteúdo

A validade diz respeito à qualidade do instrumento, isto é, se os itens da escala medem efetivamente o proposto e se mantém as características da versão original do instrumento (Kimberlin & Winterstein, 2008).

Desta forma, realizou-se o teste de esfericidade de *Bartlett* cujo valor apresentado foi de $\chi^2(66)=878.660$, com $p < .001$, o que significa que as variáveis se correlacionam de forma significativa (cf. Tabela 3) indicando que poderá ocorrer a AFE.

Tabela 3

Valor do Teste de esfericidade de Bartlett da DVSA-PT

Escala	Qui-quadrado (χ^2)	Df	<i>p</i>
DVSA-PT	878.660	66	<.001

A análise do KMO, que visa avaliar a intensidade da AFE, indica que o valor encontrado é excelente, uma vez que se encontra bastante próximo de 1 (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Valor do KMO da DVSA-PT

Escala	KMO
DVSA-PT	.939

Através da análise do KMO e do teste de esfericidade de *Bartlett* poderá referir-se que ambos os critérios sustentam a validade de conteúdo da escala em questão. Ambos os resultados vão de encontro aos resultados obtidos por Dienemann e colaboradores (2009),

cujo valor de KMO foi ligeiramente inferior (KMO=.862).

De seguida, procedeu-se à AFE, em concreto, à Análise de Componentes Principais, na qual existiu apenas um *eigenvalue* superior a 1, o que indica que todos os itens formaram um único fator. Este fator explicou 64.774% da variância explicada (cf. Tabela 5).

Tabela 5

Variância explicada da DVSA-PT

Componente	<i>Eigenvalue</i> Total	% da Variância
1	7.773	64.774

Este resultado não foi o esperado, uma vez que a escala teoricamente suporta três dimensões (Dienemann et al., 2009), podendo esta diferença estar relacionada com a adaptação cultural. Desta forma, posteriormente foi realizada uma AFE forçada a três fatores, com rotação *varimax*.

Face à AFE forçada a três fatores, verifica-se que o primeiro fator representa 64.774% da variância, o segundo 7.709% e o terceiro 5.686%, o que finaliza um total de 78.168% de variância cumulativa.

As saturações de fatores dos itens nos primeiros três fatores da matriz de componentes rotativa encontram-se representados na Tabela 6.

Tabela 6

Cargas fatoriais da DVSA-PT

Itens	Componentes		
	1	2	3
DVSA_14.1	.791	.170	.357
DVSA_14.2	.698	.490	.130
DVSA_14.3	.129	.201	.939
DVSA_14.4	.782	.398	.131
DVSA_14.5	.412	.733	.382
DVSA_14.6	.710	.502	.122
DVSA_14.7	.539	.561	.332
DVSA_14.8	.489	.755	.107
DVSA_14.9	.613	.624	.153

DVSA_14.10	.263	.871	.146
DVSA_14.11	.685	.338	.108
DVSA_14.12	.798	.309	.022

Através da observação da Tabela 6, foi possível constatar-se que no Fator 1 saturam seis itens, sendo quatro pertencentes à dimensão “Mudanças no relacionamento abusivo” (itens 14.1, 14.2, 14.4 e 14.6), um à dimensão “Saúde Mental” (item 14.11) e um à dimensão “Mudanças individuais” (item 14.12). No que concerne ao Fator 2, verifica-se que saturam cinco itens, sendo dois pertencentes à dimensão “Mudanças no relacionamento abusivo” (itens 14.5 e 14.8) e três à dimensão “Mudanças individuais” (itens 14.7, 14.9 e 14.10). Por fim, no Fator 3 satura unicamente um item referente à dimensão “Mudanças no relacionamento abusivo” (item 14.3).

Ainda através da análise dos dados, é possível observar-se que os fatores extraídos não reproduziram as dimensões do estudo original, encontrando-se os itens agrupados de forma distinta quando comparado ao agrupamento da autora da escala original (Dienemann et al., 2009), o que indica que o fenómeno de preparação para a mudança não é um conceito de fácil categorização e que esta compartimentação poderá ser utilizada apenas como recurso à facilitação da visualização de resultados. Esta divergência poderá ainda estar relacionada com o facto de a amostra ser inferior à do estudo original, bem como por ter sido realizada num país diferente do país de origem. Além do mais, apesar de uma dimensão não dever ser composta unicamente por um item, o mesmo verifica-se igualmente no estudo original que validou o instrumento.

No entanto, não obstante aos constrangimentos supramencionados, é de ressaltar que o instrumento apresenta uma percentagem de variância total superior a 50%.

De seguida, encontram-se analisadas as três novas dimensões geradas.

Dimensão 1

Esta dimensão é constituída por seis itens, que apresentam um valor de alfa de

Cronbach de .914 e explicam 64.774% da variância total (cf. Tabela 7).

Tabela 7

Dimensão 1

Itens	Cargas Fatoriais
14.1 – O que despoleta episódios de violência verbal, física e/ou sexual no/a seu/sua companheiro/a?	.791
14.2 – Como age para evitar a violência ou para a “abrandar”?	.698
14.4 – Quão preso/a está a este relacionamento?	.782
14.6 – Acha que deve ser leal a este relacionamento?	.710
14.11 – Como descreveria a sua saúde mental?	.685
14.12 – Quanto controlo tem relativamente ao dinheiro no seu relacionamento?	.798

Dimensão 2

Esta dimensão é constituída por cinco itens, que apresentam um valor de alfa de *Cronbach* de .927 e explicam 7.709% da variância total (cf. Tabela 8).

Tabela 8

Dimensão 2

Itens	Cargas Fatoriais
14.5 – Como descreveria a sua relação com o/a seu/sua companheiro/a?	.733
14.7 – Obteve ajuda para lidar com a violência do/a seu/sua companheiro/a?	.561
14.8 – Como vê o seu “verdadeiro eu” e as suas próprias necessidades?	.755
14.9 – Vê-se a si próprio/a com capacidade de cuidar de si e viver sem o/a seu/sua companheiro/a?	.624
14.10 – Que sentimentos tem agora acerca de si próprio/a e do seu relacionamento?	.871

Dimensão 3

Esta dimensão é constituída por um único item que explica 5.686% da variância total (cf. Tabela 9).

Tabela 9*Dimensão 3*

Item	Carga Fatorial
14.3 – Alguma vez solicitou ajuda à polícia e/ou tribunal contra o/a seu/sua companheiro/a?	.939

Conclui-se que, no que diz respeito à consistência interna de cada dimensão identificada, foram encontrados excelentes valores de alfa de *Cronbach*, o que indica bons índices de fiabilidade em todas as dimensões, à exceção da terceira dimensão que não apresenta nenhum valor de alfa de *Cronbach*, dada a existência de um único item, não podendo ser correlacionado com mais nenhum.

Validade divergente

A validade divergente corresponde ao grau em que determinada medida não se correlaciona com outras medidas, que supostamente deveriam divergir (Sánchez, 1999). A validade divergente foi estudada através da correlação entre os valores da escala DVSA-PT e da ESSS, dado que teoricamente os dois construtos destas escalas são paralelos. Para a análise de correlações, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*, uma vez que as variáveis em estudo são ordinais.

Para confirmar que os itens não estão relacionados entre si, procedeu-se ao cálculo de correlações de *Spearman*, cujos resultados demonstraram que não existem correlações significativas. Ademais, os valores de significância são praticamente todos superiores a .05, à exceção, da correlação entre o item 3 da DVSA-PT e o item 10 da ESSS ($p=.05$), entre o item 3 da DVSA-PT e o item 11 da ESSS ($p<.05$), entre o item 7 da DVSA-PT e o item 6 da ESSS ($p<.05$), entre o item 8 da DVSA-PT e o item 7 da ESSS ($p<.05$), entre o item 9 da DVSA-PT e o item 3 da ESSS ($p=.05$), entre o item 9 da DVSA-PT e o item 6 da ESSS ($p<.05$) e entre o item 9 da DVSA-PT e o item 7 da ESSS ($p<.05$).

Sensibilidade

A sensibilidade encontra-se relacionada com a estrutura da escala. De forma a determinar-se a sensibilidade da escala, realizou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, onde caso a significância seja igual ou superior a .05, a escala apresenta uma distribuição normal (Marôco, 2021). Após a realização do teste, verificou-se que a escala não apresenta uma distribuição normal (cf. Tabela 10). Isto pode dever-se ao facto de a maioria dos/as participantes já não se encontrar numa relação abusiva, pelo que as respostas tendem a centrar-se mais à direita na curva.

Tabela 10

Valor do teste de Kolmogorov-Smirnov

Escala	Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i>
DVSA-PT	<.001

Análise descritiva

Torna-se ainda fundamental proceder-se à realização de uma análise descritiva da escala, onde se apresente a média, o desvio-padrão e a variância encontrados para cada item, bem como para a escala em geral.

