



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**Mudanças Ocorridas na Violência
Doméstica Contra as Mulheres: Conhecimentos,
Opiniões e Sentimento de Preparação
dos Profissionais**

DIANA VERÓNICA RODRIGUES PINTÉUS

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ HENRIQUE PINHEIRO ORNELAS

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ HENRIQUE PINHEIRO ORNELAS

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2015

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Professor Doutor José Henrique Pinheiro Ornelas,
apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção do
grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os que contribuíram para a realização desta dissertação de mestrado, tornando-a numa experiências tão positiva e enriquecedora.

Ao Professor Doutor José H. Ornelas, que tornou possível a concretização desta dissertação. Por me ter permitido e incentivado a arriscar sempre e procurar saber mais.

À Mestre Raquel Cardoso pelas palavras de força e incentivo, bem como por todo o conhecimento transmitido. À Doutora Maria João pela orientação prestada e tempo disponibilizado.

Aos meus colegas de Seminário de Dissertação pelo companheirismo, sugestões e dicas para a concretização deste trabalho. Ao “grupo” pela partilha. Um agradecimento muito especial à Rafaela e à Rita pela presença e ajuda mútua ao longo deste percurso.

À minha família, minha mãe, meu pai, minha avó, pela confiança depositada em mim e pelo orgulho demonstrado. Ao Diogo pelo seu constante apoio, carinho e paciência. Por me acompanhar sempre. À Andreia por permanecer e ser fonte de coragem.

Por fim, mas não menos importante, a todos os participantes deste estudo, pela sua colaboração, sem eles não seria possível.

Um muito obrigado a todos os que, das mais diversas formas, fizeram parte desta caminhada.

Resumo

Este trabalho propõe-se a explorar, através de uma metodologia quantitativa, as mudanças ocorridas na violência doméstica contra as mulheres, pelos profissionais que lidam direta ou indiretamente com a problemática.

Foi recolhida uma amostra de 585 participantes de diversas áreas que lidam direta ou indiretamente com a violência doméstica contra a mulher, através de um questionário *online* destinado a medir o conhecimentos e práticas dos profissionais dos meios de serviço para detetar e gerir os casos de violência doméstica contra as mulheres, composto por cinco secções, dados sociodemográficos, formação, conhecimentos, opiniões e questões práticas.

Através da análise dos dados recolhidos os principais resultados revelaram que existe diferenças entre os grupos das áreas de formação com o conhecimento específico em violência doméstica, que o número de horas de formação dos profissionais se correlaciona com o conhecimento dos mesmos em violência doméstica contra as mulheres, o que por sua vez se vai correlacionar com o seu sentimento de preparação. Ainda o sentimento de preparação vai influenciar a qualidade das opiniões e o género apresenta diferença entre os grupos no que toca à opinião.

O presente estudo representa um passo importante no sentido de melhor compreender os conhecimentos e opiniões dos profissionais que lidam com a violência doméstica contra as mulheres.

Palavras-chave: Mudança; Violência Doméstica; Sobreviventes; Profissionais; Conhecimento; Opiniões

Abstract

Trough out a quantitative methodology, this work explores the changes occurred on domestic violence against women, by professionals who deal directly or indirectly whit this problem.

It was collected a sample of 585 participants, from a different areas who deal with the domestic violence against women, through a questionnaire online intending to measure the professional's knowledge and practice in order to detect and run the domestic violence against women cases, structured in five sections, social demographic data, formation, knowledge, opinions and practical questions.

From the analysis of the collected data de main results revealed that there are differences among the formation area groups with specific knowledge on domestic violence, that the number of professional's formation hours is correlated with they're preparation feeling. Still the preparation feeling will influence the opinions quality and the gender reveals differences among groups concerning the opinions.

The represent study represents an important step to a better understanding of the professional's who deal with domestic violence against women, knowledge and opinions.

Keywords: Change; Domestic Violence; Women; Survivors; Professionals; Knowledge; Opinions

Índice

Introdução	1
Revisão de literatura	3
Mudanças na Violência Doméstica e Formação	3
Violência Doméstica, Conhecimento e a Saúde	10
Violência Doméstica, Conhecimento e a Justiça	13
Método	16
Objetivo do estudo e questões de investigação	16
Delineamento	16
Instrumento	17
Participantes	18
Procedimento	20
Resultados	21
Discussão	31
Conclusão	36
Referências	40
ANEXOS	48
Anexo A – Instrumento - PREMIUS	48
Anexo B - Instrumento traduzido	56
Anexo C - Estatística descritiva da amostra	74
Anexo D – Estatística descritiva dos dados	78
Anexo E – Testa da Normalidade	80

Anexo F – Médias de Ordens	81
Anexo G – Tabela Frequências	82
Anexo H – Teste da Normalidade e Homogeneidade de Variâncias	84
Anexo J - Médias de Ordens	85

Índice Tabelas

Tabela 1 – Secções do questionário	18
Tabela 2 – Estatística descritiva dos dados sociodemográficos	19
Tabela 3 – Análise descritiva das variáveis	21
Tabela 4 – Área Segurança e Justiça	22
Tabela 5 – Área Proteção e Integração Social	22
Tabela 6 – Área Saúde	23
Tabela 7 - Coeficiente de Correlação de Pearson	25
Tabela 8 – Teste ANOVA	25
Tabela 9 - Modelo	26
Tabela 10 - Teste de Coeficiente de Regressão	26
Tabela 11 - Coeficiente de Correlação de Pearson	27
Tabela 12 – Teste ANOVA	27
Tabela 13 - Modelo	28
Tabela 14 - Teste de Coeficiente de Regressão	28

Tabela 15 – Teste ANOVA	29
Tabela 16 - Modelo	29
Tabela 17 – Teste de Coeficiente de Regressão	30

Índice Figuras

Figura 1 - Teste Kruskal-Wallis	24
Figura 2 - Teste Mann Withney	31

Introdução

É erro vulgar confundir o desejar com o querer.

O desejo mede os obstáculos, a vontade vence-os.

(Alexandre Herculano)

O presente trabalho enquadra-se no âmbito de uma tese de Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área Clínica. A questão levantada por este estudo tem uma natureza prática de intervenção e faz parte de uma investigação de maior dimensão a ser presentemente desenvolvida no ISPA-IU.

A violência doméstica, nomeadamente a violência contra as mulheres pelos seus parceiros, deixou de ser um fenómeno privado para ser visto de forma pública e com intolerância. A violência contra as mulheres pelos seus parceiros atravessa sociedades e culturas, sendo já considerado um problema de saúde pública (Amoakohene, 2004; Lehrner & Allen, 2009; Husso et al., 2012).

A violência doméstica é um problema que acarreta significativos estigmas sociais e só recentemente foi definida como uma questão de saúde (Buzawa & Buzawa, 2002; Allen, Lehrner & Mattisson, 2007).

Portugal, nos últimos anos tem assistido a uma mudança de perspetiva no que toca a esta temática, o que leva para a necessidade de abordar a mesma como um problema social (Cardoso & Ornelas, 2013). As mudanças necessárias são vastas e vão desde a mudança social, de respostas dos serviços, i.e., interdependência entre os serviços, aumento das respostas e adequação das mesmas, formação dos profissionais e informação dada pelos meios de comunicação, ou seja, quer seja através da criação de nova legislação ou de intervenções com os mais diversos modelos de aplicação (Bybee & Sullivan, 2002; Lehrner & Allen, 2009).

Atualmente existem, no nosso país, vários núcleos de atendimento, acompanhamento e orientação das sobreviventes de violência doméstica, entre eles as organizações não governamentais e a CIG (Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género) que desde a sua criação que tem-se debatido pela igualdade e direitos das mulheres (Dias, 2010).

As mulheres com parceiros violentos procuram ativamente uma ampla variedade de recursos na comunidade, tentando resolver as suas necessidades através de uma ampla variedade de domínios sendo fundamental reconhecer a realidade dos serviços para melhorar e implementar medidas mais eficazes, que respondam às necessidades que as mulheres apresentam (Allen & Sullivan, 2004).

A formação em violência doméstica contra as mulheres como via de aumentar o conhecimento dos profissionais tem falhado o que afeta a intervenção com as sobreviventes (Stover & Lent, 2014).

A maioria da investigação realizada até então tem-se focado na opinião das mulheres sobreviventes de violência por parte dos seus parceiros, levando assim à necessidade de se perceber as mudanças efetivas destes serviços através das respostas dos profissionais. Propõe-se, portanto, avaliar as mudanças sociais ao nível do trabalho com sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres. Através de uma metodologia quantitativa, pretende-se investigar as principais mudanças sociais no âmbito da violência doméstica nos profissionais que trabalham com a problemática, direta ou indiretamente.

O estudo em apreço encontra-se estruturado em cinco secções. Nomeadamente, introdução, revisão da literatura, método, resultados, discussão e conclusão. Explicitando, na primeira secção, Introdução, em que se apresenta a temática em estudo, assim como os principais objetivos do estudo. Na segunda secção é apresentada a revisão da literatura, abordando-se temas relevantes para a presente investigação. Na terceira secção, apresenta-se a metodologia, objetivos do estudo e questões levantadas por esta investigação, o delineamento, o instrumento utilizado, uma caracterização geral das participantes e os procedimentos que foram utilizados para a recolha e análise dos dados. Na quarta secção, encontram-se os resultados do estudo. A quinta secção, discussão e conclusão, consiste na discussão dos resultados e por último a conclusão onde se apresenta as principais conclusões do estudo, limitações, assim como sugestões para futuras investigações.

Revisão da literatura

Mudanças na Violência Doméstica e Formação

A violência doméstica passou a ser reconhecida como um problema social com dimensões internacionais a partir dos finais dos anos sessenta e princípio dos anos setenta, através dos movimentos de libertação das mulheres. Após esta fase as mulheres começaram a falar sobre a violência nas suas vidas privadas e iniciou-se o movimento das mulheres maltratadas, que foram para além dos movimentos de defesa dos direitos humanos e para fora dos movimentos de libertação femininos sendo o ponto de partida para uma análise da violência contra as mulheres numa perspetiva que assentava em causas sociais e políticas. Se esse tipo de violência tem como causa as relações sociais de poder e de dominação então pode ser redefinido como um “*problema social*”, exigindo assim uma reflexão de como a sociedade está organizada face a este problema e uma resposta global dos diversos serviços existentes (Bybee & Sullivan, 2002; Allen, Bybee & Sullivan, 2004; Lehrner & Allen, 2009; Liang et al., 2005; Goodkin, Sullivan & Bybee, 2004; Husso et al., 2012).

Em Portugal só a partir da década de oitenta é que a violência doméstica foi identificada como um “*problema social*”. Já na década de noventa, com a criação de legislação especificamente voltada para as sobreviventes de violência doméstica, Portugal passou assim, a dar resposta não só a um “*problema social*” cuja consciencialização dos seus efeitos nas sobreviventes e nas famílias onde ocorre é crescente, como foi ao encontro de um conjunto de recomendações europeias desenvolvidas neste domínio (Dias, 2000).

A mudança relativamente à violência doméstica tem-se notado e a sociedade tem feito um esforço para aumentar a sua capacidade de resposta ao mesmo. Adaptar os serviços que dão resposta às necessidades das sobreviventes é fundamental para que estas respostas sejam cada vez mais funcionais e úteis. No entanto, os serviços ainda têm uma resposta limitada para com as sobreviventes de violência doméstica. Desta forma, medir o progresso e alcançar a mudança sustentável dos sistemas é efetivamente um grande desafio que necessita de uma implementação de novos programas, novas políticas e diferentes estruturas para apoiar os resultados, sendo assim importante identificar que pessoas, acontecimentos e ambientes contribuem para realizar transformações a longo prazo nos sistemas e criar novas soluções (Allen, Bybee & Sullivan, 2004; Cardoso & Ornelas, 2013).

A violência doméstica é um comportamento abusivo por parte de um indivíduo em direção a outro. Paralelamente a isto, é descrita como um fenómeno que compromete gravemente a integridade física, psicológica, sexual e económica e é fundamentada por atos verbais como forma de atemorizar a vítima, e comprometer a liberdade da vítima no seio familiar como forma de autocontrolo criando um desequilíbrio de poder entre os parceiros. Percebe-se então que esta problemática é um problema de saúde pública com grande magnitude e complexidade (Bostock et al. 2009; Soares & Cláudio, 2010; Banks & Fedewa, 2011; Cardoso & Ornelas, 2013).

Amoakohene (2004), refere que a violência contra as mulheres não tem qualquer distinção ao nível de estatuto social, religião ou nacionalidade sendo um problema transversal. Ocorre geralmente em relações íntimas e é, portanto, mantido grande parte privado e tratado como um assunto interno da família.

Um dos maiores fatores sociais para a violência são as sociedades que a toleram e aceitam, a violência será sempre vista de uma forma cultural, contextual, significativa e consequente (Loseke, 2005). As relações de género são exemplo disso, apesar da forma como é vista a mulher ter melhorado, há fortes indícios de que a distribuição do poder, homem/mulher, continua a ser desigual em praticamente todas as sociedades (Becker & Wright, 2011). Uma sociedade que aceita, ou até promove em algumas circunstâncias a violência, torna mais fácil ao agressor persistir num comportamento violento, e mais difícil para a sobrevivente terminar com a violência (Gracia & Herrero, 2005).

As mulheres com parceiros violentos procuram ativamente uma ampla variedade de recursos na comunidade, tentando resolver as suas necessidades através dos mesmos. Os tipos de serviços que se foram organizando diferem tanto nas alternativas como nas estratégias que utilizam para se desenvolverem e darem respostas (Allen, Bybee & Sullivan 2004; Goodman, Bennett & Dutton, 1999).

A procura de apoio é maioritariamente dirigida ao apoio social e de saúde, os profissionais destas áreas são os primeiros a ter contato com as sobreviventes de violência doméstica. Consequentemente, são estes que se encontram numa posição chave para identificar e intervir. No entanto, muitos dos profissionais não perguntam, identificam ou denunciam a violência, mesmo nos casos mais óbvios dessa situação. Desta forma, o problema central não é apenas a prevalência da violência doméstica contra as mulheres, mas também a falta de formação, falta de sentimento de preparação, reconhecimento e de

intervenção para reduzir a mesma. As normas de formação para os profissionais que realizam este tipo de intervenções com as sobreviventes de violência doméstica, estão a falhar (Bacchus et al., 2003; Robinson & Spilsbury, 2008; Stover & Lent, 2014).

Neste sentido, um estudo realizado por Warrener, Postmus e McMahonsugere (2013) analisou que o sentimento de preparação dos profissionais, é um dos fatores importante na promoção de resultados, i.e., numa intervenção adequada. Ainda, associado a um maior sentimento de preparação, encontra-se um aumento da realização da triagem.

Normalmente, aqueles que trabalham nos serviços que prestam apoio e cuidado às sobreviventes quando têm formação, esta foca-se no ciclo da violência doméstica e nas questões de poder e controlo nos relacionamentos violentos. As semelhanças terminam aqui, i.e., devido à falta de normas nas formações, existem diferentes formas de formação sendo necessário uma supervisão adequada e certificada na área. Os conteúdos da formação podem diferenciar um pouco em função da profissão exercida contudo, devem ser alcançadas competências básicas que vão para além da história da violência doméstica, avaliação de risco e teoria de poder e controlo (Stover & Lent, 2014).

Um estudo de Danis (2003) que investigou a avaliação e intervenção em violência doméstica contra as mulheres, através das práticas dos assistentes sociais, verificou que houve uma melhoria, comparativamente a anos anteriores, na forma como estes profissionais dão resposta às sobreviventes. No entanto, não se verifica que adotem uma triagem universal e de rotina através de perguntas diretas na sua prática diária. Cerca de 53% dos participantes afirmou ter pouco ou nenhum conhecimento específico em violência doméstica contra as mulheres. Ainda, foi verificado que a maioria dos profissionais já realiza as triagens em separado, i.e., cada membro do casal em separado, devendo determinar qual o grau de risco e opções disponíveis de intervenção e proteção.

Neste estudo (Danis, 2003), 90% dos participantes disseram que é importante a existência de serviços especializados. Assim, os profissionais reconhecem a necessidade da comunicação e parceria entre serviços e respostas adequadas. Ainda, os profissionais cada vez mais tendem a passar uma mensagem à sobrevivente de que não têm qualquer culpa na situação de violência e que não merecem encontrarem-se em tal situação. Todavia, apenas 47% dos participantes relataram que ajudaram as sobreviventes a desenvolver planos de segurança adequados às suas necessidades e apenas 27% afirmaram que conseguiram ajudar

na obtenção de uma ordem de proteção, sendo que a maioria restantes participantes referiu o desconhecimento da existência das ordens de proteção.

As casas abrigo surgiram na década de setenta nos Estados Unidos e na Inglaterra, por iniciativas dos movimentos das mulheres e estão entre o aparecimento dos primeiros serviços de apoio especializados disponíveis para as sobreviventes de violência doméstica. Contudo, a consciência relativamente ao tema e o seu impacto foi aumentado ao longo dos anos, e os recursos disponíveis expandiram-se.

Os primeiros programas de casas abrigo providenciavam pouco mais do que camas e apoio a curto prazo, eram abrigos pequenos, na maioria em casas alugadas, criados e geridos por sobreviventes, funcionando como lugares onde as sobreviventes poderiam permanecer com os seus filhos pelo tempo que precisassem até restabelecerem a sua vida. Nos dias de hoje, os programas de violência doméstica fornecem abrigo de emergência, linhas de crise 24 horas, grupos de apoio, serviços de aconselhamento, defesa de vários tipos, e programas para crianças (Haaken & Yragui, 2003; Lyon, Lane & Menard, 2008; Goodman & Epstein, 2008 citado por Glenn & Goodman, 2015).

Ao longo do tempo a estrutura da organização tornou-se mais profissional e especializada, alterando o contexto e a forma de como as sobreviventes eram apoiadas (Goodman & Epstein, 2008 citado por Glenn & Goodman, 2015). Atualmente, a maioria dos abrigos partilham um conjunto de regras relativamente comuns. Embora existam algumas variações, a maioria dos abrigos têm regras relacionadas com, por exemplo, critérios de entrada, permanência, confidencialidade relativamente à localização do abrigo, proibindo o contato com o abusador, realização de tarefas e manutenção do espaço, recolher obrigatório, proibição do uso de substâncias. Alguma quebra das regras pode levar a penalizações e dependendo da gravidade, levar até à expulsão (Glenn & Goodman, 2015).