Desta forma, é possível verificar-se que as médias variam entre 3.57 e 4.36 e os desvios-padrão variam entre 1.012 e 1.973 (cf. Tabela 11).

Tabela 11

Análise descritiva dos itens da DVSA-PT

Item	Média	Desvio-Padrão
14.1 – O que despoleta episódios de violência verbal, física e/ou sexual no/a seu/sua companheiro/a?	4.00	1.350
14.2 – Como age para evitar a violência ou para a “abrandar”?	3.90	1.499
14.3 – Alguma vez solicitou ajuda à polícia e/ou tribunal contra o/a seu/sua companheiro/a?	3.57	1.973
14.4 – Quão preso/a está a este relacionamento?	4.27	1.012
14.5 – Como descreveria a sua relação com o/a seu/sua companheiro/a?	3.85	1.490

14.6 – Acha que deve ser leal a este relacionamento?	4.07	1.191
14.7 – Obteve ajuda para lidar com a violência do/a seu/sua companheiro/a?	3.79	1.517
14.8 – Como vê o seu “verdadeiro eu” e as suas próprias necessidades?	3.85	1.282
14.9 – Vê-se a si próprio/a com capacidade de cuidar de si e viver sem o/a seu/sua companheiro/a?	3.93	1.348
14.10 – Que sentimentos tem agora acerca de si próprio/a e do seu relacionamento?	3.76	1.523
14.11 – Como descreveria a sua saúde mental?	3.59	1.468
14.12 – Quanto controlo tem relativamente ao dinheiro no seu relacionamento?	4.36	1.070

No que concerne aos resultados obtidos relativamente à escala total, é possível verificar-se que a média é de 3.95, o desvio-padrão é de 1.177 e apresenta uma variância de 1.386 (cf. Tabela 12).

Tabela 12

Análise descritiva da DVSA-PT

Escala	Média	Desvio-padrão	Variância
DVSA-PT	3.95	1.177	1.386

Estágios de preparação para a mudança

Para além destes procedimentos estatísticos, foi ainda verificado em que estágios de preparação para a mudança se encontravam os/as participantes da presente investigação.

No que diz respeito aos resultados obtidos através da aplicação da DVSA-PT, constata-se que existe uma prevalência de vítimas que se encontram no estágio de manutenção (46.2%, $n=42$), como se pode verificar na Tabela 13.

Tabela 13

Estágios de preparação para a mudança

	Frequência	Percentagem
Pré-Contemplanção	3	3.3
Contemplanção	11	12.1
Preparação	15	16.5

Ação	20	22.0
Manutenção	42	46.2

Neste estudo, não existe grande presença de vítimas que se encontrem no estágio de Pré-Contemplação (3.3%, $n=3$). Isto poderá verificar-se possivelmente devido: (1) à maioria das vítimas neste estágio não se assumir como vítimas e por isso, não responderem ao questionário; (2) problemas na reflexão sobre o estágio em que efetivamente se encontram, face à minimização e/ou negação do fenómeno.

Influência do suporte social na preparação para a mudança

Relativamente a esta questão, foi realizada uma análise bivariada entre os estágios de preparação para a mudança recolhidos através da DVSA-PT e o suporte social recolhido através do questionário sociodemográfico.

Através desta análise constatou-se que existe uma tendência para a revelação da experiência de VRI, sendo que apenas 19 vítimas afirmaram não ter revelado a sua experiência abusiva. Observou-se que das vítimas que não possuíam qualquer rede de suporte social ($n=19$), a maioria se encontrava no estágio de Manutenção ($n=8$), o que vai de encontro à literatura, sendo que os indivíduos que tenham revelado a experiência abusiva e possuam suporte social encontram-se em estágios mais avançados (Flasch et al., 2019; Johnson & Johnson, 2014; Zapor et al., 2018). No entanto, este número poderá ser devido à maior percentagem de vítimas neste estágio.

Das 72 vítimas que demonstraram ter revelado a experiência de VRI, verificou-se que a rede de suporte informal foi a priorizada para a revelação e procura de ajuda. Estes resultados vão de encontro à literatura, onde as vítimas relatam recorrer essencialmente a redes de suporte informal para procurar ajuda (Battista et al., 2020; Freeland et al., 2018; Machado et al., 2016; Sylaska & Edwards, 2014; 2015).

Observou-se que as vítimas recorriam maioritariamente aos/às amigos/as ($n=45$) para a procura de ajuda, o que vai igualmente de acordo ao estudo de Shin e Park (2020). Foi

possível constatar-se que nesses casos as vítimas se encontravam essencialmente no estágio de Ação e de Manutenção, o que indica que as vítimas percecionam os/as amigos/as e familiares como auxiliares/as no processo de mudança e que, efetivamente, a sua ajuda é essencial neste processo. No que concerne à família alargada e aos/às colegas de trabalho, a maioria dos/as participantes não recorreu a esta rede de suporte, sendo que quem recorreu poderá apenas tê-lo feito após o término da relação, tal como indicam Evans e Feder (2014). Estes resultados foram de encontro ao esperado, dada a tendência de as vítimas não verem a necessidade de revelar a elementos com quem não tenham proximidade.

Algumas das vítimas deste estudo recorreram aos OPC's ($n=27$) e às instituições de apoio à vítima ($n=23$) com vista à procura de apoio, tendo apenas 12 participantes demonstrado ter recorrido a profissionais de saúde. Na literatura verifica-se igualmente que a maioria das vítimas não recorre com frequência a este tipo de suporte social (Battista et al., 2020; Freeland et al., 2018). Várias investigações referem que inúmeras vítimas preferem não recorrer a estes serviços por já terem sido revitimizadas por eles, bem como percecionam o apoio apenas como momentâneo (Coker et al., 2002; Dutra et al., 2013; Machisa et al., 2018; Mahapatro & Singh, 2020; Sylaska & Edwards, 2014).

Foi possível observar-se que, das vítimas que recorreram a esta rede de suporte, a grande maioria encontra-se nos estágios de Ação e de Manutenção, o que indica que a presença desta rede de suporte influencia no processo de mudança. Estes resultados são corroborados com várias investigações que indicam que a presença de rede de suporte formal auxilia no processo de preparação para a mudança (Battista et al., 2020; Johnson & Johnson, 2014; Sylaska & Edwards, 2014). Além disso, o facto de as vítimas que se encontram no estágio de Pré-Contemplação, não terem revelado a nenhum dos membros da rede de suporte formal, poderá advir da não compreensão do risco em que se encontram/encontravam, não vendo como necessidade a procura de ajuda neste tipo de recursos. No estudo de Zapor e

colaboradores (2018) e de Sylaska e Edwards (2015) verifica-se que as vítimas tendem a não recorrer a nenhum membro da rede de suporte formal devido à vergonha que sentem e/ou devido à negação do fenómeno, bem como ao facto de não reconhecerem a realidade da violência e o risco em que se encontram.

Foi ainda possível verificar-se que existe influência do nível percecionado de eficácia da ajuda recebida sobre a preparação para a mudança. Constatou-se que, apesar de a maioria dos/as participantes apenas considerarem que a ajuda recebida tenha sido “Algo eficaz”, os/as mesmos/as encontram-se em estágios avançados de mudança (Preparação, Ação e Manutenção). Nas respostas obtidas em que a ajuda foi percecionada como “Nada eficaz” verifica-se uma dispersão dos resultados; porém o número de respostas é bastante insignificante ($n=5$). Investigações como a de Zapor e colaboradores (2018) corroboram estes resultados, constatando-se que quando as vítimas se encontram satisfeitas com a eficácia da ajuda recebida, tendem a ser capazes de fazer mudanças.

Discussão

A VRI constitui-se como uma das formas mais comuns de violência, preservada ao longo das gerações, encontrando-se alicerçada em hábitos e práticas comuns que são legitimadas por tradições e culturas (Albanesi et al., 2021; Akter, 2020; Bonilla-Algovia & Rivas-Rivero, 2021; Dicola & Spaar, 2016).

A intervenção junto das vítimas torna-se extremamente dificultada devido ao espaçamento temporal entre os primeiros episódios abusivos e o ponto em que a vítima já não consegue suportar a violência (Park et al., 2020). A procura de ajuda é percecionada como um passo marcante no cessar do relacionamento, apresentando um impacto significativo (Alves et al., 2016; Park & Ko, 2020) e implicando um passo no processo de mudança.

O nível de preparação para a mudança é um indicador diretamente relacionado com o sucesso das intervenções terapêuticas. As vítimas que se encontrem mais envolvidas no

processo de mudança (encontrando-se em estágios mais avançados), são mais propensas a se envolverem na intervenção, o que facilitará resultados mais positivos e eficazes (Soleymani et al., 2018). Desta forma, a identificação do estágio de mudança auxilia no processo de intervenção, tornando-o mais adequado às necessidades da vítima e, conseqüentemente, mais eficaz (Bittencourt et al., 2012; González, 2012). Instrumentos de avaliação dos estágios de preparação para a mudança tornam-se, assim, úteis para a eficácia da intervenção.

Face à necessidade de instrumentos para esta temática, Dienemann e colaboradores (2002) desenvolveram a DVSA, um instrumento que proporciona essa avaliação, tendo sido reconhecida a sua utilidade para a revisão sistemática das dificuldades e dilemas pelas quais a maioria das vítimas passa (Dienemann et al., 2009) sendo, por esse motivo, um grande suporte no processo de intervenção.

Portugal ainda carece de instrumentos validados para a sua população no que toca a aspetos psicossociais, pelo que esta área se tem vindo a tornar numa nova área de investigação para profissionais, nomeadamente da área da Psicologia.

Dada a inexistência de instrumentos que vão ao encontro às especificidades da VRI na realidade portuguesa, esta investigação apresentou-se como um estudo preliminar para a aferição da DVSA, objetivando demonstrar a sua validade no que respeita à população de vítimas de VRI em Portugal, explorando as suas qualidades psicométricas. A realização de estudos preliminares desta tipologia, permitem a antecipação de obstáculos futuros, apresentando e/ou refutando questões empíricas acerca das temáticas em análise.

O processo de tradução de uma escala é muito mais complexo do que se traduzir unicamente os itens que a compõe. Envolve um conjunto de processos que têm de estar de acordo à cultura da população e vocabulário utilizado. Este processo seguiu critérios devidamente estabelecidos, o que facilitou desde logo a sua concretização. A versão final do instrumento traduzido e adaptado para a população portuguesa foi aprovada quer pelos/as

participantes do pré-teste quer pela autora original do instrumento, verificando-se a similaridade entre as duas versões, com poucas modificações realizadas.

Relativamente à análise da validade da DVSA para a população portuguesa, é possível depreender, através dos resultados obtidos na presente investigação que, na generalidade, este instrumento apresenta indicadores psicométricos aprazíveis, com características válidas e adequadas, passíveis de providenciar a avaliação dos estágios de preparação para a mudança, auxiliando a intervenção com as vítimas de VRI. Esta validação é tida como pertinente, uma vez que possibilita a avaliação e adequada intervenção em vítimas de um fenómeno tão prevalente e preocupante no nosso país. A escala DVSA pareceu ser a mais adequada, devido às dimensões que avalia, à sua fácil compreensão e ao seu reduzido tamanho, o que parece não enviesar as respostas devido a variáveis parasitas (e.g., cansaço).

Desta forma, ao assegurarmos as qualidades psicométricas da DVSA-PT para as vítimas de VRI, procura-se contribuir para a implementação deste instrumento no acompanhamento desta população.

Observou-se que, de modo geral, os/as participantes se encontram nos estágios de Ação e Manutenção, estágios avançados de mudança. Foram ainda abordadas questões relativas à influência do suporte social na preparação para a mudança, dado que a abordagem das redes de suporte social se demonstra útil na compreensão do processo de mudança. As redes de suporte social constituem-se como atenuadores das repercussões da VRI, propiciando a minimização de consequências físicas, psicológicas, emocionais, económicas, entre outros (Pedro et al., 2008). Ademais, a presença de redes de suporte social adequadas, promovem a aquisição de estratégias de enfrentamento, auxiliando a vítima no processo de solucionamento da situação abusiva (Mahapatro & Singh, 2020; Mahapatro et al., 2021). Foi evidenciada uma tendência para a revelação da experiência de VRI a algum membro da rede de suporte social, existindo uma propensão para que essa revelação e procura de ajuda seja realizada a membros

da rede de suporte informal, em especial, amigos/as e familiares. Relativamente à rede de suporte formal, constata-se que não é priorizada para a procura de ajuda. Adicionalmente, é evidenciado que quanto maior e mais eficaz for o suporte social, maior será a sua preparação para a mudança, sendo que os indivíduos que percecionem a eficácia da ajuda recebida como positiva, tendem a encontrar-se em estágios mais avançados de mudança.

A presente investigação, para além de colmatar as complicações práticas anteriormente referidas, através da tradução e adaptação da DVSA para a população portuguesa e futura aferição, poderá proporcionar um forte contributo igualmente para a investigação na área da identificação de estágios de preparação para a mudança.

Considerando os resultados da presente investigação, salienta-se a necessidade de disponibilizar formação adequada a membros da rede de suporte formal (e.g., OPC's, profissionais de saúde), capacitando-os, de forma a adequarem a intervenção com as vítimas. O objetivo passa por aumentar a procura de ajuda em serviços mais especializados.

Apesar dos resultados obtidos terem sido positivos, há que ressaltar algumas limitações que constrangeram o presente estudo. Em primeiro lugar, o tamanho e variabilidade da amostra. A presente investigação foi baseada numa amostra de apenas 91 participantes, constituindo-se como pouco representativa da população. Ademais, o reduzido número de participantes poderá ter enviesado em certa medida os resultados obtidos. Relativamente à variedade da amostra, constata-se que existe pouca diversidade ao nível do género e representação geográfica. Neste sentido, recomenda-se que, em investigações futuras, se recolha uma amostra mais alargada, como forma de abarcar uma maior variedade de indivíduos, objetivando alcançar valores mais representativos da população em estudo.

Outra das limitações encontradas vai de encontro à anterior, sendo o método de recolha de participantes. Devido à situação pandémica que vivenciamos, o método de recolha de dados foi limitado, sendo a amostra recolhida exclusivamente *online*, o que impossibilita o

alargamento da amostra, quer porque limita o acesso a pessoas pouco instruídas tecnologicamente, quer porque muitas vítimas se mostram reticentes em abordar um assunto que é tão delicado, mesmo com o fator da privacidade promovida pelo contexto *online*. Em função deste constrangimento sugere-se que, em estudos futuros, se procure modificar e/ou expandir as metodologias de recolha de dados, como por exemplo, através de entrevistas presenciais que, para além de permitir a observação por parte dos/as investigadores/as, permite ainda analisar de forma mais aprofundada as temáticas da preparação para a mudança e da influência do suporte social, bem como a relação entre ambas as variáveis.

A nível do procedimento estatístico, verificou-se a existência de duas limitações. Em primeiro lugar, deu-se a impossibilidade de realizar estudos que analisassem a validade concorrente, fruto da inexistência de instrumentos validados para a população portuguesa nesta temática. Em segundo lugar, existe uma limitação no que toca à manifestação de problemas psicométricos em alguns itens. Neste sentido, seria pertinente que em estudos futuros se procurasse compreender a causa destes problemas e se ponderasse a sua reformulação, substituição ou eliminação.

É ainda de realçar a necessidade de se desenvolverem projetos de validação e aferição de outros instrumentos que avaliem a preparação para a mudança para a população portuguesa, tendo em consideração a escassez de instrumentos e a pertinência do tema. Faz-se, igualmente, necessário que novas investigações surjam no âmbito do processo de preparação para a mudança, por ser uma temática com escassos estudos.

Referências Bibliográficas

- Aguiar, A. C., Almeida, L. N., Pernambuco, L., Palhano, D. B., Andrade, J. M., Behlau, M., & Almeida, A. A. (2018). Stages of readiness in patients with dysphonia: A proposal based on factor analysis using the URICA-V Scale. *Journal of Voice*, 34(4), 547–558. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.12.004>
- Akter, S. (2020). The link between a husband's trust in informal institutions and domestic violence against his wife: Evidence from Pakistan. *Journal of InterPersonal Violence*, 37(9-10), 654–678. <https://doi.org/10.1177/0886260520970309>
- Albanesi, C., Tomasetto, C., & Guardabassi, V. (2021). Evaluating interventions with victims of intimate partner violence: A community psychology approach. *BMC Women's Health*, 21(138), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01268-7>
- Ali, P. A., Dhingra, K., & McGarry, J. (2016). A literature review of intimate partner violence and its classifications. *Agression and Violent Behavior*, 31, 16–25. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.06.008>
- Alvarez-Lizotte, P., Bisson, S. M., Lessard, G., Dumont, A., Bourassa, C., & Roy, V. (2020). Young adults' view points concerning helpful factors when living in an intimate partner violence context. *Children and Youth Services Review*, 119, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105722>
- Alves, M. J. V., Manita, C., Caldas, I. M., Fernández-Martinez, E., Silva, A. G., Magalhães, T. (2016). Evolution and analysis of cultural and cognitive factors related with domestic violence against women. *Journal of InterPersonal Violence*, 34(3), 621–641. <https://doi.org/10.1177/0886260516645570>
- Ávila, A. C., Yates, M. B., Silva, D. C., Rodrigues, V. S., & Oliveira, M. S. (2016). Avaliação da autoeficácia e tentação em dependentes de cocaína/crack após tratamento com o modelo transteórico de mudança (MTT). *Aletheia*, 49(1), 74–88.