As casas abrigo disponibilizam vários serviços, entre eles a proteção física e refúgio para as sobreviventes e para os seus filhos, apoio à mulher e aos seus filhos, preparação para o regresso à comunidade e programas de desenvolvimento pessoal. Funcionam muitas vezes como entidades parceiras de outras organizações e serviços, dando apoio e encaminhando as suas residentes para os meios policiais, segurança social, assistência médica e outros serviços públicos. A maioria disponibiliza também um *advocate* para ajudar em todas as questões (Allen, Bybee & Sullivan, 2004; Bennet, et al., 2004; Baker, Cook & Noris, 2003).

Todavia, há evidências de que nem todas as sobreviventes sentem que os abrigos são opção, tendo desconfiança em relação às experiências que possam lá viver. Algumas mulheres de cor, hesitam em ir para abrigos por várias razões. Muitos abrigos foram compostos principalmente por mulheres brancas, que, sem formação e supervisão, podem não ter a sensibilidade adequada às necessidades e problemas existentes em outras culturas. As políticas e regras das casas abrigos podem tornar a estadia de algumas sobreviventes menos agradáveis, e.g., tarefas que precisam de ser feitas em horários específicos e regras de funcionamento. Estas dificuldades, entre outras, foram identificadas pelos programas que prestam serviço às sobreviventes de violência doméstica, estando a ser feito um trabalho de forma a ultrapassar e responder assertivamente às necessidades (Lyon, Lane & Menard, 2008).

Um componente central do movimento das mulheres para apoiar as sobreviventes de violência doméstica tem sido os *advocates*, que são entendidos como indivíduos com formação adequada que ajudam diretamente as mulheres sobreviventes de violência doméstica. Os *advocates* desempenham um papel importante na promoção da mudança. A essência desta definição é a ajuda às sobreviventes de violência doméstica através dos recursos disponíveis na sociedade de forma a alcançarem os seus objetivos e a satisfazerem as suas necessidades (Clark et al., 1997; Goodman & Bell, 2001; Bybee & Sullivan, 2002; Davies, Lyon & Monti-Catania, 1998 citado por Allen, Bybee & Sullivan, 2004).

O *advocacy* envolve mais do que apoio emocional, embora também seja extremamente importante para as sobreviventes. *Advocacy* é uma atividade distinta que envolve o trabalho para mudar políticas, práticas e condições que estão a afetar negativamente as sobreviventes. Alguns *advocates* trabalham em várias áreas com as sobreviventes, enquanto outros se concentram numa necessidade específica, como por exemplo o bem-estar, habitação, ou justiça. Embora na maioria o *advocacy* envolva o trabalho com instituições e profissionais, deve-se notar que os *advocates* também podem interceder com redes informais de apoio, tais como a família e amigos, quando necessário (Allen, Bybee & Sullivan, 2004; Allen, et al., 2013).

Importante realçar que o *advocacy* enfatiza uma abordagem baseada nos pontos fortes e a pensar na sobrevivente (Sullivan, 2011 citado por Allen, et al., 2013). Na abordagem dos pontos fortes, o *advocate* assume que a violência doméstica permanece dada a sua tolerância pela sociedade e que as mulheres com parceiros violentos tentam uma variedade de estratégias para proteger a si e aos seus filhos, contudo existem inúmeras

barreiras estruturais que impedem os seus esforços (Allen et al., 2013; Goodkind, Sullivan, & Bybee, 2004; Sullivan, 2012). Desta forma, trabalham então os pontos fortes das sobreviventes não dando ênfase aos deficits. As dificuldades não são desvalorizadas, são abordadas de forma a fazer sentido para a sobrevivente em questão. A abordagem a pensar na sobrevivente, significa que a sobrevivente orienta a intervenção e não o *advocate*.

Em concordância com a abordagem baseada nos pontos fortes os *advocates* assumem que as sobreviventes têm capacidades e trabalham para reforçar as mesmas de forma a apoiar o alcance de objetivos. Portanto, os *advocates* informam, apoiam e auxiliam no processo de resolução de problemas e cumprimento de objetivos pessoais mas são as sobreviventes que tomam as suas próprias decisões com base no seus valores e prioridades (Allen et al., 2013).

Um estudo de Bell e Goodman (2011), concluiu que mulheres que tiveram acompanhamento de um *advocate* relataram menos violência num período de 6 semanas mais tarde. Estas mulheres relataram que estes forneceram um grande suporte sendo bastante experientes, por outro lado as mulheres que não tiveram mencionaram que gostariam de ter tido esse tipo de suporte. Sullivan e Bybee (1999) comprovaram que sobreviventes que tiveram o suporte de *advocates* foram mais eficazes no acesso aos recursos da comunidade, os resultados positivos perduraram até dois anos após a intervenção, tendo uma maior qualidade de vida e sofrendo de menos violência.

As parcerias comunitárias, surgiram nos anos 80, de forma a dar respostas às necessidades de reformas no sistema de justiça, de forma a que as sobreviventes pudessem beneficiar dos sistemas de apoio existentes na comunidade. Uma parceria comunitária é um grupo que envolve vários consórcios dentro de uma comunidade, i.e., incluem uma vasta gama de instituições que agem em conjunto para proteção das sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres. Têm vindo a aumentar nas últimas décadas, tendo o conceito de parceria se enraizado na sociedade, tornando-se em algo aceitável e de melhoria da comunidade (Berkowitz, 2001; Shepard, 2005).

Estudos iniciais demonstraram que estas parcerias apresentam resultados positivos para a prevenção, identificação e intervenção em situações de violência doméstica e na redução de violência. Organizaram-se no sentido de aumentar a segurança das sobreviventes e a fomentar a responsabilização dos perpetradores, sendo que todas elas têm o objetivo de melhorar as políticas e as práticas institucionais, aumentando a cooperação e comunicação

entres os vários sistemas . Devem também ter em consideração a construção de sistemas de apoio mais especializados com uma maior coordenação relativamente às situações que podem ocorrer (Shepard, Falk & Elliott, 2002; Allen, 2006).

A prevenção é indispensável e vários os esforços devem ser feitos, o fortalecimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos de forma a promover relacionamentos saudáveis. Deve começar desde cedo, com as crianças nas escolas, nomeadamente através campanhas de sensibilização e programas de intervenção ao nível da resolução de conflito, tolerância com o outro, igualdade por exemplo, em atividades práticas na sala de aula. Tais esforços são extremamente importantes para prevenir a violência contra as mulheres e dotar as crianças de conhecimentos quanto aos valores, direitos e deveres de mulheres e homens (Hage, 2000).

Uma falha do trabalho dos psicólogos especializados na área de violência doméstica é a falta de intervenção num modelo de mudança. Os psicólogos especializados devem trabalhar para alterar as crenças sociais que contribuem para a banalização desta problemática, i.e., as normas que aceitam a violência como uma resposta apropriada ao conflito em famílias (Hage, 2000). Como Barnett e LaViolette (1993 citado por Hage, 2000) concluem, "A violência acontece porque a sociedade tem de alguma forma dado o seu consentimento".

Desta forma, é necessário que sejam participantes ativos na comunidade, a nível governamental e nos planos de prevenção nas escolas, que abordam fatores sistêmicos e sociais que contribuem para a criminalização da violência contra a mulher. É necessário um trabalho conjunto de psicólogos e responsáveis políticos de forma a desenvolverem medidas específicas e efetivas para indivíduos e comunidades realizando um compromisso ativo na participação, prevenção e redução da violência contra as mulheres por parceiro íntimo (Hage, 2000).

Os psicólogos têm também um papel importante a desempenhar junto dos profissionais de saúde, muitas das vezes são os que têm o primeiro contato com a sobrevivente. Precisam de trabalhar, dentro de uma estrutura multidisciplinar, com os profissionais de saúde de forma a dotá-los de capacidades para identificar as pacientes que estão a ser alvo de violência doméstica, realizar os encaminhamentos adequados, e.g., policia, abrigos, bem como fornecer informações sobre os recursos disponíveis na comunidade, recursos legais e serviços de proteção, intervindo o mais precocemente no ciclo da violência de forma a minimizar os danos. Ainda, iriam apoiar os profissionais de saúde nas triagens

para a violência doméstica, fosse qual fosse o nível económico das mulheres (Caralis & Musialowski, 1997).

Violência Doméstica, Conhecimento e a Saúde

A violência doméstica contra as mulheres é um problema comum na prática médica. Estando associado a uma série de consequência negativas para a saúde, i.e., ao aparecimento de problemas de saúde (Campbel, et al., 2001; Campbell et al., 2002; Alazmy et al., 2011).

Durante a última década, o crescente reconhecimento do papel que os serviços de saúde podem fazer parte de uma resposta coordenada à violência doméstica tem promovido uma série de iniciativas no âmbito dos serviços de saúde, tais como o desenvolvimento de políticas, protocolos e programas de formação. Uma iniciativa, a triagem de rotina, foi recomendada, para aumentar as taxas de identificação de mulheres sobreviventes de violência doméstica (Sutherland, Bybee, & Sullivan, 2002).

Short, Johnson e Osattin (1998) estão convictos que lacunas existentes no sistema de saúde poderiam ser melhoradas com o aumento da formação dos médicos, visto que, apesar dos esforços, estudos realizados na área, demonstram que os médicos não estão confiantes nem dotados de informações sobre os recursos na comunidade, de forma a gerenciar da melhor forma os casos de violência doméstica contra mulheres, por parceiro íntimo.

Os profissionais de saúde lidam com dilemas fundamentais ao questionar e cuidar das sobreviventes. Um dos dilemas éticos é o princípio de conduta moral e da obrigação de prestar auxílio, respeitar os doentes, e respeitar a autonomia individual, o outro é o princípio de manter a segurança das pacientes que foram sujeitas a violência doméstica e a responsabilidade a prestação de cuidados de qualidade profissional. As sobreviventes de violência doméstica muitas vezes sofrem de uma reduzida autonomia e uma tomada de decisão reduzida devido à situação onde se encontra. Quando os profissionais de saúde intervêm, as mulheres podem sentir que a sua privacidade está a ser posta em risco e podem pensar que o profissional está a interferir e a pôr em risco as suas vidas. As sobreviventes põem em causa se o seu parceiro violento pode descobrir e consequentemente tornar-se ainda mais violento (Ben-Natan, 2014).

A identificação precoce de violência doméstica tem sido uma prioridade nos esforços para melhorar a resposta dos cuidados de saúde para a violência doméstica contra as

mulheres. Os sistemas de saúde tem feito esforços significativos para melhorar os recursos disponíveis para mulheres sobreviventes de violência, mas não de uma forma sistemática. A par disto, os profissionais de saúde não se aproximam do assunto por medo de não ter as habilidades ou os recursos para fornecer apoio adequado. Os prestadores de cuidados não são adequadamente formados ou apoiados na identificação de questões apropriadas para usar no rastreio (Cardoso & Ornelas, 2013; Allen, Lehrmer & Mattisson, 2007; Qasem et al., 2013), i.e., formação insuficiente na área, ausência ou falha em seguir os protocolos do processo de triagem, violência doméstica encarada como um problema íntimo e privado (Hage, 2000).

Um estudo de Campbell et al. (2001), realizado em doze hospitais, com o objetivo de avaliar a eficácia ao longo do tempo de uma intervenção projetada para melhorar as respostas da equipa de profissionais às sobreviventes de violência doméstica, verificou que a formação na área enfatiza uma mudança no sistema que propicia uma melhoria na gestão dos casos de violência doméstica. A formação melhora a identificação das sobreviventes no entanto, a rotatividade do pessoal é uma limitação para melhorar a prática clínica. Os profissionais reconhecem a necessidade de melhorar a eficácia da sua resposta às sobreviventes de violência doméstica. Ainda verificou que nos hospitais em estudo, havia grandes dificuldades em existir uma ligação entre respostas, i.e., com outras estruturas de apoio como as casas abrigo.

Algumas associações de profissionais emitiram orientações para os médicos sobre o processo de identificação de mulheres sobreviventes de violência doméstica, passando pelo processo de triagem. Através da formação e criação de protocolos, têm-se tentado implementar este processo. Triagem em saúde pública implica a capacidade de identificar uma condição com boa especificidade e sensibilidade de forma a ser capaz de proporcionar uma resposta adequada, algo que não é cumprido de forma satisfatória no caso da violência doméstica contra as mulheres, por parceiro íntimo. (Allen, Lehrmer & Mattisson, 2007; Garcia-Moreno, 2002).

A triagem de rotina ainda é uma prática que para muitos levanta bastantes questões, nomeadamente, sobre a melhor forma de melhorar a identificação de mulheres sobreviventes de violência doméstica dentro do ambiente dos cuidados de saúde. Por um lado, se é mais adequado perguntar a todas as mulheres rotineiramente, ou se o prestador de cuidados de saúde só deve perguntar se tiver indicadores de que uma mulher pode ter uma história passada ou atual de violência doméstica. Com qualquer uma das abordagens, a resposta do prestador de saúde deve ser adequada. Sobreviventes relatam que uma resposta simpática e informada é

extremamente valiosa e pode ser um fator de ajuda à mudança (Rhodes & Levinson, 2003; Allen, Lehrmer & Mattisson, 2007).

Se a violência doméstica é identificada pela triagem de rotina ou por outras abordagens para a detecção de casos, é essencial que os prestadores de cuidados de saúde estejam dotados de formação, políticas e protocolos de forma a responder de forma consistente, individualizada e útil (Garcia-Moreno, 2002; Rhodes & Levinson, 2003).

Um estudo de Husso et al. (2012) indica que o desenvolvimento de práticas bem-sucedidas, quer na identificação de sobreviventes de violência doméstica por parceiro íntimo, quer na prevenção de uma nova vitimização que exige um amplo entendimento por parte dos profissionais de saúde. Os resultados apresentados demonstraram que os profissionais de saúde não estão preparados para ter como pacientes sobreviventes de violência doméstica, não sabendo dar uma resposta adequada. Os profissionais de saúde indicaram que a falta de formação e conhecimento sobre as causas e efeitos da violência doméstica muitas vezes levam a sentimentos de inadequação e frustração. Garcia-Moreno (2002) também verificou que os profissionais de saúde sentem que não estão a responder adequadamente às situações de violência doméstica devido à falta de formação, sendo que a extensão do problema pode resultar numa negligência de todo o processo.

De acordo com um estudo de Cardoso e Ornelas (2013), em Portugal, embora a mudança seja difícil devido à complexidade dos sistemas, o sistema de saúde tem feito um esforço relativamente à melhoria dos recursos disponibilizados às sobreviventes de violência doméstica. Todavia, ainda é necessário todo um longo percurso de mudanças.

Desta forma, novas perspetivas são necessárias na criação de práticas adequadas. Um forte apoio ao nível organizacional e estabelecimento de práticas na área da saúde são elementos fundamentais para construir uma abordagem responsável para a violência doméstica. O ideal é que as instituições de saúde proporcionem um local para melhorar a intervenção em casos de violência doméstica, apoiando as mulheres com parceiros violentos e oferecendo assistência adequada (Allen, Lehrmer & Mattisson, 2007).

O processo de mudança associado à violência doméstica contra as mulheres tem tido como um dos componentes o sistema de justiça. As respostas tornaram-se mais efetivas, onde a polícia é obrigada a avançar com ou sem o consentimento da sobrevivente (Cattaneo et al., 2012). O sistema judicial tornou-se assim uma parte central da resposta social à problemática da violência doméstica contra as mulheres (Cattaneo et al., 2012).

As sobreviventes de violência doméstica procuram no sistema de justiça, proteção e responsabilização dos perpetradores. A criminalização da violência doméstica é recente, anteriormente não era encarado como tal (Baker, Cook & Noris, 2003; Lehrner & Allen, 2009). Todavia, o sistema de justiça ainda apresenta falhas em relação à responsabilização do perpetrador, sendo este fator essencial para fomentar um maior nível de segurança das sobreviventes. É fulcral que os serviços de advocacia se tornem cada vez mais preparados para ajudar as mulheres a alcançar estes objetivos de vida (Allen, Bybee & Sullivan, 2004; Shepard, 2005; Baker, Cook & Noris, 2003, Bell, et al., 2011).

De acordo com Allen, Bybee e Sullivan (2004) é essencial que o sistema judicial e outros programas de serviços humanos reconheçam a necessidade de uma solução global de resposta às necessidades de sobrevivência das mulheres. Os apoios que se concentram exclusivamente num domínio de prestação de serviços não são susceptíveis de responder às necessidades das mulheres. Deste modo, é importante uma maior flexibilidade na resposta dos serviços e uma vontade de individualizar o apoio dirigido diretamente às sobreviventes de violência doméstica. Mais recentemente, os sistema de justiça tem tido uma resposta mais ativa à violência doméstica contra as mulheres, de modo a não necessitar da participação da sobrevivente e determinar o avanço dos processos.

A punição dos perpetradores, através dos mandados de prisão e das ordens de proteção, tem levado a um aumento da percepção de segurança por parte das sobreviventes, sendo considerado um grande avanço no sistema de justiça (Bell et al., 2011; Allen et al., 2013).

As ordens de proteção foram introduzidas como mecanismo jurídico que visa reconhecer a natureza pública da violência doméstica contra as mulheres. As ordens proteção mantiveram a promessa de proteger a mulheres de agressões futuras oferecendo mais uma opção para aquelas que se encontram relutantes relativamente à denúncia dos seus parceiros

íntimos. As sobreviventes de violência doméstica mantêm a sua autonomia, ajudando a planejar as condições mais adequadas para as suas circunstâncias. Embora o objetivo principal seja a proteção contra os danos físicos, as ordens de proteção podem incluir ordens para não existir qualquer tipo de contato, de reembolso por danos, ordens de apoio psicológico e/ou psiquiátrico (Bell et al., 2011; Cattaneo et al., 2015).