<https://bit.ly/3Lw0jOI>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2010). *Manual Alcipe: Para o atendimento de mulheres vítimas de violência* (2ª ed.). Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

<https://bit.ly/3wJaD12>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2012). *Violência Doméstica*. APAV.

<https://bit.ly/3qCsMdh>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2019a). *Estatísticas APAV: Crimes sexuais 2013–2018*. <https://bit.ly/3JOxiwS>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2019b). *Manual EMVA: Atendimento e encaminhamento de vítimas de violência doméstica e de género: Procedimentos & roteiro de recursos*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. <https://bit.ly/3iEMtg4>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2020). *Estatísticas APAV, Estatísticas em foco: Stalking*. <https://bit.ly/3DfT0Hq>

Backes, B. L., Fedina, L., & Holmes, J. L. (2020). The criminal justice system response to intimate partner stalking: A systematic review of quantitative and qualitative research. *Journal of Family Violence*, 35, 665–678. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00139-3>

Bailey, B., & Morris, M. C. (2018). Longitudinal associations among negative cognitions and depressive and posttraumatic stress symptoms in women recently exposed to stalking. *Journal of InterPersonal Violence*, 36(11–12), 5775–5794.

<https://doi.org/10.1177%2F0886260518807905>

Baragatti, D. Y., Rolim, A. C. A., Castro, C. P., Melo, M. C., & Silva, E. M. (2019). Rota crítica de mulheres em situação de violência: Revisão integrativa. *Pan American Journal of Public Health*, 43, 1–9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.34>

Barrett, B. J., Peirone, A., & Cheung, C. H. (2020). Help seeking experiences of survivors of intimate partner violence in Canada: The role of gender, violence severity, and social

- belonging. *Journal of Family Violence*, 35, 15–28.
<https://doi.org/10.1177/0886260515587669>
- Barter, C., Lanau, A., Stanley, N., Aghtaie, N., & Överlien, C. (2021). Factors associated with the perpetration of interpersonal violence and abuse in young people's intimate relationships. *Journal of Youth Studies*, 25(5), 547–563.
<https://doi.org/10.1080/13676261.2021.1910223>
- Battista, S. D., Paolini, D., Pivetti, M., Biondi, P., Balsamo, M., Carlucci, L., Cigliano, I. A., & Mazzoni, S. (2020). Emotional abuse among lesbian italian women: Relationship consequences, help-seeking and disclosure behaviors. *Journal of Gay & Lesbians Mental Health*, 25(2), 175–207. <https://doi.org/10.1080/19359705.2020.1843582>
- Bittencourt, S. A., Santos, P. L., & Oliveira, M. S. (2012). Motivação para mudança: Análise fatorial da URICA para hábitos alimentares. *Bragança Paulista*, 17(3), 497–505.
<https://doi.org/10.1590/S1413-82712012000300016>
- Bonilla-Algovia, E., & Rivas-Rivero, E. (2021). Intimate partner violence against women: a study on the beliefs of trainee teachers in Spain and Latin America. *International Journal of Psychological Research*, 14(2), 1–13.
<https://doi.org/10.21500/20112084.5103>
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Nemeth, J., Bartle-Haring, S., Buettner, C., & Schipper, D. (2012). Dating violence victimization across the teen years: Abuse frequency, number of abusive partners, and age at first occurrence. *BMC Public Health*, 12(637), 1–10.
<https://bit.ly/3TGNUfl>
- Both, L. M., Favaretto, T. C., & Freitas, L. H. M. (2019). Cycle of violence in women victims of domestic violence: qualitative analysis of OPD 2 interview. *Brain and Behavior*, 9(11), 18–29. <https://doi.org/10.1002/brb3.1430>
- Boughima, F. A., Razine, R., Benyaich, H., & Mrabet, M. (2018). The profile of women

- victims of domestic violence in Morocco. *La Revue de Médecine Légale*, 9(3), 96–102.
<https://doi.org/10.1016/j.medleg.2018.05.002>
- Breiding, M., Basile, K., Smith, S., Black, M., & Mahendra, R. (2015). *Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements – Version 2.0*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://bit.ly/3qGn4qT>
- Breiding, M. J., Basile, K. C., Kleven, J., & Smith, S. G. (2017). Economic insecurity and intimate partner and sexual violence victimization. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(4), 457–464. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.03.021>
- Brendlin, M., & Sheridan, L. (2019). Risk factors for severe violence in intimate partner stalking situations: An analysis of police records. *Journal of InterPersonal Violence*, 36(17-18), 7895–7916. <https://doi.org/10.1177/0886260519847776>
- Brown, H. (2018). Fictional power and control and the reality of abusive behaviour. *Journal of Gender Studies*, 27(4), 401–410. <https://doi.org/10.1080/09589236.2016.1223611>
- Burke, J. G., Mahoney, P., Gielen, A., McDonnell, K. A., & O'Campo, P. (2009). Defining appropriate stages of change for intimate partner violence survivors. *Violence and Victims*, 24(1), 36–51. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.24.1.36>
- Capaldi, D. M., Noble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner abuse*, 3(2), 231-280.
<http://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>
- Caridade, S., Saavedra, R., & Machado, C. (2012). Práticas de prevenção da violência nas relações de intimidade juvenil: Orientações gerais. *Análise Psicológica*, 3(1–2), 131–142. <https://doi.org/10.14417/ap.537>
- Carlos, D. M., Campeiz, A. B., Silva, J. L., Fernandes, M. I. D., Leitão, M. N. C., Silva, M. A. I., & Ferriani, M. G. C. (2018). Intervenções na escola para prevenção da violência nas relações de intimidade entre adolescentes: Revisão integrativa da literatura. *Revista*

- de *Enfermagem Referência*, 4, 133–146. <https://doi.org/10.12707/RIV17030>
- Carvalho, N. (2010). *Perfil psicológico das mulheres vítimas de violência doméstica e suas repercussões* [Master's thesis, CESPU]. Repositório CESPU. <https://bit.ly/3NrXUFV>
- Catallo, C., Jack, S. M., Ciliska, D., & MacMillan, H. L. (2012). Identifying the turning point: Using the transtheoretical model of change to map intimate partner violence disclosure in emergency department settings. *ISRN Nursing*, 2012, 121–149. <https://doi.org/10.5402/2012/239468>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Preventing intimate partner violence*. CDC. <https://bit.ly/3EXtmYV>
- Cervantes, M. V., & Sherman, J. (2019). Falling for the ones that were abusive: Cycles of violence in low-income women's intimate relationships. *Journal of InterPersonal Violence*, 36(13–14), 1–29. <https://doi.org/10.1177/0886260519829771>
- Cezario, A. C. F, Carvalho, L. L., Lopes, N. C., & Lourenço, L. M. (2015). A violência entre parceiros íntimos sob a perspectiva de homens vítimas de suas parceiras no Brasil. *Perspectivas en Psicología*, 12(2), 41–49. <https://bit.ly/3P0bT66>
- Chavis, A. Z., & Hill, M. S. (2009). Integrating multiple intersecting identities: A multicultural conceptualization of the power and control wheel. *Women & Therapy*, 32(1), 121–149. <https://doi.org/10.1080/02703140802384552>
- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., Mckeown, R. E., Bethea, L., & Davis, K. E. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 11(5), 465–476. <https://doi.org/10.1089/15246090260137644>
- Conselho da Europa. (2013). *Convenção do conselho da Europa para a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e a violência doméstica* (1ª ed.). Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. <https://bit.ly/3iPOuE>

- Costa, D., Hatzidimitriadou, E., Ioannidi-Kapolou, E., Lindert, J., Soares, J., Sundin, O., Toth, O., & Barros, H. (2015a). Intimate partner violence and health-related quality of life in European men and women: findings from the DOVE study. *Quality of Life Research*, 24(2), 463–471. <https://doi.org/0.1007/s11136-014-0766-9>
- Costa, D., Soares, J., Lindert, J., Hatzidimitriadou, E., Sundin, O., Toth, O., Ioannidi-Kapolo, E., & Barros, H. (2015b). Intimate partner violence: A study in men and women from six European countries. *International Journal of Public Health*, 60(4), 467–478. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0663-1>
- Deeke, L. P., Boing, A. F., Oliveira, W. F., & Coelho, E. B. S. (2009). A dinâmica da violência doméstica: Uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 248–258. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200008>
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover* (1st ed.). The Guilford Press.
- Dicola, D., & Spaar, E. (2016). Intimate Partner Violence. *American Family Physician*, 94(8), 646–651. <https://bit.ly/3OJrfvN>
- Dienemann, J., Campbell, J., Landenburger, K., & Curry, M. A. (2002). The domestic violence survivor assessment: A tool for counseling women in intimate partner violence relationships. *Patient Education and Counseling*, 46, 221–228. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(01\)00216-6](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00216-6)
- Dienemann, J., Glass, N., Hanson, G., & Lunsford, K. (2007). The domestic violence survivor assessment (DVSA): A tool for individual counseling with women experience intimate partner violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 913–925. <https://doi.org/10.1080/01612840701493493>
- Dienemann, J., Neese, J., & Lowry, S. (2009). Psychometric properties of the domestic