No estudo de Cattaneo et al. (2015) sobre a eficácia dos processos de ordens de proteção, investigando os objetivos dos pedidos, foi verificado que as sobreviventes geralmente têm o desejo de seguir com a sua vida e terem paz, sendo as ordens de proteção uma das estratégias para obter esse fim. Também desejam que os parceiros violentos tenham a noção do impacto da violência e que a sobrevivente não a tolera mais. Por fim um terço das participantes esperavam que a ordem de proteção as ajudaria a manterem-se fora da relação violenta e que poderia ainda resultar na obtenção de algum tipo de ajuda.

A continuação de um processo de ordem de proteção envolve a obtenção de uma ordem temporária até à emissão da ordem de proteção definitiva que vai envolver uma avaliação por parte do juiz da situação efetiva de risco em que a sobrevivente se encontra perante o seu parceiro violento (Cattaneo et al., 2015).

O estudo realizado por Hage (1998 citado por Hage, 2000) ilustra a necessidade de mudanças institucionais e políticas que afetam as relações entre homens e mulheres. Neste estudo, as sobreviventes de violência doméstica deram exemplos de juízes que não conseguiram prender os perpetradores ou levar as suas queixas a sério, pessoal médico que prestou cuidados médicos, tratando de forma continuada as lesões apresentadas e em seguida, encaminhavam de novo as mulheres para a sua casa, sem apresentarem queixa, responsáveis da igreja que incentivaram as mulheres a esforçaram-se mais nos seus relacionamentos, e funcionários das casas abrigo que direta ou indiretamente culpavam as residentes pela violência sofrida, apoiando muitas das vezes o seu regresso a casa e conseqüentemente ao seu perpetrador. Mediante os resultados deste estudo, é visível o fracasso dos prestadores de serviço e instituições perante as situações de violência contra mulheres. Assim, entende-se que as mulheres, muitas das vezes, tanto são vítimas pelo seu parceiro como pelas instituições às quais recorrem para pedir auxílio e assistência (Cattaneo et al., 2012).

No entanto, em geral, os estudos tendem a relatar uma pequena melhoria no efeito da intervenção nos casos de violência doméstica contra as mulheres. Contudo, por não ser ainda um efeito significativo deve ser feito um trabalho de formação e de avaliação continua aos

profissionais de forma a aumentar as duas capacidades de intervenção (Belknap & Sullivan, 1999; Cattaneo, Cho, Botuck, 2011).

Concretamente, em relação aos tribunais, estes estão muito focados, de acordo com a sua concepção, na intervenção com os agressores e não nas experiências ou necessidades das sobreviventes. No tribunal penal a sobrevivente é uma valiosa fonte de informação e de depoimento no caso da acusação. Ao ignorarem as preocupações das sobreviventes, estas podem retrair-se na forma de relatar o crime, podendo levar a uma condenação mais leve do perpetrador o que é problemático (Buzawa et al., 1998; Bell, et al., 2011). De acordo com Epstein, Bell e Goodman (2003) uma só presença em tribunal raramente leva a uma condenação. Portanto, se os fatos não forem relatados na íntegra o tribunal não pode responder de forma adequada, visto não ter conhecimento da gravidade dos acontecimentos. Os tribunais intervêm com os perpetradores, estando preocupados com a segurança e o bem estar das sobreviventes, assim é motivo para os tribunais se interessarem também pela perspetiva das sobreviventes.

Mediante o exposto, uma resposta coordenada resultaria de uma maior colaboração entre os tribunais, a efetiva aplicação da lei, advogados e outros intervenientes-chave. Resultando em várias mudanças práticas, e.g., os tribunais fornecerem referências às sobreviventes sobre os advogados que podem ajudar na prestação de referências aos advogados que podem ajudar adequadamente, fácil acesso das sobreviventes ao seu processo, criação de folhetos e vídeos informativos/explicativos das várias etapas do processo judicial e recursos disponíveis, criação de tribunais especializados, com juizes familiarizados e instruídos para a problemática (Bell, et al., 2011; Allen et al., 2013).

Portugal, desde a década de noventa que tem vindo a produzir legislação direcionada para a proteção das sobreviventes de violência doméstica, até então não existia legislação específica para a problemática. A violência doméstica constitui uma violação dos direitos humanos. As respostas do sistema de justiça não só são fundamentais, como representam um fator de combate contra a problemática (Dias, 2010).

Em suma, é muito importante uma efetiva articulação entre serviços de forma a promoverem um apoio de qualidade (Allen et al., 2008; Allen, Lauren, Javdani, & Lehrner, 2012). Ainda o aumento das condições onde os profissionais atuam, visto que este pode ser facilitador ou não de uma boa eficácia (Allen et al., 2008; Allen, et al., 2012) bem como de intervenção adequada às sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres (Husso, et al., 2012; Ambuel, et al., 2013).

Método

Objetivo do estudo e questões de investigação

A presente dissertação tem como objetivo compreender as mudanças na violência doméstica contra as mulheres, nomeadamente o conhecimentos, opiniões e sentimento de preparação dos profissionais que lidam direta ou indiretamente com as sobreviventes de violência doméstica, sendo elaborada no âmbito da tese de doutoramento da Mestre Raquel Cardoso, a decorrer no ISPA-IU, intitulada de “As mudanças na área da Violência Doméstica contra as Mulheres, em Portugal”.

De seguida apresentam-se as questões de investigação:

- i) A área exercida afeta o conhecimento dos profissionais sobre violência doméstica contra as mulheres?
- ii) O número de horas de formação em violência doméstica que os profissionais têm afeta o conhecimento dos mesmos na temática?
- iii) O conhecimento em violência doméstica influencia o seu sentimento de preparação para intervir com as sobreviventes?
- iv) As opiniões dos profissionais relativamente à violência doméstica são afetadas pelo seu sentimento de preparação para a problemática?
- v) Qual a relação entre o género do profissional e a sua opinião sobre violência doméstica contra as mulheres?

Delineamento

Para alcançar os objetivos, foi escolhido um estudo de carácter quantitativo, isto é, está intensamente ligado aos estudos experimentais e ao teste de hipóteses. Segundo Davis (1995) esta abordagem quando é empregue, aparece como uma perspectiva determinista e positivista,

através da qual, o comportamento humano e as suas causas podem ser especificados de maneira concreta. A perspectiva procura elaborar as leis gerais que determinam o comportamento humano (Cassell & Symon, 1994) que normalmente privilegia o uso do questionário, sendo a única técnica utilizada.

Instrumento

O presente estudo recorre ao questionário PREMIUS (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey) (Anexo A) elaborado e validado por Short, Alpert, Harris Jr e Surprenant (2006). Este questionário pretende medir o conhecimento da comunidade médica sobre a violência doméstica contra as mulheres sendo esta considerada pelos autores um problema na área hospitalar. Com autorização dos autores, foi elaborada a tradução e adaptação do questionário passando a denominar-se de Prontidão dos Profissionais para Detectar e Intervir em Situações de Violência Doméstica Contra as Mulheres (Anexo B).

O questionário Prontidão dos Profissionais para Detectar e Intervir em Situações de Violência Doméstica Contra as Mulheres, versão traduzida e adaptada, pretende avaliar o conhecimentos e práticas dos profissionais dos meios de serviço para detectar e gerir os casos de violência doméstica contra as mulheres.

Para a tradução do PREMIUS realizaram-se as etapas a seguir descritas. Primeiramente, cada elemento do grupo de trabalho traduziu o questionário na sua totalidade, adaptando-o de forma a satisfazer o objectivo do estudo em apreço, sendo que em seguida foram discutidos em reunião de forma a encontrar uma versão consensual a propor. Em reunião com a mesma, foi apresentada esta proposta sendo alterada e adaptada com linguagem mais adequada aos serviços que são alvo de estudo. Esta versão foi explanada ao grupo de seminário de doutoramento do Professor José Ornelas de forma a compreender se todos os itens estão perceptíveis e adaptados ao objectivo do estudo. Reunindo posteriormente de forma a realizar todas as alterações necessárias chegando a uma versão final para aplicação. Para além disso, foi realizado um pré-teste com dez indivíduos, prosseguindo-se depois à validação factorial dos instrumentos.

Relativamente à versão final do questionário, esta está dividida em 5 secções, apresentadas na tabela 1, uma primeira secção, dos dados sociodemográficos para recolher

dados do indivíduo, uma segunda secção para perceber a formação do indivíduo relativamente à violência doméstica contra as mulheres, uma terceira secção para medir o seu conhecimento da área em estudo, uma quarta secção para perceber a opinião sobre a mesma e por último uma quinta secção para conhecer os procedimentos habituais do profissional quando se encontra perante casos de violência doméstica contra as mulheres.

Tabela 1 – Secções do questionário

A prontidão dos profissionais para detectar e intervir em situações de violência doméstica contra as mulheres

Secção I – Dados Sociodemográficos

Secção II – Formação

Secção III – Conhecimento

Secção IV – Opiniões

Secção V – Questões práticas

As opções de respostas caracterizam-se por respostas fechadas, detalhando, 21 respostas de escolha múltipla, 3 de resposta aberta, 1 de resposta de verdadeiro e falso, 2 de resposta tipo Likert de 1 a 7, em que 1 significa Nada e 7 Muito, 1 de resposta tipo Likert de 1 a 7, em que 1 significa Discordo fortemente e 7 Concordo fortemente, 1 de resposta tipo Likert de 1 a 6, em que 1 corresponde a Nada e 6 Não aplicável e ainda 1 questão de resposta de correspondência.

Participantes

O presente trabalho recolheu uma amostra de 1488 sujeitos sendo que 903 não serão utilizados pois não responderam na íntegra ao questionário. Desta forma, utilizaremos 585 participantes, que trabalham nos serviços na área da violência doméstica contra as mulheres, em Portugal.

De acordo com Maroco e Bispo (2003), o método de amostragem é não probabilístico, visto que a probabilidade de cada elemento da população fazer parte da amostra não é conhecida, e por conveniência, sendo a amostra selecionada em função da acessibilidade e disponibilidade dos elementos que constituem a população.

Em relação às estatísticas descritivas da amostra (Anexo C), as principais características sociodemográficas, apresentadas na tabela 1, são de que a amostra é composta por 35,6% homens e 64,4% mulheres, com idades entre os 22 e 72 anos.

Relativamente ao local de residência 121 participantes são da região Norte (Viana do Castelo, Braga, Porto, Vila Real e Bragança), 149 são da região Centro (Aveiro, Viseu, Guarda, Coimbra, Castelo Branco e Leiria), 85 são de Lisboa, 61 são da região Sul (Santarém, Portalegre, Setúbal, Évora, Beja e Faro), 75 do Arquipélago dos Açores e 94 do Arquipélago da Madeira.

Tabela 2 – Estatística descritiva dos dados sociodemográficos

	<u>Percentagem %</u>	
Sexo	Homem	64,4%
	Mulher	35,6%
Idade	22-32	25,6%
	33-39	28,5%
	40-45	20,9%
	46-72	25,0%
Residência	Norte	20,7%
	Centro	25,5%
	Lisboa	14,5%
	Sul	10,4%
	Açores	12,8%
	Madeira	16,1%

Área de Formação	
Segurança e Justiça	33,3%
Proteção e Integração Social	19,0%
Saúde	48,0%

Procedimento

A recolha de dados foi efetuada de forma *online* através do programa Qualtrics – research suite, disponibilizado via internet, tendo decorrido entre os meses de Março a Setembro de 2015. A divulgação do questionário foi feita através de email, seguindo o referencial da CIG – Guia de Recursos na Área de Violência Contra as Mulheres, para os serviços que direta ou indiretamente trabalham com a temática de investigação deste estudo. A análise de dados foi efectuada através do *software* IBM SPSS Statistics 22.

Os serviços, com a recessão do email, foram convidados a divulgar o mesmo pelos seus colaboradores de forma a estes puderem responder ao questionário, através da disponibilização do link de acesso. Os participantes foram informados sobre o objectivo do estudo, contribuir para a melhoria das respostas em casos de violência doméstica contra as mulheres. Foi também explicitado que a participação no estudo é inteiramente voluntária e que todas as informações são confidenciais, não havendo divulgação de dados individuais, mas apenas dados e conclusões gerais.

Resultados

Começando pela estatística descritiva geral dos dados, na tabela 3 (Anexo D), apresentam-se as médias, os desvios-padrão e os valores mínimos e máximos dos resultados das variáveis em análise.

Tabela 3 – Análise descritiva das variáveis

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Conhecimento	585	1,00	7,00	4,5529	1,58814
Preparação	585	1,00	7,00	4,5590	1,51339
Opinião	585	1,00	6,19	3,9527	,64471
Idade	585	22	72	39,29	9,284
Número de Horas	585	0	650	64,03	104,095

Como se pode observar, para a variável conhecimento e para a variável preparação, correspondente a sentimento de preparação, houve uma média de respostas de 4,55 encontrando-se na Escala de Likert entre o valor 4 e 5. A variável opinião teve uma média de respostas de 3,95 ficando assim próximo do valor 4 na Escala de Likert. A variável idade teve uma média de 39,29 anos, com um mínimo de 22 anos e um máximo de 72 anos. Por fim a variável número de horas de formação, teve uma média de 64,03 horas de formação, existindo uma grande derrapagem entre o valor mínimo, zero horas, e o valor máximo, 650 de horas frequentadas.

De seguida procedeu-se a junção das profissões por três áreas, de forma a realizarmos a análise dos dados, nomeadamente, segurança e justiça (tabela 4), proteção e integração social (tabela 5) e saúde (tabela 6).

Tabela 4 – Área Segurança e Justiça

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Valid Magistratura	18	9,8	9,8	9,8
Advocacia	17	9,3	9,3	19,1
Órgãos de Policia Criminal	138	75,4	75,4	94,5
Outra	10	5,5	5,5	100,0
Total	183	100,0	100,0	

a. AreaDivisao = Segurança e Justiça

Como se pode verificar na tabela anterior (Tabela 4), na nossa amostra, existem 18 profissionais da área da Magistratura, 17 profissionais da área da Advocacia, 138 profissionais de Órgãos de Policia e 10 profissionais que indicaram outra área ligada a Segurança e Justiça, fazendo um total de 183 participantes neste grupo.

Tabela 5 – Área Proteção e Integração Social

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Valid Serviço Social	82	78,1	78,1	78,1
Outra	23	21,9	21,9	100,0
Total	105	100,0	100,0	

a. AreaDivisao = Proteção e Integração Social

Na tabela 5, verifica-se que, na nossa amostra, existem 82 profissionais área de Serviço Social e 23 profissionais que indicaram outra área ligada a Proteção e Integração Social, fazendo um total de 105 participantes neste grupo.

Tabela 6 – Área Saúde

		Frequencia	Percentagen	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Valid	Medicina Interna	6	2,3	2,3	2,3
	Psiquiatria	3	1,1	1,1	3,4
	Ginecologia/Obstetricia	11	4,1	4,1	7,5
	Pediatria	3	1,1	1,1	8,6
	Enfermagem	108	40,6	40,6	49,2
	Psicologia	98	36,8	36,8	86,1
	Outra	37	13,9	13,9	100,0
	Total	266	100,0	100,0	

a. AreaDivisao = Saúde

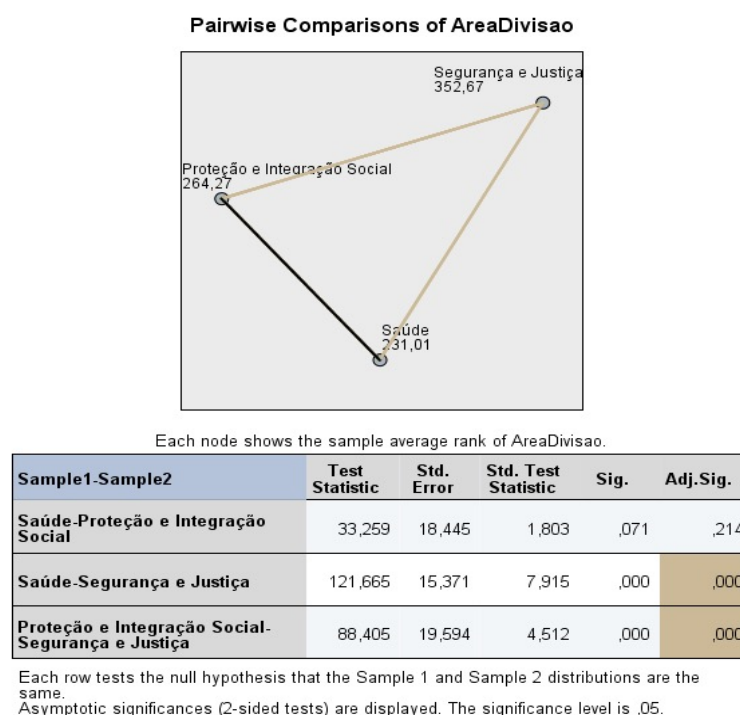
Como se pode verificar na tabela anterior (Tabela 6), na nossa amostra, existem 6 profissionais da área de Medicina Interna, 3 profissionais da área de Psiquiatria, 11 profissionais de Ginecologia/Obstetrícia, 3 profissionais de Pediatria, 108 profissionais de Enfermagem, 98 profissionais de Psicologia e 37 profissionais que indicaram outra área ligada a Saúde, fazendo um total de 266 participantes neste grupo.

Para verificar qual a área de formação que apresenta maior conhecimento sobre a violência doméstica contra as mulheres realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov ($n > 30$) para os grupos (segurança ($p < 0,001$) e justiça e saúde ($p = 0,002$)), sendo que o pressuposto normalidade não foi validado na dimensão conhecimento. Assim, não se verifica a existência de uma distribuição normal para todas as populações, uma vez que apresentam p-values inferiores a 0,05 (α de referência) (Anexo E).

Deste modo, o efeito do tipo de área ao nível da dimensão conhecimento é analisado através de um teste não paramétrico, depois de não ter sido validado o pressuposto da normalidade. O teste não paramétrico escolhido é o Kruskal-Wallis que é uma alternativa ao teste paramétrico Anova One-Way. O teste Kruskal-Wallis permite comparar mais de duas populações de onde foram extraídas amostras independentes face à dimensão conhecimento

(Maroco, 2010). Neste sentido, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos face à variável conhecimento ($p < 0,001$). Isto é, variações ao nível do conhecimento entre os grupos saúde e segurança e justiça ($p < 0,001$) e entre os grupos proteção e integração social e segurança e justiça ($p < 0,001$) (Figura 1).