- violence survivor assessment. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(2), 111–118.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.05.002>
- Duarte, M. (2011). Violência doméstica e sua criminalização em Portugal: Obstáculos à aplicação da lei. *Sistema Penal & Violência*, 3(2), 1–12. <https://bit.ly/3iKJaUJ>
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp.326–349). Cambridge University Press.
- Dutra, M. L., Prates, P. L., Nakamura, E., & Villela, W. V. (2013). A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5), 1293–1304. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500014>
- Dutton, D. G., & Starzomski, A. J. (1997). Personality predictors of the Minnesota power and control wheel. *Journal of InterPersonal Violence*, 12(1), 70–82.
<https://doi.org/10.1177/08862609701200100>
- Dziewa, A., & Glowacz, F. (2022). Getting out from intimate partner violence: dynamics and processes: A qualitative analysis of female and male victims’ narratives. *Journal of Family Violence*, 37(4), 643–656. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00245-2>
- Eckstein, J. J. (2011). Reasons for staying in intimately violent relationships: Comparisons of men and women and messages communicated to self and others. *Journal of Family Violence*, 26(1), 21–30. <https://doi.org/10.1007/s10896-010-9338-0>
- Esteves, A., Cunha, M, Sá, V., Panyik, E., Ponte, F., Monteiro, D., Silva, C., & Fernandes, S. (2015). *Dos riscos à criminalidade* (1ª ed.). Universidade Católica Portuguesa.
<https://bit.ly/3K2fyyh>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Violência contra as mulheres: Um inquérito à escala da União Europeia*. <https://bit.ly/36ML30l>
- Evans, M. A., & Feder, G. S. (2014). Help-seeking amongst women survivors of domestic

- violence: A qualitative study of pathways towards formal and informal support. *Health Expectations*, 19(1), 62–73. <https://doi.org/10.1111/hex.12330>
- Feiteira, L. (2011). *Manual de Avaliação de Risco* (1ª ed.). Departamento de Investigação e Ação Penal de Lisboa.
- Fernández-Fuertes, A. A., & Fuertes, A. (2010). Physical and psychological aggression in dating relationships of Spanish adolescents: Motives and consequences. *Child Abuse & Neglect*, 34(3), 183–191. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.01.002>
- Ferrante, F. G., Santos, M. A., & Vieira, E. M. (2009). Violência contra a mulher: Percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface*, 13(31), 287–299. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400005>
- Ferraresso, R. (2020). Risk and protective factors associated with intimate partner violence in a nationally representative sample of korean men. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, 53(2), 135–142. <https://doi.org/10.3961/jpmph.19.292>
- Ferrari, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J., Howard, L., Howarth, E., Peters, T. J., Sardinha, L., & Feder, G. S. (2016). Domestic violence and mental health: A cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Global Health Action*, 9, 1–10. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29890>
- Fife, R. S., & Schrager, S. (2012). *Family violence: What health care providers need to know* (1st ed.). Jones & Bartlett Learning. <https://bit.ly/3Qmf9su>
- Fisher, D., Lang, K. S., & Wheaton, J. (2010). *Training professionals in the primary prevention of sexual and intimate partner violence: A planning guide* (1st ed.). National Center for Injury Prevention and Control. <https://bit.ly/3IMNo8X>
- Flasch, P., Fall, K., Stice, B., Easley, R., Murray, C., & Crowe, A. (2019). Messages to new survivors by longer-term survivors of intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 35, 29–41. <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00078-8>

Fonte, J. D., & Cruzado, J. A. (2021). El modelo transteórico y el ejercicio en supervivientes de cáncer de mama. *Clínica y Salud*, 32(3), 129–137.

<https://doi.org/10.5093/clysa2021a15>

Freeland, R., Goldenberg, T., & Stephenson, R. (2018). Perceptions of informal and formal coping strategies for intimate partner violence among gay and bisexual men. *American Journal of Men's Health*, 12(2), 302–312. <https://doi.org/10.1177/1557988316631965>

González, J. (2012). Psicoterapia ambulatoria con mujeres víctimas de violencia de pareja: Una propuesta desde el modelo transteórico del cambio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(113), 83–101. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000100007>

Goodman, L. A., & Smyth, K. F. (2011). A call for a social network-oriented approach to services for survivors of intimate partner violence. *Psychology of Violence*, 1(2), 79–92. <https://doi.org/10.1037/a0022977>

Gregory, A., Feder, G., Taket, A., & Williamson, E. (2017). Qualitative study to explore the health and well-being impacts on adults providing informal support to female domestic violence survivors. *BJM Open*, 7(3), 1–9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014511>

Guzzon, J. (2011). *Avaliação de mudança em mulheres vítimas de violência* [Graduation project, Universidade de Campinas]. Biblioteca Digital da PUC. <https://bit.ly/3iJflDP>

Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic Physician*, 9(9), 5212–5222.

<https://doi.org/10.19082/5212>

Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Edições Sílabo.

Hines, D. A., & Douglas, E. M. (2016). Relative influence of various forms of partner violence on the health of male victims: Study of a help seeking sample. *Psychology of*

- Men & Masculinity*, 17(1), 3–16. <https://doi.org/10.1037/a0038999>
- Imeri, H., Toth, J., Arnold, A., & Barnard, M. (2022). Use of the transtheoretical model in medication adherence: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 18(5), 2778–2785. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.07.008>
- James, D. V., & MacKenzie, R. D. (2017). Stalking and harassment. In J. R. Ireland, P. Birch, & C. A. Ireland (Eds.), *The Routledge international handbook of human aggression* (pp. 170–182). Routledge.
- Johnson, N. L., & Johnson, D. M. (2014). Correlates of readiness to change in victims of intimate partner violence. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma*, 22(2), 127–144. <https://doi.org/10.1080/10926771.2013.743939>
- Junior, I. J. F., & Calheiros, P. R. V. (2017). Motivação para mudança em usuários de drogas e justiça: Revisão de literatura. *Psicologia: Teoria e Prática*, 19(2), 60–72. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n2p60-72>
- Junior, I. J. F., Calheiros, P. R. V., & Crispim, P. T. B. (2018). Motivação para mudança no uso de substâncias entre usuários de drogas encaminhados pela justiça. *Trends in Psychology*, 26(3), 1363–1378. <https://doi.org/10.9788/TP2018.3-09Pt>
- Kimberlin, C. L., & Winterstein, A. G. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(23), 2276–2284. <https://doi.org/10.2146/ajhp070364>
- Laskey, P., Bates, E. A., & Taylor, J. C. (2019). A systematic literature review of intimate partner violence victimisation: An inclusive review across gender and sexuality. *Aggression and Violent Behavior*, 47(2019), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.02.014>
- Liang, B., Goodman, L., Tummala-Narra, P., & Weintraub, S. (2005). A theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate

- partner violence. *American Journal of Community Psychology*, 36(1–2), 71–84.
<https://doi.org/10.1007/s10464-005-6233-6>
- Ludwig, M. W. B. (2012). *Modelo transteórico de mudança de comportamento na síndrome metabólica: Intervenções e fatores preditivos de mudança* [Doctoral dissertation, Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. TEDE – Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da PUCRS. <https://bit.ly/3DhlL6B>
- Ludwig, M. W. B., Dutra, N. S., Boff, R. M., Feoli, A. M. P., Gustavo, A. S., Macagnan, F. E., & Oliveira, M. S. (2021). Intervention protocol based on transtheoretical model of behavior change for metabolic syndrome. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37, 1–12.
<https://doi.org/10.1590/0102.3772e37401>
- Macedo, J. P., Dimenstein, M., Sousa, H. R., Costa, A. P. A., & Silva, B. I. B. M. (2018). A produção científica brasileira sobre apoio social: Tendências e invisibilidades. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(2), 258–278.
<http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110206>
- Mach, J. L., Cantos, A. L., Weber, E. N., & Kosson, D. S. (2017). The impact of perpetrator characteristics on the completion of a partner abuse intervention program. *Journal of InterPersonal Violence*, 35(23–24), 5228–5254.
<http://dx.doi.org/10.1177/0886260517719904>
- Machado, A., Hines, D., & Matos, M. (2016). Help seeking and needs of male victims of intimate partner violence in Portugal. *Psychology, Men & Masculinity*, 17(3), 255–264.
<https://doi.apa.org/doi/10.1037/men0000013>
- Machado, C., Martins, C., & Caridade, S. (2014). Violence in intimate relationships: A comparison between married and dating couples. *Journal of Criminology*, 2014, 1–9.
<https://doi.org/10.1155/2014/897093>
- Machisa, M. T., Christofides, N., & Jewkes, R. (2018). Social support factors associated with

- psychological resilience among women survivors of intimate partner violence in Gauteng, South Africa. *Global Health Action*, 11(3), 1–9.
<https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1491114>
- Mahapatro, M., & Prasad, M. M. (2021). Role of popular media and breaking the cycle of domestic violence. *Journal of Public Affairs*, 1, 1–4. <https://doi.org/10.1002/pa.2618>
- Mahapatro, M., Prasad, M. M., & Singh, S. P. (2021). Role of social support in women facing domestic violence during lockdown of Covid-19 while cohabiting with the abusers: Analysis of cases registered with the family counseling centre, Alwar, India. *Journal of Family Issues*, 42(11), 2609–2624. <https://doi.org/10.1177%2F0192513X20984496>
- Mahapatro, M., & Singh, S. P. (2020). Coping strategies of women survivors of domestic violence residing with an abusive partner after registered complaint with the family counseling center at Alwar, India. *Journal of Community Psychology*, 48(3), 818–833.
<https://doi.org/10.1002/jcop.22297>
- Maldonado, A. I., & Murphy, C. M. (2020). Does trauma help explain the need for power and control in perpetrators of intimate partner violence? *Journal of Family Violence*, 36, 347–359. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00174-0>
- Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica: Compreender para intervir, guia de boas práticas para profissionais de saúde* (1ª ed.). Comissão para a cidadania e a igualdade de género. <https://bit.ly/3wIPfJm>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS statistics 27* (8ª ed.). ReportNumber.
- Martins, M. M., Viegas, P., Mira, R., Cotrim, D., Leote, R., Silva, A., Redondo, J., Montano, T., Castanho, A., Isidro, L., Gomes, M., Menezes, B., Oliveira, D., Oliveira, A. M., Manita, C., Matias, M., Neves, A., Fernandes, B., ... Abrunhosa, R. (2013). *Avaliação e gestão de risco em rede – Manual para profissionais: Para uma protecção efectiva das*

- sobreviventes de violência nas relações de intimidade* (1ª ed.). Associação de Mulheres Contra a Violência. <https://bit.ly/3QgqPwZ>
- Massena, A., Fernandes, C., Ravara, D., Ribeiro, F. M., Susano, H., Gago, L., Perquilhas, M., Guerra, P., & Pena, S. (2016). *Violência doméstica: Implicações sociológicas, psicológicas e jurídicas do fenómeno: Manual pluridisciplinar* (1ª ed.). Centro de Estudos Judiciários. <https://bit.ly/3JOH2Ma>
- Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher* [Doctoral dissertation, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <https://bit.ly/3Df9u2C>
- Mendes, J. M., Duarte, M., Araújo, P., & Lopes, R. (2013). Violência e relações de intimidade no ensino superior em Portugal: Representações e práticas. *Teoria e Sociedade*, 21(2), 87–112. <https://bit.ly/3qGVwS7>
- Miller, E., & McCaw, B. (2019). Intimate partner violence. *The New England Journal of Medicine*, 380(9), 850–857. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1807166>
- Minas, B. (2014). *A violência nas relações íntimas: Prevalência e estudo de relações com a confiança interpessoal e com a esperança*. [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <https://bit.ly/3IFisrb>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & Vet, H. C. W. (2012). *COSMIN checklist manual*. COSMIN. <https://bit.ly/3nHoK1b>
- Moleiro, C., Pinto, N., Oliveira, J. M., & Santos, M. H. (2016). *Violência doméstica: Boas práticas no apoio a vítimas LGBT: Guia de boas práticas para profissionais de estruturas de apoio a vítimas* (1ª ed.). Comissão para a cidadania e a igualdade de género. <https://bit.ly/36Sp1JN>
- Morais-Gonçalves, D., Lopes-Borges, S., & Gaspar, H. (2018). Reincidência, fatores de risco

- e avaliação de risco em vítimas de violência doméstica. *Global Social Work*, 8(15), 78–113. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i15.7424>
- Moreira, D., Moreira, D. S., Barbosa, F., Sousa-Gomes, V., & Fávero, M. (2021). Childhood traumatic experiences and psychopathy: A comprehensive review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001191>
- National Center for Injury Prevention and Control (2016). *Understanding teen dating violence: Fact sheet*. CDC.
- Nicolson, P. (2010). *Domestic violence and psychology: A critical perspective* (1st ed.). Taylor & Francis.
- Nicolson, P. (2019). *Domestic violence and psychology: Critical perspectives on intimate partner violence and abuse* (2nd ed.). Routledge.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stage of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143–154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: Ação e produção de evidência* (1^a ed.). Organização Mundial de Saúde. <https://bit.ly/3NrySqD>
- Orrego, S., Hincapié, G. M. S., & Restrepo, D. (2020). Mental disorders in the context of trauma and violence in a population study. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 49(4), 262–270. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2019.02.004>
- Pagliaro, S., Cavazza, N., Paolini, D., Teresi, M., Johnson, J. D., & Pacilli, M. G. (2021). Adding insult to injury: The effects of intimate partner violence spillover on the victim's reputation. *Violence Against Women*, 28(6-7), 1523–1541. <https://doi.org/10.1177%2F10778012211014566>
- Panaghi, L., Ahmadabi, Z., Ghahari, S., & Mohammadi, S. (2013). Social support, coping

- mechanisms and mental health of women suffering from spouse abuse. *Practice in Clinical Psychology*, 1(1), 9–15. <https://bit.ly/3F3Tode>
- Park, S., Bang, S., & Jeon, J. (2020). “This society ignores our victimization”: Understanding the experiences of Korean male victims of intimate partner violence. *Journal of InterPersonal Violence*, 36(23–24), 11658–11680. <https://doi.org/10.1177/0886260519900966>
- Park, S., & Ko, Y. (2020). Victims of intimate partner violence in South Korea: Experiences in seeking help based on support selection. *Violence Against Women*, 27(3–4), 320–338. <https://doi.org/10.1177/1077801220905638>
- Patten, S., Vollman, A., & Thurston, W. (2000). The utility of the transtheoretical model of behavior change for HIV risk reduction in injection drug users. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 11(1), 57–66. [https://doi.org/10.1016/S1055-3290\(06\)60422-6](https://doi.org/10.1016/S1055-3290(06)60422-6)
- Pedro, I. C. S., Rocha, S. M. M., & Nascimento, L. C. (2008). Social support and social network in family nursing: Reviewing concepts. *Revista Latino-am de Enfermagem*, 16(2), 324–327. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692008000200024>
- Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth Model*. Springer Publishing Company.
- Pereira, M. E., Azeredo, A., Moreira, D., Brandão, I., & Almeida, F. (2020). Personality characteristics of victims of intimate partner violence: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 52(2), 1359–1789. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101423>
- Pereira-Gomes, N., Erdmann, A., Rebouças-Gomes, N., Silva-Monteiro, D., Santos, R. M., & Menezes-Couto, T. (2015). Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. *Revista de Salud Pública*, 17(6), 823–835. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n6.36022>
- Pinho, L. G., Pereira, A., Chaves, C., & Rocha, M. L. (2017). Satisfação com o suporte social

- e qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 33–38. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0164>
- Prochaska, J. O. (1995). An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (pp. 403–440). The Guilford Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Training*, 19(3), 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 183–218. <https://bit.ly/3bOmumh>
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2013). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (8th ed.). Brooks Cole.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., & Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39–46. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.13.1.39>
- Quaresma, C. (2012). *Violência doméstica: Da participação da ocorrência à investigação criminal* (1^a ed.). Cadernos da Administração Interna Coleção Direitos Humanos e Cidadania. <https://bit.ly/3vmPY1Y>
- Rai, A., & Choi, Y. J. (2018). Socio-cultural risk factors impacting domestic violence among South Asian immigrant women: A scoping review. *Aggression and Violent Behavior*, 38, 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.12.001>