Figura 1 – Teste Kruskal-Wallis



De forma a reforçar a análise anteriormente realizada foi feita uma análise das médias de ordens (Anexo F) entre a área de formação e a dimensão conhecimento percebendo-se que a área de Segurança e Justiça tem mais conhecimento sobre violência doméstica contra as mulheres em comparação com a área de Proteção e Integração Social e a área de Saúde.

No que diz respeito à correlação entre o número de horas de formação dos profissionais em violência doméstica e o conhecimento dos mesmos sobre a temática, verificou-se que através da análise da Tabela 7 (Coeficiente de Pearson) que existe uma correlação significativa moderada ($r = 0,452$; $p < 0,001$).

Tabela 7 – Coeficiente da Correlação de Pearson

		Conhecimento	HrsFormacao
Conhecimento	Correlação de Pearson	1	,452**
	Sig. (2-extremidades)		,000
	N	585	570
HrsFormacao	Correlação de Pearson	,452**	1
	Sig. (2- extremidades)	,000	
	N	570	570

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2- extremidades).

Desta forma, a um maior número de horas está associado um melhor conhecimento sobre a violência doméstica. Posteriormente, utilizou-se uma regressão Linear Simples em que o valor do modelo é estatisticamente significativo ($F(1,568) = 145,784$; $p < 0,001$), apresentado na Tabela 8, sendo a variância explicada pelo modelo de 20,3% (Tabela 9).

Tabela 8 – Teste ANOVA

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	Sig.	
1	Regressão	290,528	1	290,528	145,784	,000 ^a
	Resíduo	1.131,949	568	1,993		
	Total	1.422,477	569			

a. Preditores: (Constante), HrsFormacao

b. Variável Dependente: Conhecimento

Tabela 9 – Modelo

Modelo	R	R Quadrado	R Quadrado Ajustado	Erro Padrão da Estimativa
1	,452 ^a	,204	,203	1,41169

a. Preditores: (Constante), HrsFormacao

Através da análise dos coeficientes de regressão constata-se que a variável número de horas ($t = 12,074$; $p < 0,001$) tem um efeito significativo no conhecimento sobre a violência doméstica. Pode-se ainda concluir, pela análise dos coeficientes de regressão estandarizados que o número de horas ($\beta = 0,452$) tem impacto positivo e moderado no conhecimento profissional (Tabela 10). Portanto, quanto maior é o número de horas maior de formação dos profissionais maior é o nível de conhecimento sobre a violência doméstica contra as mulheres.

Tabela 10 – Teste de Coeficiente de Regressão

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes Padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
1	(Constante)	4,118	,069	59,312	,000
	HrsFormacao	,007	,001	,452	,000

a. Variável Dependente: Conhecimento

Ainda foi verificado que o número de horas de formação frequentada pelos participantes é díspar, sendo que o mínimo apresenta-se como 0 horas e o máximo como 650 horas. 30% dos participantes tiveram 6 ou menos horas de formação e 18,8% teve entre 380 a 650 horas, inclusive (Anexo G)

A correlação, entre conhecimento sobre violência doméstica e o sentimento de preparação do profissional para intervir é muito alto e significativo ($r = 0,928$; $p < 0,001$)

verificada através da análise da Tabela 11 (Coeficiente de Pearson). Assim sendo, a um maior conhecimento está associado uma melhor sentimento de preparação.

Tabela 11 – Coeficiente de Correlação de Pearson

		Conhecimento	Prática
Conhecimento	Correlação de Pearson	1	,928**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	585	585
Prática	Correlação de Pearson	,928**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	585	585

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Posteriormente, utilizou-se uma regressão Linear Simples o valor do modelo é estatisticamente significativo ($F(1,583) = 3637,35; p < 0,001$), apresentada na tabela 12, sendo a variância explicada pelo modelo de 86,2% (tabela 13).

Tabela 12 – Teste ANOVA

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.	
1	Regressão	1152,791	1	1152,791	3637,350	,000 ^b
	Resíduo	184,771	583	,317		
	Total	1337,563	584			

a. Variável Dependente: Preparação

b. Preditores: (Constante), Conhecimento

Tabela 13 – Modelo

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,928 ^a	,862	,862	,56297

a. Preditores: (Constante), Conhecimento

b. Variável Dependente: Preparação

Através da análise dos coeficientes de regressão constata-se que a variável conhecimento profissional ($t = 60,31$; $p < 0,001$) tem um efeito significativo no sentimento de preparação profissional. Pode-se ainda concluir, pela análise dos coeficientes de regressão estandarizados que o conhecimento ($\beta = 0,928$) tem impacto positivo e muito alto no sentimento de preparação, apresentado na tabela 14. Por outras palavras, quanto maior é o conhecimento maior é o sentimento de preparação.

Tabela 14 – Teste de Coeficiente de Regressão

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	
	B	Erro Padrão	Beta			
1	(Constante)	,531	,071	,928	7,511	,000
	Conhecimento	,885	,015	,928	60,310	,000

a. Variável Dependente: Preparação

Relativamente à correlação entre o sentir-se preparado para intervir com mulheres sobreviventes de violência doméstica e a sua opinião, esta apresenta um valor moderado e significativo ($r = 0,488$; $p < 0,001$). Assim sendo, a um maior sentimento de preparação está associado uma melhor opinião. Posteriormente, utilizou-se uma regressão Linear Simples em que o valor do modelo é estatisticamente significativo ($F(1,583) = 182,138$; $p < 0,001$), apresentado na tabela 15, sendo a variância explicada pelo modelo de 23,7% (tabela 16).

Tabela 15 – Teste ANOVA

	Modelo	Soma dos Quadrados	Df	Quadrado Médio	F	Sig.
	Regressão	318,401	1	318,401	182,138	,000 ^a
1	Resíduo	1.019,162	583	1,748		
	Total	1.337,563	584			

a. Preditores: (Constante), preparação

b. Variável Dependente: opinião

Tabela 16 – Modelo

Modelo	R	R Quadrado	R Quadrado Ajustado	Erro padrão da Estimativa
1	,488 ^a	,238	,237	1,32217

a. Preditores: (Constante), preparação

Através da análise dos coeficientes de regressão, apresentados na tabela 17, constata-se que a variável sentir-se preparado ($t = 13,496$; $p < 0,001$) tem um efeito significativo na opinião. Pode-se ainda concluir, pela análise dos coeficientes de regressão estandardizados que a preparação ($\beta = 0,488$) tem impacto positivo e moderado na opinião.

Ou seja, quanto maior é o sentimento de preparação dos profissionais melhor é o nível de opiniões dos mesmos relativamente à violência doméstica.

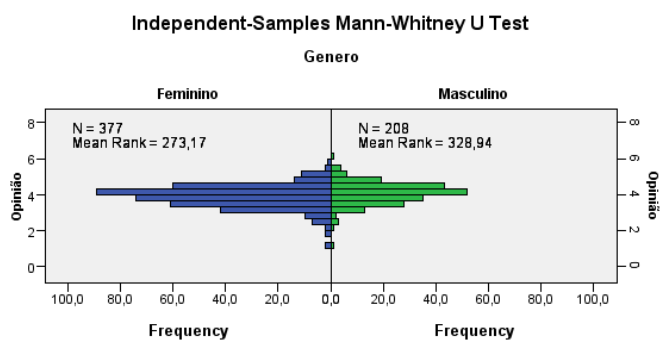
Tabela 17 – Teste de Coeficiente de Regressão

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
1	(Constante)	,032	,340	,094	,925
	prática	1,145	,085	,488	13,496

Por último, no que concerne à relação entre o género do profissional e as opiniões dadas sobre a violência doméstica contra as mulheres, foi realizado o pressuposto da normalidade, através do teste Kolmogorov-Smirnov ($n > 30$) para o grupo (feminino ($p < 0,001$)), sendo que não foi validado para a dimensão opinião. Assim, não se verifica existência de uma distribuição normal para todas as populações, uma vez que apresentam p-values inferiores a 0,05 (a de referência) (Anexo H).

Deste modo, o efeito do género ao nível da dimensão opinião é analisado através de um teste não paramétrico, depois de não ter sido validado o pressuposto da normalidade. O teste não paramétrico escolhido é o Mann-Whitney que é uma alternativa ao teste paramétrico T-Student. O teste Mann-Whitney permite comparar duas populações de onde foram extraídas amostras independentes face à dimensão opinião (Maroco, 2010). Observando-se que o sexo masculino efetivamente tem diferenças significativas ao nível da opinião entre os grupos (Figura 2).

Figura 2 – Teste Mann-Whitney



Total N	585
Mann-Whitney U	46.684,000
Wilcoxon W	68.420,000
Test Statistic	46.684,000
Standard Error	1.956,470
Standardized Test Statistic	3,821
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

No sentido da análise dos resultados, elaborou-se uma análise descritiva das médias de ordens entre o género e a dimensão opinião foi possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos face à variável opinião ($p < 0,001$) (Anexo I). Assim, os níveis opinião variam entre os grupos masculino e feminino. Ainda foi possível verificar que o género masculino é o que dá melhores opiniões sobre violência doméstica contra as mulheres.

Discussão

O presente estudo pretendeu compreender se existem mudanças na violência doméstica contra as mulheres, nomeadamente no conhecimento, opiniões e sentimento de preparação dos profissionais que lidam direta ou indiretamente com a problemática.

O conhecimento e compreensão das complexidades envolvidas na violência doméstica tem crescido significativamente nos últimos anos, revelando a necessidade dos profissionais terem uma formação específica na temática (Stover & Lent, 2014).

De acordo com as questões de investigação formuladas, constatou-se que a primeira questão de investigação, que questionava a existência de diferenças no conhecimento dos profissionais sobre violência doméstica contra as mulheres em função da sua área de formação, foi confirmada. Concretamente, comparando os grupos de segurança e justiça, proteção e integração social e saúde, verifica-se que os níveis de conhecimento variam entre os grupos de saúde e segurança e justiça e os grupos proteção e integração social e segurança e justiça, sendo que o grupo segurança e justiça é o grupo que apresenta um valor mais elevado de conhecimento relativamente à violência doméstica contra as mulheres.

Contrariamente aos resultados obtidos, Erez e Belknap (1998), num estudo com cinquenta mulheres sobreviventes de violência doméstica, constataram que 50% relataram que a polícia tentou minimizar a situação, 33% depararam-se com perguntas e comentários desagradáveis por parte dos juízes e 51% relataram que o Ministério Público perguntou se tinham sido as causadoras da violência. Comparando estes resultados com os da presente investigação, parece existir uma melhoria na adequação das respostas. Tal pode ser explicado pelo fato do aumento da noção da gravidade da violência doméstica contra as mulheres que faz surgir a necessidade de uma maior formação o que leva a procedimentos mais especializados e adequados de intervenção e apoio às sobreviventes, verificando-se então um aumento do nível de conhecimento do grupo segurança e justiça.

O sistema judicial parece ter compreendido que se as sobreviventes não estão satisfeitas com as respostas, ficam menos propensas a no futuro recorrerem aos seus serviços, por outro lado se as sobreviventes encontrarem uma resposta adequada e munida de conhecimento ficaram mais propensas a recorrer novamente (Belknap & Sullivan, 1999).

Por sua vez e indo de acordo aos resultados obtidos, Weisz (2002) sugere que o sistema de justiça vai de encontro ao que a sobreviventes necessitam quando procuram ajuda.

Na verdade, estudos descobriram que a maioria das mulheres que procuram ajuda formal para a situação de violência onde se encontram, têm contato com o sistema de justiça em alguma fase do processo e normalmente ficam satisfeitas com a experiência (Belknap & Sullivan, 2003; Cattaneo, 2010).

Os profissionais de saúde, muitas vezes são os primeiros a terem contato com as sobreviventes, seria de esperar que fossem o grupo que procura ter mais conhecimento sobre a violência doméstica e efetivamente a tê-lo (Robinson & Spilsbury, 2008). Contudo os resultados obtidos são contrários, indicando que o grupo saúde é o que apresenta menos conhecimentos sobre a problemática. Fato que pode ser explicado por apenas uma pequena parte da comunidade médica perguntar sobre violência doméstica.

Para os profissionais do serviço de saúde, geralmente não é fácil expressarem uma suspeita de que estão perante uma sobrevivente de violência doméstica, o que dificulta toda a adequação do processo de apoio. Ainda, pelo sentimento de incapacidade de responder a casos de violência doméstica contra as mulheres, ou seja, uma sobrevivente dirige-se ao sistema de saúde, o profissional como não se sente capacitado para dar resposta, não pergunta sobre a problemática, o que leva a um desconhecimento sobre que necessidades tem de saber dar resposta e desta forma, torna-se num ciclo, não tem conhecimentos sobre a violência doméstica, não dão respostas, não descobrem as necessidades, não procuram ter conhecimento especializado (Ramsay et al., 2002; Lavis, Horrocks & Barker, 2005; Qasem et al., 2013).

Também Waalen et al. (2000), indicam que os profissionais de saúde não perguntam frequentemente às mulheres sobre a questão da violência doméstica devido à falta de formação, medo de ofender, pôr em risco as pacientes e inexperiência de intervenção.

Verifica-se que o número de horas de formação que os profissionais têm em violência doméstica contra as mulheres, correlaciona-se com o seu conhecimento, i.e., quanto mais formação os profissionais têm, maiores níveis de conhecimento apresentam. Assim, as formações existentes promovem realmente um aumento efetivo de informação e conhecimento nos profissionais, existindo um desenvolvimento profissional destes. Mais se acrescenta que apesar do valor médio ser de 64.03 horas de formação dos profissionais, ainda estamos perante 30% dos profissionais que tiveram 6 ou menos horas de formação em violência doméstica, ou seja, menos de um dia.

De acordo com Stover e Lent (2014), existem orientações para que os profissionais frequentemente um número de horas mínimo de formação em violência doméstica contra as mulheres, normalmente um dia. No entanto, esse número de horas é insuficiente e nem sempre é cumprido.

Outro estudo, com estudantes de serviço social, verificou que estes se sentem mal preparados para intervir com sobreviventes de violência contra as mulheres. Os alunos com menos horas de formação relataram uma diminuição do sentimento de preparação e subjacente está um menor nível de conhecimento. Estes resultados são preocupantes, pois indicam que os profissionais não vão possuir o conhecimento necessário para identificar, avaliar e intervir com as sobreviventes (Warrener, Postmus & McMahon, 2013).

Ainda, ficou demonstrado que o conhecimento em violência doméstica afeta o sentimento de preparação do profissional para intervir com a sobrevivente de violência doméstica. Portanto, quanto maior é o nível de conhecimento maior é o sentimento de preparação. As horas de formação, influenciam positivamente o conhecimento, que por sua vez, influencia positivamente o sentimento de preparação para uma intervenção adequada (Henderson et al., 2004; Warrener, Postmus & McMahon, 2013). A falta de conhecimento vai traduzir-se numa inibição do sentimento de preparação do profissional (Nyame et al., 2013).

De acordo com o estudo de Campbell e colaboradores (2001), a formação leva a um aumento do conhecimento e enfatiza uma mudança aumentando a qualidade das intervenções, portanto o sentimento de preparação é elevado. Uma maior confiança que advém de uma prévia aquisição de conhecimento, vai melhorar o sentimento de preparação e a sua prática profissional (Warrener, Postmus & McMahon, 2013).

As reformas institucionais abrangentes podem ser bem sucedidas na redução da violência contra a mulher, bem como as respostas dadas (Cardoso & Ornelas, 2013). Assim, um bom conhecimento da problemática, leva a uma intervenção útil e adequada a cada situação. Mais uma vez percebe-se a importância do conhecimento no sentimento de preparação e mudança.

Constatou-se que o sentimento de preparação do profissional está ligado positivamente com a sua opinião, quanto maior o sentimento de preparação do profissional melhores são as opiniões dadas por si. Já foi verificado anteriormente que um maior nível de conhecimento está associado a uma maior preparação. Desta forma, os resultados aqui apresentados, revelam que um maior sentimento de preparação leva a melhores opiniões. Estes resultados estarão

então influenciados pelo conhecimento em violência doméstica dos profissionais. Existe portanto uma ligação entre variáveis.

Mediante o exposto, percebe-se que é fulcral a existência de formações em violência doméstica contra as mulheres, pois aumenta o conhecimento dos profissionais, que se vai traduzir num maior sentimento de preparação e por sua vez em melhores opiniões. Estes resultados vão de encontro a um estudo realizado que demonstrou que após formação especializada em violência doméstica, existiu um aumento do conhecimento sobre a mesma, levando ao aumento e melhoria da identificação e intervenção com as sobreviventes (Olson et al., 1996).

O número de horas formação dos profissionais em violência doméstica, é então de uma enorme relevância e tem como finalidade melhorar as estratégias utilizadas e capacidades de intervenção, de modo a eliminar as barreiras que possam advir de respostas ineficazes dos serviços, permitindo uma identificação das necessidades das mulheres e de uma responsabilização e punição dos perpetradores (Postmus et al., 2009).

De acordo com o estudo de Husso e colaboradores (2012), os profissionais com falta de formação e conhecimento especializado sobre a violência doméstica têm sentimentos de inadequação e frustração. O desenvolvimento de práticas bem-sucedidas tanto na identificação de sobreviventes de violência doméstica como na prevenção exige uma compreensão ampla dos efeitos da violência e os desafios que apresentam. Desta forma um maior número de horas de formação leva a práticas mais adequadas.

Também, Garcia-Moreno (2002) e Lavis, Horrocks e Barker (2005) relatam que os profissionais muitas das vezes deparam-se com situações às quais têm de dar resposta, para as quais não têm qualquer tipo de formação, sendo que o seu sentimento de preparação é diminuto.

Ainda, Campbell (2001) explicita que os profissionais que participaram em formações e estiveram presentes num maior número de horas das mesmas, adquiriam um conhecimento mais especializado, sendo mais propensos a identificar casos de violência doméstica e a relatar os casos. Traduzindo-se num maior sentimento de preparação para intervir com as sobreviventes e em melhores opiniões.

Desta forma, Stover e Lent (2014) consideram fundamental, que a formação em violência doméstica siga uma linha geral e tenha um número de horas mínimo, devendo ser depois adaptada e provida de mais conhecimentos específicos de acordo com a área

profissional. O número de horas mínimo proposto é de 180 horas, onde seria abordado três grandes áreas, o conhecimento, capacidades e atitudes/opiniões.

Explicitando, nos conhecimentos seria falado da história da violência doméstica e o movimento de mulheres, a teoria do poder e controle nas relações, a teoria do *empowerment*, compreensão dos diferentes tipos de violência contra as mulheres, compreensão do impacto da violência na saúde mental e física, os direitos de confidencialidade e os limites do mesmo, entendimento das tipologias de agressor e potenciais intervenções, familiarização com parcerias comunitárias, aspectos jurídicos como as ordens de proteção. Nas capacidades seria dada formação para a comunicação eficaz com as sobreviventes, comunicação eficaz entre vários serviços, avaliação do risco que a sobrevivente corre, desenvolvimento de planos de segurança e implementação dos mesmos. Relativamente as atitudes/opiniões, seria na linha da tomada de consciência da relação complexa entre perpetrador e sobrevivente, respeito pela tomada de decisão da sobrevivente em querer manter a relação por ainda não estar preparada para a mudança e compreensão da individualidade de cada caso.

Por fim, para a quinta questão de investigação, que questionava a relação entre o género do profissional e a sua opinião, existe diferenças significativas, i.e., existem uma relação entre as variáveis. Nomeadamente, o género masculino dá melhores opiniões relativamente à violência doméstica contra as mulheres comparativamente ao género feminino.

O género do profissional influencia o seu conhecimento e as suas opiniões sobre a violência doméstica contra as mulheres afetando o seu desempenho e enviesando a forma como identificam e intervêm com as sobreviventes (Aksan & Aksu, 2007; Othman & Adenan, 2008). Os resultados vão de encontro ao estudo de Qasem e colaboradores (2013) que verificaram que o género feminino realiza menos intervenções com as sobreviventes, e por isso dá piores opiniões, visto não ter a noção da dimensão total da problemática e das necessidades específicas.

Contudo, um estudo de Alazmy et al., (2011) que pretendeu compreender qual o género do profissional tem mais conhecimentos, dá melhores opiniões e sente-se mais preparado para intervir, verificou que não existem diferenças entre os mesmos, sendo que o género masculino e feminino está equiparado. Ainda, percebeu que os profissionais, do género masculino e feminino, vêem a violência doméstica contra as mulheres como algo negativo e que precisa de intervenção adequada.

Conclusão

A presente dissertação tem como objetivo a compreensão das mudanças na violência doméstica contra as mulheres, nomeadamente o conhecimento, opiniões e sentimento de preparação dos profissionais que lidam direta ou indiretamente com as sobreviventes de violência doméstica. Como é que os profissionais se sentem preparados para intervir com sobreviventes de violência doméstica e no que isso se traduz. Também teve como finalidade fornecer evidências de que a formação dos profissionais é fundamental para existir uma mudanças nos serviços.

De acordo com os resultados referidos, foi claro a ligação entre as variáveis. Em geral, quanto mais formação em violência doméstica o profissional tem, melhor e mais adequada será a sua resposta.

Ficou demonstrado que a área exercida pelos profissionais afeta o seu conhecimento, área da segurança e justiça foi a que apresentou maiores conhecimentos ao nível da violência doméstica contra as mulheres. O número de horas de formação correlaciona-se com o conhecimento, sendo que quanto maior é o número de horas de formação em violência doméstica contra as mulheres, maior é o nível de conhecimento dos profissionais. Por sua vez, o conhecimento têm relação com o sentimento de preparação dos profissionais, quanto maior é o nível de conhecimento sobre a problemática, maior é o sentimento de preparação dos profissionais para intervir com as sobreviventes e com este aumento do sentimento de preparação vai originar melhores opiniões por parte dos profissionais. Ainda, foi verificado que os profissionais do género masculino dão melhores opiniões relativamente à violência doméstica contra as mulheres, comparativamente com as profissionais do género feminino.

Portanto é perceptível que opiniões negativas e conhecimentos desadequados, podem ter um impacto negativo, afetando o sentimento de preparação do profissional, na detecção e intervenção com as sobreviventes de violência doméstica. Claramente, os esforços de realização de formação têm um papel fundamental, desafiando as atitudes de tolerância e transmitindo a ideia de uma responsabilidade social referente as estas questões (Alazmy et al., 2011; Qasem et al., 2013).

Como dito anteriormente, a área de segurança e justiça foi a área que apresentou maiores conhecimentos em violência doméstica contra as mulheres. Parece existir uma

tomada de consciência por parte destes profissionais relativamente à procura de conhecimento de forma a melhorar as suas intervenções. Segundo Belknap e Sullivan (2003) e Cattaneo (2010) as sobreviventes reconhecem esta melhoria, ficando normalmente satisfeitas com o contato que têm com estes profissionais.

Os resultados obtidos sustentam a linha de pensamento desenvolvida ao longo da presente dissertação. A violência doméstica contra as mulheres é um problema presente na sociedade, os profissionais devem ter conhecimentos adequados, promovidos através de formações específicas sobre o tema, de forma a sentirem-se mais preparados e a terem melhores opiniões.

Shepard (2005) refere que o principal objetivo nos anos que se seguem será o ultrapassar de obstáculos que impedem a eficácia das respostas às necessidades das sobreviventes. Entende-se como fulcral a formação e conhecimento, por parte dos profissionais, sobre todas as dimensões da violência doméstica contra a mulher (Stover & Lent, 2014; Warrener, Postmus & McMahon, 2013).

Outras investigações que estudaram o conhecimento, a formação, e opiniões dos profissionais, constataram algumas melhorias nestas dimensões, existindo uma preocupação crescente em mudar e melhorar as respostas dadas às sobreviventes. Contudo, ainda se verifica lacunas no que diz respeito à triagem, identificação, comunicação entre serviços e aconselhamentos eficazes (Henderson et al., 2004; Lavis, Horrocks & Barker, 2005; Nyame et al., 2013; Qasem et al, 2012).

Os profissionais que trabalham com as sobreviventes ainda não têm padrões consistentes de formação e conhecimento o que pode levar a intervenções desajustadas. A implementação de normas de regulamentação é necessária, bem como a creditação de profissionais para dar formações sobre violência doméstica contra a mulher para aumentar todas as questões faladas até aqui (Stover & Lent, 2014).

Assim, é também importante perceber que é necessário garantir que os serviços estejam disponíveis, de forma adequada, para as sobreviventes (Postumus et al., 2009). Através dos resultados, verificamos que continua a ser importante o investimento em formação especializada, visto que ficou provado que é essencial para dar origem a respostas adequadas.

Os resultados do presente estudo têm implicações nas práticas correntes de intervenção com as sobreviventes de violência doméstica, ao confirmar a importância de

formação especializada no conhecimento, do conhecimento no sentimento de preparação e do sentimento de preparação nas opiniões do profissional, percebendo-se assim, que a gênese é mesmo a formação. Desta forma, vai de encontro aos resultados presentes na literatura que confirmam a natureza desta importância.

Promover formações especializadas em violência doméstica contra as mulheres, tem a capacidade não só de aumentar o conhecimento dos profissionais, como é elemento fundamental no desenvolvimento de ações de intervenção e acompanhamento das sobreviventes. Sendo um dos fatores de mudança nesta problemática e um passo para a diminuição dos casos de violência doméstica contra as mulheres.

Nenhum estudo está isento de limitações, pelo que serão apresentadas algumas das limitações identificadas no presente estudo. Primeiro o fato da mesma ter sido recolhida por conveniência não exclui a ocorrência de enviesamentos e condiciona a generalização dos resultados. Segundo, o procedimento de recolha de dados utilizado condiciona igualmente os aspetos mencionados, uma vez que não possibilita o esclarecimento imediato em caso de dúvida e não permite o controlo da presença de superiores hierárquicos, o que pode levar a desajustabilidade social. Terceiro, o questionário ainda se encontrar em processo de validação, não existindo dados de comparação.

O presente estudo representa um passo importante no sentido de melhor compreender os conhecimentos e opiniões dos profissionais que lidam com a violência doméstica contra as mulheres, de forma a perceber quais as mudanças e esforços que no futuro devem ser feitos para melhorar a prevenção e intervenção dos profissionais.

Os resultados obtidos denotam igualmente a importância de investir em estudos futuros, nomeadamente o estudo mais aprofundado da variável conhecimento e formação, de forma a perceber e a tornar mais claro os seus conteúdos, ou seja, perceber a qualidade e adequação da formação. Ainda, embora tenha ficado perceptível que a formação melhora o conhecimento e conseqüentemente o seu sentimento de preparação, era importante, no futuro ser feito um estudo rigoroso de como todos estes resultados se aplicam na prática. Seria importante estudar de forma aprofundada as opiniões relativamente ao género dos profissionais relacionando com a sua prática profissional. Como futuros psicólogos que pretendemos ser, seria também relevante aplicar este estudo em específico, aos psicólogos, para ver o seu nível de conhecimentos, opiniões e perceber o seu sentimento de preparação para intervir com as sobreviventes de violência doméstica.

Referências

- Aksan, H. A. D., & Aksu, F. (2007). The training needs of Turkish emergency department personnel regarding intimate partner violence. *Public Health, 7*, 350–359.
- Alazmy, S. F., Alotaibi, D. M., Atwan, A. A., Kamel, M. I., El-Shazly, M. K. (2011). Gender difference of knowledge and attitude of primary health care staff towards domestic violence. *Alexandria Journal of Medicine, 47*, 337–341. doi:10.1016/j.ajme.2011.07.018
- Allen, N. E. (2006). An Examination of the Effectiveness of Domestic Violence Coordinating Councils. *Violence Against Women, 12*(1), 46-67. doi: 10.1177/1077801205277405
- Allen, N. E., Bybee, D. & Sullivan, C. M, (2004) Battered women’s multitude of needs: Evidence supporting the need for comprehensive advocacy. *Violence Against Women 10*(9), 1015-1035. doi:10.1177/1077801204267658
- Allen, N. E., Larsen, S., Trotter, J., & Sullivan, C.M. (2013). Exploring the core service delivery process of an evidence-based community advocacy program for women with abusive partners. *Journal of Community Psychology, 41*(1), 1-18.
- Allen, N., Lauren, S. E., Javdani, S. & Lehrner, A. L. (2012). Council-Based Approaches to Reforming the Health Care Response to Domestic Violence: Promising Findings and Cautionary Tales. *American Journal of Community Psychology, 50*, 50-36.
- Allen, N., Lehrner, A. & Mattisson, E. (2007) Promoting systems change in the health care response to intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology, 35*(1), 103-120. doi:10.1002/jcop.20137
- Ambuel, B., Hamberger, L. K., Guse, C. E., Melzer-Lange, M., Phelan, M. B., & Kistner, A. (2013). Healthcare Can Change from Within: Sustained Improvement in the Healthcare Response to Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence, 28*, 833–847 doi:10.1007/s10896-013-9550-9
- Amoakohene, M. I. (2004). Violence against women in Ghana: a look at women’s perceptions and review of policy and social responses. *Social Science & Medicine 59*, 2373–2385.
- Bacchus L., Mezey G., & Bewley S. (2003) Experiences of seeking help from health

professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and Social Care in the Community*, 11(1), 10–18.

- Baker, C. L., Cook, A. L., & Noris, F. H. (2003). Domestic Violence and Housing Problems: A contextual Analysis of Women's Help-Seeking, Received Informal Support, and Formal System Response. *Violence Against Women*, 9(7), 754-783. doi:1177/1077801203009007002
- Ball, W., & Charles, N. (2006). Feminist social movements and policy change: Devolution, childcare and domestic violence policies in Wales. *Women's Studies International Forum*, 29, 172-183.
- Banks, J. R., & Fedewa, A. L. (2011). Counselors' Attitudes Toward Domestic Violence in Same-Sex Versus Opposite-Sex Relationships. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 40, 194-205. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2161-1912.2012.00017.x/pdf>, consultado a 15 de Abril de 2014.
- Becker, J. C. & Wright, S. C. (2011). Yet Another Dark Side of Chivalry: Benevolent Sexism Undermines and Hostile Sexism Motivates Collective Action for Social Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(1), 62–77.
- Belknap, J., & Sullivan, C. M. (2003). *Longitudinal study of battered women in the system: The victims' and decision makers' perceptions: Final report* (Document No. 202946). Washington, DC: National Institute of Justice.
- Bell, M. E., & Goodman, L. A. (2001). Supporting battered women involved with the court system: An evaluation of a law school-based advocacy intervention. *Violence Against Women*, 7, 1377-1404.
- Bell, M. E., Perez, S., Goodman, L. A., & Dutton, M. A. (2011). Battered women's perceptions of civil and criminal court helpfulness: The role of court outcome and process. *Violence Against Women*, 17, 71-88. doi:10.1177/1077801210393924
- Ben-Natan, M. (2014). Screening by Healthcare Staff for Domestic Violence Against Women in Israel - Ethical and Legal Aspects. *Journal of Family Violence*, 29, 809–813. doi:10.1007/s10896-014-9625-2

- Bennet, L., Riger, S., Schewe, P., Howard, A., & Wasco, S. (2004). Effectiveness of Hotline, Advocacy, Counseling, and Shelter Services for Victims of Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(7), 815-829.
- Berkowitz, B. (2001). Studying the Outcomes of Community-Based Coalitions. *American Journal of Community Psychology*, 36(1/2), 49-70.
- Bostock, J., Plumpton, M. & Pratt, R. (2009). Domestic Violence Against Women: Understanding Social Processes and Women's Experiences. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 19, 95-110.
- Buzawa, E. S., & Buzawa, C. G. (2002). *Domestic violence: the criminal justice response*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Buzawa, E., Hotaling, G., & Klein, A. (1998). The Response to Domestic Violence in a Model Court: Some Initial Findings and Implications. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 185-206.
- Campell, J. C., Coben, J. H., McLoughlin, E., Dearwater, S., Nah, G., Glass, N., Lee, D., & Durborow, N. (2001). An Evaluation of a System-change Training Model to Improve Emergency Department Response to Battered Women. *Academic Emergency Medicine*, 8(2), 131-138.
- Campbell, J. C. (2002), Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-36.
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C. & Wynne, C. (2002) "Intimate partner violence and physical health consequences". *Archives of Internal Medicine*, 162(10), 1157-1163.
- Caralis, P. V., & Musialowski, R. (1997). Women's experience with domestic abuse and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern Medical Journal*, 90, 1075-1080.
- Cardoso, R., & Ornelas, J. (2013). The changes on intimate partner violence against women in the health system in Portugal. *Health*, 7(5), 65-70. Disponível em <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=34860#.VHeqwzGsUII>, consultado a 5 de Dezembro de 2014. doi: 10.4236/health.2013.57A4010

- Cassel, C., & Symon, G. (1994) *Qualitative Methods in Organizational Research*. London: Sage
- Cattaneo, L. B. (2010). The role of socioeconomic status in interactions with police among a national sample of women experiencing intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology, 45*, 247-258. doi:10.1007/s10464-010-9297-x
- Cattaneo, L. B., Cho, S., & Botuck, S. (2011). Describing intimate partner stalking over time: An effort to inform victim-centered service provision. *Journal of Interpersonal Violence, 26*, 3428-3454. doi:10.1177/0886260511403745
- Cattaneo, L. B., Dunn, J. L., & Chapman, A. R. (2012). The Court Impact Scale: A Tool for Evaluating IPV Victims' Experience in Court. *Journal of Interpersonal Violence, XX(X)*, 1-21. doi:10.1177/0886260512459383
- Cattaneo, L. B., Grossmann, J., & Chapman, A. R. (2015). The Goal of IPV Survivors Receiving Orders of Protection: An application of the empowerment Process Model. *Journal of Interpersonal Violence, 1-23*. doi: 10.1177/0886260515581905
- Clark, S., Burt, M., Schulte, M., & Maguire, K. (1997). Coordinated community responses to domestic violence in six communities: Beyond the justice system. *The Urban Institute, 29*(1-2), 1-21.
- Davis, A. (1995). The experimental Method in psychology. In G.M. Breakwell S. Hammond and C.Fife-Schaw., *Research methods in psychology* (pp.50-68) London, UK: Sage publications ltd
- Dias, I. S. (2000). *A violência doméstica em Portugal: Contributos para a sua visibilidade*. IV Congresso Português de Sociologia.
- Dias, I. (2010). Violência doméstica e justiça: resposta e desafios. *Revista do Departamento de Sociologia da FLUP, XX*, 245-262.
- Erez, E., & Belknap, J. (1998). In their own words: Battered women's assessment of the criminal processing system's responses. *Violence and Victims, 13*, 251-268.
- Epstein, D., Bell, M. E., & Goodman, L. A. (2003). Transforming aggressive prosecution policies: Prioritizing victims' long-term safety in the prosecution of domestic violence cases. *Journal of Gender, Social Policy, & the Law, 11*(2), 465-498.

- Glenn, C., & Goodman, L. (2015). Living With and Within the rules of Domestic Violence Shelters: A Qualitative Exploration of Residents' Experiences. *Violence Against Women*, 1-26.
- Garcia-Moreno C. (2002). Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *The Lancet*, 9316(359), 1509–1514.
- Gracia, E., & Herrero, J. (2005). Acceptability of domestic violence against women in the European Union: a multilevel analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 123-129. doi: 10.1136/jech.2005.036533
- Goodman, L., Bennett, L., & Dutton, M. A. (1999). Obstacles to victims' cooperation with the criminal prosecution of their abusers: The role of social support. *Violence & Victims*, 14, 427-444.
- Goodkind, J., Sullivan, C.M., & Bybee, D.I. (2004). A contextual analysis of battered women's safety planning. *Violence Against Women*, 10(5), 514-533. doi:10.1177/1077801204264368
- Hage, S. M (2000). The Role of Counseling Psychology Preventing Male Violence Against Female Intimates. *The Counseling Psychologist*, 28(6), 797-828. doi:10.1177/0011000000286003
- Haakeen, J., & Yragui, N. (2003). Going underground: Conflicting perspectives on domestic violence shelters practices. *Feminism & Psychology*, 13, 49-71.
- Henderson, T. J., HodsonScholle, S., Weisman, C. S., & Anderson, T. R. (2004). The role of physician gender in the evaluation of the national centers of excellence in women's health: test of an alternate hypothesis. *Women's Health Issues*, 130–139.
- Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A., & Mantysaari, M. (2012). Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health and Social Care in the Community*, 20(4), 347-355. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x
- Lavis V., Horrocks C.K.N. & Barker V. (2005). Domestic violence and health care: opening Pandora's box – challenges and dilemmas. *Feminism and Psychology*, 15, 441–460.