- Randall, M., & Venkatesh, V. (2015). The right to no: The crime of marital rape, women 's human rights, and international law. *Brooklyn Journal of International Law*, 41(1).
<https://bit.ly/3Dh5RJo>
- Rausa, B. A. (2008). Social support. In S. Loue & M. Sajatovic (Eds.), *Encyclopedia of aging and public health* (pp. 751–754). Springer Science & Business Media.
https://doi.org/10.1007/978-0-387-33754-8_410
- Rede de Intervenção na Área da Violência em Sintra. (2011). *Guia para o atendimento e intervenção em rede* (1ª ed.). Associação de Mulheres Contra a Violência.
<https://bit.ly/3Djgprz>
- Reis, G. G., & Nakata, L. E. (2010). Modelo transteórico de mudança: Contribuições para o coaching de executivos. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 11(1), 61–72.
<https://bit.ly/3IFN7Ex>
- Reisenhofer, S., & Taft, A. (2013). Women's journey to safety – the transtheoretical model in clinical practice when working with women experiencing intimate partner violence: A scientific review and clinical guidance. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 536–548. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.004>
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547–558. <https://bit.ly/3DjGSFi>
- Ribeiro, J. L. P. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social* (1ª ed.). Placebo Editora LDA. <https://bit.ly/3wNeZ7s>
- Rossi-Barbosa, L. A., Gama, A. C. C., & Caldeira, A. P. (2015). Associação entre prontidão para mudanças de comportamento e queixa de disfonia em professores. *CoDAS*, 27(2), 170–177. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20152013088>
- Sá, C. L. S. (2020). *A vitimação secundária na interação entre as vítimas de violência nas relações de intimidade e o sistema de justiça criminal* [Master's thesis, Faculdade de

Direito da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

<https://bit.ly/3bWj4hk>

Sabri, B., Nnawulezi, N., Njie-Carr, V. P. S., Messing, J., Ward-Lasher, A., Alvarez, C., & Campbell, J. C. (2018). Multilevel risk and protective factors for intimate partner violence among african, asian, and latina immigrant and refugee women: Perceptions of effective safety planning interventions. *Race and Social Problems*, 10, 348–365.

<https://doi.org/10.1007/s12552-018-9247-z>

Sádio, D. S. P. (2021). *O crime de violência doméstica e o estatuto da vítima* [Master's thesis, Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa]. Veritati.

<https://bit.ly/3P1NFaY>

Sánchez, F. J. S (1999). *Metodologia para la investigación em marketing y dirección de empresas* (1st ed.). Editorial Pirámide.

Sandoval-Jurado, L., Jiménez-Báez, M. V., Alcocer, G. R., Hernandez, O., & Espadas, F. G. P. (2017). Violencia de pareja: Tipo y riesgos en usuarias de atención primaria de salud en Cancún, Quintana Roo, México. *Atención Primaria*, 49(8), 465–472.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.013>

Sangeetha, J., Mohan, S., Hariharasudan, A., & Nawaz, N. (2022). Strategic analysis of intimate partner violence (IPV) and cycle of violence in the autobiographical text – When I Hit You. *Heliyon*, 8(6), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09734>

Sant'Anna, W. T., Mitsuhiro, S. S., Figlie, N. B., Diehl, A., Pillon, S. C., & Laranjeira, R. (2020). Relapse in involuntary substance treatment: A transversal study. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 49(4), 255–261. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.02.004>

Santonniccolo, F., Trombetta, T., & Rollè, L. (2021). The help-seeking process in same-sex intimate partner violence: A systematic review. *Sexuality Research and Social Policy*, 1, 1–21. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00629-z>

- Santos, A. C., Enéas, M. L. E., & Yoshida, E. M. P. (2012). Estágios de mudança: Correlação entre duas formas de avaliação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(3), 134–139.
<https://bit.ly/35grFIE>
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127–139. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 399(10327), 803–813.
[https://doi.org/10.1016/S140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/S140-6736(21)02664-7)
- Scott, H. (2018). Extending the Duluth model to workplace bullying: A modification and adaptation of the workplace power-control wheel. *Workplace Health & Safety*, 66(9), 444–452. <https://doi.org/10.1177%2F2165079917750934>
- Shin, N., & Park, E. (2020). The influence of informal support on battered women's use of formal services. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(9), 1203–1219.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1867278>
- Shurman, L. A., & Rodriguez, C. M. (2006). Cognitive-affective predictors of women's readiness to end domestic violence relationships. *Journal of InterPersonal Violence*, 21(11), 1417–1439. <https://doi.org/10.1177/0886260506292993>
- Siddharthan, S., Quadri, S. A., Kanji, M. A., Naing, N. N., Sowmya, R., & Huq, M. Z. U. A. (2021). Transtheoretical model of behavioural change. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 13(2), 344–347.
<https://doi.org/10.31838/ijpr/2021.13.02.081>
- Silva, P., & Santos, A. (2016). Violência nas relações de intimidade: As percepções das vítimas sobre os procedimentos policiais e judiciais, redes formais de apoio e a

sintomatologia associada. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 1(10), 83–116.

<https://bit.ly/3rZDyuF>

Silva, S. A., Lucena, K. D. T., Deininger, L. S. C., Coelho, H. F. C., Vianna, R. P. T., &

Anjos, U. U. (2015). Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. *Journal of Human Growth and Development*, 25(2), 182–186.

<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.103009>

Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social.

Psicologia em Estudo, 13(2), 381–388. [https://doi.org/10.1590/S1413-](https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200021)

[73722008000200021](https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200021)

Sistema de Segurança Interna. (2022). *Relatório Anual de Segurança Interna – Ano 2021*.

<https://bit.ly/3bk2QhG>

Soleymani, S., Britt, E., & Wallace-Bell, M. (2018). Motivational interviewing for enhancing

engagement in intimate partner violence (IPV) treatment: A review of the literature.

Aggression and Violent Behavior, 40, 119–127.

<https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.05.005>

Stylianou, A. M. (2018). Economic abuse experiences and depressive symptoms among

victims of intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 33, 381–392.

<https://doi.org/10.1007/s10896-018-9973-4>

Sylaska, K. M., & Edwards, K. M. (2014). Disclosure of intimate partner violence to informal

social support network members: A review of the literature. *Trauma, Violence, &*

Abuse, 15(1), 3–21. <https://doi.org/10.1177/1524838013496335>

Sylaska, K. M., & Edwards, K. M. (2015). Disclosure experiences of sexual minority college

student victims of intimate partner violence. *American Journal of Community*

Psychology, 55(3–4), 326–335. <https://doi.org/10.1007/s10464-015-9717-z>

Vameghi, R., Akbari, S. A. A., Majd, H. A., Sajedi, F., & Sajjadi, H. (2018). The comparison

- of socioeconomic status, perceived social support and mental status in women of reproductive age experiencing and not experiencing domestic violence in Iran. *Injury & Violence*, 10(1), 35–44. <http://doi.org/10.5249/jivr.v10il.983>
- Velásquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual* (1st ed.). The Guilford Press.
- Ventura, M. C. A. A., Frederico-Ferreira, M. M., & Magalhães, M. J. S. (2013). Violência nas relações de intimidade: Crenças e atitudes de estudantes do ensino secundário. *Referência – Revista de Enfermagem*, 3(11), 95–103. <http://dx.doi.org/10.12707/RJIII12120>
- Vieira, P. R., Garcia, L. P., & Maciel, E. L. N. (2020). Isolamento social e o aumento da violência doméstica: O que isso nos revela?. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, 1–5. <https://doi.org/10.1590/1980-5497202000033>
- Vieira-Pinto, P., Muñoz-Barús, J. I., Taveira-Gomes, T., Vidal-Alves, M. J., & Magalhães, T. (2022). Prosecutorial decision-making regarding offenders’ social reintegration programs in intimate partner violence cases, a portuguese study. *PloS ONE*, 17(6), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269820>
- Walker, L. E. (1979). *The battered women* (3rd ed.). Springer Publishing Company.
- Walker, L. E. (2009). *The battered women syndrome* (3rd ed.). Harper & Row.
- Wilcox, T., Greenwood, M., Pullen, A., Kelly, A. O., & Jones, D. (2020). Interfaces of domestic violence and organization: Gendered violence and inequality. *Gender, Work & Organization*, 28(2), 701–721. <https://doi.org/10.1111/gwao.12515>
- World Health Organization. (2012). *Understanding and addressing violence against women, intimate partner violence*. WHO. <https://bit.ly/3Ku2hh8>
- Yakubovich, A. R., Stockl, H., Murray, J., Melendez-Torres, G. J., Steinert, J. I., Glavin, C. E. Y., & Humphreys, D. K. (2018). Risk and protective factors for intimate partner

violence against women: Systematic review and meta-analyses of prospective – longitudinal studies. *American Journal of Public Health*, 108(7), 1–11.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304428>

Yoshida, E. (2002). Escala de estágios de mudança: Uso clínico e em pesquisa. *Psico-USF*, 7(1), 59–66. <https://bit.ly/3mSzaKV>

Young, N. A., Waugh, C. E., Minton, A. R., Charles, S. T., Haase, C. M., & Mikels, J. A. (2021). Reactive, agentic, apathetic, or challenged? Aging, emotion, and coping during the COVID-19 pandemic. *The Gerontological Society of America*, 61(2), 217–227.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnaa196>

Zamora, R., Muñoz-Cobos, F., Varo, M. L., Rodríguez, A. C., Carretero, M. L., Fraile, I. O., Ruiz, J. R., & Bravo, M. V. (2012). Modelo de estadios de cambio: Compatibilidad con relatos biográficos de mujeres que sufren violencia doméstica. *Anales de Psicología*, 28(3), 805–822. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.156081>

Zapor, H., Wolford-Clevenger, C., & Johnson, D. M. (2018). The association between social support and stages of change in survivors of intimate partner violence. *Journal of InterPersonal Violence*, 33(7), 1051–1070.