- 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), 71-83.
- Lehrner, A., & Allen, N. (2009). Still a movement after all these years?: A current tensions in the domestic violence movement. *Violence Against Women*, 15(6), 656-677. doi:10.1177/1077801209332185
- Lyon, E., Lane, S., & Menard, A. (2008). Meeting survivors' needs: A multi-state study of domestic violence shelter experiences. *National Institute of Justice*. Disponível em http://www.vawnet.org/assoc_files_vawnet/meetingsurvivorsneeds-fullreport.pdf, consultado a 15 de Outubro de 2015.
- Loseke, D. R. (2005). Women's violence toward men is a serious social problem. In D. R. Loseke, R. J. Gelles, e M. M. Cavanaugh (Orgs.) *Current controversies on family violence*, vol. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Maker, a. H., Kimmelmeier, M. & Peterson, C. (2001). Child Sexual Abuse, Peer Sexual Abuse, and Sexual Assault in Adulthood: A Multi-Risk Model of Revictimization. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 351-368.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Climepsi Editores.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística: com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Qasem, H. D., Hamadah, F. A., Qasem, K. D., Kamel, M. I., & El-Shazly, M. K. (2013). Knowledge and attitude of primary health care staff screening and not screening for domestic violence against women. *Alexandria Journal of Medicine*, 49, 181-187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajme.2012.07.006>
- Olson, L., Anctil, C., Fullerton, L., Brillman, J., Arbuckle, J., & Sklar, D. (1996). Increasing emergency physicians' recognition of domestic violence. *Ann Emerg Medicine*, 27, 741-5.
- Othman, S., & Adenan, N. A. M. (2008). Domestic violence management in Malaysia: a survey on the primary health care providers. *Asia Pacific Family Medicine*, 7, 2-8.

- Postmus, J., Severson, M., Berry, M., & Yoo, J. (2009). Women's experiences of violence and seeking help. *Violence Against Women, 15*(7), 852-868. doi: 10.1177/1077801209334445
- Ramsey, J., Richardson, J., Carter, H., Davidson, L., & Feder, G. (2002). 'Should Health Professionals Screen Women for Domestic Violence? Systematic Review'. *British Medical Journal, 325*, 1-13.
- Robinson L. & Spilsbury K. (2008) Systematic review of the perceptions and experiences of accessing health services by adult victims of violence. *Health and Social Care in the Community, 16*(1), 16–30.
- Rhodes, K. V. & Levinson, W. (2003) 'Interventions for intimate partner violence against women'. *JAMA, 289*(5), 601-605.
- Shepard, M. (2005). Twenty Years of Progress in Addressing Domestic Violence: An Agenda for the Next 10, *Journal of Interpersonal Violence, 20*(4), 436-440. doi:10.1177/0886260504267879
- Shepard, M. F., Falk, D. R. & Elliott, B. A. (2002). Enhancing Coordinated Community Responses to Reduce Recidivism in Cases of Domestic Violence, *Journal of Interpersonal Violence, 17*(5), 551-569. doi:10.1177/0886260502017005005
- Short, L. M., Johnson, D., & Osattin, A. (1998). Recommended components of health care provider training programs on intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 283-288.
- Short, L. M., Alpert, E., Harris Jr, J. M., & Surprenant, Z. J. (2006). A Tool for Measuring Physician to Manage Intimate Partner Violence. *American Journal of Preventive Medicine, 30*(2), 173-180.
- Soares, M. & Cláudio, V. (2010). Crenças e Atitudes Sobre a Violência Doméstica e Satisfação com o Suporte Social em Sujeitos Adictos e Não-Adictos. Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1540/1/SNIP%202010%203231-3245.pdf>, Consultado a 10 de Abril de 2014.
- Stover, C. S. & Lent, K. (2014). Training and Certification for Domestic Violence Service Providers: The Need for a National Standard Curriculum and Training Approach. *Psychology of Violence, 4*(2), 117–127. doi:10.1037/a0036022

- Sullivan, C.M., & Bybee, D.I. (1999). Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 43-53.
- Sullivan, C.M. (2012). *Advocacy Services for Women with Abusive Partners: A Review of the Empirical Evidence*, Harrisburg, PA: National Resource Center on Domestic Violence. Consultado a 10 de Setembro de 2015, disponível em <http://www.dvevidenceproject.org>.
- Sutherland, C. A., Bybee, D. I. & Sullivan, C. M. (2002). 'Beyond bruises and broken bones: the joint effects of stress and injuries on battered women's health'. *American Journal of Community Psychology*, 30(5), 609-636. doi:10.1023/A:1016317130710
- Waalén, J., Goodwin, M. M, Spitz, A. M., Petersen, R., & Saltzman, L. E. (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers: barriers and interventions. *Am J Prev Medicine*, 19, 230-237.
- Warrener, C., Postmus, J. L., & McMahon, S. (2013). Professional efficacy and working with victims of domestic violence or sexual assault. *Journal of Women & Social Work*, 28, 194–206. doi:10.1177/0886109913485709
- Weisz, A. N. (2002). Prosecution of batterers: Views of African American battered women. *Violence & Victims*, 17, 19-34.

ANEXOS

Anexo A – Instrumento - PREMIUS (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey)

PHYSICIAN READINESS TO MANAGE INTIMATE PARTNER VIOLENCE

Your candid responses on the following survey will greatly assist us in our attempt to improve physicians' recognition and management of intimate partner violence-related* injuries and illnesses. Please record your first, instinctive answer, even if you don't think it is "politically correct." Don't try to think about what your answers "should" be. All responses will be coded by an identifying number only, kept confidential, and analyzed in group form so that no personal information is revealed.

Some questions may seem similar to others. However, we ask that you answer all questions to help ensure the reliability of the assessment. Thank you for taking the time (estimated at 25 minutes) to complete this survey.

Last four digits of your Social Security Number: _____ Today's date: ___/ ___/ ___

Section I: Respondent Profile

1. Your Age: _____
2. Gender: Male Female
3. State of Practice _____ (Two letter abbreviation)
4. Primary field of practice:

<input type="checkbox"/> Internal Medicine	<input type="checkbox"/> Emergency Medicine
<input type="checkbox"/> Family Practice	<input type="checkbox"/> Surgery
<input type="checkbox"/> Pediatrics	<input type="checkbox"/> Obstetrics/Gynecology
<input type="checkbox"/> Psychiatry	<input type="checkbox"/> Other (specify) _____
5. When did you graduate from medical/professional school? _____
6. What degree or certificate did you receive? MD DO Other: Specify: _____
7. Including your residency, how long have you been practicing in this field? ___ Years ___ Months
8. Average number of patients you care for per week (check one):
 not seeing patients
 less than 20
 20-39
 40-59
 60 or more
9. Including yourself, how many physicians or physician assistants practice at your work site? _____
And how many nurses or nurse practitioners? _____
10. Including yourself, how many practitioners at your work site have participated in an IPV training course in the past 6 months: _____
This represents: All Most Some A few Don't know

* Intimate partner violence (IPV is also commonly referred to as domestic violence, partner violence, or family violence. It is typically violence between intimate partners including spouses or boy/girlfriends.

Anexo A – Instrumento – PREMIUS (cont.)

Section II: Background

1. How much previous training about intimate partner violence (IPV/DV) issues have you had?

(Please check all that apply.)

- None
- Read my institution's protocol
- Watched a video
- Attended a lecture or talk
- Attended a skills-based training or workshop
- Medical/nursing/other school—classroom training
- Medical/nursing/other school—clinical setting
- Residency/fellowship/other post grad training
- CME program
- Other in-depth training (more than 4 hours)
- Other (specify) _____

2. Estimated total number of hours of previous IPV training: _____

3. Please circle the number which best describes how prepared you feel to perform the following:

(1 = Not prepared; 2 = Minimally prepared; 3 = Slightly prepared; 4 = Moderately prepared; 5 = Fairly well prepared; 6 = Well prepared; 7 = Quite well prepared)

	Not Prepared			Quite Well Prepared			
	1	2	3	4	5	6	7
a. Ask appropriate questions about IPV	1	2	3	4	5	6	7
b. Appropriately respond to disclosures of abuse	1	2	3	4	5	6	7
c. Identify IPV indicators based on patient history, and physical examination			1	2	3	4	5 6 7
d. Assess an IPV victim's readiness to change	1	2	3	4	5	6	7
e. Help an IPV victim assess his/her danger of lethality	1	2	3	4	5	6	7
f. Conduct a safety assessment for the victim's children	1	2	3	4	5	6	7
g. Help an IPV victim create a safety plan	1	2	3	4	5	6	7
h. Document IPV history and physical examination findings in patient's chart	1	2	3	4	5	6	7
i. Make appropriate referrals for IPV	1	2	3	4	5	6	7
j. Fulfill state reporting requirements for:							
- IPV	1	2	3	4	5	6	7
- Elder abuse	1	2	3	4	5	6	7
- Child abuse	1	2	3	4	5	6	7

4. How much do you feel you now know about:

(1 = Nothing; 2 = Very Little; 3 = A little; 4 = A moderate amount; 5 = A fair amount; 6 = Quite a bit; 7 = Very Much)

	Nothing						Very Much
	1	2	3	4	5	6	7
a. Your legal reporting requirements for:							
- IPV	1	2	3	4	5	6	7
- Child abuse	1	2	3	4	5	6	7
- Elder abuse	1	2	3	4	5	6	7
b. Signs or symptoms of IPV	1	2	3	4	5	6	7
c. How to document IPV in patient's chart	1	2	3	4	5	6	7
d. Referral sources for IPV victims	1	2	3	4	5	6	7
e. Perpetrators of IPV	1	2	3	4	5	6	7
f. Relationship between IPV and pregnancy	1	2	3	4	5	6	7
g. Recognizing the childhood effects of witnessing IPV	1	2	3	4	5	6	7
h. What questions to ask to identify IPV	1	2	3	4	5	6	7
i. Why a victim might not disclose IPV	1	2	3	4	5	6	7
j. Your role in detecting IPV			1	2	3	4	5 6 7
k. What to say and not say in IPV situations with a patient	1	2	3	4	5	6	7
l. Determining danger for a patient experiencing IPV	1	2	3	4	5	6	7
m. Developing a safety plan with an IPV victim	1	2	3	4	5	6	7
n. The stages an IPV victim experiences in understanding and changing his/her situation	1	2	3	4	5	6	7

Anexo A – Instrumento – PREMIUS (cont.)

Section III: IPV Knowledge. Check one answer per item, unless noted otherwise.

1. What is the strongest *single* risk factor for becoming a victim of intimate partner violence?
 - Age (<30yrs)
 - Partner abuses alcohol/drugs
 - Gender – female
 - Family history of abuse
 - Don't know
2. Which *one* of the following is generally true about batterers?
 - They have trouble controlling their anger
 - They use violence as a means of controlling their partners
 - They are violent because they drink or use drugs
 - They pick fights with anyone
3. Which of the following are warning signs that a patient may have been abused by his/her partner?
(*check all that apply*)
 - Chronic unexplained pain
 - Anxiety
 - Substance abuse
 - Frequent injuries
 - Depression
4. Which of the following are reasons an IPV victim may not be able to leave a violent relationship?
(*check all that apply*)
 - Fear of retribution
 - Financial dependence on the perpetrator
 - Religious beliefs
 - Children's needs
 - Love for one's partner
 - Isolation
5. Which of the following are the most appropriate ways to ask about IPV?
(*check all that apply*)
 - "Are you a victim of intimate partner violence?"
 - "Has your partner ever hurt or threatened you?"
 - "Have you ever been afraid of your partner?"
 - "Has your partner ever hit or hurt you?"
6. Which of the following is/are generally true? (*check all that apply*)
 - There are common, non-injury presentations of abused patients
 - There are behavioral patterns in couples that may indicate IPV
 - Specific areas of the body are most often targeted in IPV cases
 - There are common injury patterns associated with IPV
 - Injuries in different stages of recovery may indicate abuse

Anexo A – Instrumento – PREMIUS (cont.)

7. Please label the following descriptions of the behaviors and feelings of patients with a history of IPV with the appropriate stage of change.

- 1 = Pre-contemplation 2 = Contemplation 3 = Preparation
 4 = Action 5 = Maintenance 6 = Termination

- Begins making plans for leaving the abusive partner
- Denies there's a problem
- Begins thinking the abuse is not their own fault
- Continues changing behaviors
- Obtains order(s) for protection

8. Circle T for "true", F for "false", or DK if you "don't know" the answer to the following:

- a. Alcohol consumption is the greatest single predictor of the likelihood of IPV. T F DK
- b. There are no good reasons for not leaving an abusive relationship T F DK
- c. Reasons for concern about IPV should not be included in a patient's chart if s/he does not disclose the violence. T F DK
- d. When asking patients about IPV, physicians should use the words "abused" or "battered." T F DK
- e. Being supportive of a patient's choice to remain in a violent relationship would condone the abuse. T F DK
- f. Victims of IPV are able to make appropriate choices about how to handle their situation. T F DK
- g. Health care providers should not pressure patients to acknowledge that they are living in an abusive relationship. T F DK
- h. Victims of IPV are at greater risk of injury when they leave the relationship. T F DK
- i. Strangulation injuries are rare in cases of IPV. T F DK
- j. Allowing partners or friends to be present during a patient's history and physical exam ensures safety for an IPV victim T F DK
- k. Even if the child is not in immediate danger, physicians in all states are mandated to report an instance of a child witnessing IPV to Child Protective Services T F DK

Section IV: Opinions

For each of the following statements, please indicate your response on the scale from "Strongly Disagree" (1) to "Strongly Agree" (7).

Statements	Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree			
1. If an IPV victim does not acknowledge the abuse, there is very little that I can do to help.	1	2	3	4	5	6	7
2. I ask all new patients about abuse in their relationships.	1	2	3	4	5	6	7
3. My workplace encourages me to respond to IPV.	1	2	3	4	5	6	7
4. I can make appropriate referrals to services within the community for IPV victims.	1	2	3	4	5	6	7
5. I am capable of identifying IPV without asking my patient about it.	1	2	3	4	5	6	7
6. I do not have sufficient training to assist individuals in addressing situations of IPV.	1	2	3	4	5	6	7
7. Patients who abuse alcohol or other drugs are likely to have a history of IPV.	1	2	3	4	5	6	7
8. Victims of abuse have the right to make their own decisions about whether hospital staff should intervene.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo A – Instrumento – PREMIUS (cont.)

Statements	Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree			
9. I feel comfortable discussing IPV with my patients.	1	2	3	4	5	6	7
10. I don't have the necessary skills to discuss abuse with an IPV victim who is:							
a) Female	1	2	3	4	5	6	7
b) Male	1	2	3	4	5	6	7
c) from a different cultural/ethnic background	1	2	3	4	5	6	7
11. If victims of abuse remain in the relationship after repeated episodes of violence, they must accept responsibility for that violence.	1	2	3	4	5	6	7
12. I am aware of legal requirements in this state regarding reporting of suspected cases of:							
a) IPV	1	2	3	4	5	6	7
b) child abuse	1	2	3	4	5	6	7
c) elder abuse	1	2	3	4	5	6	7
13. Health care providers do not have the time to assist patients in addressing IPV.	1	2	3	4	5	6	7
14. I am able to gather the necessary information to identify IPV as the underlying cause of patient illnesses (e.g., depression, migraines).	1	2	3	4	5	6	7
15. If a patient refuses to discuss the abuse, staff can only treat the patient's injuries.	1	2	3	4	5	6	7
16. Victims of abuse could leave the relationship if they wanted to.	1	2	3	4	5	6	7
17. I comply with the Joint Commission standards that require assessment for IPV.	1	2	3	4	5	6	7
18. Health care providers have a responsibility to ask all patients about IPV.	1	2	3	4	5	6	7
19. My practice setting allows me adequate time to respond to victims of IPV.	1	2	3	4	5	6	7
20. I have contacted services within the community to establish referrals for IPV victims.	1	2	3	4	5	6	7
21. Alcohol abuse is a leading cause of IPV.	1	2	3	4	5	6	7
22. Victims of abuse often have valid reasons for remaining in the abusive relationship.	1	2	3	4	5	6	7
23. I am too busy to participate on a multidisciplinary team that manages IPV cases.	1	2	3	4	5	6	7
24. Screening for IPV is likely to offend those who are screened.	1	2	3	4	5	6	7
25. There is adequate private space for me to provide care for victims of IPV.	1	2	3	4	5	6	7
26. I am able to gather the necessary information to identify IPV as the underlying cause of patient injuries (e.g., bruises, fractures, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
27. Women who choose to step out of traditional roles are a major cause of IPV.	1	2	3	4	5	6	7
28. Health care providers do not have the knowledge to assist patients in addressing IPV.	1	2	3	4	5	6	7
29. I can match therapeutic interventions to an IPV patient's readiness to change.	1	2	3	4	5	6	7
30. I understand why IPV victims do not always comply with staff recommendations.	1	2	3	4	5	6	7
31. Use of alcohol or other drugs is related to IPV victimization.	1	2	3	4	5	6	7
32. I can recognize victims of IPV by the way they behave.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo A – Instrumento – PREMIUS (cont.)

Section V: Practice Issues

1. How many *new diagnoses* (picked up an acute case, uncovered ongoing abuse, or had a patient disclose a past history) of intimate partner violence (IPV) would you estimate you have made in the last 6 months?