<http://dx.doi.org/10.1177/0886260515614282>

Anexo A
Caraterísticas sociodemográficas dos/as participantes

	N	%		N	%
Sexo/Identidade de género			Nível de Estudos		
Masculino	16	17,6	Estudos primários/ 1º ciclo	5	5,5
Feminino	75	82,4	2º e 3º ciclo	13	14,3
Nacionalidade			Secundário	20	22,0
Portuguesa	83	91,2	Formação profissional	6	6,6
Brasileira	3	3,3	Licenciatura	33	36,3
Espanhola	2	2,2	Mestrado e/ou Doutoramento	14	15,4
Indiana	1	1,1			
Ucraniana	1	1,1	Situação afetiva/amorosa atual		
Zimbabweana	1	1,1	Solteiro/a	18	19,8
Região onde vive			Numa relação afetiva (namoro)	28	30,8
Norte	56	61,5	Relação casual/relações casuais sem compromisso	5	5,5
Centro	7	7,7	União de facto	7	7,7
Lisboa	14	15,4	Casado/a	12	13,2
Alentejo	3	3,3	Separado/a	3	3,3
Algarve	6	6,6	Divorciado/a	16	17,6
Região Autónoma dos Açores	1	1,1	Viúvo/a	2	2,2
Região Autónoma da Madeira	4	4,4	Violência Física *	41	45,1
Atividade Principal			Violência Emocional *	78	85,7
Estudante universitário	27	29,7	Violência Social *	56	61,5
Estudante do secundário	1	1,1	Violência Sexual *	35	38,5
Estudante de curso técnico profissional/formação	2	2,2	Violência Financeira *	33	36,3
Trabalhador/a	43	47,3	Perseguição *	35	38,5
Desempregado/a	12	13,2	Violência no relacionamento		
Reformado/a	4	4,4	Atual	17	18,7
Outro/a	2	2,2	Numa relação do passado	74	81,3

Acompanhamento Psiquiátrico *	24	26,4	Espancado/a, com queimaduras, ossos fraturados, nódos negros profundas e outros ferimentos graves	2	2,2
Acompanhamento Psicológico *	40	44,0	Espancado/a ou sufocado/a, com ferimentos graves na cabeça ou múltiplos ferimentos, até alguns problemas de saúde permanentes	0	0
Acompanhamento pelo Médico de Clínica Geral *	13	14,3	Gravidade extrema devido a um ferimento de arma de fogo ou sendo estrangulado/a ou espancado/a	0	0
Sem acompanhamento *	41	45,1	Violência sexual (últimos 12 meses) *	10	11,0
Acompanhamento devido a episódios de VRI			Frequência da violência		
Psicológico	15	16,5	Nunca	5	5,5
Psiquiátrico	6	6,6	Menos de uma vez por mês ou apenas uma vez	11	12,1
Psicológico e Psiquiátrico	7	7,7	Uma vez por mês	10	11,0
Não	63	69,2	Uma vez por semana	15	16,5
Gravidade da violência emocional (últimos 12 meses)			Duas vezes por semana	10	11,0
Já não se encontra num relacionamento abusivo *	61	67,0	Diariamente ou quase diariamente	40	44,0
Nenhuma gravidade *	4	4,4	Sessões de aconselhamento *	18	19,8
Crítica frequente *	18	19,8	Revelação das experiências de violência sofrida		
Ridicularização *	16	17,6	Não revelou a ninguém *	19	20,9
Rebaixado/a em frente de outras pessoas/ isolamento *	12	13,2	Instituição de apoio à vítima *	23	25,3
Humilhação *	12	13,2	Familiares *	36	39,6
Medo/pavor e/ou ameaçado/a com arma *	4	4,4	Família alargada *	7	7,7
Gravidade da violência física (últimos 12 meses)			Amigos/as *	45	49,5
Já não se encontra num relacionamento abusivo	61	67,0	Colegas de trabalho *	5	5,5
Nenhuma gravidade	22	24,2	Profissionais de saúde *	12	13,2
Batido/a, esbofeteado/a e/ou empurrado/a, mas sem ferimentos ou dor a longo prazo	3	3,3	OPC *	27	29,7
Cortes ou feridas de socos e pontapés, com dores a longo prazo	3	3,3			

Reação à revelação		
Não fez/não fizeram nada *	8	8,8
Ajudou/ajudaram *	47	51,6
Acreditou/acreditaram *	51	56,0
Castigou/castigaram *	0	0
Denunciou/denunciaram aos OPC, entre outros *	10	11,0
Levou/levaram a profissional de saúde *	6	6,6
Não revelou a ninguém *	18	19,8
Julgaram *	2	2,2
Eficácia da ajuda recebida		
Nada eficaz	5	5,5
Algo eficaz	27	29,7
Muito eficaz	16	17,6
Bastante eficaz	15	16,5
Não recebeu ajuda	28	30,8
Queixa/Denúncia		
Suspensão Provisória do Processo *	2	2,2
Não apresentou *	58	63,7
Processo a decorrer *	15	16,5
Condenado/a com pena suspensa *	1	1,1
Condenado/a com pena efetiva *	0	0
Condenado/a a pagar uma multa *	1	1,1
Processo arquivado *	9	9,9
Retirada *	4	4,4
Ilibado/a	1	1,1

Anexo B

Consentimento informado e formulário de respostas

Link de acesso:

https://docs.google.com/forms/d/1KUvrM98HTOoTV6NDG_tpSmgljitiB2t6vmWvZ3zRbE8/edit

Mais informações podem ser solicitadas à autora da presente dissertação

Anexo C

Exemplo de e-mail enviado a organizações com pedido de colaboração

Assunto: Pedido de Colaboração em Investigação

Exmos./as. Senhores/as,

No âmbito do Observatório da Sexualidade, UNIDEP, aliado à dissertação intitulada de “*Violência nas Relações de Intimidade: estudo piloto de aferição da DVSA para a população portuguesa*”, a ser realizada pela aluna Rita Oliveira, na Universidade da Maia, sob orientação da Professora Doutora Marisalva Fávero e da Professora Doutora Valéria Gomes, vimos por este meio solicitar a vossa colaboração no preenchimento e divulgação de um questionário de investigação.

O referido questionário, cujo link encontra-se no final desta carta, deverá ser preenchido por indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, que esteja a ser ou tenha sido vítima de violência nas relações de intimidade.

Esta investigação tem como objetivo analisar os diferentes aspetos da violência nas relações de intimidade, procurando compreender as suas características, a motivação para mudança e a satisfação com o suporte social.

Reconhecendo o envolvimento direto da *Associação Projecto Criar* nesta temática, solicitamos a vossa colaboração no sentido de acedermos às respostas das vítimas de violência nas relações de intimidade.

O preenchimento deste questionário é anónimo e é garantido aos/às participantes que os dados recolhidos serão mantidos com a máxima confidencialidade, respeitando os princípios éticos e deontológicos da investigação em Psicologia. Solicitamos que, caso seja possível, auxiliem as vítimas, caso estas não tenham essa facilidade, no preenchimento do mesmo, e/ou nos reportem essas situações, para auxiliarmos no processo.

Os resultados dos dados recolhidos serão analisados e, se assim o desejarem, posteriormente poderemos apresentar-vos as conclusões para vossa análise e reflexão.

Assim, e caso seja possível a vossa colaboração, segue o link do questionário em questão: <https://forms.gle/1o5tgBDyjSZBpnzj9>

Agradecemos desde já a vossa atenção e disponibilidade, ficando a aguardar uma resposta. Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos via e-mail ou através de contacto telefónico.

Com os melhores cumprimentos,

Marisalva Fávero (mfavero@ismai.pt) e Valéria Gomes (vgomes@ismai.pt) (Coordenadoras)
Rita Oliveira

A033041@ismai.pt

ritaffoliveira@hotmail.com

+351915519616

Mestrado em Psicologia Clínica Forense – Intervenção com Agressores e Vítimas