- None
- 1-5
- 6-10
- 11-20
- 21 or more
- N/A – not in clinical practice

2. Check the situations listed below in which you currently screen for IPV: (*check all that apply*)

- Not applicable – I am not in clinical practice
- I do not currently screen
- I screen all new patients
- I screen all new female patients
- I screen all patients with abuse indicators on history or exam
- I screen all female patients at the time of their annual exam
- I screen all pregnant patients at specific times of their pregnancy
- I screen all patients periodically
- I screen all female patients periodically
- I screen certain patient categories only (check below)
 - Teenagers
 - Young adult women (under 30 years old)
 - Elderly women (over 65 years old)
 - Single or divorced women
 - Married women
 - Women with alcohol or other substance abuse
 - Single mothers
 - Black or Hispanic women
 - Immigrant women
 - Lesbian women
 - Homosexual men
 - Depressed/suicidal women
 - Pregnant women
 - Mothers of all my pediatric patients (if applicable)
 - Mothers of pediatric patients who show signs of witnessing IPV
 - Mothers of children with confirmed or suspected child abuse, neglect
 - Other. Please specify: _____

Anexo A – Instrumento – PREMIUS (cont.)

3. How often in the past six months have you asked about the possibility of IPV when seeing patients with the following:

	Never	Seldom	Some-time	Nearly always	Always	N/A
a. Injuries	1	2	3	4	5	6
b. Chronic pelvic pain	1	2	3	4	5	6
c. Irritable bowel syndrome	1	2	3	4	5	6
d. Headaches	1	2	3	4	5	6
e. Depression/Anxiety	1	2	3	4	5	6
f. Hypertension	1	2	3	4	5	6
g. Eating disorders	1	2	3	4	5	6

4. In the past 6 months, which of the following actions have you taken when you identified IPV? (check all that apply)

- Have not identified IPV in past 6 months
- Provided information (phone numbers, pamphlets, other information) to patient
- Counseled patient about options she / he may have
- Conducted a safety assessment for the victim
- Conducted a safety assessment for victim's children
- Helped patient develop a personal safety plan
- Referred patient to:
 - Individual therapy
 - Couples therapy
 - Child therapy/support group
 - On-site social worker/advocate
 - Battered women's program/shelter
 - Alcohol/substance abuse counseling
 - Local DV/IPV hotline
 - Police, sheriff, or other local law enforcement
 - Housing, educational, job or financial assistance
 - Other referral (describe): _____
 - Other action (describe): _____
- Child Protective Services
- Legal advocate/victim witness advocate
- Batterers' treatment program
- Religious leader/organization
- Battered women/s support group
- National DV/IPV Hotline
- Lesbian/Gay/Transvestite/Bisexual support group

5. Is there a protocol for dealing with adult IPV at your clinic/practice? (check one)

- Yes, and widely used
- Yes, and used to some extent
- Yes, but not used
- No
- Unsure
- Not applicable to my patient population
- I am not currently in a clinical practice

6. Are you familiar with your institution's policies regarding screening & management of IPV victims?

Yes No N/A

7. Is a camera available at your work site for photographing IPV victims' injuries?

- Yes -- Type: Polaroid or other instant camera, Digital, Other: _____
- No
- Unsure
- Not applicable to my patient population
- I am not currently in a clinical practice

©2003 Medical Directions, Inc Page 7

Anexo A – Instrumento – PREMIUS (cont.)

8. Do you practice in a state where it is legally mandated to report IPV cases involving competent (non-vulnerable) adults?

- Yes
- No
- Unsure
- N/A (Not in practice)

9. For every IPV victim you have identified in the past 6 months, how often have you:

	Never	Seldom	Some- times	Nearly always	Always	N/A
a. Documented patient's statements re. IPV in chart	1	2	3	4	5	6
b. Used a body-map to document patient injuries	1	2	3	4	5	6
c. Photographed victim's injuries to include in chart	1	2	3	4	5	6
d. Notified appropriate authorities when mandated	1	2	3	4	5	6
e. Conducted a safety assessment for victim	1	2	3	4	5	6
f. Conducted a safety assessment for victim's children	1	2	3	4	5	6
g. Helped an IPV victim develop a safety plan	1	2	3	4	5	6
h. Contacted an IPV service provider	1	2	3	4	5	6
i. Offered validating or supportive statements	1	2	3	4	5	6
j. Provided basic information about IPV	1	2	3	4	5	6
k. Provided referral and/or resource information	1	2	3	4	5	6

10. Are IPV patient education or resource materials (posters, brochures, etc.) available at your practice site? (*check one*)

- Yes, well displayed, and accessed by patients
- Yes, well displayed, but not accessed by patients
- Yes, but not well displayed
- No
- Unsure
- Not applicable to my patient population
- Am not currently in a clinical practice

11. Do you provide abused patients with IPV patient education or resource materials? (*check one*)

- Yes, almost always
- Yes, when it is safe for the patient
- Yes, but only upon patient request
- No, due to inadequate referral resources in the community
- No, because I do not feel these materials are useful in general
- No, other reason (*specify*) _____
- Not applicable to my patient population
- I am not currently in a clinical practice

12. Do you feel you have adequate adult IPV referral resources for patients **at your work site** (including mental health referral)?

- Yes
- No
- Unsure
- I am not currently in a clinical practice
- Not applicable to my patient population

13. Do you feel you have adequate knowledge of referral resources for patients **in the community** (including shelters or support groups) for adult IPV victims?

- Yes
- No
- Unsure
- I am not currently in a clinical practice
- Not applicable to my patient population

Thank you for completing this survey.

Anexo B – Instrumento Traduzido (A Prontidão Dos Profissionais Para Detetar e Intervir Em Situações De Violência Doméstica)

A PRONTIDÃO DOS PROFISSIONAIS PARA DETECTAR E INTERVIR EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES

Pedimos-lhe que responda a este questionário, pois o seu contributo é importante para a melhoria das respostas da intervenção em situações de violência doméstica contra as mulheres.

Por favor, registe a primeira resposta que lhe ocorra. As suas respostas são confidenciais.

Irão ser codificadas e analisadas em conjunto, sem revelar qualquer informação pessoal. Há perguntas que podem parecer semelhantes, no entanto, solicitamos que complete o questionário, respondendo a todas as perguntas. Estimamos que a resposta a este questionário demore cerca de 20 minutos.

Muito Obrigada pela sua colaboração.

DATA:

--	--	--	--	--	--	--	--

SECÇÃO I: DADOS SOCIODEMOGRÁFIOS

1. Idade:

--	--

2. Género:

	1. Feminino		2. Masculino
--	-------------	--	--------------

3. Residência:

	1. Viana do Castelo		8. Guarda		15. Setúbal
	2. Braga		9. Coimbra		16. Évora
	3. Porto		10. Castelo Branco		17. Beja
	4. Vila Real		11. Leiria		18. Faro
	5. Bragança		12. Santarém		19. Arquipélago dos Açores
	6. Aveiro		13. Lisboa		20. Arquipélago da Madeira
	7. Viseu		14. Portalegre		

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

4. Local de Trabalho:

1. Centros de Atendimento	9. Polícia Judiciária (PJ)
2. Casas Abrigo	10. Serviços do Ministério Público/Tribunais
3. Institutos de Solidariedade Social	11. Instituto de Medicina Legal
4. Serviços Sociais Locais	12. Gabinetes de Consulta Jurídica
5. Segurança Social	13. Centros de Saúde
6. Câmara Municipal	14. Hospitais
7. Guarda Nacional Republicana (GNR)	15. Instituto de Reinserção Social
8. Polícia de Segurança Pública (PSP)	16. Outro: Qual? _____

5. Área em que exerce:

1. Medicina Interna	5. Enfermagem	9. Psicologia
2. Psiquiatria	6. Magistratura	10. Serviço Social
3. Ginecologia/Obstetrícia	7. Advocacia	11. Outra: Qual? _____
4. Pediatria	8. Órgãos de Polícia Criminal	

6. Há quanto tempo exerce nessa área:

		Anos			Meses
--	--	------	--	--	-------

7. Qual número médio de indivíduos que atende por semana?

1. Não atendo
2. Inferior a 20
3. Entre 20 a 39
4. Entre 40 a 59
5. Superior a 60

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

8. Nos últimos seis meses, quantos profissionais no seu local de trabalho tiveram formação na área de Violência Doméstica contra as mulheres?

	1. Todos
	2. A maioria
	3. Poucos
	4. nenhuns
	5. Não sei

SECÇÃO II: FORMAÇÃO

1. Que tipo de formação sobre Violência Doméstica contra as mulheres já teve?

	1. Nenhuma
	2. Li o protocolo de intervenção da minha instituição
	3. Vi um vídeo
	4. Assisti a conferências/palestras
	5. Frequentei um workshop
	6. Tive aulas sobre a temática no meu percurso académico
	7. Fiz formação Técnica de Apoio à Vítima (TAV)
	8. Frequentei acções de formação básica
	9. Frequentei acções de formação avançada
	10. Outra: Qual? _____

2. Número total estimado de horas de formação sobre Violência Doméstica contra as mulheres:

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

3. Até que ponto se sente preparado para:

Assinale o que considera indicado sendo (1) “Nada”, (2) “Muito Pouco”, (3) “Um Pouco”, (4) “Moderado”, (5) “Algo Considerável”, (6) “Bastante” e (7) “Muito”.

1. Fazer as perguntas adequadas às situações de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
2. Responder adequadamente à revelação de uma situação de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
3. Com base no relato e na avaliação da mulher, identificar os indicadores de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
4. Avaliar a prontidão da sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres para a mudança.	1	2	3	4	5	6	7
5. Apoiar a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres a fazer a avaliação de risco.	1	2	3	4	5	6	7
6. Realizar a avaliação de risco relativa aos filhos da sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
7. Apoiar a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres na criação de um plano de segurança.	1	2	3	4	5	6	7
8. Documentar o historial e as evidências de vitimização.	1	2	3	4	5	6	7
9. Encaminhar a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres para outros serviços.	1	2	3	4	5	6	7
10. Denunciar as situações de Violência Doméstica contra as mulheres juntos dos Órgãos de Polícia Criminal.	1	2	3	4	5	6	7
11. Denunciar as situações de Violência Doméstica contra as crianças juntos dos Órgãos de Polícia Criminal.	1	2	3	4	5	6	7
12. Denunciar as situações de Violência Doméstica contra os idosos juntos dos Órgãos de Polícia Criminal.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

4. Como avalia o seu conhecimento sobre:

Assinale o que considera indicado sendo (1) “Nada”, (2) “Muito Pouco”, (3) “Um Pouco”, (4) “Moderado”, (5) “Algo Considerável”, (6) “Bastante” e (7) “Muito”.

1. Os requisitos para denúncia de situações de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
2. Os requisitos para denúncia de situações de Violência Doméstica contra as crianças	1	2	3	4	5	6	7
3. Os requisitos para denúncia de situações de Violência Doméstica contra os idosos	1	2	3	4	5	6	7
4. Os sinais ou sintomas de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
5. Como documentar situações de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
6. Os serviços de encaminhamento para sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
7. Os perpetradores de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
8. A relação entre a Violência Doméstica contra as mulheres e a gravidez	1	2	3	4	5	6	7
9. As perguntas a fazer na identificação de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
10. O impacto da Violência Doméstica contra as mulheres nas crianças	1	2	3	4	5	6	7
11. Os motivos para não denunciar a Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
12. O seu papel na detecção de situações de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
13. O que dizer e não dizer a uma mulher em situação de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
14. Como fazer a avaliação de risco com a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
15. Como desenhar um plano de segurança com a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
16. As etapas de mudança pelas quais a vítima/ sobrevivente Violência Doméstica contra as mulheres passa	1	2	3	4	5	6	7

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

SECÇÃO III: CONHECIMENTO SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES.

1. Qual o maior factor de risco de Violência Doméstica contra as mulheres? (Assinale apenas uma opção)

	1. Idade (<30anos)
	2. Parceiros com consumos (álcool ou drogas)
	3. Sexo: Feminino
	4. História familiar de Violência Doméstica contra as mulheres
	5. Não sei

2. Qual das seguintes afirmações sobre os agressores é geralmente verdadeira? (Assinale apenas uma opção)

	1. Têm problemas em controlar a raiva
	2. Usam a violência como forma de controlar a sua parceira
	3. São violentos porque consomem álcool ou drogas
	4. Entram em conflito com toda a gente

3. Da seguinte lista, identifique os sinais que podem indicar que a mulher é vítima de Violência Doméstica contra as mulheres? (Assinale todas as opções que considera corretas)

	1. Dor crónica
	2. Ansiedade
	3. Consumo de substâncias
	4. Lesões frequentes
	5. Depressão
	6. Outras: Quais? _____

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

4. Nas seguintes afirmações identifique as razões pelas quais uma vítima de Violência Doméstica contra as mulheres pode não ser capaz de deixar uma relação violenta? (Assinale todas as opções que considera corretas)

	1. Medo de represálias
	2. Dependência financeira
	3. Crenças religiosas
	4. Necessidades das crianças
	5. Amor pelo companheiro/marido
	6. Isolamento

5. Qual das seguintes questões é a mais adequada para perguntar sobre Violência Doméstica contra as mulheres? (Assinale todas as opções que considera corretas)

	1. "É vítima de violência por parte do seu companheiro/marido?"
	2. "O seu companheiro/marido já a magoou ou ameaçou?"
	3. "Já sentiu medo do seu companheiro/marido alguma vez?"
	4. "O seu companheiro/marido já a magoou ou bateu-lhe?"

6. Qual/Quais das seguintes afirmações é/são geralmente verdadeira(s)? (Assinale todas as opções que considera corretas)

	1. É habitual as sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres não apresentarem lesões.
	2. Há padrões comportamentais que podem indicar violência doméstica contra as mulheres nos casais.
	3. Em situações de Violência Doméstica contra as mulheres, há zonas do corpo que são atingidas mais vezes.
	4. Há lesões que são habitualmente associadas a situações de Violência Doméstica contra as mulheres.
	5. Lesões em diferentes estados de recuperação podem indicar Violência Doméstica contra as mulheres.

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

7. Classifique os seguintes comportamentos e sentimentos das sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres segundo o estado do processo de mudança.

Assinale o que considera indicado sendo (1) “Pré-contemplação”, (2) Contemplação, (3) Preparação, (4) Ação, (5) Manutenção e (6) Conclusão.

1. Começa a fazer planos para deixar o companheiro/marido abusivo	1	2	3	4	5	6
2. Nega a existência de um problema	1	2	3	4	5	6
3. Começa a pensar que a Violência Doméstica contra as mulheres não é culpa sua	1	2	3	4	5	6
4. Continuação da mudança de comportamentos	1	2	3	4	5	6
5. Obtém uma medida de afastamento	1	2	3	4	5	6

8. Escolha para as seguintes afirmações V para “Verdadeiro”, F para “Falso” e NS para “Não sei”.

1. O consumo de álcool é o maior preditor de Violência Doméstica contra as mulheres.	V	F	NS
2. Não há razões que justifiquem não deixar uma relação violenta.	V	F	NS
3. Nas situações em que a mulher não revela a situação de Violência Doméstica contra as mulheres, a suspeita do profissional não deve ficar registada no processo.	V	F	NS
4. Quando se pergunta às sobreviventes sobre Violência Doméstica contra as mulheres deve-se usar as palavras "abusada" e “batida”.	V	F	NS
5. Apoiar uma mulher que decide manter-se na relação violenta é desculpabilizar a Violência Doméstica contra as mulheres.	V	F	NS
6. As sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres são capazes de fazer escolhas adequadas sobre como lidar com a sua situação.	V	F	NS
7. Os profissionais não devem pressionar as sobreviventes a admitir que estão a viver uma situação de Violência Doméstica contra as mulheres.	V	F	NS
8. O risco de Violência Doméstica contra as mulheres aumenta quando as mesmas deixam a relação violenta.	V	F	NS

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

9. Lesões por estrangulamento são raras nos casos de Violência Doméstica contra as mulheres	V	F	NS
10. Permitir a presença dos companheiro/maridos ou amigos durante o processo de atendimento garante a segurança para a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres	V	F	NS
11. Mesmo que as crianças não sejam sobreviventes directas, os profissionais devem sinalizar a situação às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens.	V	F	NS

SECÇÃO IV: OPINIÕES

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, indique a sua opinião:

Assinale o que considera indicado sendo (1) “Desacordo fortemente” e (7) “Concordo Fortemente”

1. Se uma vítima não reconhece que é abusada, há muito pouco que se possa fazer.	1	2	3	4	5	6	7
2. Pergunto a todas as pessoas que atendo sobre o seu historial de violência nas relações de intimidade.	1	2	3	4	5	6	7
3. A minha entidade patronal encoraja-me a agir face a situações de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
4. Posso encaminhar as sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres para os serviços da comunidade.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sou capaz de identificar Violência Doméstica contra as mulheres sem ter de perguntar à mulher.	1	2	3	4	5	6	7
6. Não tenho formação suficiente para responder face a uma situação de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
7. As mulheres com historial de consumo de álcool ou outras drogas têm mais possibilidade de vir a sofrer de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

8. As sobreviventes Violência Doméstica contra as mulheres têm o direito de decidir se os profissionais devem ou não intervir.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sinto-me confortável ao falar sobre Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
10. Não tenho competências para falar sobre Violência Doméstica com sobreviventes do sexo feminino.	1	2	3	4	5	6	7
12. Não tenho competências para falar sobre Violência Doméstica com sobreviventes de outras etnias ou culturas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Se as sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres permanecem na relação violenta mesmo depois de episódios repetidos de agressão, devem aceitar a sua responsabilidade.	1	2	3	4	5	6	7
12. Tenho conhecimentos sobre os requisitos legais em relação à denúncia de casos de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
13. Os profissionais não têm tempo para apoiar as sobreviventes a lidar com Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
14. Sou capaz de recolher as informações necessárias para identificar Violência Doméstica contra as mulheres como causa de outros problemas.	1	2	3	4	5	6	7
15. O profissional só pode tratar do problema da vítima caso esta se recuse a falar sobre Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
16. Caso queiram, as sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres podem deixar o relacionamento.	1	2	3	4	5	6	7
17. Cumpro com os requisitos nacionais que obrigam a avaliação das situações de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
18. Os profissionais têm a responsabilidade de perguntar a todas as pessoas que atendem sobre Violência Doméstica contra as mulher	1	2	3	4	5	6	7
19. A minha prática profissional permite-me ter tempo para responder às sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

20. Já contactei outros serviços na comunidade para encaminhar Sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
21. O abuso de álcool é uma das principais causas de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
22. Muitas vezes, as sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres têm razões válidas para permanecer numa relação de violência.	1	2	3	4	5	6	7
23. Estou demasiado ocupado para participar em reuniões multidisciplinares de discussão de situações de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
24. Fazer uma triagem sistemática para a Violência Doméstica contra as mulheres é ofensivo para quem está a ser avaliado.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tenho um espaço adequado para atender às sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
26. Sou capaz de recolher a informação adequada para identificar a Violência Doméstica contra as mulheres como causa da solicitação Apresentada.	1	2	3	4	5	6	7
27. Uma das principais causas de Violência Doméstica contra as mulheres é as mulheres saírem do seu papel tradicional.	1	2	3	4	5	6	7
28. Os profissionais não têm o conhecimento adequado para apoiar as sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres a lidar com a situação.	1	2	3	4	5	6	7
29. Consigo adequar a intervenção à prontidão da vítima para a mudança.	1	2	3	4	5	6	7
30. Compreendo porque é que as sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres nem sempre cumprem as recomendações dos profissionais.	1	2	3	4	5	6	7
31. O consumo de álcool ou outras drogas está relacionado com a Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
32. Consigo reconhecer sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres pelos seus comportamentos.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

SECÇÃO V: QUESTÕES PRÁTICAS

1. Quantos casos de Violência Doméstica contra as mulheres atendeu nos últimos seis meses?

	1. Nenhum
	2. Entre 1 e 5
	3. Entre 6 e 10
	4. Entre 11 a 20
	5. Mais de 21
	6. Não Aplicável

2. Das situações listadas abaixo, identifique aquelas em que faz a triagem de situações de Violência Doméstica contra as mulheres: (Assinale todas as opções que considera corretas)

	Não Aplicável
	Não faço triagem
	Faço triagem a todos os novos utilizadores do serviço
	Faço triagem a todos os novos utilizadores do serviço do sexo feminino
	Faço triagem de todos os utilizadores do serviço que apresentem história de abuso
	Faço triagem de todas as mulheres utilizadoras do serviço anualmente
	Faço triagem de todas as mulheres grávidas em vários períodos da gravidez
	Faço triagem de todos os utilizadores do serviço periodicamente
	Faço triagem de todos os novos utilizadores do serviço do sexo feminino periodicamente
	Faço triagem a todos os utilizadores do serviço das seguintes categorias: (assinale abaixo):

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

	Adolescentes
	Mulheres Jovens Adultas (idade inferior a 30 anos)
	Mulheres Idosas (idade superior aos 65 anos)
	Mulheres Solteiras ou Divorciadas
	Mulheres Casadas
	Mulheres com Abuso de Consumo de Álcool ou Outras Substâncias
	Mães Solteiras
	Mulheres Negras ou Hispânicas
	Mulheres Imigrantes
	Mulheres Lésbicas
	Homens Homossexuais
	Mulheres Deprimidas/Suicidas
	Mulheres Grávidas
	Mães das crianças que recorrem ao serviço (se aplicável)
	Mães de todas as crianças que apresentam sinais de terem testemunhado Violência Domestica contra as mulheres
	Mães de todas as crianças em que há suspeita ou confirmação de abuso ou de negligência
	Outra. Qual?: _____

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

3. Nos últimos seis meses, com que frequência questionou sobre a possibilidade de Violência Doméstica contra as mulheres que apresentam os seguintes sinais:

Assinale o que considera indicado sendo (1) “Nunca”, (2) “Raramente”, (3) “Algumas Vezes” e (4) “Quase Sempre”, (5) “Sempre” e (6) “Não Aplicáveis.

1. Lesões	1	2	3	4	5	6
2. Dor Pélvica Crônica	1	2	3	4	5	6
3. Síndrome do Colon Irritável	1	2	3	4	5	6
4. Dores de Cabeça	1	2	3	4	5	6
5. Depressão/Ansiedade	1	2	3	4	5	6
6. Hipertensão	1	2	3	4	5	6
7. Perturbações Alimentares	1	2	3	4	5	6

4. Nos últimos seis meses, quando identificou situações de Violência Doméstica contra as mulheres, o que é que fez? (Assinale todas as opções que considera corretas)

1. Não identifiquei situações de Violência Doméstica contra as mulheres nos últimos seis meses.
2. Disponibilizei Informações (números de telefone, panfletos, outras informações).
3. Fiz aconselhamento sobre opções possíveis.
4. Realizei uma avaliação de risco com a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres.
5. Realizei uma avaliação de segurança para os filhos da sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres.
6. Em conjunto com a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres, desenvolvi um plano de segurança.
7. Encaminhei para acompanhamento psicológico individual.
8. Encaminhei para terapia de casal.
9. Encaminhei para acompanhamento psicológico ou grupos de apoio para as crianças.

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

	10. Encaminhei para serviço social local.
	11. Encaminhei para organização de apoio a mulheres em situação de Violência Doméstica ou casa abrigo.
	12. Encaminhei para programas de aconselhamento sobre o consumo de álcool ou outras substância.
	13. Encaminhei para linha local de apoio à Violência Doméstica contra as mulheres.
	14. Encaminhei para a linha nacional de apoio à Violência Doméstica contra as mulheres nacional
	15. Encaminhei para a polícia.
	16. Encaminhei para a segurança social
	17. Encaminhei para a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
	18. Encaminhei para os serviços de aconselhamento e informação jurídica
	19. Encaminhei para grupos de apoio a mulheres em situação de Violência Doméstica
	20. Encaminhei para programas para agressores
	21. Encaminhei para organizações religiosas
	22. Encaminhei para organizações de apoio a lésbicas/gays/transsexuais/bissexuais
	23. Outra ação/encaminhamento: Qual? _____

5. Na sua instituição, existe um protocolo de atuação para situações de Violência Doméstica contra as mulheres? (Assinale apenas uma opção)

	1. Sim, é amplamente utilizado
	2. Sim, é utilizado em certa medida
	3. Sim, mas não é utilizado
	4. Não
	5. Não Sei
	6. Não Aplicável

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

6. Está familiarizado com as políticas da sua instituição para o atendimento a sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres?

1. Sim
2. Não
3. Não Aplicável

7. No seu local de trabalho, existe câmara fotográfica disponível para fotografar as lesões das sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres?

1. Sim
2. Não
3. Não Sei
4. Não Aplicável

8. Em Portugal, é obrigatório reportar às entidades competentes os casos de Violência Doméstica contra as mulheres adultas?

1. Sim
2. Não
3. Não Sei
4. Não Aplicável

9. Em todas as sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres, qual a frequência em que:

Assinale o que considera indicado sendo (1) “Nunca”, (2) “Raramente”, (3) “Algumas Vezes” e (4) “Quase Sempre”, (5) “Sempre” e (6) “Não Aplicável”.

1. Registou as declarações.	1	2	3	4	5	6
2. Utilizou o mapa do corpo para identificar as lesões.	1	2	3	4	5	6
3. Fotografou as lesões.	1	2	3	4	5	6
4. Notificou as autoridades.	1	2	3	4	5	6
5. Realizou uma avaliação de risco com a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

6. Realizou uma avaliação de risco para os filhos da sobrevivente Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6
7. Apoiou a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres a desenvolver um plano de segurança.	1	2	3	4	5	6
8. Contactou serviços de apoio a Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6
9. Acreditou no relato e apoiou a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6
10. Disponibilizou informações básicas sobre Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6
11. Disponibilizou informações sobre outros serviços ou fez o encaminhamento.	1	2	3	4	5	6

10. No seu local de trabalho, tem disponíveis materiais informativos sobre Violência Doméstica contra as mulheres? (Assinale apenas uma opção)

1. Sim, visíveis e de fácil distribuição
2. Sim, visíveis mas de distribuição difícil
3. Sim, mas não visíveis
4. Não
5. Não Sei
6. Não Aplicável

11. Disponibiliza às sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres os materiais anteriormente referidos? (Assinale apenas uma opção)

1. Sim, quase sempre
2. Sim, quando é seguro para a sobrevivente
3. Sim, mas apenas se solicitado
4. Não, devido à inadequação das referências
5. Não, porque não sinto que estes materiais sejam úteis
6. Não, por outro motivo: Qual? _____
7. Não Aplicável

Anexo B – Instrumento Traduzido (cont.)

12. No seu local de trabalho, sente que tem os recursos adequados para encaminhamento das sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres?

	1. Sim
	2. Não
	3. Não Sei
	4. Não Aplicável

13. Sente que tem um conhecimento adequado dos recursos da comunidade para o encaminhamento das sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres?

	1. Sim
	2. Não
	3. Não Sei
	4. Não Aplicável

Obrigado por completar este questionário.

Anexo C - Estatísticas descritivas da amostra

Idade

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	5	1	,2	,2	,2
	22	8	1,4	1,4	1,5
	23	5	,9	,9	2,4
	24	8	1,4	1,4	3,8
	25	13	2,2	2,2	6,0
	26	9	1,5	1,5	7,5
	27	12	2,1	2,1	9,6
	28	14	2,4	2,4	12,0
	29	17	2,9	2,9	14,9
	30	25	4,3	4,3	19,1
	31	15	2,6	2,6	21,7
	32	23	3,9	3,9	25,6
	33	28	4,8	4,8	30,4
	34	25	4,3	4,3	34,7
	35	24	4,1	4,1	38,8
	36	28	4,8	4,8	43,6
	37	10	1,7	1,7	45,3
	38	25	4,3	4,3	49,6
	39	27	4,6	4,6	54,2
	40	23	3,9	3,9	58,1
	41	21	3,6	3,6	61,7
	42	21	3,6	3,6	65,3
	43	22	3,8	3,8	69,1
	44	17	2,9	2,9	72,0
	45	18	3,1	3,1	75,0
	46	16	2,7	2,7	77,8
	47	19	3,2	3,2	81,0
	48	6	1,0	1,0	82,1
	49	9	1,5	1,5	83,6
	50	17	2,9	2,9	86,5
	51	12	2,1	2,1	88,5
	52	13	2,2	2,2	90,8
	53	11	1,9	1,9	92,6
	54	7	1,2	1,2	93,8
	55	2	,3	,3	94,2
	56	4	,7	,7	94,9

57	9	1,5	1,5	96,4
58	5	,9	,9	97,3
59	4	,7	,7	97,9
60	6	1,0	1,0	99,0
61	2	,3	,3	99,3
63	3	,5	,5	99,8
72	1	,2	,2	100,0
Total	585	100,0	100,0	

Estadísticas

N	Classes de idade		Idade
	Válido	Ausente	
	584	1	585
Média	2,4538		39,22
Desvio Padrão	1,12263		9,381
Mínimo	1,00		5
Máximo	4,00		72

Classes de idade

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
22 - 32	150	25,6	25,6	25,6
33- 39	167	28,5	28,5	54,2
40- 45	122	20,9	20,9	75,0
46- 72	146	25,0	25,0	100,0
Total	585	100,0	100,0	

		Frequência	Percentagem
Género	Feminino	377	64,4%
	Masculino	208	35,6%
Residência	Viana do Castelo	12	2,1%
	Braga	24	4,1%

	Porto	68	11,6%
	Vila Real	9	1,5%
	Bragança	8	1,4%
	Aveiro	34	5,8%
	Viseu	16	2,7%
	Guarda	10	1,7%
	Coimbra	45	7,7%
	Castelo Branco	16	2,7%
	Leiria	28	4,8%
	Santarém	1	,2%
	Lisboa	75	12,8%
	Setúbal	9	1,5%
	Portalegre	1	,2%
	Évora	2	,3%
	Beja	20	3,4%
	Faro	38	6,5%
	Arquipélago dos Açores	75	12,8%
	Arquipélago da Madeira	94	16,1%
<hr/>			
Residência	Norte	121	20,7%
Distrito	Centro	149	25,5%
	Lisboa	85	14,5%
	Sul	61	10,4%
	Açores	75	12,8%
	Madeira	94	16,1%
<hr/>			
Serviço	Centro de Atendimento	56	9,6%

	Casas Abrigo	22	3,8%
	Institutos de Solidariedade Social	28	4,8%
	Serviços Social	14	2,4%
	Câmara Municipal	44	7,5%
	Guarda Nacional Republicana (GNR)	88	15,0%
	Polícia de Segurança Pública (PSP)	50	8,5%
	Polícia Judiciária (PJ)	6	1,0%
	Serviços do Ministério Público/Tribunais	33	5,6%
	Gabinetes de Consulta Jurídica	7	1,2%
	Institutos de Medicina Legal	7	1,2%
	Instituto de Reinserção Social	10	1,7%
	Centros de Saúde	133	22,7%
	Hospitais	61	10,4%
	Outro	26	4,4%
<hr/>			
Areaformação	Segurança e Justiça	183	33,0%
	Proteção e Integração Social	105	19,0%
	Saúde	266	48,0%
<hr/>			

Anexo D - Estatística descritiva geral dos dados

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Conhecimento	585	1,00	7,00	4,5529	1,58814
Prática	585	1,00	7,00	4,5590	1,51339
Opinião	585	1,00	6,19	3,9527	,64471
Valid N (listwise)	585				

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Idade	585	5	72	39,22	9,381
AntiguidadeFuncao	582	,17	48,00	13,5985	9,02759
MAatendpSem	490	2	5	2,94	1,182
Valid N (listwise)	487				

Frequências

	Formacao6meses	
N	Valid	473
	Missing	112

Anexo D - Estatística descritiva geral dos dados (cont.)

		Formacao6meses			
		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
	Todos	40	6,8	8,5	8,5
	A maioria	75	12,8	15,9	24,3
	Poucos	175	29,9	37,0	61,3
	Nenhuns	183	31,3	38,7	100,0
	Total	473	80,9	100,0	
Missing	Não Sei	112	19,1		
Total		585	100,0		

HrsFormacao		
N	Valid	570
	Missing	15
	Média	64,03
	Desvio-Padrão	104,095
	Mínimo	0
	Máximo	650

Anexo E – Teste da Normalidade

	AreaDivisao	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk
		Estatística	df	Sig.	Estatística
Conhecimento	Segurança e Justiça	,106	183	,000	,933
	Proteção e Integração Social	,081	105	,083	,970
	Saúde	,073	266	,002	,965

	AreaDivisao	Shapiro-Wilk	
		df	Sig.
Conhecimento	Segurança e Justiça	183	,000
	Proteção e Integração Social	105	,017
	Saúde	266	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Anexo F – Médias de Ordens

	Incluídos		Excluídos		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Conhecimento * AreaDivisao	554	94,7%	31	5,3%	585	100,0%

Conhecimento			
AreaDivisao	Média	N	Desvio-Padrão
Segurança e Justiça	5,3282	183	1,22238
Proteção e Integração Social	4,5613	105	1,30106
Saúde	4,1229	266	1,67648
Total	4,6041	554	1,56276

Anexo G – Tabelas Frequências

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
0	98	16,8	17,2	17,2
1	6	1,0	1,1	18,2
2	14	2,4	2,5	20,7
3	9	1,5	1,6	22,3
4	12	2,1	2,1	24,4
5	13	2,2	2,3	26,7
6	19	3,2	3,3	30,0
7	5	,9	,9	30,9
8	18	3,1	3,2	34,0
10	23	3,9	4,0	38,1
12	8	1,4	1,4	39,5
14	5	,9	,9	40,4
15	13	2,2	2,3	42,6
16	4	,7	,7	43,3
17	1	,2	,2	43,5
18	1	,2	,2	43,7
20	31	5,3	5,4	49,1
21	2	,3	,4	49,5
24	10	1,7	1,8	51,2
25	7	1,2	1,2	52,5
30	36	6,2	6,3	58,8
32	4	,7	,7	59,5
34	2	,3	,4	59,8
35	5	,9	,9	60,7
36	3	,5	,5	61,2
38	2	,3	,4	61,6
40	26	4,4	4,6	66,1
45	3	,5	,5	66,7
48	4	,7	,7	67,4
50	28	4,8	4,9	72,3
56	1	,2	,2	72,5
60	14	2,4	2,5	74,9
70	4	,7	,7	75,6
72	2	,3	,4	76,0
75	1	,2	,2	76,1
80	6	1,0	1,1	77,2
85	1	,2	,2	77,4
90	3	,5	,5	77,9
100	31	5,3	5,4	83,3

120	9	1,5	1,6	84,9
125	2	,3	,4	85,3
130	2	,3	,4	85,6
136	1	,2	,2	85,8
140	1	,2	,2	86,0
150	11	1,9	1,9	87,9
175	1	,2	,2	88,1
180	2	,3	,4	88,4
188	1	,2	,2	88,6
190	1	,2	,2	88,8
200	22	3,8	3,9	92,6
225	1	,2	,2	92,8
248	1	,2	,2	93,0
250	3	,5	,5	93,5
280	1	,2	,2	93,7
300	13	2,2	2,3	96,0
310	1	,2	,2	96,1
350	3	,5	,5	96,7
380	1	,2	,2	96,8
400	5	,9	,9	97,7
450	1	,2	,2	97,9
460	1	,2	,2	98,1
500	10	1,7	1,8	99,8
650	1	,2	,2	100,0
<hr/>				
Total	570	97,4	100,0	
Missing	Sistema	15	2,6	
Total	585	100,0		
<hr/>				

Anexo H – Teste da Normalidade e Homogeneidade de variâncias

	Genero	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Opinião	Feminino	,075	377	,000	,969	377	,000
	Masculino	,056	208	,200*	,969	208	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

		Levene	df1	df2	Sig.
		Statistic			
Opinião	Based on Média	,024	1	583	,876
	Based on Median	,018	1	583	,893
	Based on Median and with adjusted df	,018	1	582,995	,893
	Based on trimmed Média	,021	1	583	,885

Anexo I – Médias de Ordem

	Casos					
	Incluídas		Excluídas		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Opinião * Género	585	100,0%	0	,0%	585	100,0%

Género	Opinião		
	Média	N	Desvio-Padrão
Feminino	3,8805	377	,63934
Masculino	4,0837	208	,63518
Total	3,9527	585	,64471